



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA

**Comportamiento de los pacientes con diagnóstico de cáncer
en mama en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo**

AUTORA:

Narcisa Bustos Cando

DIRECTORA

Lic. Ángela Mendoza

Guayaquil, 28 de Junio 2011

TEMA

**COMPORTAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER EN MAMA EN EL HOSPITAL TEODORO
MALDONADO CARBO**

Dedicatoria

A Dios quien como ser espiritual guía mí camino para seguir adelante y no desfallecer, a mis hijas por ser el motivo de mi superación.

A mis padres quienes representan ese motor que guía y mueve cada pasó de mi vida.

A mi esposo y a todas esas personas especiales que con su incondicional cariño y apoyo han demostrado que la sencillez de la vida, conlleva de manera ideal al fin último de todo ser humano, el ser feliz.

Agradecimientos

Principalmente a Dios por concederme sabiduría, llenarme de paciencia y fortaleza para llevar adelante mi trabajo de grado.

A mis padres por su apoyo creer en mi capacidad y acompañarme durante toda mi carrera.

A la universidad Católica Santiago de Guayaquil en especial a los asesores Licenciada Ángela Mendoza y Dr. Ricardo Cañizares por acompañarme y guiarme en el desarrollo de todo este proceso, cuyos conocimientos impartidos me permitieron contar con las herramientas necesarias para desarrollar este trabajo.

Abreviaturas

- 1.- RMN: Resonancia Magnética Nuclear
- 2.- QT: Quimioterapia
- 3.- TAC: Tomografía Axial Computarizada
- 4.- PET: Tomografía Por Emisión De Positrones
- 5.- ICAR Agencia Internacional de Investigación del Cáncer
- 6.- IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- 7.- SOLCA: Sociedad de Lucha Contra EL Cáncer
- 8.- HTMC: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- 9.- PAE: Proceso de Atención de Enfermería

INDICE**Pág.**

Introducción.....	9
Planteamiento y problema (fenómeno.....	11
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Marco Teórico.....	15
CAPITULO I CÁNCER	
1.1 Anatomía y fisiología de la Glándula Mamaria.....	16
1.2 Origen del Cáncer.....	19
1.2.1 Definición.....	20
1.3 Factores de Riesgo.....	21
1.4 Epidemiología.....	21
1.4.1 Signos.....	22
1.4.2 Síntomas.....	23
1.5 Diagnóstico.....	23
1.6 Tratamiento.....	25
1.6.1 Radioterapia.....	25
1.6.2 Quimioterapia.....	26
1.6.3 Cirugía.....	28
1.7 Prevalencia.....	31
1.8 Enfermera y Comunicación.....	37
1.8.1 Bases para la comunicación.....	38
1.8.2 Factores que afectan las relaciones familiares.....	39

1.8.3 Comunicación y apoyo a la familia.....	39
1.8.4 Comunicación según diferentes fases de la enfermedad.....	40
CAPITULO II ASPECTOS PSICOLOGICOS	
2.1 Definición.....	43
2.2 Respuestas emocionales.....	42
2.3Estrategias de Afrontamiento.....	42
2.3.1Apoyo Emocional.....	44
2.3.2Autoestima.....	44
2.3.3Cuidado Personal.....	46
2.4 Factores Sociales que influyen en la vida de la Paciente.....	48
2.4.1 Relación Paciente- Familia-Personal Medico.....	48
2.4.2 Calidad de Vida.....	51
2.4.3 Estado de Ánimo.....	51
2.4.4 Dieta.....	52
2.4.5 Hábitos.....	53
2.5 Sexualidad en la pacientes.....	54
CAPITULO III PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	
3.1 Proceso de Atención de Enfermería.....	56
3.1.1 Aplicación del método científico en la práctica profesional De enfermería.....	56
3.1.2 Pasos Proceso de Atención Enfermería (PAE).....	56
3.1.3 Objetivos Proceso de Atención de Enfermería.....	57
3.1.4 Desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.....	57
3.1.5 Ventajas del Proceso de Atención de Enfermería.....	57

3.1.6 Características del Proceso de Atención de Enfermería.....	58
3.2 PAE.....	60
Hipótesis.....	67
Método.....	68
Justificación de la elección del método.....	68
Diseño de la investigación.....	69
Muestra/ selección de participantes.....	69
Técnicas de recogida de datos.....	70
Técnicas y modelos de análisis de los datos.....	71
Presentación de los datos/ resultados.....	72
Presentación de los análisis/resultados.....	79
Conclusiones.....	84
Valoración crítica de la investigación.....	86
Referencias Bibliográficas.....	87
Anexos.....	89

Resumen

El estudio de cáncer de mama tiene como objetivo fue analizar el comportamiento de la mujer diagnosticada con cáncer de mama del Área de Oncología. El Diseño fue descriptivo transversal se realizo en el área de Oncología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante marzo-abril del 2011.El Universo lo constituyó todas aquellas mujeres que acudieron a la sala de quimioterapia del Hospital a quienes se les realizó la encuesta, obteniendo los siguientes Resultados que durante el periodo de estudio ingresaron 20 pacientes con cáncer de mama a recibir su respectivo tratamiento, el grupo más afectado fue el de las pacientes entre los 35 a 55 años con el 60%.Por lo que concluyo diciendo que, gracias a los avances médicos hoy en día las pacientes con cáncer de mama tienen una marcada tendencia al incremento de la supervivencia (de las enfermos de cáncer) en correspondencia con los avances del desarrollo científico, y la calidad de vida de estos pacientes. Entre las palabras claves tenemos Cáncer, mama, Apoyo emocional, Estrategia de afrontamiento.

Summary

The breast cancer study aims to analyze the behavior of women diagnosed with breast cancer in the area of Oncology. Cross- Sectional Descriptive design was march to april 2011. The Universe was composed All women who attended the hospital's Chemotherapy room, who conducted the survey were the following results during the study period 20 patients we admitted with breast cancer to receive their respective treatment. The most affected group of patients was between 35 and 55 to 60%.

I conclude by saying that thanks to medical advances today patients with breast cancer correspondence with the progress of scientific development and quality of life of these patients between your keywords have breast cancer, Emotional Support Coping Strategy.

INTRODUCCION

Según la literatura médica y las estadísticas el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100 mil mujeres mayores de 40 años sin importar la raza, frente al diagnóstico de cáncer de mama, la mujer experimenta, generalmente, sentimientos de miedo, tristeza y negación. Asocia la enfermedad a muerte, así como también a la castración de un órgano significativo, en este caso, la mama considerada un símbolo estético de feminidad. La enfermedad es agresiva y traumática, pudiendo afectar a la mujer en todas las etapas de su vida, acarreando cambios en el desempeño de sus roles y en la percepción de su imagen corporal (1)

Cabe resaltar que el descubrimiento de un nódulo mamario representa una amenaza para la mujer, principalmente si se confirma su malignidad. Este hecho acarrea, casi siempre, un desequilibrio emocional en la mujer, que puede extenderse a la familia (2).

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la persona acometida por la enfermedad y en su círculo de amistades. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta (3).

La mujer con cáncer, particularmente de mama, requiere mayor atención por el carácter crónico y gravedad de la enfermedad, más allá del significado social y del impacto psicológico que representa para la mujer y sus familiares (4). No es fácil aceptar un diagnóstico de cáncer, independientemente de los conocimientos que se pueda tener sobre la enfermedad. El impacto del diagnóstico afecta no sólo a la mujer, sino a todos los miembros de la familia.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio para la mujer, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también (5). Así, la persona y la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes.

Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio familiar podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación de la mujer. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

COMPORTAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO CANCER EN MAMA

El cáncer es una de las enfermedades más temidas del planeta, y la segunda causa principal de muerte. Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100 mil mujeres mayores de 40 años sin importar la raza. (7) En nuestro país de acuerdo al último dato del Registro Nacional de Tumores, ocupa el segundo lugar en incidencia y hay que recordar que en el curso de toda la vida, a una de cada ocho mujeres se le diagnosticará cáncer de mama.

Se cree que el 50% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tiene factores de riesgo identificables aparte de la edad y género. Ciertos factores hormonales y reproductores así como estilos de vida, dieta y el ambiente, están relacionados con el riesgo. Además de antecedentes familiares o personales de esta neoplasia, los historiales de enfermedad benigna de la mama son otro factor predisponente.(8)

Para muchas personas sanas o enfermas, el cáncer” es una enfermedad física social y psicológicamente aplastante. Mantiene sujeta a su víctima a veces durante años en tanto el individuo con frecuencia se autopercebe a merced de ella, indefenso y desarmado para combatirla eficazmente no pudiendo tampoco escapar de la enfermedad” (2) (Suárez D; 2002.

Sin embargo en los últimos años se observa una marcada tendencia al incremento de la supervivencia de los enfermos de cáncer en correspondencia con los avances del desarrollo científico, lo que explica en alguna medida el interés que se observa en la literatura médica en general y en especial en la psicológica como sociológica, por la calidad de vida de estos pacientes (3), entendida la misma según Greer como el bienestar físico y emocional del paciente con cáncer. (Greer S; 1989).

Entre las respuestas emocionales más frecuentes en las mujeres se encuentran la ansiedad, pena, ira, hostilidad, culpa e incredulidad. A pesar de los enormes avances

en la rama oncológica, la mayoría de las personas asocian inevitablemente la palabra cáncer con muerte, los familiares más cercanos reaccionan a menudo con aislamiento inicial, incredulidad y perplejidad (9). Es importante que los familiares sean conscientes que el miembro de la familia debe ser tratado de forma tan normal como sea posible, intentando no sobreprotegerles ni mimarles demasiado.

Este estudio busca describir el nivel de ansiedad psicológica y el número de problemas por los que pasan las mujeres, pareja y familia en el diagnóstico de cáncer de mama.

El Hospital Regional de Guayaquil Dr. Teodoro Maldonado Carbo se inauguró el 7 de octubre de 1970. Desde su inauguración, el Hospital Teodoro Maldonado Carbo marcó la pauta de la atención médica y especialidades en la cirugía cardiovascular, la nefrología y el trasplante de riñón, el laboratorio hormonal y de citogenética, así como en áreas como oftalmología, gineco-obstetricia, fisioterapia, y rehabilitación. Además se sumó a la atención de centros como SOLCA y el Hospital Luis Vernaza (10).

El área de oncología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo atiende los problemas relacionados con neoplasias malignas de mama, próstata, Pulmón, estómago y región colorrectal, entre los más frecuentes. El servicio proporciona ayuda diagnóstica, terapéutica y psicológica, derivando los pacientes a los servicios apropiados para la realización de exámenes especiales. El IESS mantiene un convenio con SOLCA para la realización de gammagrafías y rastreos corporales con medios de contraste radioactivos y para el tratamiento con radiación Intratecal. Además, los profesionales del área realizan procedimientos como la biopsia con aguja fina y drenajes torácicos o abdominales (toracocentesis y paracentesis como procedimientos de ayuda al paciente con cáncer.(11).

El área de Hospitalización del Hospital Teodoro Maldonado Carbo cuenta con una estación de enfermería, sala de reuniones medicas, sala de recreación para pacientes, siete habitaciones alojan a quince pacientes. Además cuenta con una sala de

quimioterapia para 15 pacientes ambulatorios y hospitalizados; tiene un personal capacitado como son; tres médicos oncólogos, nueve licenciadas y seis auxiliares en turnos rotativos.

En cuanto a ingreso de los pacientes esta se realiza mediante la asignación de camas autorizadas por la jefa de enfermeras la Lcda. Mercy Palacios, las visitas medicas son realizadas a partir de las 09h00, el horario de visitas a los pacientes por parte de sus familiares es a partir de las 14h00-16h00 todos los días, durante los días de hospitalización del paciente se autoriza la estancia de un familiar.

Pregunta

¿Cuáles son los comportamientos de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el momento del descubrimiento de la enfermedad?

