

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# **RECURSO DIGITAL QUE SIRVA DE SOPORTE EMOCIONAL Y TERAPÉUTICO PARA MUJERES CON CÁNCER DE OVARIO**

AUTORA: Thaidibell Medina Peña

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: Ana María Arricivita Verdasco

Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de la Laguna.

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2016 - 2017



## **RESUMEN:**

Cuando a una mujer le detectan un cáncer ginecológico lo vive como una experiencia traumática, que va mucho más allá del mero hecho de padecer la enfermedad. En el caso del cáncer de ovario, las mujeres lo describen como un momento de sus vidas muy complicado de superar, una etapa de confusión y mezcla de emociones que dan lugar a un primer estado de evasión y negación de lo que les está ocurriendo. A medida que las etapas del proceso del cáncer avanzan, emociones como tristeza, ansiedad o angustia se multiplican, haciendo que el afrontamiento de la enfermedad sea ineficaz. Tras observar todos estos aspectos en una paciente diagnosticada de cáncer de ovario, a la cual no se le proporcionó el apoyo y asesoramiento necesario, decidimos investigar cómo se sentían las mujeres con neoplasia ovárica. Actualmente, el enfoque biomédico en la gestión y organización del sistema sanitario favorece que los cuidados humanitarios y holísticos básicos en la enfermería se mantengan en un segundo plano. Por este motivo, nos planteamos como enfermeras la necesidad de crear una herramienta TIC de fácil acceso para que las mujeres que padecen esta patología, puedan acceder a información de calidad y a su vez poder gestionar sus necesidades de apoyo emocional y asesoramiento terapéutico.

**Palabras claves: cáncer ovario, Tumor ovárico, Neoplasia ovario, enfermería humanista, enfermería, recurso digital, herramientas TICS, rol enfermero.**

## **ABSTRACT:**

When they detect a gynaecological cancer to a woman she lives through it as a traumatic experience, which goes far beyond of the mere fact of suffering the disease. In case of ovarian cancer, the women describe it as a very complicated moment of their lives to overcome, a stage of confusion and mixture of emotions that give place to a first estate of evasion and denial of what it is happening. As the stages of the cancer's process advance, emotions as sadness, anxiety or distress multiply, doing the confrontation of the disease ineffective. After observing all these aspects in a patient diagnosed of ovarian cancer, to whom the support and necessary advice was not provided, we decide to investigate how the women were feeling with ovarian neoplasms. Nowadays, the biomedical approach in the management and organization of the sanitary system favours that humanitarian and holistic basic cares in the infirmary are kept in a background. For this motive, we appear as nurses the need to create a tool TIC of easy access in order that the patients who suffer this pathology, could accede to quality information and in turn be able to manage the needs of emotional support and therapeutic advice of these women.

**Key words: ovarian cancer, Ovarian neoplasms, humanistic nursing, nursing, online tool, TICS tools, nursing role.**

# ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Antecedentes y Marco Teórico	2
2.1. Definición	2
2.2. Clasificación	2
2.3. Signos y síntomas	3
2.4. Tratamiento y pronóstico	4
2.5. Prevención y Factores de Riesgo	6
2.6. Rol de enfermería: Enfermería Humanística	9
2.7. El Uso de las Herramientas TIC en Enfermería: El Blog	11
3. Justificación	14
4. Objetivos	15
5. Metodología	16
6. Resultados	30
7. Conclusiones	38
8. Bibliografía	40

# 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es una enfermedad oncológica que ha ido ganando cada vez más terreno sobre los denominados tumores genitales, siendo el responsable de un gran número de muertes a nivel mundial en las pacientes de sexo femenino. El padecimiento de esta enfermedad da lugar a una experiencia traumática en la mujer que va de la mano de un gran número de cambios en las distintas esferas de su organismo. Todo ello hace necesaria una atención personalizada y unos cuidados más amplios referidos al afrontamiento y asimilación tanto de la enfermedad como de las consecuencias del tratamiento oncológico. La realidad es que, el mantenimiento del modelo biomédico-curativo en los centros sanitarios, provoca que las funciones de enfermería reconocidas por las instituciones sean prioritariamente las de colaboración. Esta situación dificulta el desarrollo de los cuidados integrales y holísticos que caracterizan a la enfermería, con lo cual aspectos como el afrontamiento, apoyo emocional, asesoramiento etc., permanecen institucionalmente en un segundo plano.

Hemos elegido el cáncer de ovario para el Trabajo de Fin de Grado (TFG), tras el impacto emocional que produjo esta enfermedad tan sigilosa en una paciente en la que no se tuvieron en cuenta los cuidados relacionados con el afrontamiento psicológico, la adaptación a los cambios corporales, entre otros muchos factores que afectan a las pacientes a nivel sensitivo y emocional. Se evidenció entonces que la tumoración de ovario, producía un impacto psicológico abismal y que a pesar de ello estas circunstancias no eran incluidas dentro de las intervenciones propias de los profesionales de enfermería. Este inconveniente repercutía negativamente en la salud de las pacientes, ya que impedían un proceso de curación plena.

Una vez identificado el problema, se decidió enfocar el TFG a proponer un recurso digital que ayudará a las mujeres a afrontar la enfermedad adecuadamente, sintiéndose apoyadas y asesoradas por un profesional de enfermería que les ofreciera una atención humanística y holística y que además pudiera aportarles información fiable y de calidad sobre la enfermedad. Debido a las ventajas que presentan las herramientas electrónicas y el uso de Internet, se ha decidido crear un blog interactivo que acerque a las pacientes a los profesionales de enfermería de manera telemática. Los resultados de este trabajo, podrán contribuir a la visibilizar la importancia de los cuidados integrales y la atención humanística. También se podrán extraer las ventajas de la teleatención para fomentar la educación sanitaria y englobar aquellos aspectos que, por diversos motivos, adquieren una priorización inferior a la esperada. Por otro lado, la creación del blog, pretende despertar el interés de los profesionales de enfermería con respecto a este sistema novedoso de atención y asistencia. El objetivo es promover su implantación en los centros de atención primaria y hospitales, garantizando una serie de actividades mínimas que cubran todas las necesidades de las mujeres que padecen cáncer de ovario, como el ser biopsicosocial que es.

## 2. MARCO TEÓRICO – ANTECEDENTES

### 2.1 DEFINICIÓN

Cuando hablamos de cáncer de ovarios nos estamos refiriendo particularmente a una enfermedad neoplásica perteneciente al grupo denominados como cánceres de genitales Y ginecológicos. Dentro de este grupo podemos identificar cinco tipos principales de neoplasias que afectan al aparato reproductor femenino: Cáncer de mama, cáncer de cuello uterino o cáncer de útero, ovario, trompas de Falopio, vagina y vulva.

El cáncer de ovario por tanto es una enfermedad en la cual las células de nuestro cuerpo se multiplican sin control dando lugar a la formación de células conocidas como malignas o neoplásicas. Según el estado en el que se encuentre la enfermedad, estas células podrían extenderse a otras zonas del organismo<sup>1</sup>. Sin embargo, si comparásemos el tumor de ovario con otros tipos de cánceres ginecológicos comprobaríamos que se trata de una neoplasia poco común pues representa el 4% de los cánceres en la mujer y el 20% de los ginecológicos. Además, se trata de un tipo de tumor poco conocido, sobre la que no existen muchas investigaciones al respecto y mucho menos una manera clara de detectarlo de forma precoz, pues el 66% se diagnostican en una fase ya avanzada y por ello constituye la cuarta causa de muerte en la mujer<sup>2</sup>.

Normalmente el riesgo de contraer esta enfermedad aumenta cuando la mujer alcanza una edad, es decir, es más frecuente entre los 40 y 60 años<sup>1</sup>, aunque ello no quiere decir que las mujeres que no se encuentren dentro de este grupo de edad no puedan desarrollar la enfermedad, simplemente la probabilidad de que esto ocurra es menor.

### 2.2 CLASIFICACIÓN

Existen dos formas de clasificar el cáncer de ovario, histológicamente y según en el estadio o fase en la que se encuentre el tumor, es decir, clasificación clínico-quirúrgica o TNM.

Histológicamente hablando podemos distinguir tres grandes grupos:

- **Epiteliales:** derivan del mesotelio que recubre el ovario embrionario y son de origen celómico. Es el tipo de Ca (Cáncer) de ovarios más letal, con peor pronóstico y normalmente se suele detectar en estadios muy avanzados (III – IV). Actualmente representa el 65% de las neoplasias de ovario.
- **Germinal:** afectan a las células que se encuentran en el interior del ovario y que son las encargadas de la formación de los óvulos en la mujer. Los tumores de ovarios de origen germinal son más frecuentes en mujeres menores de 20 años.

- **Tumores del estroma Gonadal:** afectan principalmente a las células hormonales femeninas. Son menos frecuentes que los anteriores <sup>(2,3,4)</sup>.

Clasificación clínico-quirúrgica o TNM del cáncer de ovario:

- **Estadio I: Tumor limitado a un ovario**
  - I a: Tumor limitado a un ovario.
  - I b: Tumor limitado a ambos ovarios.
  - I c: Tumor limitado a uno o ambos ovarios con ascitis mostrando células malignas.
- **Estadio II: Tumor comprometiendo uno o ambos ovarios con extensión pélvica.**
  - II a: extensión y/o metástasis al útero y/o las trompas.
  - II b: extensión a otros tejidos pélvicos.
- **Estadio III: Tumor que compromete uno o ambos ovarios con amplia diseminación intraperitoneal o metástasis en la mitad superior del abdomen.**
  - III a: Afectación microscópica del peritoneo abdominal.
  - III b: Implantes peritoneales < 2cm.
  - III c: Implantes > 2cm o adenopatías inguino retroperitoneales.
- **Estadio IV: Tumor comprometiendo uno o ambos ovarios con metástasis alejadas fuera de la cavidad peritoneal.** Destacan las metástasis del parénquima hepático y el derrame pleural citológicamente positivo<sup>2</sup>.

Independientemente del grupo en el que se encuentre el tumor, se pueden reconocer en cada uno de ellos neoplasias de tipo benignas, malignas o neoplasias de tipo borderline (un subgrupo intermedio entre los dos anteriores) <sup>(2,5)</sup>.

### 2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Como hemos comentado anteriormente la detección precoz de este tipo de neoplasias es muy complicada, ya que el tumor de ovario no suele presentar síntomas claros o características en las etapas iniciales de la enfermedad y en numerosas ocasiones los síntomas que pueden llegar a aparecer podrían confundirse con otras patologías.

En el conjunto de síntomas o signos que nos pueden hacer sospechar de la existencia de un tumor de ovario han de aparecer al menos uno o varios de los siguientes:

- Sangrado vaginal que no se corresponda con la menstruación o que aparece tras la menopausia.
- Secreción de flujo vaginal anormal sin sintomatología propia de otras enfermedades tales como infecciones etc.

- Dolor en la zona pélvica o sub-abdominal (abdomen agudo).
- Dolor de espalda.
- Sensación de hinchazón o aumento del perímetro sub-abdominal / pélvico (ascitis).
- Sensación rápida y frecuente de saciedad.
- Cambios en los hábitos urinarios y digestivos como incontinencia, urgencia urinaria, aumento de la frecuencia urinaria, diarrea, estreñimiento etc.
- Presencia de adenopatías inguinal, axilar o supraclavicular (estadios avanzados)<sup>(1,2,3)</sup>.

Si se confirman alguno o varios de los síntomas o signos mencionados con anterioridad será necesario descartar o confirmar la existencia de un tumor de ovario a través de la realización una serie de pruebas específicas que se detallarán a continuación<sup>2</sup>.

#### 2.4 TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Tras la detección de tumor ovárico se procede a poner en marcha el tratamiento preciso que permita revertir la situación y en la medida de lo posible acabar con la enfermedad. Por norma general el tratamiento inicial ante un cáncer de ovario es de tipo quirúrgico, con laparotomía. Durante el procedimiento se realiza una cirugía citorreductora en la cual se realiza la aspiración del líquido peritoneal y lavado de la zona peritoneal, una exploración del abdomen en busca de mayor indicio de células tumorales que nos permitan determinar el estadio neoplásico y finalmente se realiza una histerectomía con doble anexectomía (extirpación de los anexos uterinos, es decir, trompas de Falopio...), omentectomía (extirpación del epiplón mayor), apendicectomía entre otros, con el objetivo de dejar la menor cantidad de tumor o células tumorales posibles.