OBJETIVOS

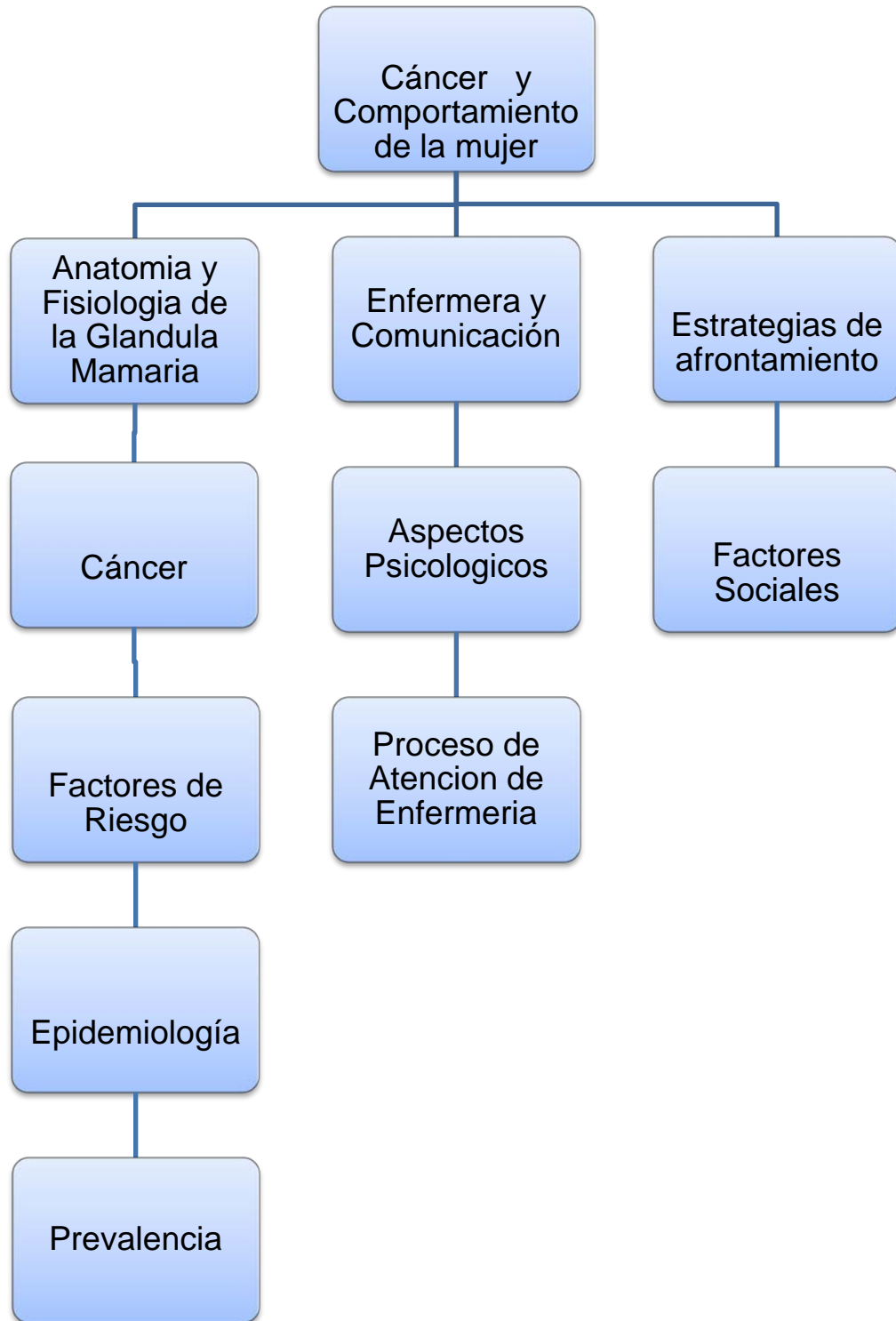
Objetivo general:

- Analizar el comportamiento de la mujer diagnosticada con cáncer de mama del Área de Oncología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Objetivos específicos:

- Identificar las características del entorno en el que se desenvuelve la mujer con diagnóstico de cáncer de mama.
- Determinar los mecanismos de afrontamiento utilizados por la mujer frente al diagnóstico de cáncer.
- Identificar los problemas que se presentan en el ámbito familiar de la mujer con cáncer de mama (hijos, esposos, hermanos, padres y familiares cercanos), ante el diagnóstico de la enfermedad.
- Proponer programas de apoyo para mejorar el afrontamiento de la mujer diagnosticada con cáncer de mama.

MARCO TEORICO



CAPITULO I

En este capítulo, se reseñan los estudios relacionados con los antecedentes que tratan aspectos acerca del comportamiento, necesidades emocionales y espirituales de la enferma con cáncer (CA mama)

Antecedentes de la investigación

A través de la revisión bibliográfica se constataron algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio, tanto en el ámbito nacional como internacional.

1.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA

En la mujer, la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama. La histología de la glándula mamaria es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alveolos y ductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche. El proceso de síntesis y de secreción es similar en todas las especies. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento de la leche en la glándula mamaria varía en las diversas especies.(12)

Anatomía de la Mama

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos. En el hombre se mantienen rudimentarias toda la vida, en cambio en la mujer están poco desarrolladas hasta antes de la pubertad, cuando empieza el proceso de maduración. El máximo desarrollo de

estas glándulas se produce durante el embarazo y especialmente en el período posterior al parto, durante la lactancia.(13)

Las mamas están situadas en la parte anterior del tórax y pueden extenderse en medida variable por su cara lateral. Su forma varía según características personales, genéticas y en la misma mujer de acuerdo a la edad y paridad. La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia el tamaño de la mama aumenta debido al crecimiento del tejido glandular.(14)

La base de la glándula mamaria se extiende, en la mayoría de los casos, desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. El área superexterna de cada glándula se extiende hacia la axila y se denomina “prolongación axilar”. La cara profunda de la mama es ligeramente cóncava y se encuentra en relación con el músculo pectoral mayor, el serrato anterior y la parte superior del oblicuo externo del abdomen. La mama está separada de estos músculos por la aponeurosis profunda. Entre ambas hay un tejido areolar laxo denominado espacio retromamario, éste permite que la mama tenga cierta movilidad sobre la aponeurosis profunda que cubre al plano muscular.(15)

La cara superficial de la mama está cubierta por piel. Aproximadamente en el centro de esta cara se encuentra el pezón que está en relación al cuarto espacio intercostal en la nulípara. La base del pezón está rodeada por una zona de piel hiperpigmentada, de 2.5 cm. denominada areola. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo mecánicamente, originando la erección del pezón. La areola posee numerosas glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, éstas contiene estructuras histológicas similares a la parte glandular de la mama y producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola. Bajo la areola

se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el niño debe exprimir al mamar(16)

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar, conjuntivo que conecta los lóbulos, y adiposo que ocupa los espacios interlobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper.

Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforman la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor, que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos lactíferos.(17)

Los lobulillos están formados por diez a cien acinos, cada cual con su conducto excretor denominado conducto terminal. Los acinos están estructurados por un conjunto de células secretoras que producen la secreción láctea y conforman una cavidad a la cual vierten esta secreción, están rodeados de células mioepiteliales y capilares sanguíneos de singular importancia en el proceso de secreción y eyección de la leche.

El sistema de conductos lactíferos que vacía la glándula mamaria es el siguiente: el acino se vacía a través de un conducto terminal, el cual converge con sus congéneres para formar el conducto lobulillar, que recoge la secreción láctea de todos los acinos de un lobulillo. Los conductos lobulillares se reúnen para formar el conducto interlobulillar, que al unirse con otros conductos de éste tipo, forma el conducto lobular o segmentario, de mayor calibre que los anteriores, que se dirige al pezón y antes de llegar a él, bajo la areola mamaria, se dilata formando el seno lactífero, el que se angosta nuevamente al desembocar en el pezón.(18)

1.2 CÁNCER – ORIGEN

Los antiguos egipcios fueron quienes primero observaron y registraron la enfermedad como tumores o úlceras, de los senos, la conclusión de que no había cura real y que la única forma de tratamiento es la cauterización con una herramienta llamada el "taladro de fuego". Desde entonces, ha habido muchos casos similares descritos por los médicos en toda la historia que concluyó que no había cura, o realmente eficaz el tratamiento (19).

Cuando los médicos comenzaron a entender el sistema circulatorio humano en el siglo XVII, que también lograron establecer un vínculo entre el cáncer de mama y los ganglios linfáticos en las axilas. Entre los cientos de diecisiete y dieciocho años, el cirujano francés Jean Petit y el escocés Benjamín Bell fueron los primeros en extraer los ganglios linfáticos, el tejido de los senos y músculos del pecho, en un esfuerzo para salvar a la mujer de cáncer de mama.

En la década de 1880, William Halsted empezó a realizar una mastectomía. Su procedimiento se conoce como la mastectomía radical de Halsted y siguió un procedimiento popular en la lucha contra el cáncer de mama hasta la década de 1970 (20).

El cáncer de mama es un cáncer del tejido glandular mamario y se encuentra tanto en pacientes masculinos y femeninos. El cáncer de mama en el mundo de casi el 1% de todas las muertes, es la quinta forma de cáncer más común y la forma más común encontrada en las mujeres.

Aunque el cáncer de mama es el cáncer más prevalente en las mujeres en los Estados Unidos, es sólo la segunda causa más común de muerte por cáncer en mujeres (después del cáncer de pulmón). EE.UU. las mujeres tienen una probabilidad de uno en ocho de por vida de desarrollar cáncer de mama invasivo y una oportunidad casi el 3% del cáncer de mama causa de su muerte. Debido a nuestro estilo de vida moderno de la reclamación de los expertos y también han observado un aumento significativo en el número de casos desde la década de 1970.(21).

La mama está compuesta de tejidos idénticos en hombres y mujeres. Por lo tanto, el cáncer de mama también se da en los varones, aunque es menos común. Aunque los hombres tienen un riesgo menor de desarrollar cáncer de mama. Parece que hay una mayor incidencia de cáncer de mama en los hombres con cáncer de próstata (22)

El punto de notables sobre el cáncer de mama masculino es que el pronóstico es peor en los hombres que en mujeres y el tratamiento de hombres con cáncer de mama es similar a la del trato dado a las mujeres mayores. Debido a que el tejido de la mama masculina se limita a la zona directamente detrás del pezón, el tratamiento para los hombres por lo general ha sido una mastectomía.

1.2.1 Definición

Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.(23)Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y próstata.

Los carcinomas incluyen algunos de los cánceres más frecuentes. Los carcinomas de estructura similar a la piel se denominan carcinomas de células escamosas. Los que tienen una estructura glandular se denominan adenocarcinomas. En el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas

inmaduras. (24). El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a los fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad.

1.3 Factores de riesgo

Las causas del cáncer de mama no se conocen, pero sí se saben algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad. Existen factores de riesgo asociados como el antecedente familiar de cáncer de mama, la menarquia precoz, menopausia tardía, nuliparidad, primer parto después de los 35 años, la dieta, sin embargo el elemento más importante a tener en cuenta es la asociación entre el incremento de padecer de cáncer de mama y la edad de la mujer (25).

Es por ello que en las afecciones de la mama se plantean varios factores de riesgo, entre ellos se encuentran los de alto riesgo: los hormonales, la edad (más de 40 años), el cáncer del endometrio, ovario y colon, historia de salud familiar de cáncer, biopsia previa con lesiones de riesgo y las displasias. También existe de mediano riesgo como la nuliparidad, o primer hijo después de los 35 años, la obesidad, dieta rica en grasas animal y los de bajo riesgo como la menarquia temprana antes de los 12 años, abuso en la ingestión de anticonceptivos hormonales de alto contenido estrogénico, ingestión de alcohol, orígenes étnicos, factores ambientales y las radiaciones. (26).

1.4 Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es raro en los varones. Más del 99% de los casos ocurre en mujeres. La distribución según las diferentes bandas de edades habla de un incremento acorde con la edad de las pacientes, es decir, es tanto más frecuente cuanto mayor es la edad de las enfermas. Este hecho se cumple mientras la edad de las mujeres no alcanza los setenta años, comenzando a decrecer su frecuencia a partir de ese momento. En general, el pronóstico del cáncer de mama guarda una relación inversa con edad de las pacientes.(27)

1.4.1 Signos

Los principales signos y síntomas son:

- Bulto en la mama
- Sangrado o flujo en el pezón
- Cambio en la forma o contorno de la mama.
- Hundimiento o aplastamiento de la piel.
- Retracción o descamación del pezón.
- La mama se ve enrojecida e inflamada.

Otros Signos Que Pueden Aparecer Son:

- Dolor o retracción del pezón.
- Irritación o hendiduras de la piel.
- Inflamación de una parte del seno.
- Enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón.
- Secreción por el pezón, que no sea leche materna.

1.4.2 Síntomas

- En los estadios iniciales del cáncer de mama la mujer no suele presentar síntomas.
El dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

- El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.
- No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico. En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El nódulo suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor. (28)

1.5 Diagnóstico

En la actualidad la mejor lucha contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento.(29)

Autoexploración: La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio. En las revisiones ginecológicas, el médico comprueba que no exista ninguna irregularidad en las mamas, también que no haya ninguna inflamación de los ganglios linfáticos axilares.

Mamografía: Las mujeres con factores de riesgo deben realizarse una mamografía y un examen clínico anual a partir de los 40 años.

Las mujeres que no tienen factores de riesgo conocidos recientes deben realizarse una mamografía cada dos años, a partir de los 40 años, y anualmente, a partir de los 50 años.

Ecografía: Es una técnica secundaria en el diagnóstico de cáncer de mama. Se emplean ultrasonidos que son convertidos en imágenes.

Su utilidad se encuentra en que con ella se pueden diferenciar los tumores formados por líquido (quistes) de las masas sólidas. La importancia de detectar esa diferencia es mucha pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas, mientras que las masas sólidas precisan de una biopsia.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN): Esta técnica emplea los campos magnéticos y los espectros emitidos por el fósforo en los tejidos corporales y los convierte en imagen. Con ella se puede observar la vascularización del tumor.

Tomografía Axial Computarizada (TAC): Consiste en una técnica de rayos X, utiliza un haz giratorio, con la que se visualiza distintas áreas del cuerpo desde diferentes ángulos. Sirve para el diagnóstico de las metástasis, no del cáncer de mama propiamente dicho.

Tomografía Por Emisión De Positrones (PET): Consiste en inyectar un radio fármaco combinado con glucosa que será captado por las células cancerosas, de existir un cáncer, pues éstas consumen más glucosa. El radio fármaco hará que se localicen las zonas donde se encuentre el tumor.

Termografía: Es una técnica que registra las diferencias de temperatura. No se suele utilizar con mucha frecuencia. De todas las técnicas anteriores, las más empleadas son la mamografía y la ecografía. Si existe alguna duda, que no se solucione con estas dos, se emplea las otras. Ninguna es mejor que la otra sino que con cada una se ve la zona corporal de una manera diferente.

Biopsia: Una vez detectado el tumor mediante una o varias de las técnicas mencionadas, se debe realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico. Hay varios tipos de biopsias según la técnica que se emplee.