En un segundo lugar y tras determinar el tipo de tumor y el estadio del mismo, se determina la administración de quimioterapia coadyuvante (la mayoría de veces con cisplatino y ciclofosfamida) si el tumor se encuentra diseminado y radioterapia si por el contrario es un tumor localizado. Posteriormente a ello se realiza una segunda laparotomía o “second look” que nos permita conocer fielmente el estado de la enfermedad, pudiendo convertirse el procedimiento en una cirugía de rescate, es decir, una laparotomía que elimine los restos de tumor existentes tras la primera intervención<sup>2</sup>.

A su vez, en ocasiones según la condición clínica del paciente, se inicia el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante secundario a la cirugía de intervalo. Sin embargo, es más frecuente que el tratamiento elegido por excelencia sea el caso contrario, a fin de reducir la carga tumoral con la cual deba lidiar posteriormente la quimioterapia<sup>6</sup>.

Para determinar la necesidad de terapia postquirúrgica tendremos en cuenta las características del tumor y los síntomas, es decir, el estadio de la enfermedad ante la cual nos

encontramos y a partir de ahí se podrá determinar el riesgo existente y la necesidad o no de quimioterapia o radioterapia. Sin embargo, para considerar que existe una remisión completa de la enfermedad después del tratamiento, primero han de desaparecer todos los síntomas que estaban presentes durante la enfermedad y posteriormente deberán estar ausentes durante más de 5 años para determinar la curación de la misma. Aunque el 75-80% de las pacientes consigue una remisión completa tras la terapia inicial, el 80% de ellas experimenta una recidiva o recurrencia del tumor. Infortunadamente, ante estos casos no existe cura alguna de la enfermedad, con lo cual es muy importante evitar y prevenir la aparición de una recurrencia<sup>7</sup>.

Cuando se alcanza la remisión completa de la enfermedad, los valores del marcador tumoral CA-125 descienden. El marcador tumoral CA-125 “es un determinante antigénico en una mucina glucosilada de alto peso molecular reconocida por el anticuerpo monoclonal murino OC125”<sup>8</sup>, es específico de la neoplasia de ovario de tipo epitelial y suele encontrarse elevado en caso de recurrencia de la enfermedad<sup>8</sup>. Por lo tanto, las pacientes deberán acudir a controles periódicamente en los cuales se monitorizarán los niveles del marcador CA-125 y se realizará un TAC abdominopélvico para controlar el riesgo de recidiva.

Cuando aparece una recidiva pasados 6 meses de la remisión completa tras la terapia inicial, se instala una terapia sensible con quimioterapia. Si ésta aparece antes de los 6 meses, estaríamos ante una respuesta de resistencia al tratamiento por parte del organismo, pudiendo en este caso ofrecerle al paciente la posibilidad de un ensayo clínico. En el caso de que la cura de la enfermedad no sea posible, se pondrá en marcha un tratamiento de tipo paliativo que ayude a mediar los síntomas y prolongue lo más posible la calidad de vida y supervivencia del paciente<sup>7</sup>.

Respecto al pronóstico en relación con la tumoración de ovario, debido a la ausencia de sintomatología concluyente y característica del tumor, la mayoría de las veces el pronóstico de la enfermedad no es del todo optimista, pues generalmente los casos son detectados en etapas bastante avanzadas. Todo ello, determina la tasa de supervivencia del cáncer de ovario y a su vez la tasa de mortalidad tan elevada en comparación con otros tumores ginecológicos.

Por ello resulta relevante conocer qué factores van a determinar la supervivencia o pronóstico de la enfermedad según la paciente, estos factores son los siguientes:

- **La edad.** Las mujeres jóvenes tienen un mejor pronóstico y detección precoz que aquellas mayores de 50-60 años.
- **El estadio.** Este factor determinará la gravedad e índice de supervivencia según las características tumorales.
- **Grado de malignidad.** Los tumores pueden ser benignos, malignos o de tipo borderline.
- **El volumen del tumor tras la cirugía citorreductora** expresado en centímetros.
- **Cariotipo.**



- **Tipo histológico.**
- **Marcadores biológicos.**
- **Marcadores séricos.** Cabe destacar nuevamente el CA-125 pues según la fase de enfermedad en la que se encuentre elevado se podrá determinar el pronóstico de la misma<sup>2</sup>.

Aun así, “la supervivencia global del CEO (cáncer epitelial de ovario) se incrementó de 37% al 46% entre 1996-2004, debido a la cirugía y quimioterapia más efectiva”<sup>8</sup>. Todo ello indica que la efectividad del tratamiento del tumor de ovario de tipo epitelial a pesar de ser el más letal ha conseguido aumentar la supervivencia en una media de 24 a 60 meses, teniendo en cuenta el momento en el que éste se diagnostica. A pesar de ello, la neoplasia ovárica tiene un gran índice de recurrencia o recaída, por ello, aunque el pronóstico a día de hoy ha ido mejorando con el paso del tiempo, la media de supervivencia posterior a la recaída es aproximadamente de dos años<sup>8</sup>.

## 2.5 PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

Existen numerosos factores asociados a una mayor probabilidad de que las neoplasias de ovario se desarrollen en unas mujeres más que en otras. Por ello, hemos decidido clasificar en un primer momento cuáles son estos factores que determinan una mayor predisposición para padecer cáncer de ovario y a partir ahí qué población de pacientes mujeres posee un riesgo mayor o menor de que la enfermedad se desarrolle.

Entre los factores de riesgo del cáncer de ovario encontramos los siguientes:

- **Factor genético – familiar/hereditario.** Se conoce que existen tres patrones hereditarios significativos que dan lugar a la aparición de neoplasia de ovario, atribuyendo a este factor de origen familiar entre un 5-10% de los casos. Los tres patrones se transmiten de manera autosómica y aumentan hasta un 50% la probabilidad de sufrir este tipo de carcinomas si se transmite de madres a hijas. De estos tres síndromes destacaremos el Síndrome de cáncer ovárico familiar específico de sitio, en el cual el riesgo de enfermedad se contempla únicamente para las neoplasias de ovario y el síndrome de cáncer de mama-ovario pudiendo sufrir ambos tipos de cáncer en combinación o por separado a través de un factor hereditario importante ligado al gen BRCA-1 y BRCA-2.
- **Factores reproductivos.** La probabilidad de padecer la enfermedad también se encuentra relacionada en mayor o menor medida con los factores reproductivos, es decir, con la presencia o no de embarazo y consecuentemente el número de partos de la paciente.
- **Factores farmacológicos.** Respecto a los factores farmacológicos se desconoce con exactitud los casos afectados, pues se sabe que las mujeres que han sido sometidas a terapias con fármacos que aumentan la fertilidad podrían tener un mayor riesgo de desarrollar

neoplasias ováricas. De igual modo hay controversia sobre la terapia hormonal de reemplazo en mujeres postmenopáusicas pues existen estudios que afirman que no existe relación entre estos fármacos y el cáncer de ovarios, mientras que otros sugieren un aumento del riesgo en terapias con un periodo de duración mayor a 10 años.

- **Factores ambientales.** Existen un sinfín de estudios que “demuestran la capacidad de migración de distintas sustancias a través de la vagina y el periné hacia la cavidad peritoneal y ovarios”<sup>9</sup>, sustancias que aumentarían el riesgo de que se desarrollara la enfermedad. Un ejemplo sería la utilización de talcos en el área genital, polvos o paños higiénicos en el periné.
- **Otros factores.** Van relacionados en su mayoría con las características personales de la mujer, se incluyen por tanto la edad (mayores de 40 años), haber tenido cáncer de mama, útero o colorrectal; ser de ascendencia judía, antecedentes de endometriosis, dietas ricas en grasa, menarquia precoz o menopausia tardía<sup>(1,2,9)</sup>.

En relación a los estudios genéticos que nos permiten hacer una previsión de la situación genética de las mujeres que pertenecen a la población de riesgo con respecto al factor hereditario ligado al gen BRCA-1 y BRCA-2, no están recomendados la realización de los mismos, al menos de forma rutinaria. Pues la realización de estos estudios genéticos podría tener consecuencias adversas que afectarían a las pacientes en sus múltiples esferas, es decir, a nivel médico, psicológico, ético, legal y social. Por lo tanto, hasta el momento no existe un consenso sobre el umbral de probabilidad a partir del cual se pueden o se deben ofrecer estos estudios genéticos.

Sin embargo, en usuarias con una historia personal o familiar sugestiva de padecer cáncer de ovarios o cáncer de mama (ambos hereditario), se le debe ofrecer la realización del estudio genético de BRCA-1 y BRCA-2 en línea germinal, siempre bajo el asesoramiento genético del personal cualificado y especialista en esta disciplina. A pesar de que los profesionales tengan el deber de ofrecer el estudio a este colectivo de mujeres, al igual que en el caso anterior, la realización del mismo puede tener un impacto importante a nivel emocional, pudiendo aparecer ansiedad, depresión, temor a padecer cáncer y sentimientos de culpabilidad bien relacionados con la posibilidad de transmitir la mutación a generaciones futuras o bien pudiendo aparecer “la culpa del superviviente” por no haber heredado tal mutación.

Las usuarias en las que aparecen la mutación genética de BRCA-1 y BRCA-2 requieren un manejo clínico determinado para prevenir la aparición de la enfermedad. Aun así, no existen hasta momento estrategias claras sobre prevención en el caso del tumor de ovario, motivo por el cual se detectan en estadios avanzados. Es por ello que estas mujeres deberán llevar un seguimiento intensivo con el objetivo de poder diagnosticar la neoplasia en estadios precoces o potencialmente curables. También se aplican en algunos casos medidas reductoras del riesgo<sup>10</sup>.

Ambas constituyen los métodos de prevención alcanzables y existentes hasta el momento con respecto a esta patología oncológica, pues como se ha comentado en varias ocasiones, debido a la sigiliosidad con la que se manifiesta la enfermedad, si ya es complicado realizar un diagnóstico precoz, es mucho más complejo poner en marcha estrategias de prevención para la población global como se aplica en el cáncer de mama, cáncer de colón, de cérvix, etc. Con todo ello, es bastante justificable que las medidas de prevención utilizadas, vayan encaminadas a detectar la enfermedad en fases precoces. El objetivo es que las intervenciones o actividades a realizar sobre la paciente proporcionen los mejores resultados posibles, es decir, se hace uso de medidas pertenecientes a la prevención secundaria.

- **Medidas de seguimiento intensivo para el cáncer de ovario.** A partir de los 30-35 años (edad en la que aumenta considerablemente el riesgo de neoplasia ovárica) se recomienda realizar una ecografía transvaginal y la determinación del marcador tumoral CA125 cada 6 meses para aquellas mujeres portadoras de la mutación BRCA-1 / BRCA-2. Pese a que se tomen tales medidas de seguimiento, el análisis de riesgo-beneficio de este método es bastante desfavorable, pues no está asegurado la detección precoz de la enfermedad, incluso en ocasiones pueden aparecer falsos positivos, incrementando los efectos emocionalmente negativos ya mencionados.

**Medidas reductoras del riesgo: salpingo-ooforectomía.** Numerosos estudios demuestran que la realización de una salpingo-ooforectomía bilateral profiláctica, sobre todo en mujeres de riesgo, reduce un 85-95% el riesgo de padecer cáncer de ovario. Sin embargo, esta estrategia de prevención es recomendable a partir de los 35-40 años, pues se entiende que, de una manera u otra, las pacientes de riesgo han satisfecho sus deseos reproductivos<sup>10</sup>. Aunque hasta el momento sean las estrategias de prevención del cáncer de ovarios que se conocen, hay estudios que afirman que, pese a que se han detectado un mayor número de tumores en estadio I, también se han dado casos de sobrediagnóstico e intervenciones innecesarias<sup>11</sup>. Por otro lado, se conoce que un uso prolongado de anticonceptivos orales disminuye aproximadamente en un 5% el riesgo de padecer cáncer de ovario<sup>10</sup>.

Haciendo hincapié en la realización de salpingo-ooforectomía bilateral con histerectomía como medida preventiva frente al cáncer de ovarios, existen controversias sobre la realización de este método quirúrgico como medida profiláctica de la neoplasia de ovario. Numerosos estudios afirman que, debido a la realización de este método preventivo, el ovario se ha convertido en el órgano sano extraído con mayor frecuencia.

La repercusión o problemas añadidos tras una histerectomía con ooforectomía van ligados a problemas relacionados con la función sexual siendo estas mayores que cuando se realiza una histerectomía sola. Los cambios normalmente experimentados van en relación con los efectos de la menopausia precoz, las mujeres refieren temor de la pareja, miedo al dolor durante las relaciones

sexuales, sequedad o falta de lubricación, disminución del apetito sexual y de la frecuencia del orgasmo, problemas de comunicación sexual con la pareja e incontinencia urinaria postquirúrgica entre otros, lo que lleva a la mujer a tener una percepción de empeoramiento de su vida sexual. Todo ello nos lleva a la conclusión de que la realización de esta práctica quirúrgica como medida profiláctica ante la neoplasia de ovario debe ser una decisión tomada con precaución sobre todo en mujeres con bajo riesgo de tumor de ovario<sup>12</sup>.

## 2.6 ROL DE ENFERMERÍA: ENFERMERÍA HUMANÍSTICA

Desde los comienzos, la enfermería ha tenido como factor esencial el cuidado de los demás, es decir, la realización de una serie de acciones que van encaminadas a verla por la salud del paciente y que además determinan una relación existente entre el individuo que realiza la enfermería, es decir, la enfermera y la persona asistida. Watson defiende que “el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos”<sup>13</sup>. Todas estas intervenciones o actividades de una manera u otra tiene la función de proteger, mejorar y preservar la humanidad y la salud de los otros, ayudando a los pacientes a encontrar un significado a la enfermedad que padecen y con ello el sufrimiento y dolor que ésta les produce. También tiene la finalidad de servir de apoyo para que éste adquiriera a su vez autocontrol, autoconocimiento y autocuración. Por lo tanto, los cuidados de enfermería deben constituirse por acciones transpersonales e intersubjetivas.

La enfermería en sí misma, debe ser en todo momento una atención humanizada caracterizada por la interacción entre dos o más personas en la que uno de ellos ejerce como agente de ayuda. Esta interacción deberá basarse en principios y proposiciones éticas centradas en las necesidades del prójimo. De ahí surge el término de enfermería humanista o la humanización de los cuidados de enfermería<sup>(13,14)</sup>.

“El humanismo en términos generales se define como actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que ser humano es, desde las miradas biológicas, psicológica, social, cultural y espiritual”<sup>15</sup>. De igual modo, el humanismo implica que quien lo practique adquiriera un comportamiento ético a fin de respetar la integridad de la vida y la dignidad de los otros. Incluyendo sus derechos y la libertad interna para pensar, sentir y creer, así como el libre uso de la razón y juicio que da la inteligencia. Con todo ello, se llega a la conclusión de que la doctrina humanista es un requisito fundamental en la atención asistencial de enfermería hacia las personas, sobre todo en una de las fases críticas de la vida: la enfermedad.

La enfermería se caracteriza por la posesión de una filosofía de responsabilidad para el cuidado de la vida humana. La realización del cuidado debe estar motivado por un proyecto

vocacional que inspira a quien la ejerce a poseer una dedicación implícita del bienestar social. Su funcionalidad es el cuidado de las personas en todas sus esferas, físico, mental, emocional, biológico y social, entendiendo por tanto al sujeto como un ser con ciertas necesidades de sentirse acogido, escuchado y sobre todo comprendido. El objetivo principal de las enfermeras en su vida profesional va determinado por un propósito de ayudar a que las personas obtengan, conserven, y restablezcan su salud, ayudándoles a mantener sus funciones biológica dentro de sus propias limitaciones<sup>15</sup>.

Dentro del rol de profesional de enfermería, la comunicación juega un papel fundamental en el desempeño de las funciones como administradores principales de los cuidados de los usuarios. La interacción enfermera – sujeto de cuidado es un pilar importante dentro de la enfermería, pues quien practica la enfermería debe saber escuchar y entender al paciente, es decir, deberá poner en marcha la relación de ayuda. Carls Rogers define la relación de ayuda diciendo: “es aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”<sup>16</sup>. Referente a la relación de ayuda, para Rico Beltrán existen varios tipos entre los que se destaca: autoritario, democrático o cooperativo, paternalista y empático<sup>(15)</sup>.

La interacción enfermera – paciente pasa por varias etapas para poder construir una relación de ayuda y terapéutica de manera eficaz, basada en la confianza. La fase de iniciación va encaminada a orientar al paciente y a identificar no solo sus necesidades de ayuda sino también las personas del entorno que le pueden ayudar si las hubiera. En esta fase el profesional de enfermería desempeña un rol de extraño y a su vez de persona de recurso, proporcionando respuestas al paciente sobre su proceso de enfermedad. La segunda fase es una fase de mantenimiento, de trabajo mutuo en la cual la enfermera ha identificado la situación y las respuestas del paciente y en el otro lado el paciente expresa sus sentimientos y emociones, lo que da lugar a un aumento de la confianza mutua. En este caso el enfermero/a desempeña el rol de persona de recurso y además de docente que brinda asesoramiento basándose en los conocimientos científicos adquiridos previamente. La última fase es la de terminación o resolución, en la cual el paciente habrá conseguido algunas metas y en el mejor de los casos se preparará para volver a su medio habitual, con el objetivo de mantener su salud y bienestar en la medida de lo posible<sup>14</sup>.

Sin embargo, a menudo los profesionales de enfermería, sobre todo en el ámbito hospitalario, no cuestionan cómo debe evolucionar el rol que establecen como enfermeras y se produce por tanto un deterioro de los cuidados que ofrecen. A todo ello se añade que las instituciones hospitalarias se encuentran impregnadas por el modelo biomédico y curativo, es decir, “reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de enfermería de su visión humanista y holística del cuidado”<sup>13</sup>. Las instituciones hospitalarias con los nuevos avances producidos en el sector médico han pasado a funcionar como subsistemas sociales con el objetivo principal de socializar a los individuos que

acceden a ellos mediante pautas y normas comunes ya establecidas, para que éstos se adapten y asuman el funcionamiento del sistema.

Todo ello provoca un difícil desempeño del rol cuidador de los profesionales de enfermería que trabajan en las instituciones sanitarias, dando lugar a un empobrecimiento de los cuidados, que deben ser individualizados y no realizados de forma rutinaria ni monótona. Lo que se reduce a que acciones expresadas con anterioridad, por ejemplo, la comunicación eficaz e interacción con el paciente y sus familiares de forma cercana (denominado por Watson como cuidado transpersonal) queden en un segundo plano. Además, el acto de cuidar se ha vuelto deficiente ya que los profesionales que trabajan en estas instituciones sanitarias no siempre realizan sus labores de forma individualizada y centrándose en el paciente. Dándole mayor importancia a la realización de técnicas y procedimientos que llevan a cabo de forma mecanizada y alejándose por tanto de los valores éticos y morales propios de la enfermería.

A pesar de ello, hay estudios que avalan la necesidad de los usuarios respecto a los cuidados humanitarios, pues los pacientes consideran estos quehaceres tan importantes como los aspectos técnicos de la enfermería. Para los usuarios, el cuidado se compone de preocupación, ánimo, amor, buen trato y atención, habilitación, poder y dependencia. Procesos que según ellos son llevados a cabo por los alumnos de enfermería pero que no son tan frecuentes por parte de los profesionales ya titulados. Es por ello que Watson considera que el cuidado debe adquirir una dimensión mucho más extensa, que vaya más allá de la realización de una técnica enfermera, de la planificación de una atención, de recibir el cambio de turno o la de una educación sanitaria que se realiza de forma rutinaria para todos los pacientes con la misma patología. Es estar ahí con el otro durante el proceso de su enfermedad, compartiendo sus sentimientos y emociones, apoyándole y asesorándole cuando lo necesite <sup>(13,16)</sup>.

## 2.7 EL USO DE HERRAMIENTAS TIC EN ENFERMERÍA: EL BLOG

Tras la influencia de la globalización se han ido incorporando en nuestro día a día los nuevos avances tecnológicos y con ello la incorporación de instrumentos y herramientas tecnológicas en todos los ámbitos de nuestras vidas. Es por ello que la sanidad y sobre todo la disciplina enfermera está siendo partícipe de estos cambios en su modalidad de trabajo y el cuidado.

La introducción de las nuevas herramientas TICs (Tecnología de la información y comunicación) supone un avance que permite a la sanidad un gran número de posibilidades de trabajo. Permite a los profesionales sanitarios desarrollar conocimientos y habilidades para ponerlas en marcha con los usuarios y además da lugar a la formación de redes sociales y de apoyo que facilitan una mejor adaptación del paciente a su proceso de enfermedad. También ofrece información

fiable que hace que los pacientes mejoren sus niveles de conocimientos acerca de su situación de salud y puedan modificar su estilo de vida y mejorar su estado de salud.

Según Cabero, las TICs son “instrumentos técnicos que giran en torno a los nuevos descubrimientos de la información que crean, almacenan, recuperan y transmiten información de forma rápida y en gran cantidad, combinando diferentes tipos de códigos en una realidad virtual”<sup>17</sup>. Aunque hasta el momento la utilización de las TICs es un proceso que va aumentando progresivamente y se utilizan bastante poco en comparación con otros países, entre las herramientas más utilizadas por parte de enfermería destacamos: la historia clínica digital o historia electrónica de salud, la cual registra la información sanitaria del paciente electrónicamente y permite el intercambio y acceso a la información por los distintos profesionales, además de la realización de planes de cuidado personalizados. Y la tele-enfermería un concepto relativamente nuevo y que hace referencia al uso de las TICs para mejorar la atención a la población y permite una comunicación paciente-enfermera a distancia a través de transmisiones eléctricas u ópticas, (incluye la teleatención sociosanitaria o teleasistencia domiciliaria, e-compliance (recordatorio de toma de la medicación), telemonitorización o telecontrol domiciliario, teleconsula, teleinformación y portales de salud, etc)<sup>17</sup>.

La puesta en marcha de este proyecto tecnológico en la sanidad supone eliminar las barreras de accesibilidad y contacto que pudieran existir, para con el paciente y reduce notablemente los altos costes sanitarios. Además, permite el abordaje de la problemática de forma diferente, es una prestación asistencial novedosa, cómoda y acorde con las tendencias de la tecnología.

La teleinformación y los portales de salud son herramientas pertenecientes a la llamada “web 2.0” que ha provocado en los últimos años que tengamos una sociedad cada vez más relacionada, participativa y en constante interacción con los demás. Cuando hablamos de teleinformación nos referimos a la facilitación de información sanitaria tanto a los ciudadanos como al resto de profesionales con el objetivo de mejorar la salud del paciente y su calidad de vida, es decir, su bienestar. Todo ello se consigue a través de educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre otros. Dentro de la teleinformación encontramos los portales de salud cuya finalidad es ofrecer contenidos útiles y novedosos en un lenguaje que sea accesible para los destinatarios y con la máxima fiabilidad científica posible a través de múltiples canales. Estos portales pretenden mejorar la relación visitante que accede a la herramienta y el o los profesionales de la salud que ofrecen la información y gestionan la herramienta TIC<sup>18</sup>.

En el presente estudio resulta relevante e imprescindible tratar el tema de la blogosfera enfermera o la utilización de los blogs por parte de enfermería. “Los blogs pueden considerarse una de las herramientas pioneras de la comunicación social o 2.0 con más de veinte años de existencia”<sup>19</sup>. Actualmente la forma de comunicarse que caracteriza a los blogs ha ido tomando cada vez más protagonismo en el sector de la enfermería, pues enfermeras de todo el mundo han optado por esta

00forma novedosa de comunicación social tanto con pacientes como con otros profesionales. La blogosfera integra una forma de práctica profesional de los cuidados muy novedosa y original mediado por la web 2.0, se trata de un tipo de diario personal en internet en el que el autor publica sus textos o contenidos (post) de manera cronológica, haciéndolos visibles para los internautas y pudiendo ser éstos comentados y compartidos por los mismos.