Radiografías Del Tórax: Para descartar una afectación pulmonar; ecografía abdominal para valorar la situación hepática, gammagrafía ósea y análisis de sangre para evaluar la correcta función medular, hepática y renal.

1.6 Tratamiento

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor de 1 centímetro de diámetro, la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia. No obstante, hay pocos casos en los que no se requiera un tratamiento complementario a la cirugía, bien con quimioterapia o con hormonoterapia. Actualmente el factor pronóstico más importante sigue siendo la afectación ganglionar: el número de ganglios afectados ayuda al oncólogo a seleccionar el tratamiento posterior. (30)

La intervención quirúrgica, siempre realizada por un cirujano/ginecólogo experto en cáncer de mama, permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas.

1.6.1 La Radioterapia

Consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de unos 20-30 días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.

Efectos secundarios: Cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy focalizada de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.

1.6.2 La Quimioterapia

Consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución.

La Quimioterapia Neoadyuvante: Es aquella que se realiza antes de la cirugía y sólo en algunos casos. Su objetivo es reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama en mujeres para las que la primera opción era la mastectomía. La mujer con un diagnóstico reciente debe saber que existe una alternativa a la mastectomía (cirugía radical) de inicio y debe conversar con su médico sobre la posibilidad de recibir la quimioterapia en primer lugar.

La Quimioterapia Adyuvante: Se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento. Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que no tienen afectados los ganglios y que el tumor es menor de 1cm., y/o los receptores hormonales son positivos.

Estos medicamentos se administran a modo de ciclos, con un período de recuperación entre cada uno.

La duración total del tratamiento varía en función de la quimioterapia que precise la paciente pero oscila entre tres y seis meses.

Efectos secundarios: Debido a que son medicamentos muy fuertes, presentan unos efectos secundarios que, en algunos casos, resultan muy molestos. Hay que decir que se administran, junto con ellos, otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos. Los más frecuentes:

- Náuseas y vómitos
- Pérdida de apetito
- Pérdida del cabello.
- Llagas en la boca
- Cansancio.
- Riesgo elevado de infecciones por la disminución de los glóbulos blancos.- Cambios en el ciclo menstrual.
- Hematomas.

La quimioterapia como tratamiento para las recaídas (cuando vuelve a aparecer el cáncer en la otra mama o en otro órgano) se administra de la forma que hemos descrito anterior.

Junto a la quimioterapia, se administrará tratamiento hormonal, siempre que el tumor presente receptores hormonales.

La Terapia Hormonal

Consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas. Se les da a aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Hace años se realizaba la extirpación ovárica para impedir la acción de las hormonas pero, en la actualidad, esta técnica no se emplea y en su lugar se utiliza la terapia hormonal.

Últimamente se están empleando nuevos fármacos para esta terapia, que

Son los siguientes:

- Fármacos antiestrógenos o moduladores del receptor estrogénico.
- Agonistas de la hormona luteinizante, a nivel de la hipófisis, que se encarga de la producción de estrógenos en mujeres premenopáusicas.
- Fármacos de la aromatasa, enzima que produce estrógenos en mujeres cuyos ovarios ya no los producen, es decir, en mujeres menopáusicas.
- Fármacos de tipo de la progesterona

Efectos Secundarios: Estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, etc. En algunas mujeres posmenopáusicas se ha visto otros riesgos como un aumento de la tromboflebitis, etc. Estos medicamentos tienen varias vías de administración que se elegirán en función de lo que decida el médico y la paciente. Estas vías son la oral, la subcutánea y la intramuscular (a través de una inyección).

1.6.3 La Cirugía

Se realizará una vez obtenido el resultado de la biopsia. Con ella, se pretende conseguir la extirpación total del tumor. Dependiendo de éste, la cirugía será más o menos complicada.

La Cirugía Conservadora de la Mama: Consiste en extirpar el tumor intentando conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto. En función del tamaño del tumor tenemos los siguientes tipos de cirugía:

Lumpectomía: Extirpación del tumor junto con un borde de tejido normal.

Mastectomía Parcial O Escisión Amplia: Extirpación del tumor junto con una cantidad mayor de tejido normal.

Cuadrantectomía: Extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizará en aquellos casos en los que el tumor sea pequeño, alrededor del 15% de los casos, la cantidad de tejido que se extrae es tan pequeña que no se nota mucha diferencia entre la mama operada y la que no lo ha sido. Los índices de supervivencia entre las mujeres que ha sido intervenida con cirugía conservadora y las que se han extirpado la totalidad de la mama a una son idénticos.

Cirugía radical

Mastectomía Simple: Se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida. La mama se reconstruye con más facilidad si los músculos pectorales y otros tejidos que se encuentran debajo de la misma quedan intactos. Esta técnica se emplea cuando el cáncer es invasivo y se ha extendido dentro de los conductos mamarios.

Mastectomía radical modificada: Se extirpa toda la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral.

Mastectomía Radical: Se extirpan el tumor y la mama, los músculos pectorales subyacentes y los ganglios axilares.

Biopsia Del Ganglio Linfático Centinela: Durante la intervención quirúrgica, se inyecta un colorante o una sustancia radiactiva en la zona del tumor. La sustancia es transportada por la linfa y si es captada por el primer ganglio, que es el que puede contener mayor número de células cancerosas, se extirpan más ganglios. Si no contiene células malignas, no se extirpan los demás. Las posibilidades de supervivencia son mayores si no están afectados los ganglios axilares. Esta biopsia no se realiza si el tumor está muy localizado y es muy pequeño, pero, en caso de no ser

así, se hace para intentar evitar los problemas que pueden ocurrir al extirpar los ganglios linfáticos.

El Linfedema: Es una complicación que ocurre en una o dos mujeres de cada 10 intervenidas. Esta complicación consiste en una inflamación, rigidez o dolor y pérdida de la movilidad en el brazo después de la extirpación ganglionar. La mujer, una vez operada, deberá evitar coger peso con ese brazo y realizar ejercicios violentos. El tratamiento a este problema es mediante masajes o vendajes de compresión. Se está realizando una nueva técnica, que está en estudio, que consiste en una liposucción para extraer la grasa que se almacena en el brazo.

Reconstrucción Mamaria

Por lo general, para realizar una reconstrucción de la mama, la mujer tiene que pasar dos veces por quirófano, una para la mastectomía y otra para la implantación de la prótesis. Generalmente no se suele realizar a un tiempo porque se precisaría estar mucho tiempo bajo anestesia y se prefiere hacerlo en dos intervenciones distintas. No existe ningún inconveniente para que la paciente se intervenga cuando ella lo crea conveniente. El implante suele ser de silicona o de suero salino. No todas las mujeres, que han sido sometidas a una mastectomía radical, quieren realizarse un implante de prótesis. El hecho de pasar nuevamente por un quirófano y someterse a una anestesia y cirugía con la posterior recuperación, hace que algunas opten por las prótesis artificiales.(39)

1.7 PREVALENCIA DE CANCER EN AMERICA LATINA

En las últimas dos décadas la mortalidad por cáncer de mama ha aumentado en los países en desarrollo. Actualmente, 31% de los casos de cáncer de mama en el mundo se encuentran en estos países. El cáncer de mama, junto con el cáncer uterino, es la principal causa de muerte en mujeres entre los 35 y 64 años en América Latina. (31) De hecho, la mortalidad a causa del cáncer de mama está aumentando en la mayoría de los países de la región, llegando a sobrepasar el número de casos de cáncer cervical. El cáncer de mama en América Latina ocupa los dos primeros lugares de incidencia y mortalidad por tipo de cáncer en la mujer.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina se registraron cerca de 90.000 casos de cáncer de mama en el año 2000. En los últimos años, las tasas de incidencia han aumentado anualmente en un 5% en los países de bajos recursos. (32)

Todas las cifras estadísticas fueron obtenidas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (ICAR por si siglas en inglés).

ARGENTINA

- El cáncer de mama es responsable del mayor número de muertes por tumores malignos entre las mujeres argentinas, representando el 21% del total de muertes por tipo de cáncer.
- La incidencia de cáncer de mama en las mujeres argentinas ocupó el primer lugar con 17.017 nuevos casos, cifra que representa 34% del total de nuevos casos relacionados con otros tipos de cáncer.

BOLIVIA

- En las mujeres bolivianas el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por tumor maligno después del cáncer cérvico uterino.
- Durante el período 1998-2002, el cáncer de mama obtuvo el segundo lugar en prevalencia en las mujeres bolivianas después del cáncer de útero.

BRASIL

- El cáncer de mama es la principal causa de muerte por tipo de cáncer en Brasil.
- En el 2002 la incidencia del cáncer de mama ocupó el primer lugar con 37.528 nuevos casos.

CHILE

- Con relación con otros tipos de cáncer, la prevalencia de cáncer de mama ocupa el primer lugar en Chile.
- En el 2002 se reportaron 3.668 nuevos casos de cáncer de mama en las mujeres chilenas. Esta incidencia ocupó el primer lugar representando un 21% del total de nuevos casos por tipos de cáncer.

COLOMBIA

- El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en Colombia después del cáncer cervico-uterino y del cáncer de estómago.
- En el 2002 la incidencia del cáncer de mama en las mujeres colombianas ocupó el segundo lugar después del cáncer cérvico uterino, con 5.526 nuevos casos.

COSTA RICA

- En Costa Rica la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue la más alta con un 28% del total de casos registrados por tipos de cáncer.

- En el 2002 la incidencia de cáncer de mama en las mujeres costarricenses fue la más alta con respecto a otros tipos de cáncer con 543 nuevos casos, cifra que representa el 19%.

REPÚBLICA DOMINICANA

- Con relación con otros tipos de cáncer, la prevalencia de cáncer de mama ocupa el primer lugar en República Dominicana con un 31%
- En el 2002 la incidencia de cáncer de mama entre las mujeres dominicanas ocupó el primer lugar con respecto a otros tipos de cáncer (Se registraron 1.335 nuevos casos – 22%)

EL SALVADOR

- En El Salvador la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y 2002 ocupó el segundo lugar con 12% del total respecto a otros tipos de cáncer.
- En el 2002 la incidencia de esta enfermedad en las mujeres salvadoreñas obtuvo el tercer lugar después del cáncer cérvico uterino y de estómago.

GUATEMALA

- El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres guatemaltecas después del cáncer cérvico-uterino.
- La prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue bastante alta ocupando el segundo lugar después del cáncer cérvico uterino.

HONDURAS

- En el 2002 se reportaron 546 casos nuevos de cáncer de mama en las mujeres hondureñas. Esta incidencia ocupa el segundo lugar representando un 17% del total de casos nuevos relacionados con diferentes tipos de cáncer.

- En Honduras la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2000 es bastante alta ocupando el segundo lugar con un 25% del total de la prevalencia relacionada con otros tipos de cáncer.

MÉXICO

- Con relación con otros tipos de cáncer, la prevalencia de cáncer de mama ocupó el primer lugar en México, con un 26% del total de la prevalencia relacionada con otros tipos de cáncer.
- En el 2002 se reportaron 11.064 nuevos casos de cáncer de mama entre las mujeres mexicanas, cifra que representa 18% del total de nuevos casos relacionados con otros tumores malignos.

NICARAGUA

- En Nicaragua la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue bastante alta ocupando el segundo lugar con un 18% del total en relación a otros tipos de cáncer.
- El cáncer de mama es la cuarta causa de muerte por cáncer en las mujeres nicaragüenses. El primer lugar lo ocupa el cáncer cérvico uterino con un 22% del total.

PANAMÁ

- Con relación a otros tipos de cáncer, la prevalencia de cáncer de mama ocupa el primer lugar en Panamá.
- En el 2002 de todos los casos nuevos de esta enfermedad entre mujeres panameñas ocupó el primer lugar con 379 nuevos casos (19% del total).

PARAGUAY

- En el 2002 la incidencia de cáncer de mama en las mujeres paraguayas ocupó el segundo lugar después del cáncer cérvico uterino, con 687 casos nuevos.
- En Paraguay la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 es bastante alta y ocupó el segundo lugar con 25% del total con respecto a otros tipos de cáncer.

PERÚ

- En el 2002 se reportaron 3.845 casos nuevos de cáncer de mama entre las mujeres peruanas. Esta incidencia ocupó el segundo lugar representando un 15% del total de casos nuevos relacionados con diferentes tipos de cáncer.
- En Perú la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue la más alta ocupando el segundo lugar con un 22% del total de la prevalencia relacionada con otros tipos de cáncer.

URUGUAY

- El cáncer de mama es la principal causa de muerte por tipo de cáncer en Uruguay, representando un 20% total de muertes por tipo de cáncer.
- En Uruguay la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue muy alta ocupando el primer lugar con 46% del total de prevalencia con respecto a otros tipos de cáncer.

VENEZUELA

- El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres venezolanas después del cáncer cérvico uterino.
- En Venezuela la prevalencia del cáncer de mama entre 1998 y el 2002 fue la más alta en relación a otros tipos de cáncer representando un 29% del total.

ECUADOR

- La prevalencia del cáncer de mama en Ecuador entre 1998 y el 2002 ocupó el segundo lugar con un 27% del total respecto a otros tipos de cáncer.
- En las mujeres ecuatorianas el cáncer de mama es la tercera causa de muerte por tumor maligno seguido del cáncer de estómago y del cérvico uterino.