Se trata de una web viva, en la que los que acceden a ella han pasado de ser meros consumidores de sus contenidos para convertirse en una parte activa de la misma, por lo que los blogs son herramientas que, a pesar de poder tener un cronograma establecido, está en constante cambio y a disposición de las modificaciones que puedan llegar a sugerir sus consumidores. En 2012 Watson publica un artículo en el cual hace referencia al incremento del uso del blog en la práctica de enfermería, pero también explica que no son los profesionales los únicos que hacen uso de esta herramienta sino también los pacientes, los más frecuentes son aquellos en los cuales los pacientes oncológicos comparten sus vivencias. Hace referencia al uso de los blogs como un instrumento que mejora el aprendizaje enfermero pudiendo cumplirse este aprendizaje a través de las propias experiencias de los pacientes, por lo que también se trata de un espacio que da lugar a la reflexión y al pensamiento crítico. Además, indica que el blog puede servir para realizar educación sanitaria y servir de apoyo a los pacientes durante su proceso de enfermedad, pues existen estudios que avalan la utilización de los blogs por parte de un gran número de mujeres jóvenes para comunicarse y compartir sus experiencias respecto a la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y supervivencia como medida de afrontamiento y apoyo de su situación de salud<sup>19</sup>.

Como todo lo novedoso, los blogs también tienen sus beneficios y sus riesgos, entre los beneficios encontramos principalmente el intercambio de conocimientos, la difusión de información relevante, el debate entre los componentes de la web y los que acceden a la misma, la salud, la educación etc. Respecto a los riesgos aparece la posibilidad de no dar una información precisa, los riesgos para la privacidad del paciente (lo que compromete la confianza que estos depositan sobre los profesionales) e incluso el compromiso de medir la información que ofrecemos respetando el código ético y deontológico<sup>19</sup>.



### 3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de ovario o neoplasia ovárica conforman un problema de salud cuya epidemiología alcanza una magnitud social bastante importante, no solo por el número de mujeres a nivel mundial que la padecen, sino también por el número de muertes que ocasiona anualmente. A pesar de ello, la motivación de este trabajo viene enfocada por el impacto a nivel emocional y psicológico que esta enfermedad provoca en las mujeres que la padecen. Esto da lugar a que las víctimas del cáncer de ovario reconozcan esta experiencia de sus vidas como una situación traumática difícil de afrontar.

En la actualidad referente a la neoplasia ovárica se observa que las actividades enfermeras que engloban aspectos como el apoyo emocional, educación sanitaria y asesoramiento terapéutico no se encuentran incluidas entre las tareas reconocidas institucionalmente. Por tanto, el mantenimiento del enfoque biomédico dificulta la prestación de unos cuidados de calidad, que contemplen a la persona como un ser biopsicosocial al cual ofrecerle unos cuidados integrales, humanísticos y holísticos. A pesar de haberse conseguido en enfermería una mayor autonomía del trabajo, las enfermeras continúan priorizando las actividades colaborativas y realizando su trabajo por tareas, es decir, de forma rutinaria. Este trabajo pretende recopilar la información actualizada más relevante sobre todos los aspectos que engloba el padecimiento de un tumor ovárico y así poder crear un recurso digital interactivo que ofrezca a las mujeres y a los profesionales, los conocimientos y recomendaciones básicas para afrontar los cuidados que esta experiencia requiere.

El recurso digital que se presenta es una buena opción para aquellas pacientes que estén interesadas en adquirir información sobre el cáncer de ovario de forma rápida y sencilla y que requieran de un asesoramiento y apoyo por parte del sistema sanitario más allá de la mera asistencia hospitalaria. El uso de las nuevas tecnologías e internet sirve de gran apoyo para fomentar la teleasistencia, pues permite a los profesionales poder actualizar sus conocimientos y con ello prestar unos cuidados que complementen las actividades realizadas en el ámbito hospitalario.

El blog es una herramienta digital de fácil accesibilidad que se puede visualizar tanto en ordenadores como en tabletas o teléfonos móviles. Se trata de un recurso telemático que favorece la comunicación, lo cual es una ventaja para que los profesionales sanitarios y en este caso las enfermeras, podamos llevar a cabo nuestras labores como agente de ayuda. Nos permite suplir aquellos cuidados holísticos que debido a las condiciones de trabajo de las enfermeras en las instituciones no son prestados de la forma deseada. Con todo ello, favorecemos una relación enfermera – sujeto de cuidado basada en la confianza y facilitamos que las mujeres puedan compartir sus experiencias con otras mujeres en su misma situación.

## OBJETIVOS

- Objetivo general: Proponer un recurso digital que facilite el acceso a la información más relevante sobre el cáncer de ovario y que permita una actuación de enfermería basada en el apoyo y asesoramiento terapéutico.
  - Objetivos específicos:
    - Describir las características y rasgos generales del tumor ovárico.
    - Abarcar a través de las distintas publicaciones mensuales aquellos temas que más preocupan a las mujeres con cáncer de ovario.
    - Fomentar el autocuidado de las pacientes con cáncer de ovario a través técnicas de afrontamiento, asesoramiento y consejos para sobrellevar las distintas etapas de la enfermedad.
    - Identificar las cuestiones que más afectan emocionalmente a las pacientes durante el proceso de enfermedad a través de sus aportaciones en los comentarios de las publicaciones mensuales.
    - Permitir la comunicación entre las pacientes que acceden al blog, compartiendo sus propias experiencias con otras mujeres en su misma situación.

## 4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la elaboración del recurso digital, se ha basado en el modelo propuesto por Paloma López Reillo y Eduardo Negrín Torres<sup>20</sup> que se muestra en la figura 1.

Figura 1



Fuente: El hipervídeo en la docencia universitaria.

Siguiendo el modelo se realizó una primera búsqueda general con el fin de concretar el tema que se iba a tratar en el trabajo en cuestión. Posteriormente pasamos a una búsqueda más exhaustiva en las bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Scielo, Medline, Dialnet, EBSCO, Free Medical Journals, Elsevier, ScienceDirect y el buscador de Google y Google Académico. Se utilizaron las siguientes palabras claves en español y en inglés, combinadas con el boleano “AND” para conseguir una búsqueda más precisa: cáncer ovario / ovarian cancer, Tumor ovárico, Neoplasia ovario / Ovarian neoplasms, enfermería humanista / humanistic nursing, enfermería / nursing, recurso digital / online tool, herramienta TIC / TIC tool, rol enfermero / nursing role. Los criterios de inclusión para la selección fueron una antigüedad no inferior al año 2000 de artículos publicados en español o inglés y estudios o artículos que trataran el cáncer de ovario desde una perspectiva enfermera y a su vez englobara los aspectos biológicos y emocionales de la enfermedad. Se utilizó un rango amplio de búsqueda respecto a la antigüedad debido al desconocimiento y lagunas existentes sobre el tema en algunos aspectos, así como la dificultad añadida de recopilar información de interés que fuera de ayuda para la redacción del presente trabajo. En una primera búsqueda, según el contenido del resumen se seleccionaron 35 artículos, de los cuales fueron excluidos aquellos que no permitían el acceso a texto completo y los que no aportaban información relevante o relacionada con el tema a tratar. Finalizando la búsqueda con una selección de dieciocho artículos.

Una vez interpretada la información recogida en la documentación seleccionada anteriormente, se plantean los apartados que van a conformar el marco teórico según los contenidos a tratar en el presente trabajo: el cáncer de ovarios, tratamiento y pronóstico, prevención y factores de riesgo, el rol de enfermería frente a la enfermedad y la utilización de las herramientas TICs en enfermería. Tras definir la estructura informativa respecto al cáncer de ovario en nuestro recurso digital, es decir, el apartado de rasgos generales y características de la enfermedad (incluyendo las referencias bibliográficas), comenzamos su construcción, incluyendo las distintas secciones que lo componen. Todo ello con la herramienta gratuita WordPress.

SECUENCIA	CONTENIDO	SUBAPARTADO	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
<b>1</b>	El cáncer de ovario	• Definición	1,2
		• Clasificación histológica	2,3,4
		• Clasificación clínico – quirúrgica	2,5
		• Signos y síntomas	1,2,3
<b>2</b>	Tratamiento y Pronóstico	• Tratamiento inicial: cirugía citorreductora	2
		• Tratamiento coadyuvante: quimioterapia / radioterapia	6
		• Evaluación de los resultados del tratamiento.	7,8
		• Pronóstico: factores determinantes	2
		• Supervivencia	8
<b>3</b>	Prevención y Factores de Riesgo	• Factores de riesgo: genéticos, reproductivos, farmacológicos, ambientales, otros	1,2,9
		• Prevención: medidas de seguimiento intensivo	10

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención: medidas reductoras del riesgo</li> </ul>	10
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras medidas de prevención</li> </ul>	10,11
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está justificado la realización de salpingo-ooforectomía bilateral con histerectomía como medida de prevención?</li> </ul>	12
4	Rol de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería humanística</li> </ul>	13,14,15
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación enfermera – paciente: la comunicación</li> </ul>	15,16
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fases de la relación terapéutica</li> </ul>	14
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en el rol de enfermería en la actualidad.</li> </ul>	13,16
5	Uso de Herramientas TIC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las TIC</li> </ul>	17
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Web 2.0</li> </ul>	18
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La blogosfera enfermera</li> </ul>	19
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• El blog</li> </ul>	19

Posteriormente, para elaborar la cronología de los “post” o publicaciones realizadas en blog de enfermería, se extrajeron 18 testimonios publicados en la página web de la fundación ASACO<sup>4</sup> de mujeres víctimas del cáncer de ovario. Entre esta selección se encontraban pacientes en pleno proceso de enfermedad, pacientes que habían pasado la enfermedad y relataban como vivieron el proceso desde que se les detectó el tumor, la fase pre y post operatoria, el tratamiento y curación de la enfermedad, así como mujeres que a pesar de la curación, pasado un intervalo de tiempo se les había detectado una recidiva.

De los testimonios se extrajeron aquellos aspectos más relevantes relacionados con los sentimientos, emociones y vivencias respecto al afrontamiento de enfermedad, es decir, aquellas cuestiones que no habían sido abarcadas por los profesionales de enfermería en sus cuidados ni por otros profesionales sanitarios.

Todo ello se codificó con el objetivo de agrupar estos aspectos e interrelacionar unos testimonios y otros. Además, los fragmentos se clasificaron según los patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>21</sup> y a su vez se ...relacionaron con los diagnósticos de enfermería que se asemejaban a lo expresado en los fragmentos. A continuación, se muestra una tabla (Tabla 2) en la cual se relacionan los fragmentos, con los patrones y diagnósticos de enfermería, así como la codificación de los distintos aspectos mencionados en los testimonios de las pacientes (Tabla 3).