En Guayaquil, la incidencia de cáncer de mama disminuyó de un 14 por ciento en el 2005, a un 12 por ciento en el 2010.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social atiende los problemas relacionados con neoplasias malignas de mama, próstata, Pulmón, estómago y región colorrectal, entre los más frecuentes. El servicio proporciona ayuda diagnóstica, terapéutica y psicológica, derivando los pacientes a los servicios apropiados para la realización de exámenes especiales. El IESS mantiene un convenio con SOLCA para la realización de gammagrafías y rastreos corporales con marcación radiactiva y para el tratamiento con radiación Intratecal. Además, los profesionales del área realizan procedimientos como la biopsia con aguja fina y drenajes torácicos o abdominales (toracocentesis y paracentesis)(33).

1.8 ENFERMERA Y COMUNICACION

La comunicación consiste en el uso común de signos, símbolos y comportamiento que permiten intercambiar información. Es decir, comunicar es transmitir información, pensamientos y sentimientos de forma que sean recibidos y comprendidos. La comunicación no es un proceso unidireccional sino bio multidireccional y puede ser:

- a.** Comunicación verbal: uso de la palabra con objeto de transmitir una idea.
- b.** Comunicación no verbal: gestos, postura, actitud. Este tipo de comunicación de la que, en general, somos menos conscientes, dice mucho de cómo nos sentimos ante una situación o una persona. Requiere interpretación por parte del otro, pero no debemos olvidar que los pacientes con cáncer y sus familiares, son muy sensibles a nuestro comportamiento y expresión facial.(35)

Las enfermeras deben recordar que comunicar e informar no son sinónimos y basar la puesta en contacto con los pacientes y sus familias en términos que permitan:

- Establecer una relación clara y honesta.
- Mostrar interés real.
- Valorar información previa.
- Orientar y dar instrucciones.
- Fomentar su independencia

1.8.1 BASES PARA LA COMUNICACION

En una publicación de Teamwork, la asociación de supervivientes americanos de cáncer, menciona lo que considera necesario que su médico y profesionales deberían saber sobre ellos:

- Que no son "sólo" un paciente más.
- Clase de trabajo que realizan y si implica estrés o carga física.
- Existencia de familiares que hayan tenido cáncer y de qué tipo.
- ¿Qué saben sobre el cáncer y su tratamiento?
- Problemas familiares y financieros.
- Hobbies e intereses.
- Objetivos y calidad de vida durante y después del tratamiento.

En la actualidad hay cada vez más pacientes que quieren saber todo cuanto acontece en relación a su enfermedad aunque otros prefieren no saberlo y dejan las decisiones en manos de su médico y familiares. La mayoría se encuentran en un punto entre esos dos extremos o en puntos diferentes según el momento y eso es algo que debemos respetar.

Valoración

Además de establecer un clima de confianza que nos permita comprobar quién o quiénes son considerados por el paciente como sus personas más cercanas, es importante el reconocimiento de una persona como cuidador principal.

Es necesario también hacer una valoración sobre:

- . Los mitos o creencias que la familia tiene sobre el cáncer y su tratamiento.

- Cuál es su actitud hacia el paciente.
- Cómo viven ellos su propia experiencia.
- Grado de expresividad y muestra de sentimientos.
- Recursos disponibles.
- Cómo resolvieron crisis anteriores.

Hay que ser especialmente cuidadoso cuando en la familia próxima hay un profesional de la salud porque la carga y presión a la que se ve sometido es muchas veces psicológicamente intolerable. Debemos considerarle como una persona implicada pero no como un experto que actúa de enlace entre nosotros y el resto de la familia y el paciente.

1.8.2 Factores que afectan las relaciones familiares

Entre los factores que inciden en la reacción de la familia ante la enfermedad, cabe destacar la edad del enfermo y su responsabilidad familiar, y el cambio de status reciente, matrimonio, etc.

La familia vive en una homeostasis que se ve alterada por la enfermedad y necesita tiempo para encontrar un nuevo equilibrio que le sea tolerable.

1.8.3 Comunicación y apoyo a la familia

A los profesionales les cuesta mucho abordar temas relativos a la enfermedad, tratamiento y pruebas diagnósticas en presencia de paciente y familia, fundamentalmente por la barrera de protección que la familia pretende edificar en torno al paciente. Debemos intentar hablar con naturalidad de todos estos temas de manera que la comunicación no se haga por separado.

El silencio que se produce alrededor del paciente es tal que no se aborda ningún tema personal o relativo al futuro inmediato de la situación familiar para evitar entristecer o preocupar al paciente. Esto constituye un aislamiento y una pérdida de contacto con la realidad independiente de la enfermedad.(36)

1.8.4 Comunicación según diferentes fases de la enfermedad

Fase diagnóstico

Cuando el paciente y/o su familia se encuentran con la realidad de que algo grave puede estar sucediendo, se hallan en un estado de shock en el que resulta muy difícil retener lo que se les comunica. En esta fase se atraviesa un túnel de desconocimientos, miedos y angustias.

Se debe hablar cuidadosamente, aportar esperanza y reconocer que sí se utiliza la negación del problema por parte de la familia, que ésta es una forma de ajuste que permite a las personas tomar fuerzas para un enfrentamiento posterior.

Fase de adaptación/tratamiento

Nos encontramos en el momento de hacer frente a la realidad.

La familia vive esta situación como si el cáncer fuese un problema agudo que requiere un gran esfuerzo, pero como algo momentáneo. Sin embargo, la experiencia demuestra que como enfermedad crónica, el cáncer requiere de un esfuerzo mantenido en su intensidad y duración

Enfermedad en fase terminal

Cuando los tratamientos activos no pueden frenar la enfermedad y la muerte se considera como una posibilidad cercana, todos nuestros esfuerzos han de ir destinados a mantener la calidad de vida del paciente y a ayudarlo junto con sus personas queridas a atravesar por este difícil camino.

Esta fase supone un gran impacto emocional no sólo para el paciente y su familia, sino también para los profesionales que los cuidan.

Una comunicación clara y sincera puede ser de gran ayuda para el paciente y la familia. Hemos de ser conscientes de la importancia de la comunicación no verbal.

Tenemos que respetar el derecho a saber y también el de no saber.

En términos generales, como describió Natalie Davies: El paciente y su familia necesitan profesionales que estudien pacientemente, que contesten a sus preguntas con compasión, tan positivamente como sea posible y buscando pistas de qué quieren saber, cuándo y cómo.

CAPITULO II

2.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA MUJER DIAGNOSTICADA CON CANCER DE MAMA.

Todas las personas ante una situación de amenaza sufren un fuerte impacto emocional, que se manifiesta en numerosas y variadas respuestas emocionales que le permiten a la persona poder aceptar y adaptarse a la situación. Tanto el diagnostico de cáncer como la extirpación de la mama, son dos situaciones de amenaza (37).

2.2 Respuestas Emocionales más frecuentes

Miedo, ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento, desesperanza. Las reacciones emocionales en estas situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona. (38).

2.3 Estrategias de afrontamiento

Se definen las estrategias de afrontamiento como procesos de afrontamiento concretos que se usan en los diferentes contextos y pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento. En relación con los estilos de afrontamiento, estos se definen como formas de tipo personal, en relación con

las situaciones como con la frecuencia de uso, para abordar las situaciones, siendo difícilmente modificables; es el equivalente al concepto de rasgo, siendo la estrategia el equivalente al concepto de estado. Así mismo, existe una relación entre los estilos y las estrategias de afrontamiento. A cada estilo, cognoscitivo conductual le

corresponden unas determinadas estrategias de afrontamiento (Fernández-Abascal, 1997, citado por Cea, Brazal y González-Pinto, 1997).

Todas las personas ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento para poder hacer frente ante las situaciones de amenaza y conseguir el control emocional: (39)

- Búsqueda de información
- Búsqueda de apoyo social y emocional.
- Búsqueda de ayuda dirigida a solucionar problemas.
- Centrarse en las emociones y desahogarse.
- Intentos por estar ocupada.
- Desconexión mental.
- Sentido del humor.
- Aislamiento o desconexión conductual.
- Renunciar a objetivos y metas.
- Reinterpretación positiva y crecimiento. Desdramatizar y utilizar un lenguaje realista y positivo.
- Negación.
- Aceptación.
- Religión.
- Preocupación ansiosa.
- Desesperanza.

Algunas de estas estrategias son adaptativas ya que favorecen la adaptación y superación de la situación pero otras son des adaptativas. El mecanismo de afrontamiento mas adaptativo es el espíritu de lucha, que implica varias estrategias de afrontamiento activo con la intención de modificar y solucionar el problema, incluye acciones directas para intentar paso a paso el afrontamiento de la situación. (40)

Ejemplos

- Aceptación.
- Motivación para hacer cosas.
- Búsqueda de apoyo, información, ayuda.
- Reinterpretación realista y positiva de la situación.
- Planteamiento de metas y objetivos realistas.
- Desarrollo de expectativas realistas.
- Sensación de control sobre la situación " Hay muchas cosas que yo puedo hacer para superar esta situación."

2.3.1 Apoyo Emocional

Muchas personas que enfrentan un diagnóstico de cáncer y los efectos físicos del tratamiento experimentan dificultades emocionales, como ansiedad y depresión. Y, los pacientes con depresión o ansiedad no tratada pueden ser menos propensos a tomar sus medicamentos para el cáncer y mantener su salud, y tienen más probabilidades de distanciarse de su familia u otra clase de apoyo social. Estos servicios están disponibles para ayudar a los pacientes a mantener su bienestar emocional.(41)

2.3.2 Autoestima

Aunque la autoestima previa sea buena, padecer una enfermedad como el cáncer, que puede afectar a nuestro funcionamiento laboral, al aspecto físico y a las relaciones interpersonales, puede disminuirla de forma importante.

Estas serían las características de una persona que presenta buena autoestima y hacen que la adaptación al cáncer sea mejor y más adecuada:

- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable aunque otros no estén de acuerdo con sus acciones.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que ha ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro. Es importante potenciar especialmente este punto en las personas diagnosticadas de cáncer.
- Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente, aunque manteniendo en todo momento una postura realista sobre su enfermedad.
- Es capaz de seguir disfrutando de las diversas actividades que le gustaban habitualmente (p. ej., charlas con amigos, pasear, practicar hobbies, etc.).

Otro factor que puede influir sobre la autoestima de la persona con cáncer es el conocimiento de la enfermedad, que se obtiene mediante una buena relación médico-paciente, basada en la confianza, y buscando el ambiente adecuado para exponer los temores y plantear todas las dudas que se presentan.(42)

Los aspectos cuyo conocimiento tiene más interés para los pacientes son:

- Evolución esperada de la enfermedad y tratamientos que se recomiendan según sea ésta.
- Cambios en la imagen física de la persona (p. ej., la caída del pelo durante los tratamientos de quimioterapia o la pérdida de una parte del cuerpo, como ocurre en el cáncer de mama).
- Limitación de las actividades que se realizaban previamente y deterioro de la calidad de vida, a consecuencia de la propia enfermedad y de los tratamientos administrados.

2.2.3 Cuidado personal

El pelo

Mejorar la imagen exterior influye en la autoestima y ayuda a superar muchas situaciones difíciles. Uno de los primeros pasos es que las personas afectas de cáncer acepten su nueva situación, en la que se puede encontrar un cambio de su estado físico y su aspecto externo. Cuanto mejor sea la adaptación al posible cambio de su aspecto exterior, mejor será la autoestima y, como ya hemos comentado, mejor puede ser la evolución general de la enfermedad.(43)

La caída del pelo o alopecia es el efecto secundario más frecuente de la quimioterapia y también uno de los más visibles, constituyendo una especie de signo externo de que la persona está enferma y provocando en el paciente una sensación de estigma, lo que repercute en una peor adaptación a la enfermedad. Por ello, es posiblemente la principal y más frecuente de las preocupaciones estéticas que presentan los pacientes con cáncer.

Lo habitual es que tras las sesiones de quimioterapia el pelo vuelva a aparecer de nuevo, aunque en ocasiones puede variar ligeramente su color u otras características. La intensidad de la caída es variable y en ella influyen factores como la dosis y duración del tratamiento.

Las cejas y las pestañas

En ocasiones, al igual que se cae el del cuero cabelludo, también se puede producir la caída del pelo de las cejas y las pestañas. Dado que también son partes muy visibles y con gran impacto estético, es lógico que se les dedique una atención especial.

- En el caso de las cejas existe una gran variedad de productos que se utilizan para dibujarlas.

- Para las pestañas se desaconseja el uso de pestañas postizas, porque el pegamento que se emplea para su colocación puede resultar agresivo para la piel del borde del párpado, ya sensible de por sí.

Las uñas

Las alteraciones más frecuentes son la aparición de bandas horizontales o verticales y el reblandecimiento y engrosamiento de las uñas.

Los principales consejos son:

- No utilizar quitacutículas, cuchillas cortacallos o cualquier material que pueda producir cortes en la piel, ya que éstos tendrán más facilidad para poder infectarse.
- Se desaconseja el uso de lacas de uñas y quitaesmaltes, pues son productos muy agresivos.
- Si las alteraciones son de mayor intensidad, es recomendable acudir a un especialista en dermatología para un tratamiento específico de las posibles lesiones.

La piel

En los pacientes en que se utiliza la radioterapia como tratamiento, la piel, sobre todo de la zona radiada, será la parte del cuerpo más afectada. Sobre la zona tratada suelen aparecer, por orden de importancia y frecuencia: hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel), sequedad e irritación.(44).