Tabla 2

<b><u>CATEGORÍA</u></b>	<b><u>NANDA RELACIONADOS</u></b>	<b><u>TESTIMONIOS</u></b>	<b><u>REFERENCIAS</u></b>	<b><u>CÓD</u></b>
<b>PATRÓN 1. PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD</b>	[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud.	“Donde comencé a presentar unos síntomas extraños el estómago comenzó a crecer más y más ya me costaba dormir tenía que hacerlo prácticamente sentada, para caminar me costaba”	Testimonio de Zoraida.	001.
		“me mandaron unos medicamentos para bajar la inflamación, pero transcurrían los días y todo iba a peor.”	Testimonio de Zoraida.	001.
		“mi hermano me dijo ya no más nos vamos al hospital”	Testimonio de Zoraida.	001.
		“Nunca quise que me vieran enferma, sino lustrosa y guapa, así que puse mucho interés en “tunearme” cada día para no afectar a los demás.”	Testimonio de Gemma.	003.
		“fui a urgencias por una fuerte hinchazón abdominal”	Testimonio de Charo.	001.
		“sentí un dolor muy agudo en la parte abdominal derecha. Pensando que quizá fuera apendicitis acudí a urgencias”	Testimonio de Iris.	001.
	[00004] Riesgo de infección.	“en la segunda quimio se me abrió el catéter justo cuando me iban a poner la quimio y tuvieron que llevarme al quirófano para cambiar la capsula que se había perforado” “se me abrió la herida”	Testimonio de Zoraida. Testimonio de Zoraida.	002. 002.
<b>PATRÓN 2. NUTRICIONAL - METABÓLICO</b>	[00046] Deterioro de la integridad cutánea.	“Luego comenzó a researse la piel” “fue donde decidí ir a Ángela Navarro centro de estética que se encuentra en el mismo hospital y al medirme la hidratación de la piel fue donde me dijo que era 50 de hidratación y 50 de sequedad”	Testimonio de Zoraida. Testimonio de Zoraida.	004. 004.
	[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.	“no como”	Testimonio de Gumer.	005.
	<b>PATRÓN 3. ELIMINACIÓN</b>			
	[00085] Deterioro de la movilidad física.	“me dieron de alta donde fue terrible ya que dure 3 días más en cama sin poderme mover me dolía horrible la espalda hasta que poco a poco me fueron levantando”	Testimonio de Zoraida.	006.

<b>PATRÓN 4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>	[00088] Deterioro de la ambulación.	“Donde comencé a presentar unos síntomas extraños el estómago comenzó a crecer más y más ya me costaba dormir tenía que hacerlo prácticamente sentada, para caminar me costaba”	Testimonio de Zoraida.	006.	
	[00108] Déficit de autocuidado: baño.	“cuando me van a lavar es donde me doy cuenta de todo lo que tengo conectado”	Testimonio de Zoraida.	008.	
	[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.	“para mantenerme más positiva y activa”	Testimonio de Zoraida.	009.	
		“en los momentos de tranquilidad me sentaba hacer manualidades y así también me distraía, salía a dar paseos”	Testimonio de Zoraida.	010.	
		“hacía por salir todos los días a dar un paseo, no descuide nunca ni la higiene ni la alimentación.”	Testimonio de Gemma.	009.	
		“Nunca quise que me vieran enferma, sino lustrosa y guapa, así que puse mucho interés en “tunearme” cada día para no afectar a los demás.”	Testimonio de Gemma.	009.	
	[00093] Fatiga r/c cansancio, agotamiento, debilidad.	“cuando me tocaba la intraperitoneal siempre se me bajaban las defensas, la primera no me podía ni levantar de la cama ya que el estómago me quedaba cargado de líquido ese día me mareé”	Testimonio de Zoraida.	007.	
		“Me examino y lo que me dijo que tenía era gases y me mando un enema al llegar a casa mi cuñada como es enfermera me lo puso resulta fue peor al día siguiente me sentía más decaída”	Testimonio de Zoraida.	007.	
	<b>PATRÓN 5. SUEÑO Y REPOSO</b>	[00095] Insomnio r/c estrés, angustia, ansiedad y el dolor.	“Donde comencé a presentar unos síntomas extraños el estómago comenzó a crecer más y más ya me costaba dormir tenía que hacerlo prácticamente sentada, para caminar me costaba”	Testimonio de Zoraida.	011.
			“Luego es esa semana en casa fue para mí tan pero tan terrible ya que me costaba dormir”	Testimonio de Zoraida.	011.
[00198] Trastorno del patrón del sueño.		“en esos días me costaba dormir”	Testimonio de Zoraida.	011.	
		“no duermo”	Testimonio de Gumer.	011.	
		“referente a la menopausia (ya me está agobiando): no duermo por las noches, tengo inapetencia sexual, no lubrico (cosa que me disloca), me duelen los huesos... no sé... me supera esta situación.”	Testimonio de Tina.	011.	
[00128] Confusión aguda.	“estaba tan aturdida que esa parte no la escuche”	Testimonio de Zoraida.	014.		
	“cuando me van a lavar es donde me doy cuenta de todo lo que tengo conectado”	Testimonio de Zoraida.	014.		



<b>PATRÓN 6. COGNITIVO – PERCEPTIVO</b>		“La noticia me pilló sola y de sopetón. Recuerdo que me quedé paralizada y creo que, desde ese momento, me convertí en un autómeta.”	Testimonio de Gemma.	014.
		“no me dieron mucho tiempo para asimilar la situación y menos para informarme de más opciones.”	Testimonio de Tina.	014.
	[00132] Dolor agudo.	“lo que recuerdo de ahí son los dolores interminables de la tendinitis en el brazo que era por lo que más pedía ayuda”	Testimonio de Zoraida.	012.
		“durante la tarde me atacó un dolor de cabeza tremendo”	Testimonio de Zoraida.	012.
		“me dolía horrible la espalda hasta que poco a poco me fueron levantando”	Testimonio de Zoraida.	012.
		“sentí un dolor muy agudo en la parte 0000abdominal derecha. Pensando que quizá __ fuera apendicitis acudí a urgencias”	Testimonio de Iris.	012.
		“Posteriormente, se programan 4 ciclos (Carbo-Taxol) pero en el 3 ciclo aparece dolores tipo cólicos y otros efectos secundarios.”	Testimonio de Gladys.	012.
		“Fueron unos días muy fuertes, tanto en dolores, como en paciencia, así como psicológicamente”.	Testimonio de Tina	012
		“Tras la operación y la recuperación (algo dolorosa”	Testimonio de Tina.	012.
	[00137] Aflicción crónica.	“las tres primeras quimios fueron muy difíciles”	Testimonio de Zoraida.	013.
		“cuando me ponían la quimio directamente en el estómago era demasiado fuerte”	Testimonio de Zoraida.	013.
		“En ese momento, mi vida se detuvo. Lo recuerdo como el peor momento por el que he pasado”	Testimonio de Gemma.	013.
		“siempre estoy llorando, lloro por cualquier tontería, tengo ansiedad, pánico de todo”	Testimonio de Gumer.	013.
	[00175] Sufrimiento moral.	“la noticia fue como un puñal clavándose lentamente.”	Testimonio Sandra B.	013.
		“El camino no es fácil”	Testimonio de Arancha.	013.
		“allí recibí la noticia más fuerte que he recibido nunca”	Testimonio de Tina.	013.
		“Quiero expresar que cuando te diagnostican un cáncer por supuesto es una etapa dura y difícil pero que vale la pena luchar por superarlo.”	Testimonio Sandra B.	015.
		“estoy segura de que sabéis el “mazazo” que esto supone, me quedé en shock.	Testimonio de Rosa Sánchez Lagoa.	013.
		“En ese momento, mi vida se detuvo. Lo recuerdo como el peor momento por el que he pasado”	Testimonio de Gemma.	013.
		“fueron ocho meses complicados con muchos cambios físicos y hormonales”.	Testimonio de Yolanda.	013.

<b>PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO</b>	[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal.	“cuando tenían que ir las enfermeras a lavarme fue donde me vi los puntos que eran desde la boca del estómago hasta cerca de la vagina era impresionante”	Testimonio de Zoraida.	013.
		“referente a la menopausia (ya me está agobiando): no duermo por las noches, tengo inapetencia sexual, no lubrico (cosa que me disloca), me duelen los huesos... no sé, me supera esta situación.”	Testimonio de Tina.	013.
	[00251] Control emocional inestable.	“para mantenerme más positiva y activa”	Testimonio de Zoraida.	013.
		“EN MI CASO ME SENTÍ MUY SOLA Y SIN INSTRUMENTOS PARA CONVIVIR CON UN PROCESO ONCOLOGICO”	Testimonio Rosario Roda Jiménez.	013.
		“casi me da un patatús, del susto, no me lo esperaba”	Testimonio de Gumer.	013.
	[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones	“mi recorrido hasta ahora está siendo largo, pero aquí estoy todavía para seguir luchando hasta que me queden fuerzas”	Testimonio de Gladys.	015.
		“Dadas las circunstancias, inquietudes y búsqueda por curarme, quiero una segunda opinión”	Testimonio de Gladys.	015.
		“A pesar de esto hoy me siento feliz con muchas energías para enfrentar “esta malecilla”	Testimonio de Alejandra.	015.
		“Dadas las circunstancias, inquietudes y búsqueda por curarme, quiero una segunda opinión”	Testimonio de Gladys.	015.
	[00124] Desesperanza.	“Cuando estás en ese proceso parece que es interminable, piensas que no va a llegar nunca el final”	Testimonio de Arancha.	016.
		“sentí que el mundo se me venía abajo con un hijo de 9 años de edad y siendo madre y padre a la vez”	Testimonio de Alejandra.	016.
		“Era como si nada de lo vivido hubiese tenido sentido, total para llegar a ese momento...”	Testimonio de Gemma.	016.
“Así que entré al quirófano sabiendo que el diagnóstico podría ser lo peor.”		Testimonio de Gemma.	016.	
[00148] Temor.		“Empiezas un camino lleno de miedo e incertidumbre. No creas que estás sola ni que eres el bicho raro, Muchas nos hemos sentido como tú”.	Testimonio de Yolanda.	017.
		“siempre estoy llorando, lloro por cualquier tontería, tengo ansiedad, pánico de todo”	Testimonio de Gumer.	017.
		“Sé que está superado... pero sé que también puede volver”	Testimonio de Tina.	017.
		“Los primeros meses fueron muy complicados ya que el miedo se apodero de mí”	Testimonio de Alejandra.	017.

	[00118] Trastorno de la imagen corporal.	"me veo, guau, me sorprendí de tal forma al ver mi cara delgada, los ojos tenían una tristeza increíble y el estómago súper grande"	Testimonio de Zoraida.	018.
		"Total cuando llegue ella se sorprendió al verme tanta barriga era como un embarazo de 7 meses"	Testimonio de Zoraida.	018.
		"cuando tenían que ir las enfermeras a lavarme fue donde me vi los puntos que eran desde la boca del estómago hasta cerca de la vagina era impresionante"	Testimonio de Zoraida.	018.
		"mi vientre había crecido consideradamente."	Testimonio de Sandra B.	018.
		"ya que aparte de que me quitaron parte del intestino delgado y grueso también me hicieron nuevo totalmente el ano y me quitaron el bazo"	Testimonio de Zoraida.	018.
		"fui a urgencias por una fuerte hinchazón abdominal"	Testimonio de Charo.	018.
		"Mi visita al médico se debió a que me encontraba hinchada y con ardor de estómago y se manifestó con una ascitis tremenda".	Testimonio de Gemma.	018.
		"Al palparme el doctor, el abdomen se inflamó de inmediato"	Testimonio de Gladys.	018.
		"A mediados de agosto me di cuenta que me estaba creciendo el estómago".	Testimonio de Zoraida.	018.
	[00121] Trastorno de la identidad personal	"donde se me comenzó a caer el cabello apenas tener 15 días de ponerme la quimio. Se quedaba el cabello suelto en las sábanas, la ropa, al darme un baño hasta que decidí ir a la peluquería para cortarme el cabello ya que en casa nadie se atrevía cortármelo"	Testimonio de Zoraida.	018.
		"aunque, a veces, no tuviera ganas de mirarme a ese espejo que es el que, realmente, te está diciendo la verdad"	Testimonio de Gemma.	018.
		"Tras las sesiones de quimio, perdí las cejas y pestañas... Otra sensación muy desagradable, ver cómo tu cara ya no tiene expresión"	Testimonio de Tina.	018.
		"Sabía que se me caería el pelo, pero pensaba que con raparme era suficiente... Me recomendaron que me cortara el pelo y eso hice, pero aun teniéndolo corto, ver cómo se te cae solo con tocarlo... era una sensación desagradable... Después fue empezando a caerse más, por lo que me rapé, aunque duró muy poco porque empecé a quedarme calva. Me afectaba verme calva."	Testimonio de Tina.	018.
		"Cada vez que me miraba al espejo no me reconocía: una mujer calva, sin cejas ni pestañas, sin expresión, amarillenta, rajada en canal... La cicatriz llega casi al pecho".	Testimonio de Tina.	018.