2.4 FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA VIDA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

El entorno social en el que las personas se relacionan entre si es especialmente importante para el paciente con cáncer. El trabajo, la escuela y la comunidad son lugares claves que ejercen una influencia significativa que debe tener en cuenta el profesional de la salud. Todos los miembros de estos entornos reaccionan ante los demás y se influyen mutuamente. Cuando a uno de los miembros de este entorno se le diagnostica cáncer y se enteran los demás, los comportamientos en la escuela o en el lugar de trabajo cambian. Esto se debe no solo a que están influenciados por las personas que participan en ellos sino también por los valores culturales. De ahí que estos entornos se conviertan en emplazamientos ideales donde puede observarse una conducta positiva y negativa, de apoyo y estigmatización. (45)

2.4.1 Relación paciente - familia- personal médico.

Los objetivos de interés humano en la oncología están muy vinculados con los de orden terapéutico y científico. Los médicos, enfermeras y demás personal de salud desean curar al paciente o mejorar su estado para que alcance su destino como ser humano de la mejor manera posible. Para esto, hay que percibir las necesidades específicas de cada enfermo y su familia, y conocer el ambiente social del que provienen y al que deben volver. El médico les ayuda a preservar su dignidad, conocer sus debilidades y negarse ante cualquier tipo de frustración, o amistad excesiva que ponga en peligro la capacidad de decisión en favor de los mejores intereses del paciente. (46)

El paciente con cáncer y su familia enfrentan momentos sumamente difíciles. Necesitan un medico que sea positivo, honesto, compasivo, comprensivo, accesible, comunicativo y muy bien informado. Aunque el paciente con cáncer sabe que son muchos los médicos que participan en su atención, prefiere y necesita saber que hay un profesional en particular que asume la responsabilidad final de sus necesidades.

Es importante que el médico le oriente a estas pacientes que existe la posibilidad de la cirugía reconstructiva, la que puede ser inmediata o tardía, con el objetivo de mejorar la estética, factor importante que influye en su calidad de vida.(47)

Aun cuando el paciente se encuentre en la fase tardía de su enfermedad, en su casa, junto a sus seres queridos necesita el apoyo profesional ya sea mediante llamadas telefónicas o visitas a domicilio.

La participación del profesional de enfermería en la atención a la enferma con cáncer, consiste en ayudar la compensación o suplencia de sus necesidades, especialmente las emocionales y espirituales, con la finalidad esencial de promover su bienestar y mantener su equilibrio afectivo, espiritual, para enfrentar las exigencias de la enfermedad.

En este contexto, el profesional de enfermería precisa de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, para el basamento a la confianza que deposita el enfermo con la finalidad de recibir una atención óptima. sustentadas en las características de segura, oportuna, apropiada y libre de riesgo, fundamentada en la condición de persona en estado de necesidad, porque las mujeres con cáncer de mama son seres con valor y dignidad que merecen aprecio, seguridad, amor pertenencia y autoestima, apoyo a las estrategias de afrontamiento como: enseñarle los deberes y derechos que tienen como enfermo y proporcionarle la oportunidad de aprender acerca de la enfermedad, generando sentimientos de compañerismo de amistad, ante todo ayudarlo para que no se sienta solo (48).

También es importante integrarlo a grupos de autoayuda (sacerdotes, familiares y amigos), para aminorar el impacto de la enfermedad, la depresión, el enojo, la ansiedad, la culpa, las obsesiones y el estrés. Estas sensaciones pueden tener consecuencias físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales porque es afectado en su totalidad. Como también puede alterar las relaciones interpersonales, donde las creencias y valores individuales pierden la importancia que tienen para el enfermo.

2.4.2 Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto subjetivo y multidimensional cuya definición es polémica. Algunos autores consideran que comprende tres dimensiones: la física, la psicológica y la social. La dimensión física incluye aspectos de la vida cotidiana y de la sintomatología clínica (dolor y fatiga), así como aspectos relacionados con el trabajo y la recreación, la dimensión psicológica se relaciona con el estado anímico (la depresión y la ansiedad), con las funciones cognitivas (memoria y concentración) y con el sentimiento de bienestar. Por último la dimensión social comprende la participación del paciente en las actividades sociales y familiares, sus relaciones de género y su vida profesional. (49)

Al considerar la calidad de vida referida a sujetos enfermos se enfatiza en la integración de la enfermedad a la vida cotidiana del paciente, y en el grado de satisfacción de este con su condición actual, sin tomar en cuenta la opinión del médico la de otros profesionales de la salud. Es importante no confundir la calidad de vida con la salud, puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. (50)

Toda la situación patológica interfiere de manera particular con la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades. La calidad de vida guarda una relación directa con la medida en que dichas necesidades son satisfechas. Las personas suelen asociar la enfermedad neoplásica, quizás más que cualquier otra enfermedad grave, con el temor a la muerte, la lesión corporal, la pérdida de la autonomía, recidivas, desamparo, pérdidas de capacidad, valor social, atractivo físico, autoestima, independencia económica, posibilidad de desempeñar su anterior papel en la sociedad y de la respuesta social. (51)

Estas preocupaciones sobre la calidad de vida, en la práctica se manifiestan en forma de preguntas que el paciente normalmente realiza.

Ejemplo

- ¿Cómo quedará mi cuerpo?
- ¿Cómo funcionará?
- ¿Será capaz de dar y recibir placer?
- ¿Mi femineidad se verá afectada?
- ¿Me rechazará mi pareja tras una cirugía radical?

Estos son factores que conducen a una reducción de las fuentes positivas de la calidad de vida y a un notable incremento de la ansiedad, la incertidumbre ante el futuro y otros estados de malestar. Para algunas personas, parte de su plan de tratamiento del cáncer incluye cambios significativos en el estilo de vida y hábitos, niveles de actividad física o dieta para ayudar a aliviar los efectos secundarios o a reducir las probabilidades de recurrencia del cáncer (que el cáncer vuelva después del tratamiento). Para las personas que fuman, dejar de fumar es a menudo una parte fundamental de la recuperación.(52)

2.4.3 El estado de ánimo mejora la respuesta terapéutica

Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos. “De la misma manera que aparecen efectos secundarios en el organismo, también se sufren cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual, entre otras cosas por los cambios en las actividades diarias, por ejemplo, adaptar los horarios a las sesiones programadas” - explica el vicepresidente de la asociación.(53)

Normalmente el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos y los forzosos cambios en la vida cotidiana afectan, en algunos momentos y en grado

variable, a la afectividad y la sexualidad de la pareja. Para tener una buena comunicación es necesario estar en un estado receptivo, es decir, estar dispuesto no solamente a ser escuchado, sino a escuchar. Además de la palabra hablada y escrita nos comunicamos a través de los gestos, de la postura física, del tono de voz, o de los momentos que elegimos para hablar.(54)

Es importante recordar que la pareja también sufre y puede experimentar, entre otros, sentimientos de miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro, etc. Una buena y eficiente comunicación entre ambos es elemento clave para mejorar las relaciones y calidad de vida. “Compartir honestamente pensamientos y sentimientos ayuda a mejorar la relación de pareja”- Carlos Hué Hay ocasiones en las que una persona necesita tomarse un tiempo para procesar sus preocupaciones y sentimientos a su manera y prefiere no comunicarse en ese momento. “Algunas veces la mejor forma de comunicarse es simplemente escuchando: escuchar es también una forma de mostrar que estamos a su lado; otras, incluso, estando junto a la otra persona en silencio. Lo importante no son las palabras, sino sentirse acompañados” – añade Carlos Hué.

2.4.4 Dieta

Se sabe que existe relación entre ciertas dietas y el desarrollo de diversos tipos de cáncer. Como normal general, los pacientes con cáncer deben intentar mantener una dieta equilibrada, aspecto éste más importante para ellos que para el resto de la población.(55)

Como recomendaciones generales pueden destacarse las siguientes:

- **Aumentar la cantidad de fibra** en la dieta, mediante la ingesta de frutas y verduras. De esta manera se intenta acelerar el tránsito intestinal y disminuir el estreñimiento, que suele ser más frecuente en estos pacientes debido, en parte, a

los tratamientos para el dolor (p. ej., la codeína). También se ha descrito que la ingesta de fibra protege del desarrollo de cánceres intestinales.

- **Evitar el consumo de grasas**, sobre todo el de grasas saturadas, es decir, animales. Se ha confirmado que el consumo excesivo de este tipo de grasas favorece el desarrollo de diversos tipos de cáncer, tanto por su efecto directo como por el posible sobrepeso que puede acompañar al exceso de grasas. Es importante mantener un peso adecuado en el caso de las personas que padecen cáncer, sobre todo cuando siguen tratamientos de tipo quimioterápico o radioterápico.
- **Evitar el consumo de alcohol**, por el posible riesgo de interferir con los diversos tratamientos prescritos, y porque el alcohol, si se consume en grandes cantidades, puede producir alteraciones hepáticas. En estos enfermos, el hígado casi siempre está afectado por los tratamientos quimioterápicos.
- **Disminuir el consumo de salazones y ahumados**, por su posible acción favorecedora del desarrollo de cáncer.
- **No está recomendada la utilización de forma sistemática de suplementos vitamínicos o de otro tipo**. Éstos se deberán utilizar sólo en el caso de que exista un déficit de determinados nutrientes, como, por ejemplo, en cánceres del sistema digestivo, que pueden provocar una mala absorción de diferentes nutrientes.

2.4.5 Hábitos adquiridos previamente por el paciente.

Los hábitos nocivos como el consumo de tabaco y alcohol pueden generar alteraciones nutricionales por la disminución del apetito que producen.

El alcohol puede interferir en la absorción de diversos nutrientes como el ácido fólico, vitamina B12, zinc, magnesio, etc.

La falta de hábitos higiénicos bucodentales genera alteraciones a dicho nivel (gingivitis, pérdida de piezas dentales, etc.)

2.5 La sexualidad en las pacientes con cáncer de mama

El tema de la sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambas generan, que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes. Además, constituye un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento. (55)

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que puede interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual, otras veces los tratamientos utilizados (drogas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual.

La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que la sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona enferma, aun en estadios terminales y aunque disminuye el

interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico que puede adoptar diversas modalidades de presentación. (56)

El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye los deseos sexuales. El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. Con frecuencia la mujer presenta lastimaduras en la región vaginal y vulvar después de la actividad sexual. La atrofia vaginal particularmente severa que se presenta en las mujeres con cáncer de mama tratadas con antiestrogenos que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia.

En los primeros días luego del diagnóstico, una mujer necesitara más que nunca la atención de su esposo o pareja, también el tendrá que tratar con el cáncer un día tras otro. Tras la mastectomía, la mujer y su cónyuge deben tratar de reducir sus inhibiciones sexuales, y hablar abiertamente sobre sus ansiedades. No puede darse un consejo, ya que cada mujer es única y tiene una relación única con su pareja. Hay mujeres que han empezado una relación duradera, por primera vez, luego de una operación por cáncer de mama. (57)

Al apoyarnos en la familia, especialmente en el cónyuge, al involucrarlo como un agente estabilizador de la felicidad familiar, y a la vez propulsor del cambio necesario ante las nuevas situaciones, garantizaremos un tratamiento mas integral y abarcador, que desborde la sexualidad y permita alcanzar niveles superiores de bienestar, satisfacción y felicidad. Luchar por ello no es una utopía, es una meta alcanzable para la superación de problemas sexuales en el marco de una relación armónica y crecimiento espiritual.

CAPITULO III

3.1 PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de enfermería apoyándose en modelos y teorías y en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona reciba los cuidados de forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.(58) Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

3.1.3 Objetivo

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

3.1.4 El desarrollo del PAE:

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

3.1.5 Las ventajas:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

3.1.6 Las características

- **Tiene una finalidad:** Se dirige a un objetivo.
- **Es sistemático:** Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Es dinámico:** Responde a un cambio continuo.
- **Es interactivo:** Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- **Es flexible:** Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- **Tiene una base teórica:** El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería

PLANES DE CUIDADOS PARA MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CANCER EN MAMA

Diagnóstico Enfermera	Objetivo	Actividades de Enfermería	Evaluación de Enfermería
Afrontamiento inefectivo R/C poca información sobre la enfermedad, m/p Tristeza	Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana	Asesoramiento: Comentar experiencia emocional con el paciente. Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuado. Ayudar a la paciente a reconocer y expresar los sentimientos de ansiedad, ira, tristeza o miedo. Identificar la función de frustración y negación de la	Para las mujeres que se encuentran en las sala de quimioterapia el relacionarse y comentar sus experiencias con otras pacientes con el mismo diagnostico, ayuda para hacer uso de otros mecanismos de defensa y mejorar su estado de ánimo. Las pacientes manifiestan que con el apoyo que les brinda por parte de las

		<p>rabia de la paciente, y proporcionar apoyo durante estas fases.</p> <p>Apoyo emocional: Disponer la intimidad para asegurarla confidencialidad</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, demostrando a la vez simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p>Proporcionar información objetiva.</p>	<p>enfermeras, han logrado superar algún tipo de problema y aumentar su autoestima.</p>
<p>Déficit de conocimientos R/C poca Información m/p ansiedad.</p>	<p>Ayudar a la paciente a comprender y prepararse mentalmente para recibir el</p>	<p>Explicar el propósito del procedimiento y tratamiento.</p>	<p>Se informará a la paciente sobre la enfermedad ayuda para que no sienta temor y</p>

	tratamiento prescrito.	<p>Informar al paciente o familiar de cuándo y dónde tendrá lugar el tratamiento.</p> <p>Informar al paciente y familiar acerca de la duración esperada del tratamiento.</p>	esté preparada para iniciar el tratamiento.
Trastorno de la Imagen corporal R/C la citotoxicidad de fármacos antineoplásicos. m/p alopecia.	Mejorar las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo	<p>Potenciación de la imagen corporal: Informar al paciente sobre la posibilidad de la caída del cabello, según el cito tóxico empleado.</p> <p>Explicándole seguidamente que el cabello volverá a crecer después de terminar el tratamiento con</p>	<p>El paciente expresa sentimientos de aceptación de su aspecto.</p> <p>El paciente conoce la causa de la pérdida del cabello y su transitoriedad</p>

		<p>quimioterapia.</p> <p>Aconsejar al paciente la preparación de una peluca, pañuelo o gorro previo a la caída del cabello.</p> <p>Recomendar al paciente cortar el cabello previo a su caída.</p> <p>Recomendar al paciente la utilización de cepillos suaves y champús neutros para cuidar el cabello previo a su caída.</p> <p>Aconsejar al paciente la no utilización lacas ni secadores previos a la caída del cabello.</p>	
--	--	--	--

<p>Deterioro del Patrón sueño R/C su ansiedad y temor</p>	<p>Ayudar a la paciente a redactar un cronograma diario de actividades.</p>	<p>Fomentar el sueño: Valorar el nivel de ansiedad del paciente y su familia.</p> <p>Ayudar a reducir el nivel de ansiedad proporcionando información atendiendo a sus demandas y necesidades.</p> <p>Aplazar las explicaciones si el nivel de ansiedad es elevado.</p> <p>Hablar lenta y tranquilamente, utilizando un lenguaje comprensible, utilizando frases cortas y sencillas.</p>	<p>El paciente reconoce su nivel de ansiedad</p> <p>El paciente experimenta un aumento de su bienestar fisiológico y psicológico.</p> <p>El paciente manifiesta abiertamente sus temores y usará técnicas apropiadas para la solución de problemas.</p> <p>El paciente conoce que es la quimioterapia y sus efectos secundarios contribuyendo a disminuir su ansiedad.</p>
---	---	--	--

		<p>Permitir que exprese sus emociones y sentimientos.</p> <p>Favorecer un ambiente tranquilo y no estimulante.</p> <p>Reforzar las explicaciones médicas, aclarando las dudas y corrigiendo los conceptos erróneos.</p> <p>Comunicar al médico el nivel de ansiedad del paciente para valorar el tratamiento apropiado.</p>	
Patrones sexuales inefectivos	Concienciar a la paciente sobre los efectos secundarios que producen los medicamentos durante	Asesoramiento sexual: Informar a la paciente que la enfermedad, los medicamentos y el estrés a	Las pacientes comprenden sobre los efectos secundarios del tratamiento y el estado de ánimo mejora

	<p>el tratamiento.</p>	<p>menudo alteran la función sexual.</p> <p>Proporcionar información correcta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que la paciente pueda expresar verbalmente, sus miedos y animarla a que haga preguntas.</p>	<p>y su percepción sobre los mitos sexuales son superado.</p>
--	------------------------	--	---

HIPÓTESIS

El apoyo emocional, el entorno social y las medidas de afrontamiento son estrategias que utilizó la mujer con cáncer de mama para mejorar su estilo de vida.

METODO

Justificación de la elección del método

El trabajo de investigación está enmarcado en un estudio descriptivo – correlacional que permitió recolectar la información necesaria para ubicar y reconocer la situación o problema que se investigo.

Descriptivo.- Porque se describe las características del individuo con diagnóstico de cáncer en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo y su entorno.

Correlacional.- Permitió evaluar la relación que existe entre el evento cáncer y factores biopsico-sociales, económicos y de conocimientos, que condicionaron el comportamiento de la mujer ante la presencia de la enfermedad en el grupo de estudio.

Se realizó una investigación de tipo cualitativa y cuantitativa.

Cualitativa.- Trata de describir los registros narrativos de los fenómenos que serán estudiados mediante técnicas como la entrevista a profundidad que se realizó en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Cuantitativa.- Porque se trabajó desde el punto de vista numérico, realizando encuestas estructuradas a las mujeres con diagnóstico de Cáncer de seno en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizó un diseño de tipo transversal porque permitirá recolectar los datos en un período de tiempo determinado.

La investigación se realizó en el Hospital TEODORO MALDONADO CARBO de la ciudad de Guayaquil con la finalidad de conocer el comportamiento emocional y social de la mujer con cáncer de mama.

Muestra / selección de participantes

Universo.- Está constituido por 20 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que reciben atención en el Hospital TEODORO MALDAONADO CARBO de la ciudad de Guayaquil. El estudio se realizó en un periodo de seis meses.

Muestra.- Dado que los ingresos por diagnóstico de cáncer que reciben atención en el Hospital TEODORO MALDONADO CARBO de la ciudad de Guayaquil son identificados en un determinado momento se estableció la muestra con todos los ingresos de las personas en el periodo en el que se realizó la investigación.

Criterio de inclusión.- Está constituido por todas las personas que reciban atención en el área de oncología de esta casa de salud con diagnóstico de cáncer de mama.

Criterio de exclusión.- Están excluidas las personas que acudan a esta casa de salud con otro tipo de cáncer que no sea el del objeto de estudio.

TECNICA DE RECOGIDA DE LOS DATOS

Para la obtención de datos precisos y confiables se utilizó las siguientes técnicas

1. **Entrevista.-** Fue dirigida a todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno que reciben atención en el hospital TEODORO MALDONADO CARBO la misma que fue estructurada por preguntas cerradas con las cuales se pudo obtener información sobre el comportamiento emocional y social de la mujer.

2. **Entrevistas a profundidad-** Se realizó en un grupo pequeño de mujeres con cáncer de mama mediante la recolección de datos por medio de la aplicación de una guía de entrevista a profundidad que se aplicará a las mismas.

3. **Encuesta.** Se utilizó una encuesta de preguntas cerradas:

Esta dirigida exclusivamente a las personas con diagnóstico de cáncer que reciben atención en el Hospital TEODORO MALDONADO CARBO; el mismo que consta de 13 preguntas, donde el punto a considerarse será el comportamiento emocional y social de la mujer y en los objetivos propuestos.

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto que permitió verificar la confiabilidad del cuestionario. Esta se realizó a las personas con diagnóstico de cáncer que reciben atención en el Hospital TEODORO MALDONADO CARBO de la ciudad de Guayaquil.

Para la aplicación del instrumento se estipulo de 10-15 minutos por cada participante (personas con diagnóstico cáncer de mama que reciben atención en el Hospital TEODORO MALDONADO CARBO).

Se realizaron los trámites respectivos dentro de la Universidad – Hospital para contar con la autorización del director del Hospital del Seguro y del Jefe de área de Oncología.

Las entrevistas se las realizó directamente a las personas que padecen la enfermedad. Por lo general los pacientes hospitalizados de esta casa de salud. En cuanto a los pacientes ambulatorios que asisten a la quimioterapia también se les realizó los mismos procedimientos.

Fuentes de información

Primaria.- Está constituida por los datos provenientes de las encuestas.

Secundaria.- Está constituida por la información proveniente del internet, revistas, folletos, libros, etc.

Técnicas y modelos análisis de datos

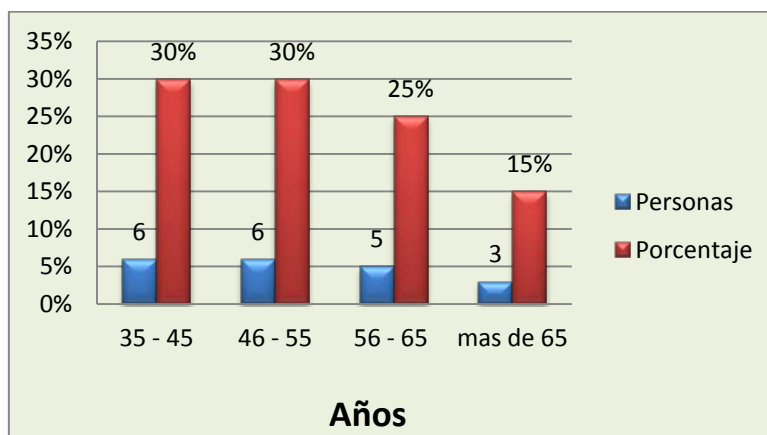
Para análisis de los datos cuantitativos se utilizó el programa Excel que permitirá expresar los resultados en gráficos con sus respectivos porcentajes.

Para el análisis de los datos cualitativos proveniente de la realización de la entrevista a profundidad. Se tomaron en cuenta los aspectos importantes que permitan analizar los mecanismos que usan las mujeres para enfrentar ese tipo de noticias.