	[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.	“Después de eso no he vuelto a ver la vida de la misma manera”	Testimonio de Sandra B.	020.
		“Mi vida ha cambiado. Yo he cambiado. Ahora aprecio mucho más todas esas pequeñas cosas que antes pasaban desapercibidas y disfruto cada momento”	Testimonio de Arancha.	020.
		“poco a poco el pelo vuelve a crecer, el cansancio desaparece, el malestar se esfuma, las fuerzas se recuperan y vuelves a tener el control de tu vida”.	Testimonio de Arancha.	020.
		“Sin duda el Cáncer marcó mi vida sintiéndome hoy una mujer más fuerte, luchadora y con una mirada integral de la vida que no conocía”	Testimonio de Alejandra.	020.
		“Lo único que se siempre hay que mantener la fe en todo el proceso estar positivo hasta en los momentos que sentimos que decaemos”	Testimonio de Zoraida.	020.
		“Dejé de ser una mujer trabajadora, llena de miedos, incapaz de fijar límites a nivel personal y profesional”.	Testimonio de Alejandra.	020.
		“porque me demostré a mí misma lo fuerte que soy”	Testimonio de Yolanda.	020.
	[00146] Ansiedad.	“me mandaron unos medicamentos para bajar la inflamación, pero transcurrían los días y todo iba a peor.”	Testimonio de Zoraida.	019.
		“El tratamiento de quimio tuvo su proceso, que más o menos todos conocemos... la incertidumbre de los efectos”	Testimonio de Gemma.	017.
	[00120] Baja autoestima situacional.	“La autoestima se te baja”	Testimonio de Tina.	021.
“Todo el mundo me dice que soy muy fuerte y muy valiente... pero yo no me veo así...”		Testimonio de Tina.	021.	
<b>PATRÓN 8. ROL - RELACIONES</b>	[00055] Desempeño ineficaz del rol.	“sentí que el mundo se me venía abajo con un hijo de 9 años de edad y siendo madre y padre a la vez”	Testimonio de Alejandra.	022.
	[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares.	“. Yo soy el pilar de mi familia y bastante faena les había hecho ya. Así que tomé las riendas de la situación y, por primera vez en mi vida, también dejé que los demás se ocuparan de mí, que me cuidarán, que me mimasen.”	Testimonio de Gemma.	023.
		“Cada caricia, abrazo... me daban fuerzas para salir adelante y no decaer”.	Testimonio de Alejandra.	023.
		“Para mí fue fundamental el apoyo de amigos y familia y la experiencia de otras pacientes”	Testimonio de Caro.	023.
		“porque sé quiénes son mis amigos de verdad y estuvieron cuando les necesité”	Testimonio de Yolanda.	023.

		“desde el primer momento, me sentí arropada y protegida; tanto por mi familia, como por los médicos que me atendieron”	Testimonio de Charo.	023.
		“dejar me arropar por mi familia y mis amigos que han estado a mi lado todo el tiempo transmitiéndome mucha positividad. Entre todos me han ayudado a levantar cada vez que las fuerzas me fallaban y han logrado que me aferrara a la vida”,	Testimonio de Arancha.	023.
		“Le doy todo mi agradecimiento a mi marido, hijos, familia y amigos que han estado ahí en todos los momentos, en lo bueno y malo, porque gracias a ellos esto ha sido más llevadero”	Testimonio de Gladys.	023.
		“Lo mejor de esos días fue ver todo el amor que te transmite tu familia y tus amigos.”	Testimonio de Tina.	023.
	[00060] Interrupción de los procesos familiares.	“A todo esto, con una crisis matrimonial terrible... IMAGINAD mi situación...otra vez cáncer y con alguien al lado que es un cobarde y prefiere irse que luchar contigo.”	Testimonio de Rosa Sánchez Lagoa.	024.
<b>PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN</b>	[00059] Disfunción sexual.	“Entrar pensando en un embarazo y salir pensando que te tienen que vaciar y quizá nunca tengas esa posibilidad”	Testimonio de Sandra B.	025.
		“Tras la operación, pasé los peores momentos... Temía más por el hecho de no poder ser madre, y de los efectos de la menopausia, que por el cáncer en sí.”	Testimonio de Tina.	025.
		“referente a la menopausia (ya me está agobiando): no duermo por las noches, tengo inapetencia sexual, no lubrico (cosa que me disloca), me duelen los huesos... no sé... me supera esta situación”.	Testimonio de Tina.	025.
	[00065] Patrón sexual ineficaz.	“Tras la operación, pasé los peores momentos... Temía más por el hecho de no poder ser madre, y de los efectos de la menopausia, que por el cáncer en sí.”	Testimonio de Tina.	026.
		“los efectos de la menopausia, no lubricación, inapetencia, sofocos, Han sido momentos muy duros y difíciles”	Testimonio de Tina.	026.
		“Una vez pasada la enfermedad... me quedan las consecuencias de la misma... con 31 años sin posibilidad de tener hijos... ¡¡¡¡¡ y menopáusica!!!!”	Testimonio de Tina.	026.
<b>PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	[00069] Afrontamiento ineficaz.	“Mientras que el Dr. Me informaba todo lo que estaba pasando más lo que pasaría en el quirófano era como que no era conmigo era impresionante de tal forma que cuando termino de hablar mi hermano y yo nos cruzábamos miradas y de repente le digo lo único que sé es que estoy esperando al ginecólogo”	Testimonio de Zoraida.	027.

		“para mi familia también fue fuerte esos días”	Testimonio de Zoraida.	028.
		“después de 10 meses de haber pasado por un cáncer de ovario me atrevo a compartir con vosotras mi testimonio”	Testimonio de Zoraida.	027.
		“No se puede describir...no hay palabras...cuando crees que todo quedó en un mal sueño, te dicen que hay una recidiva”	Testimonio de Rosa Sánchez Lagoa.	027.
		“Estaba...muerta en vida...no quería luchar...me sentía tan mal...que le dije a mi oncólogo que no quería quimioterapia. Que me rendía”	Testimonio de Rosa Sánchez Lagoa.	027.
		“En ese momento, mi vida se detuvo. Lo recuerdo como el peor momento por el que he pasado”	Testimonio de Gemma.	027.
		“siempre estoy llorando, lloro por cualquier tontería, tengo ansiedad, pánico de todo”	Testimonio de Gumer.	027.
		“El primer día de quimio... fue el peor día de mi vida... Ahí fui consciente de la enfermedad y de la gravedad de la misma”	Testimonio de Tina.	027.
	[00072] Negación ineficaz.	“Cuando me dieron la noticia, fue terrible y no sabía cómo afrontarlo. Sólo quería despertar de este mal sueño”.	Testimonio de Arancha.	027.
	[00158] Disposición para mejorar el afrontamiento.	“Y entonces hablé con mi ginecólogo, y me habló del Reiki. Y le hice caso. Y busque una terapeuta, y comenzamos. Además de Reiki, tomé Flores de Bach...y decidí vivir, luchar...Me fue cambiando el pensamiento, empecé a darme cuenta de que sí, que tenía que vivir. Y empecé a creer en mi”.	Testimonio de Rosa Sánchez Lagoa.	030.
		“En ese momento tenía dos opciones, desmoronarme o reforzarme y decidí que lo más inteligente era esta última”	Testimonio de Gemma.	030.
		“Quiero expresar que cuando te diagnostican un cáncer por supuesto es una etapa dura y difícil pero que vale la pena luchar por superarlo.”	Testimonio de Sandra B.	030.
		“Algo que también me ha ayudado mucho ha sido compartir durante las sesiones de quimio la dura experiencia con personas que están pasando lo mismo”	Testimonio de Arancha.	030.
		“A pesar de esto hoy me siento feliz con muchas energías para enfrentar “esta malecilla””	Testimonio de Alejandra.	030.
	[00211] Riesgo de deterioro de la resiliencia.	“Era como si nada de lo vivido hubiese tenido sentido, total para llegar a ese momento...”	Testimonio de Gemma.	031.
[00177] Estrés por sobrecarga.	“Pero el tiempo pasa, la quimio acaba y, aunque enfrentarte a las pruebas, no deja de ser estresante, en la misma intensidad vivo los buenos resultados.”	Testimonio de Gemma.	029.	

		“justo en el mes de julio me dan la baja médica por una tendinitis tremenda en los brazos a raíz de la tensión con la cual trabajaba día a día”	Testimonio de Zoraida	029.
		“siempre estoy llorando, lloro por cualquier tontería, tengo ansiedad, pánico de todo”	Testimonio de Gumer.	029.
	[00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo.	“Sé que está superado... pero sé que también puede volver”	Testimonio de Tina.	027.
		“Se me cayó el mundo otra vez encima, pero me volvieron a operar y a dar la quimio”	Testimonio de Begoña.	027.
<b>PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS</b>	[00068] Disposición para mejorar el bienestar espiritual	“¡Yo solo sé que el Reiki me dio la energía que no tenía, el amor por mi persona y el saber, además, que nunca, nunca hay que rendirse!!!!”	Testimonio de Rosa Sánchez Logia.	033.
	[00171] Disposición para mejorar la religiosidad.	“Op0ara bendición mía con ayuda de Dios y. Mi sobrina me pude operar en consulta particular”	Testimonio de Caro.	032.
		“oigan su cuerpo nada es tan importante como su salud. Fe en Dios y adelante”	Testimonio de Caro.	032.
		“gracias a Dios, puedo estar escribiendo ahora estas palabras”	Testimonio de Charo.	032.
		“sobre todo, agradezco a Dios la fuerza que me infundió para sobrellevar esos momentos con naturalidad y suficiente energía”	Testimonio de Charo.	032.
		“y hay que dar gracias a dios que llegue a tiempo a ese hospital que si hubiese esperado más tiempo el líquido se hubiese pasado por el resto del cuerpo.”	Testimonio de Zoraida.	032.
		“Lo único que se siempre hay que mantener la fe en todo el proceso estar positivo hasta en los momentos que sentimos que decaemos”	Testimonio de Zoraida.	032.
	[00185] Disposición para mejorar la esperanza.	“empecé a valorar cada minuto”	Testimonio de Caro.	034.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

<b>CÓDIGOS</b>			
001.	Identificación de los problemas de salud.	018.	Trastorno/cambios de la imagen corporal
002.	Complicaciones postquirúrgicas.	019.	Autopercepción de la salud
003.	Predisposición para mejorar la salud.	020.	Disposición para mejorar el autoconcepto.
004.	Alteraciones de la piel.	021.	Autoestima baja situacional
005.	Alimentación.	022.	Desempeño ineficaz del rol
006.	Deterioro de la ambulación.	023.	Apoyo familiar / social
007.	Cansancio / agotamiento / debilidad	024.	Relación ineficaz
008.	Déficit del autocuidado.	025.	Reproducción
009.	Disposición para mejorar el autocuidado.	026.	Menopausia / alteraciones r/c sexualidad
010.	Ocio y Actividad.	027.	Afrontamiento ineficaz
011.	Alteración del sueño.	028.	Afrontamiento familiar
012.	Dolor.	029.	Estrés
013.	Emoción / sensación	030.	Disposición para mejorar el afrontamiento
014.	Confusión aguda.	031.	Desesperanza
015.	Superación / espíritu de lucha	032.	Religión
016.	Desesperanza.	033.	Disposición para mejorar el bienestar espiritual
017.	Temor / incertidumbre.	034.	Disposición para mejorar la esperanza

Fuente: Elaboración propia



## 5. RESULTADOS

Finalmente una vez codificados los testimonios y clasificados tanto por patrones funcionales como por diagnósticos NANDA<sup>22</sup>, a modo de poder redefinir qué acciones de enfermería vamos a llevar a cabo en la funcionalidad del recurso digital “blog”. Extraemos los diagnósticos de enfermería seleccionados como problemas fundamentales de las mujeres que padecen tumor de uno o ambos ovarios y establecemos las intervenciones de enfermería que se pueden llevar a cabo a través del blog, es decir, aquellas que van relacionadas con la ayuda, apoyo, asesoramiento, educación sanitaria y soporte del autocuidado de las pacientes en su domicilio.

El objetivo de lo que se muestra en la siguiente tabla (tabla 4) es principalmente establecer las funciones de enfermería que se van desarrollar por parte del autor del blog para servir como agente de ayuda de las pacientes que padecen la enfermedad. A su vez se pretende conseguir su utilización como plataforma informativa tanto para la población de riesgo como para que los profesionales sanitarios puedan recomendar este recurso digital a sus pacientes. Se indagarán en los aspectos más relevantes y preocupantes de la enfermedad según los diagnósticos extraídos a través de los testimonios, pudiendo ésto amplificarse a medida que se empiece a interactuar con las mujeres a través del blog.

A continuación, se muestra la Tabla 4 sobre la relación de los diagnósticos seleccionados (NANDA) y las intervenciones de enfermería a llevar a cabo (NIC).

Tabla 4

<b>Relación entre los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) seleccionados y las Actividades de Enfermería (NIC) relevantes.</b>	
<b>NANDA</b>	<b>NIC Relacionados</b>
[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud.	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.
	[5395] Mejora de la autoconfianza.
	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[5510] Educación para la salud.
	[5606] Enseñanza: individual.
	[5430] Grupo de apoyo.
	[6610] Identificación de riesgos.
	[7110] Fomentar la implicación familiar.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
[00004] Riesgo de infección.	[6540] Control de infecciones.
	[6550] Protección contra las infecciones.
	[3590] Vigilancia de la piel.
[00046] Deterioro de la integridad cutánea.	[3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico.
	[3590] Vigilancia de la piel.
[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	[5246] Asesoramiento nutricional.
[00085] Deterioro de la movilidad física.	[140] Fomentar la mecánica corporal.
	[1800] Ayuda con el autocuidado.

	[5330] Control del estado de ánimo.
	[200] Fomento del ejercicio.
	[1400] Manejo del dolor.
[00088] Deterioro de la ambulaci3n.	[221] Terapia de ejercicios: ambulaci3n.
	[5612] Enseñanza: ejercicio prescrito.
	[180] Manejo de la energía.
[00108] Déficit de autocuidado: baño.	[1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene.
	[5606] Enseñanza: individual.
	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad.
	[4420] Acuerdo con el paciente.
[00182] Disposici3n para mejorar el autocuidado.	[5395] Mejora de la autoconfianza.
	[4470] Ayuda en la modificaci3n de sí mismo.
	[4364] Elogio.
	[4410] Establecimiento de objetivos comunes.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
[00093] Fatiga r/c cansancio, agotamiento, debilidad.	[180] Manejo de la energía.
	[5330] Control del estado de ánimo.
	[4400] Musicoterapia.
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	[201] Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza.
	[4310] Terapia de actividad.
[00095] Insomnio r/c estr3s, angustia, ansiedad y el dolor.	[5330] Control del estado de ánimo.
	[1850] Mejorar el sueño.
	[6482] Manejo ambiental: confort.
	[5380] Potenciación de la seguridad.
	[6040] Terapia de relajaci3n.
[00198] Trastorno del patr3n del sueño.	[1850] Mejorar el sueño.
	[6480] Manejo ambiental.
	[5820] Disminuci3n de la ansiedad.
	[5960] Facilitar la meditaci3n.
	[200] Fomento del ejercicio.
	[1460] Relajaci3n muscular progresiva.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5880] T3cnica de relajaci3n.
[00128] Confusi3n aguda.	[5820] Disminuci3n de la ansiedad.
	[4720] Estimulaci3n cognitiva.
	[6486] Manejo ambiental: seguridad.
	[4820] Orientaci3n de la realidad.
	[5460] Contacto.
[00132] Dolor agudo.	[1400] Manejo del dolor.
	[1320] Acupresi3n.
	[5820] Disminuci3n de la ansiedad.
	[1340] Estimulaci3n cutánea.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5460] Contacto.
[00137] Aflicci3n cr3nica.	[5310] Dar esperanza.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5420] Apoyo espiritual.
	[5240] Asesoramiento.
	[5430] Grupo de apoyo.
	[5100] Potenciación de la socializaci3n.
[00175] Sufrimiento moral.	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[5020] Mediaci3n de conflictos.
	[5310] Dar esperanza.
	[5470] Declarar la verdad al paciente.
	[7400] Orientaci3n en el sistema sanitario.

[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal.	[5240] Asesoramiento.
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	[5330] Control del estado de ánimo.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5390] Potenciación de la autoconciencia.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[5370] Potenciación de roles.
	[7150] Terapia familiar
[00251] Control emocional inestable.	[5330] Control del estado de ánimo.
	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos.
	[4420] Acuerdo con el paciente.
	[5270] Apoyo emocional.
	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.
	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.
	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad.
	[8340] Fomentar la resiliencia.
	[4350] Manejo de la conducta.
	[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[5100] Potenciación de la socialización.
[5880] Técnica de relajación.	
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones	[5250] Apoyo en la toma de decisiones
	[4420] Acuerdo con el paciente
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo
	[4410] Establecimiento de objetivos comunes
[00118] Trastorno de la imagen corporal.	[5220] Mejora de la imagen corporal.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5240] Asesoramiento.
	[5480] Clarificación de valores.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[4920] Escucha activa.
	[5430] Grupo de apoyo.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5340] Presencia.
[5450] Terapia de grupo.	
[00120] Baja autoestima situacional.	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[5330] Control del estado de ánimo.
	[4340] Entrenamiento de la asertividad.
	[5300] Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
	[8340] Fomentar la resiliencia.
	[5210] Orientación anticipatoria.
[5370] Potenciación de roles.	
[00121] Trastorno de la identidad personal.	[5390] Potenciación de la autoconciencia.
	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[5240] Asesoramiento.
	[5330] Control del estado de ánimo.
[00124] Desesperanza.	[5330] Control del estado de ánimo.
	[5310] Dar esperanza.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5340] Presencia.
[4860] Terapia de reminiscencia.	

[00146] Ansiedad.	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[6040] Terapia de relajación.
	[5210] Orientación anticipatoria.
	[5340] Presencia.
	[5880] Técnica de relajación.
[00148] Temor.	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5380] Potenciación de la seguridad.
	[5240] Asesoramiento.
	[4700] Reestructuración cognitiva
[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.	[5390] Potenciación de la autoconciencia.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.
	[5330] Control del estado de ánimo.
	[4364] Elogio.
[00055] Desempeño ineficaz del rol.	[5395] Mejora de la autoconfianza.
	[5370] Potenciación de roles.
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	[7200] Fomentar la normalización familiar.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
[00060] Interrupción de los procesos familiares.	[5326] Potenciación de las aptitudes para la vida diaria.
	[7140] Apoyo a la familia.
	[7130] Mantenimiento de procesos familiares.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5240] Asesoramiento.
	[7100] Estimulación de la integridad familiar.
	[7170] Facilitar la presencia de la familia.
	[7110] Fomentar la implicación familiar.
	[7200] Fomentar la normalización familiar.
[5370] Potenciación de roles.	
[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares.	[7100] Estimulación de la integridad familiar.
	[7130] Mantenimiento de procesos familiares.
	[7140] Apoyo a la familia.
	[5240] Asesoramiento.
	[5510] Educación para la salud.
	[7110] Fomentar la implicación familiar.
	[8340] Fomentar la resiliencia.
[7120] Movilización familiar.	
[00059] Disfunción sexual.	[5248] Asesoramiento sexual.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5624] Enseñanza: sexualidad.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
[00065] Patrón sexual ineficaz.	[5370] Potenciación de roles.
	[5248] Asesoramiento sexual.
	[5240] Asesoramiento.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5624] Enseñanza: sexualidad.
	[5520] Facilitar el aprendizaje.
[00069] Afrontamiento ineficaz.	[5210] Orientación anticipatoria.
	[6786] Planificación familiar: infertilidad.
	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[4370] Entrenamiento para controlar los impulsos.
[5270] Apoyo emocional.	
[5240] Asesoramiento.	

	[5330] Control del estado de ánimo.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5960] Facilitar la meditación.
	[5430] Grupo de apoyo.
	[5326] Potenciación de las aptitudes para la vida diaria.
	[5340] Presencia.
	[5450] Terapia de grupo.
	[5900] Distracción.
[00072] Negación ineficaz.	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5470] Declarar la verdad al paciente.
	[4820] Orientación de la realidad.
[00158] Disposición para mejorar el afrontamiento.	[5395] Mejora de la autoconfianza.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.
	[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.
	[4410] Establecimiento de objetivos comunes.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[4740] Llevar un diario.
[00177] Estrés por sobrecarga.	[8340] Fomentar la resiliencia.
	[5230] Mejorar el afrontamiento.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[6040] Terapia de relajación.
[00211] Riesgo de deterioro de la resiliencia.	[8340] Fomentar la resiliencia.
	[5310] Dar esperanza.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
[00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo.	[5330] Control del estado de ánimo.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5420] Apoyo espiritual.
	[5240] Asesoramiento.
	[5310] Dar esperanza.
	[5820] Disminución de la ansiedad.
	[5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.
	[4720] Estimulación cognitiva.
	[4360] Modificación de la conducta.
	[5400] Potenciación de la autoestima.
	[4700] Reestructuración cognitiva.
[00068] Disposición para mejorar el bienestar espiritual	[5420] Apoyo espiritual
	[5426] Facilitar el crecimiento espiritual
	[5960] Facilitar la meditación
[00171] Disposición para mejorar la religiosidad.	[5426] Facilitar el crecimiento espiritual.
	[5420] Apoyo espiritual.
	[5310] Dar esperanza.
[00185] Disposición para mejorar la esperanza.	[5310] Dar esperanza.
	[4740] Llevar un diario.
	[5395] Mejora de la autoconfianza.
	[5270] Apoyo emocional.
	[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.
	[5426] Facilitar el crecimiento espiritual.
	[5400] Potenciación de la autoestima.

Fuente: Elaboración propia

Una vez establecidas las acciones de enfermería a llevar a cabo según los diagnósticos seleccionados, se pasa a realizar un cronograma de las publicaciones, es decir, los “post” a publicar en el blog.

En primer lugar, se establece la idea de llevar a cabo la elaboración de un “post” mensual y se crea un cronograma sobre los temas a tratar durante el primer año de funcionamiento del recurso digital.

Para determinar los temas a tratar en las publicaciones de los 12 primeros meses, recurrimos a la información y clasificación englobada en la Tabla 2. Según el número de menciones en los testimonios de las pacientes, se prioriza qué diagnósticos de enfermería (NANDA) son los más relevantes y por tanto de mayor interés para las pacientes. A raíz de ahí, se ordenan los 12 primeros diagnósticos según priorización y se establecen finalmente los temas de las publicaciones. Cada uno de ellos irá relacionado tanto con el diagnóstico de enfermería que le pertenece como con el mes de año en el que se engloba, tal y como se refleja en la siguiente tabla (Tabla 5) a continuación.

Tabla 5

<b>CRONOGRAMA DE LOS POST A PUBLICAR</b>		
<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>	<b>NANDA RELACIONADO</b>
<b>Enero</b>	“Nuestro cambio físico”	[00118] Trastorno de la imagen corporal.
<b>Febrero</b>	Día Mundial Contra el Cáncer, una enfermedad que nos cambia la vida.	[00069] Afrontamiento ineficaz.
<b>Marzo</b>	Día internacional de la mujer, la importancia de la familia.	[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares.
<b>Abril</b>	El dolor en las distintas etapas.	[00132] Dolor agudo.
<b>Mayo</b>	Quiérete, quiérete tú, porque como uno mismo se quiere no sabrá quererte nadie.	[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.
<b>Junio</b>	Autocuidados. Trucos y enseñanzas. Signos de alarma de la enfermedad.	[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud.
<b>Julio</b>	La importancia del apoyo moral en las distintas fases de la enfermedad.	[00175] Sufrimiento moral.