PRESENTACION DE LOS DATOS/ RESULTADOS

Gráfico 1

Edad de las mujeres encuestadas

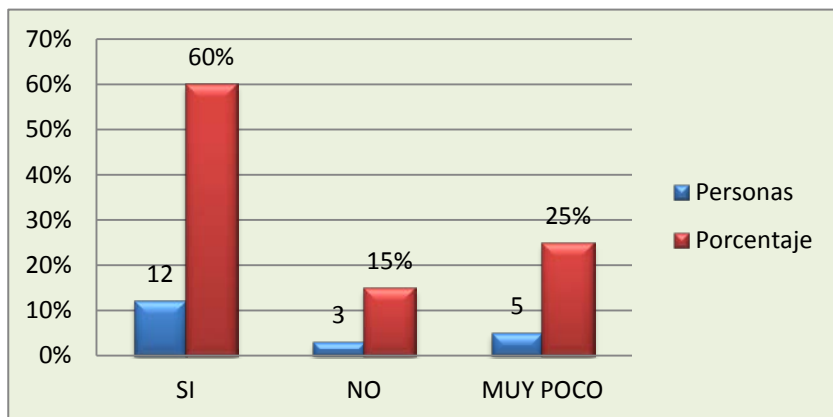


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 2

Conocimiento sobre cáncer

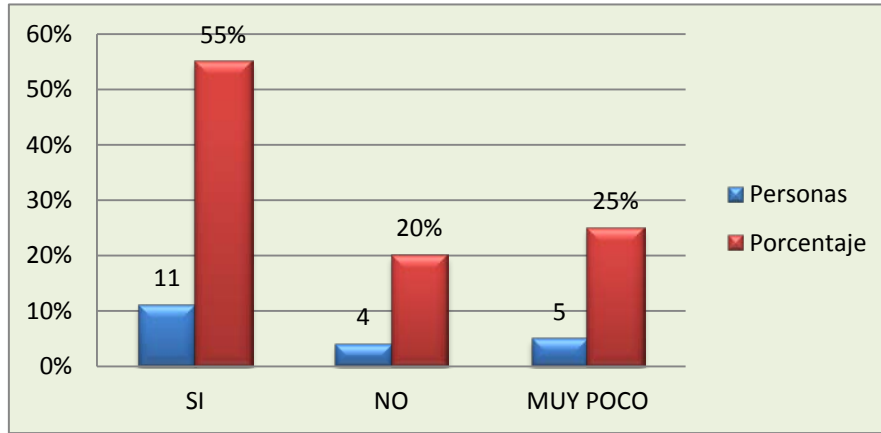


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 3

Conocimiento sobre factores de riesgo

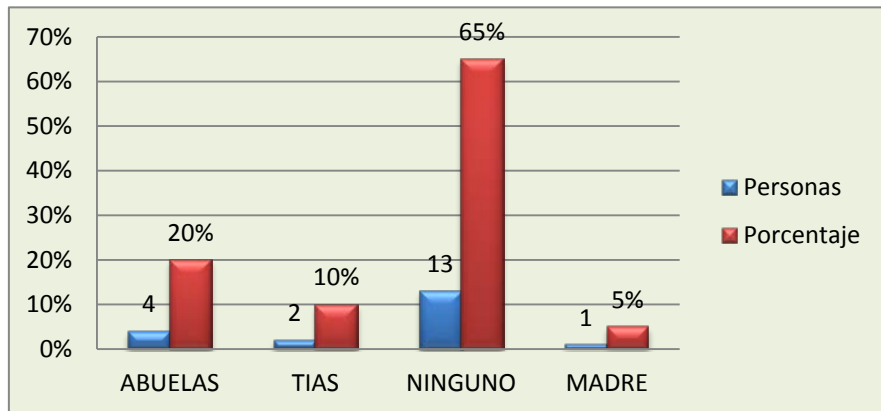


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 4

Antecedentes familiares de cáncer

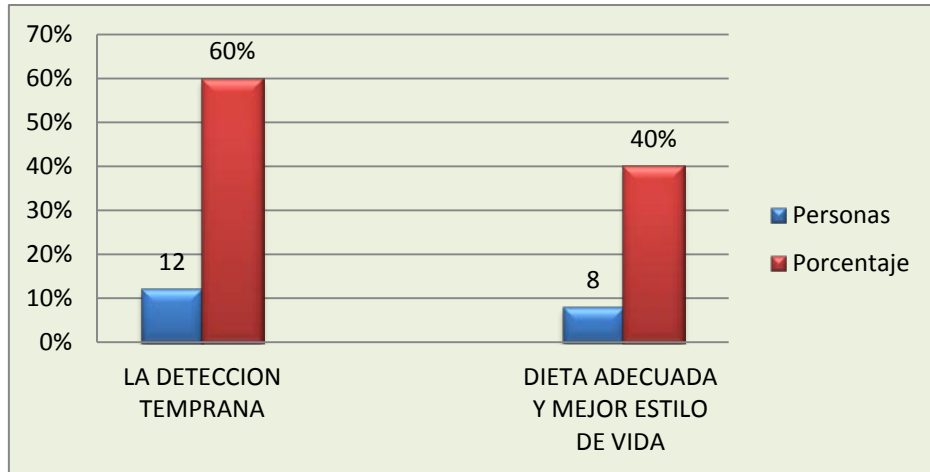


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 5

Mejor defensa contra el cáncer de mama

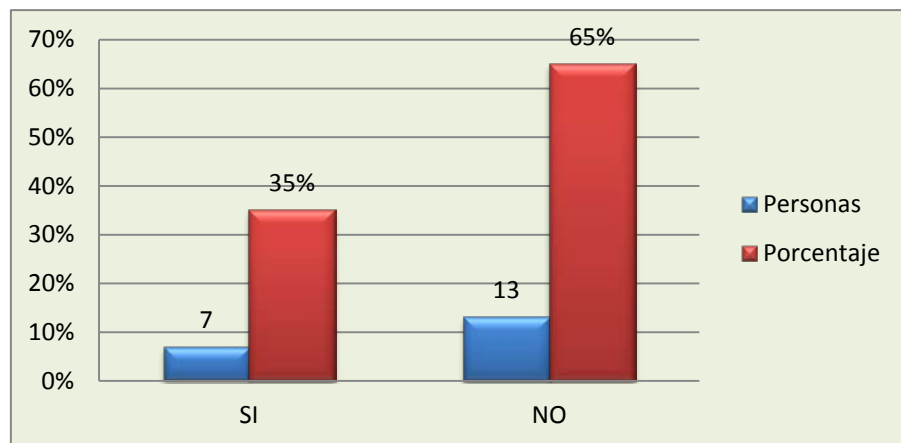


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 6

Orientación psicológica sobre el cáncer

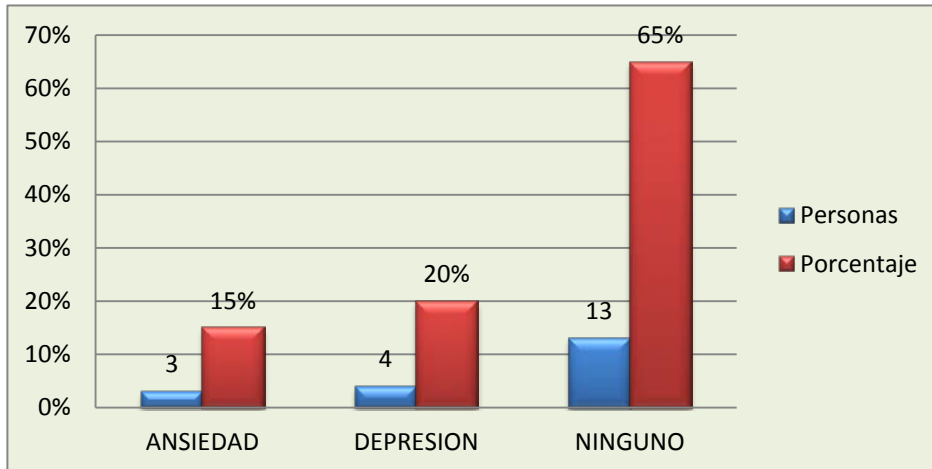


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 7

Motivo de consulta

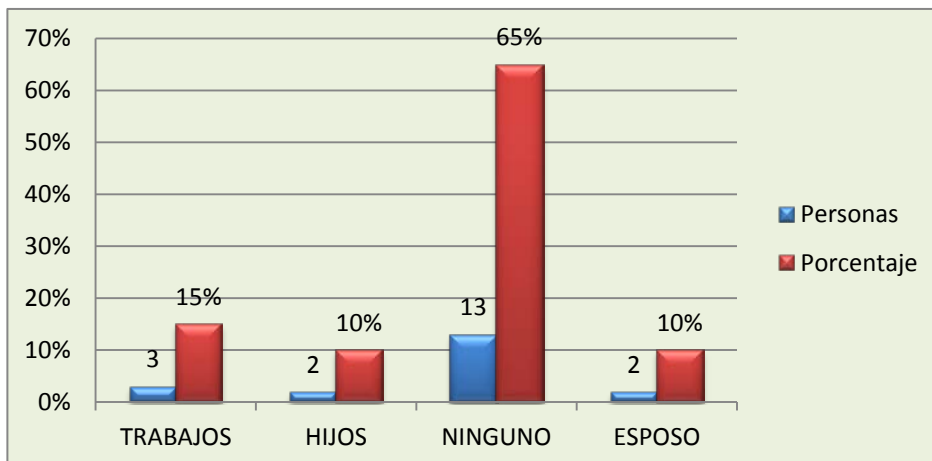


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 8

Problemas que se han presentado después del diagnóstico

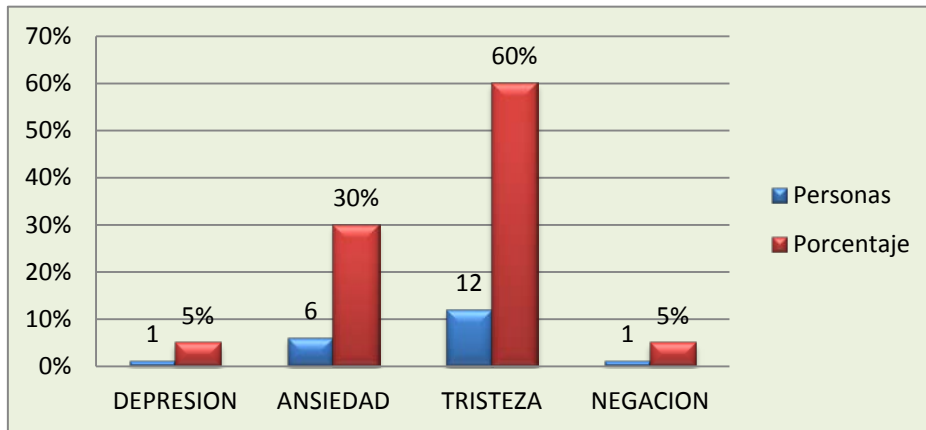


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisa Bustos.

Gráfico 9

Respuesta emocional ante el diagnóstico

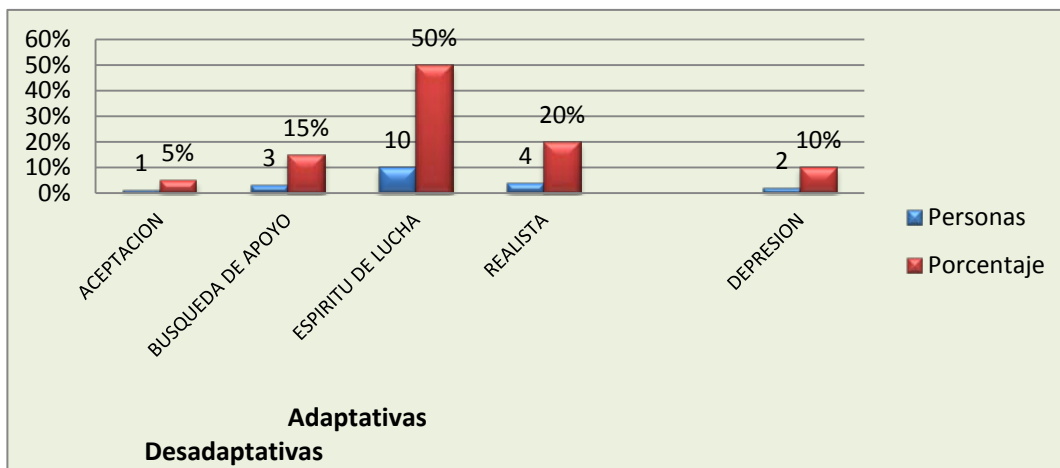


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisca Bustos

Gráfico 10

Estrategias de afrontamiento

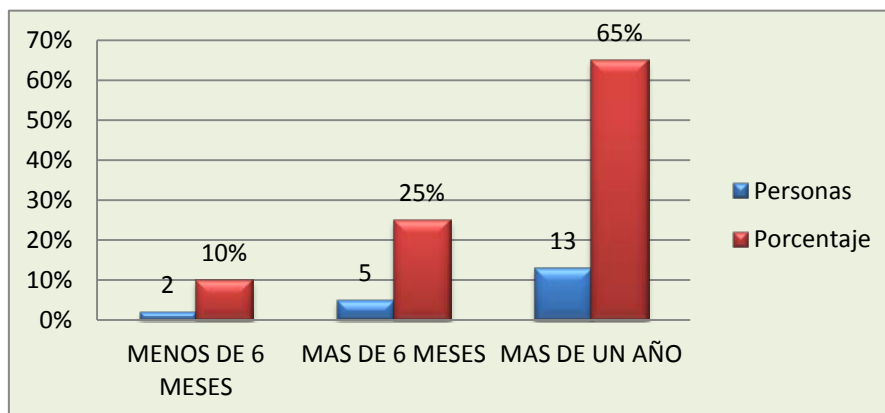


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisca Bustos

Gráfico 11

Tiempo de diagnóstico de cáncer en las pacientes

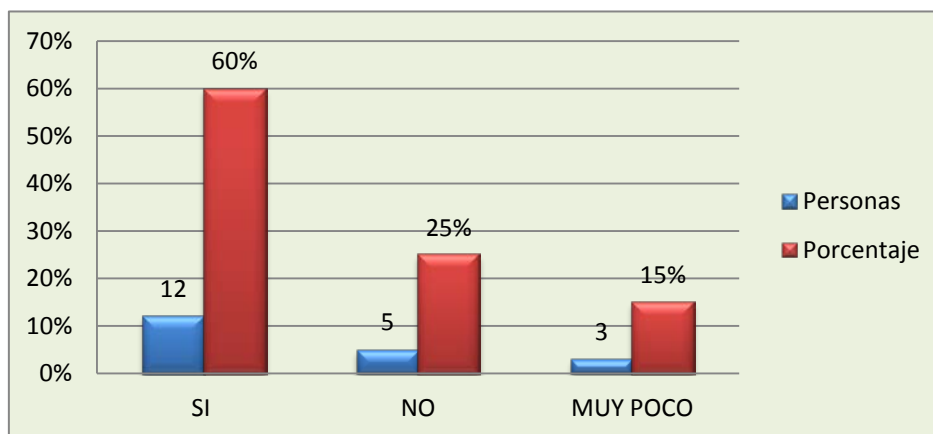


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 12

Intercambia experiencia sobre la enfermedad y tratamiento

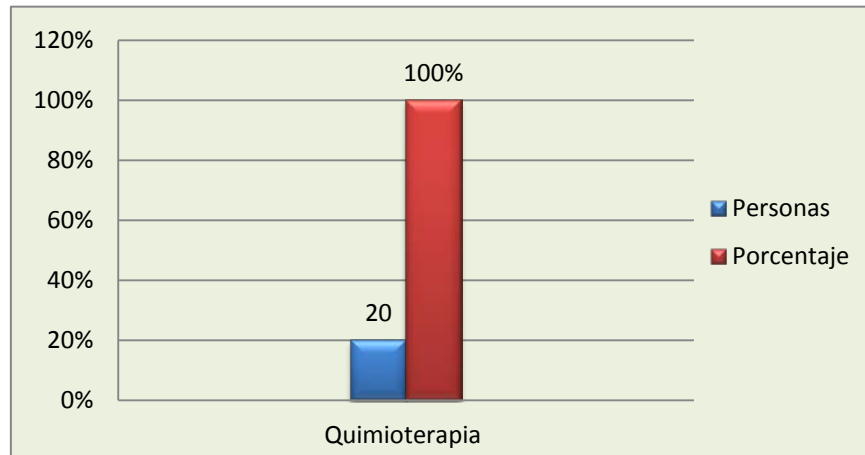


Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisa Bustos

Gráfico 13

Tipo de tratamiento



Fuente: Encuesta a pacientes de la sala de Quimioterapia del HTME

Elaborado: Narcisa Bustos

ANALISIS DE LOS DATOS/ RESULTADOS

Gráfico 1. Edad de las mujeres encuestadas.

Los resultados de las encuestas indican que la edad con mayor incidencia de cáncer de mama es de 35-55 años de edad esto refleja el 60% de las personas encuestadas, el 25% de 56-65 años, un 15% son mujeres con más de 65 años.

La literatura revisada indica que las mujeres con más de 35 años tienen mayor factor de riesgo para padecer cualquier tipo de cáncer.

Gráfico 2. Conocimiento sobre el cáncer

Con la información recaudada se evidencia que el 60% de las mujeres encuestadas conocen que es el cáncer, mientras que el 25% dice que conoce muy poco, estas son pacientes que recién están empezando su esquema de tratamiento; y el 15 % que no conocía nada acerca del tema.

Los resultados de las encuestas indican que las mujeres encuestadas tienen claro lo que es cáncer por haber recibido información por parte del médico, libros e internet.

Gráfico 3. Conocimiento sobre los factores de riesgo

Realizada la encuesta se puede decir que el 55% de las mujeres encuestadas conocen sobre los factores de riesgos, mientras que el 25% conoce muy poco y 20% no conoce nada acerca de los factores de riesgo del cáncer.

Por medio de libros revistas y anuncios médicos que las mujeres saben acerca de los factores que inciden en la mujer para desarrollar una enfermedad oncológica.