<b>Agosto</b>	Sé tú siempre. Tips para protegerte del sol.	[00121] Trastorno de la identidad personal
<b>Septiembre</b>	Creencias y culturas.	[00171] Disposición para mejorar la religiosidad.
<b>Octubre</b>	Actitud + Lucha + Superación = Vencer el cáncer	[00158] Disposición para mejorar el afrontamiento.
<b>Noviembre</b>	Juntas podemos superarlo.	[00124] Desesperanza.
<b>Diciembre</b>	Terapia de emociones, Vencer nuestros miedos	[00148] Temor.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, una vez concluido todos los datos anteriores y estableciendo el plan de elaboración del recurso digital, se accede a la herramienta WordPress para comenzar a diseñar el blog. El blog ha de aportar información relevante sobre la enfermedad, publicaciones mensuales según los temas establecidos en el cronograma, enlaces de interés que puedan servir de ayuda y soporte a las mujeres que acceden al blog, la posibilidad de comentar las publicaciones y poder enviar mensajes privados y directos al administrador del blog y finalmente se desea poder llevar a cabo 2 aspectos novedosos que podrían en un futuro hacer de la comunicación sujeto de cuidado - enfermero un relación telemática más visual.

Estos dos aspectos sería en primer lugar la organización de un foro en el blog a través del cual las usuarias puedan exponer su experiencia o las cuestiones que les parezcan interesantes y además compartirla con otras mujeres que se encuentran en la misma situación. Todo ello les permitiría relacionarse, sentirse comprendidas desde otra perspectiva y a su vez apoyadas, evitando una situación de posible aislamiento o frustración. En segundo lugar, se llevarían a cabo sesiones trimestrales a través de la creación de redes sociales tipo “Facebook” o “Instagram”. Las sesiones trimestrales consistirían en planear una fecha y hora determinada para realizar una conexión en directo desde la red social a modo de consulta de enfermería (tele-atención). En esta sesiones el administrador del blog y la red social, es decir, la enfermera, se documentará previamente y tratará cuestiones que le hayan sido preguntadas con anterioridad tanto en comentarios, como en el foro así como privadamente. A su vez podrá ir respondiendo en directo las dudas que puedan ir surgiéndole a las pacientes durante la tele-consulta.

A continuación, se muestra una imagen del resultado final del recurso digital, acompañado del link correspondiente al blog creado:



<http://www.enfermeriaco.wordpress.com>

En el menú principal de la web aparece una breve presentación del blog y el diseño elegido. En la cabecera de la página principal podemos encontrar dos menús seguidos del título del recurso digital, el primer menú nos dará acceso a las redes sociales del blog (aún en proceso de elaboración) y posteriormente nos aparece el menú que nos llevará a las distintas secciones.

En la sección “acerca de” aparece un desglose en el que podemos acceder a información relacionada con el cáncer de ovario por subapartados. Haciendo “clic” directamente sobre el menú nos llevará a la sección en la cual se muestra una definición resumida de la enfermedad y un link para acceder a un video en el cual se da información de las características generales de la neoplasia de ovario.

A continuación, se muestra en el mismo menú de cabecera, la sección “posts” en la cual se agregarán las entradas o publicaciones a realizar en el blog según la cronografía expuesta anteriormente.

En el apartado “enlaces de interés” se muestran a través de hipervínculos, las distintas asociaciones de carácter nacional e internacional relacionadas con el tema en cuestión.

Finalmente podemos encontrar dos apartados más, (aún en estado de mantenimiento). A través de ellos las usuarias podrán interactuar en el “foro” o consultar dudas (“contacto”) que les puedan surgir con el administrador / enfermera responsable del recurso digital.



## 6. CONCLUSIONES

La enfermería se basa en una visión holística de la persona y en una interpretación del cuidado que exige contemplar las necesidades y respuestas humanas de la persona a la enfermedad en todas sus dimensiones (biológicas, psicológicas, sociales, culturales). El padecimiento de una enfermedad oncológica como es el cáncer de ovario, es para la mujer una experiencia realmente traumática y dolorosa. La enfermería por las peculiaridades de su práctica profesional y disciplinar tiene la oportunidad de establecer relaciones de gran cercanía y confianza, que le permite atender y cuidar de forma holística tanto a la mujer afectada por este tipo de patología, como a su familia.

Numerosos estudios demuestran la influencia que ejercen las y los profesionales de enfermería sobre el estado de ánimo y la capacidad de sobrellevar una enfermedad de este tipo a través de los cuidados que ofrecen a sus pacientes. Además, tradicionalmente, la población ha considerado que la enfermería es una profesión vocacional siendo una de sus funciones la de prestar apoyo emocional.

Los testimonios de pacientes que padecen o han padecido neoplasia ovárica confirman como una adecuada atención holística favorece notablemente la capacidad de afrontamiento, el espíritu de lucha y una mejora del estado de ánimo para con el proceso que están viviendo. Por otro lado, también se encuentran manifestaciones en las que queda patente que una actuación incorrecta o insuficiente, puede propiciar un estado de recuperación inadecuado, un estado de ánimo cabizbajo que lleve a pensamientos de desesperanza, abandono del autocuidado y una pérdida de interés sobre el proceso de curación plena.

En ocasiones, el trato que reciben estas mujeres en el sistema sanitario no alcanza las expectativas de las pacientes. Las mujeres con cáncer de ovario llegan a sentirse solas e incomprendidas, viviendo en un estado de frustración que les perjudica en todas las esferas de su ser, incluyendo las relaciones familiares y de pareja. Todo ello, dificulta aún más el afrontamiento de esta patología y las circunstancias que se desencadenan a partir de la misma, haciendo de este proceso, una experiencia dolorosa, difícil de olvidar. Una situación que marcará un antes y un después en la vida de las supervivientes del tumor de ovario, dando lugar en algunos casos a no superar esta etapa de sus vidas a pesar de haberse remitido la enfermedad.

Considerando que la ciencia está en continuo avance y las tecnologías de la comunicación y el internet, comienzan a ganar cada vez más terreno y abren nuevas posibilidades, pensamos que como profesionales de enfermería debemos aprovechar su potencialidad para desarrollar una continuidad y personalización de los cuidados. Se trata de aprovechar esta oportunidad que nos ofrece las nuevas tecnologías para comunicarnos con nuestras pacientes de manera telemática de

forma que éstas sientan que pueden tener una mano a la que agarrarse en los momentos más difíciles, aunque sea desde el otro lado de la pantalla. El objetivo de este trabajo es poder ir más allá del tipo de asistencia tradicional al que tanto profesionales como la población en general estamos acostumbrados, excavar en que existe una nueva forma de llegar al prójimo de manera fácil y cómoda, pudiendo incluso adaptarnos a las condiciones de cada servicio, sin dejar de tratar al otro como lo que es, un ser biológico, psicológico y social.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez CH, de la Cuesta Abbad, RS. Cáncer de ovario. [Internet] Salud y medicina de la mujer 2000. [citado 25 Nov de 2016]. Recuperado a partir de: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/ovarian/basic\\_info/](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/ovarian/basic_info/)
2. Ortega JAM, Antonio J. Cáncer de ovario. Radiobiol: [Revista electrónica] 2001 [citado 27 Nov de 2016]; 1(1):4-6. Disponible en: [http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/Radiobiologia/Revista/Numeros/RB1\(2001\)4-6.pdf](http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/Radiobiologia/Revista/Numeros/RB1(2001)4-6.pdf)
3. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, Ledermann JA. Ovarian cancer. The Lancet [Internet] 2014 [citado 27 Dic 2016]; 384(9951):1376-1388. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/accedys2.bbt.ull.es/science/article/pii/S0140673613621467>
4. Asociación ASACO [Internet]. Madrid: asociacionasaco; 2011 [citado 22 Ene 2017] Disponible en: <http://www.asociacionasaco.es/>
5. Ponce EV. Cáncer de ovario. Rev Per Ginecol Obstet [Internet] 2015 [citado 25 Ene 2017]; 13(3):163-175. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/867/824>
6. Cuello M. GES en cáncer de ovario epitelial: un avance sanitario necesario pero no exento de riesgos y dificultades futuras. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2013 [citado 25 Ene 2017]; 78(3):161-166. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
7. Martin VR. Straight talk about ovarian cancer. Nurs [Internet] 2005 [citado 05 Feb 2017]; 35(4):36-42. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/ehost/detail/detail?sid=7508e938-1b0a-4ce3-ae9f-8a197133c451%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4204&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=106623365&db=ccm>
8. Gallardo Rincón D, Cantú de León D, Alanís López P, Álvarez Avitia M, Bañuelos Flores J, Herbert Núñez GS, et al. Tercer Consenso Nacional de Cáncer de Ovario 2011. Grupo de Investigación de Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos en México 'GICOM'. Rev Inv Clin [Internet] 2011 [citado 18 Feb 2017]; 63(6):665-702. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDPUBLICACION=4351>
9. Bardos AP. Ovarian Cancer. [Internet] Hauppauge, US: Nova Science Publishers, Inc.; 2009. [citado 15 ene 2017]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/accedys2.bbt.ull.es/lib/bull/detail.action?docID=10693631>

10. Graña B, Vega A, Cueva J. Cáncer de mama y ovario hereditario: consejo genético, seguimiento y reducción del riesgo. *Psicooncología* [Internet] 2005 [citado 18 Feb 2017]; 2(2):229-242. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16855>
11. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* [Internet] 2012 [citado 22 Feb 2017]; 44:23-35. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712700124>
12. Urrutia MT, Araya A, Padilla O. Sexualidad e hysterectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet] 2011 [citado 22 Feb 2017]; 76(3):138-146. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000300002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000300002&script=sci_arttext&tlng=en)
13. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2007 [citado 10 Mar 2017]; 20(4):499-503. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400019&lng=es&tlng=es)
14. Salazar OB. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Invest Educ Enferm* [Internet] 2006 [citado 11 Mar 2017]; 24(2):144-150. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v24n2/v24n2a16.pdf>
15. Arroyo de Cordero A. Humanismo en enfermería. *Rev Enferm IMSS* [Internet] 2000 [citado 11 Mar 2017]; 8(2):61-63. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31977581/IMSS\\_HUMANISMO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495813443&Signature=frNUFIeDXE%2FdInyPnJrCBKDxFiQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIMSS\\_HUMANISMO.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31977581/IMSS_HUMANISMO.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495813443&Signature=frNUFIeDXE%2FdInyPnJrCBKDxFiQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIMSS_HUMANISMO.pdf)
16. Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal* [Internet] 2011 [citado 16 Mar 2017]; 2(1):55-61. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3405>
17. Domínguez FJT, Domínguez MRR. Aplicaciones de Enfermería basadas en TIC's. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. *Rev Enferm ENE* [Internet] 2012 [citado 27 Mar 2017]; 4(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/127>
18. Cárdenas Corredor DC, Melenge Díaz B, Pinilla J, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan* [Internet] 2010 [citado 27 Mar 2017]; 10(3). Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/accedys2.bbt.ull.es/servlet/articulo?codigo=3400964>

19. Campaña Castillo F, Bardallo Porras MD (dir). Etnografía digital de la blogosfera enfermera: Aproximación preliminar [ trabajo final de máster en Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [citado 27 Mar 2017]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Fernando\\_Campana\\_Castillo/publication/281774501\\_Etnografia\\_Digital\\_de\\_la\\_blogosfera\\_Enfermera\\_Aproximacion\\_Preliminar\\_Doc\\_Provisional/links/55f7d53808aeafc8ac064fe6/Etnografia-Digital-de-la-blogosfera-Enfermera-Aproximacion-Preliminar-Doc-Provisional.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fernando_Campana_Castillo/publication/281774501_Etnografia_Digital_de_la_blogosfera_Enfermera_Aproximacion_Preliminar_Doc_Provisional/links/55f7d53808aeafc8ac064fe6/Etnografia-Digital-de-la-blogosfera-Enfermera-Aproximacion-Preliminar-Doc-Provisional.pdf)
20. Negrín Torres E, López Reillo P. El hipervídeo en la docencia universitaria: una oportunidad para la cooperación del alumnado mediante las herramientas digitales 2.0. En: Innovación en las enseñanzas universitarias: experiencias presentadas en las V Jornadas de Innovación Educativa de la ULL (en línea). La Laguna: Universidad, Servicio de Publicaciones, 2015. p. 273-305.
21. Acosta-Salazar D, Lapeira-Panneflex P, Ramos-De La Cruz E. Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. Duazary [Internet] 2016 [citado 02 Abr 2017]; 13(2):105-110. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1715/1190>
22. Heather Herdman T, Shigemi K, NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017: NANDA International. Amsterdam: Elsevier; 2015.