Gráfico 4. Antecedentes familiares de cáncer de mama

Según las mujeres encuestadas el 65% consideran que el cáncer no es hereditario porque no tienen antecedentes familiares, mientras que 35% si tienen antecedentes familiares como tía, abuela y madre.

Conforme la bibliografía consultada el cáncer si se da por antecedentes familiares y la edad de la mujer (mas de 40años), pero este conocimiento no lo tienen las mujeres entrevistadas.

Gráfico 5. Mejor defensa contra el cáncer

Con la información recaudada se puede se observa que el 55% de las mujeres dicen que la mejor defensa contra el cáncer es la detención temprana; y el 45% grupo considerable nos afirma que influye mucho una dieta adecuada y mejor estilo de vida.

Estos datos coinciden con lo que dicen los médicos y muchos libros y revistas consultadas durante la realización de este trabajo.

Gráfico 6. Orientación Psicológica después del diagnóstico.

El 65% de las mujeres encuestadas dice que no han recibido orientación psicológica después de su diagnóstico porque se han aferrado a la voluntad de Dios; y el 35% dicen que les dio ansiedad para empezar el tratamiento y depresión por tener la enfermedad.

A pesar que en el área de oncología del Hospital cuenta con una Psicóloga todos los días de la semana las pacientes no hacen uso de este beneficio que es de gran ayuda para superar pequeños problemas familiares y personales que se presentan a

partir del diagnóstico, esto se explica porque las mujeres prefieren acudir a la religión en busca de consuelo.

Gráfico 7. Motivo de consulta.

De las mujeres encuestadas el 65% no ha recibido orientación Psicológica, el 20% si ha recibido ayuda del Psicólogo por ansiedad y el 15% por depresión. Pero que cuentan con el apoyo de sus familiares para salir adelante con la enfermedad.

La atención Psicológica oportuna en cualquier tipo de enfermedad especialmente en el cáncer es de gran ayuda para las pacientes que entran en cuadros depresivos o ansiedad debido a que padecen una enfermedad oncológica que acarreará muchas consecuencias con el estado físico de la mujer.

Gráfico 8. Los Problemas de la vida cotidiana fueron.

El 65% de las mujeres encuestadas dicen no haber tenido ningún tipo de problemas desde su diagnóstico, mientras que el 35% de las personas encuestadas afirman haber tenido problemas en su trabajo; con sus esposos e hijos.

Se puede considerar en primer lugar el tipo de familia y el cargo familiar que ejerce para que no se presenten problemas durante el largo tratamiento que conlleva la enfermedad.

Gráfico 9. Respuesta emocional frente al diagnóstico.

En los resultados de las encuestas se puede observar que el 60% de las mujeres encuestadas se sintieron tristes al enterarse de que padecían la enfermedad, un 30% ansiedad por saber más acerca de la enfermedad; mientras que hubo un 5% de mujeres con depresión y otro 5% se negó a creer que tenía cáncer de mama.

La literatura consultada indica que las reacciones emocionales en estas situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona.

Gráfico 10. Estrategias de afrontamiento desde el Diagnóstico

De las mujeres encuestadas el 90% se aferró a las estrategias adaptativas como es el espíritu de lucha y la búsqueda de apoyo; mientras que el 10% optaron por las estrategias des adaptativas como es la depresión.

La literatura consultada para esta investigación reconoce que todas las personas ponen en marcha distintas estrategias de afrontamiento para poder hacer frente ante las situaciones de amenaza y conseguir el control emocional ya que tanto el diagnóstico de cáncer como la extirpación de la mama, son dos situaciones de amenaza.

Gráfico 11. Tiempo de Diagnóstico

Dado los resultados de las encuestas el 65% de las pacientes tienen más de un año en tratamiento para el cáncer, habiendo pasado ya por la cirugía y se encuentran recibiendo la quimioterapia como parte del tratamiento; un 25% de mujeres tienen menos de un año en tratamiento y el 10% de las mujeres menos de seis meses recién han empezado el tratamiento.

Esto significa que los resultados coinciden con la bibliografía revisada, ya que en los últimos años se observa una marcada tendencia al incremento de la supervivencia de las enfermas de cáncer de mama en correspondencia con los avances del desarrollo científico.

Gráfico 12. Intercambia experiencia sobre la enfermedad y tratamiento con otras pacientes con la misma enfermedad.

De las mujeres encuestadas el 60% intercambia experiencia con las personas que tiene la misma enfermedad porque se han encontrado hospitalizadas y son horas que pasan en la quimioterapia, 25% de las pacientes no intercambian experiencia y el 15% muy poco.

Es muy importante que las pacientes aprendan más acerca de la enfermedad, generando sentimientos de compañerismo de amistad, ante todo ayudarla para que no se sienta sola.

Gráfico 13. Tipo de tratamiento que recibe .

El 100% de las mujeres encuestadas están recibiendo quimioterapia, unas después de haber sido operadas y otras recién van a ser intervenidas quirúrgicamente.

Después de haber revisado bibliografía sobre este tema y conversando con los medico del área de oncología se puede afirmar que pacientes reciben quimioterapia como parte del tratamiento este puede ser antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama en mujeres que se les realizara la primera mastectomía. También se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en pequeñísimas cantidades e impedir su crecimiento.

CONCLUSIONES

Puedo concluir afirmando que el cáncer de mama representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo en términos epidemiológicos la neoplasia maligna que más se diagnostica y la mayor causa de mortalidad por cáncer en la población femenina.

Es importante que las mujeres con cáncer de mama hablen abiertamente sobre la enfermedad, pues ellas deben demostrar a las demás mujeres, que el diagnóstico temprano de cáncer de mama les ha permitido llevar una vida tranquila y normal aunque el tratamiento es agresivo, permite que la mujer tenga una apariencia física adecuada gracias al desarrollo de la cirugía reconstructiva de la mama.

La mayoría de las mujeres asisten a esta casa de salud, están debidamente informadas sobre las consecuencias y riesgos a las que se enfrentan las mujeres con cáncer de mama.

Las técnicas que existen para que uno pueda descubrir a tiempo este mal son muy conocidas por las mujeres, estamos hablando de las técnicas de autoexploración que uno puede llevar a cabo frente a un espejo, después de un buen baño.

Asimismo de la información recaudada sobre el cáncer de mama se puede decir que la mayoría de las mujeres saben enfrentar la enfermedad, gracias a la información de los síntomas que causa dicha enfermedad las mujeres pueden lograr una detección temprana y recibir tratamiento y evitar que las mujeres mueran a causa de esta enfermedad. Los programas de prevención del cáncer en los países en desarrollo deben estar preparados para tratar las necesidades de los pacientes, lo ideal sería que los programas pudieran ofrecer tratamiento quirúrgico a las personas con cánceres en fase inicial.

Los trabajadores comunitarios de salud médicos y enfermeras podemos ofrecer consuelo y alivio a una persona enferma atendiendo a sus dificultades físicas, emocionales, sociales y espirituales en esta etapa. Además, pueden enseñar a

quienes las cuidan y a los miembros de la familia métodos sencillos para ayudar a controlar el dolor y demás síntomas.

Los profesionales de salud debemos informar a los pacientes con cáncer, y a sus familiares, en forma clara y precisa acerca de las alteraciones que pueden padecer producto de la enfermedad y su tratamiento. El entregar información verídica, permitirá crear una relación entre los usuarios y el equipo médico basada en la confianza y en la verdad, aspectos claves para lograr tranquilidad en la usuaria ya tenemos un rol clave en la promoción de una calidad de vida satisfactoria en las personas con cáncer, en la prevención de alteraciones en su entorno social y familiar y en la recuperación de la calidad de vida deteriorada por las secuelas de esta enfermedad.

Se requiere un rol activo para enfrentar esta problemática, para entregar un cuidado realmente de calidad brindándoles la ayuda necesaria para sobrellevar, y en lo posible mejorar, las múltiples alteraciones que sufren con esta patología. Estudios realizados revelan que las personas informadas de manera realista sobre su condición afrontan de una mejor manera las secuelas o limitaciones de la enfermedad a largo plazo, es importante dar información sobre la evolución de las pacientes ante el tratamiento, lo que favorecerá un mejor afrontamiento por parte de los mismos y su familia.

VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION

Para las paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica.

Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos. “De la misma manera que aparecen efectos secundarios en el organismo, también se sufren cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual en este tipo de enfermedad.

En importante recordar que la pareja también sufre y puede experimentar, entre otros, sentimientos de miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro, etc. Una buena y eficiente comunicación entre ambos es elemento clave para mejorar las relaciones y calidad de vida. “Compartir honestamente pensamientos y sentimientos ayuda a mejorar el estado de ánimo de las pacientes.

La propuesta de este estudio busca a futuro que en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo se pueda implementar un Programa de Apoyo para los familiares y pacientes con diagnóstico de cáncer en mama. Buscar estrategias para enseñarles a las pacientes como realizar en casa la autoexploración mamaria, con el fin de tener y mantener una vida saludable.

La iniciativa busca informar y generar conciencia sobre la importancia de los controles preventivos y el diagnóstico temprano, la detección temprana de Cáncer de Mama salva vidas, ya que detectado a en forma precoz se cura en un 98% de los casos. Por eso, es importante transmitir a todas las mujeres que conocemos, que se realicen un chequeo médico de mamas todos los años y una mamografía anual a partir de los 40 años.

El beneficio de este estudio será para las pacientes, familiares, y el personal de enfermería que está en contacto con el caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Aguirre, B. A. (1988). Etnografia: Metodologia cualitativa de la investigacion sociocultural. España: BoixarenUni.
2. LIBRE, E. (18 de Diciembre de 2008). Wikipedia.org/wiki/caliada de vida-27. Recuperado el 16 de febrero de 2010, de Wikipedia.org/wiki/caliada de vida-27.
3. Ceberio, M. y. (1988). Contruccion del Universo. Barcelona: Herder.
4. D, F. (2007). La experiencia de cuidadar. Madrit.
5. Escudero, M. (2007). Avances en el cancer de mama. madrid: Academia nacional de la medicina.
6. Fraekel, M. y. (2007). Metodologia de la investigacion cualitativa. Mexico.
7. Goble Fank, M. y. (1997). Calidad de vida. mexico: interamericana.
8. Hammersley, M. y. (2006). Metodos de investigacion. Barceona Paidos.
9. Hernandez, R. F. (2007). Metodologia de la Investigacion . Mexico: Mc Graw hill.
10. Mesquita E, P. M. (mayo de 2007). www.psicolatina.org/cinco/ciagnostico.html. Recuperado el marzo de 2011
11. Mesquita melo, E. m. (mayo de 2007). [www,um.es/global](http://www.um.es/global). Recuperado el febrero de 2011, de [www,um.es/global](http://www.um.es/global).
12. Olga B, G. M. (2007). Manejo multidisciplinario de las enfermedades mailgnas. Argentina: Panamericana.

13. Papalla, d. Y. (2006). Psicología del Desarrollo. Mexico: mC.Graww, Hill.
14. Pichardo, A. (2007). Proyecto de investigación calidad de vida. costa rica: Internacional.
15. PINEDA, e. (2005). Metodología de la Investigación. EE.UU: Panamericana.
16. Psicología, A. e. (marzo de 2008). www.familiaycancer.org/doc, de www.familiaycancer.org/doc.
17. Rueda, F. T. (2005). Cirugía de cáncer de mama. Madrid: Diaz Santos.
18. Saddarth, B. (2005). Enfermería médico quirúrgico. España: interamericana.
19. Samuel W.Beeken, F. B. (2007). Historia del tratamiento del cáncer de mama. Argentina: Panamericana.
20. Sarna, G. (2005). Manual de oncología clínica.
21. Soto, W. G. (2006). El Seno Prevención y cura del cáncer de mama. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
22. Vistazo, R. (2006). Cáncer y su lucha. Vistazo , 3,4,5.

ANEXOS

Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Facultad de Medicina - Carrera Enfermería "San Vicente de Paúl"

Encuesta dirigida a las mujeres con diagnóstico cáncer de mama que acuden al Hospital Teodoro Maldonado de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las mujeres con cáncer de mama.

Datos Personales

Edad..... Estado

Civil:.....

Nivel de Educación:Historia Clínica:.....

1.- ¿Conoce usted acerca del cáncer?

Si

No

Muy poco

2.- ¿Conoce usted sobre los factores de riesgo?

Si

No

3.- ¿Tiene antecedentes Familiares de Cáncer de Mama?

Abuelas Tías Madre

Hermanas Ninguno

4.- ¿Cuál es la mejor defensa contra el cáncer de mama?

La detención temprana Extirparse el seno

Dieta adecuada y mejor estilo de vida

5.- ¿Ha recibido Orientación Psicológica después del diagnóstico?

Si No Tratamiento Otra

6.- Motivo de la Consulta.

Ansiedad Depresión

7. En su vida cotidiana los problemas se han presentado en:

Trabajo Esposo

Hijos Familiares

Ninguno Otros

8.- Cual fue su respuesta emocional el momento que recibió el diagnóstico.

Depresión Ansiedad Tristeza Negación

9.- ¿Que estrategia de afrontamiento es la más común desde el Diagnóstico?

Adaptativas

Aceptación

Búsqueda de apoyo

Espíritu de lucha

Realista

Des adaptativas

Ansiedad

Depresión

Incredulidad

Negación

10.- Tiempo de Diagnóstico

Menos de 6 meses

Más de 6 meses

Un año

12.- Intercambia experiencia sobre la enfermedad y tratamiento con otras pacientes con la misma enfermedad.

Si

No

Muy poco

13.- Tipo de Tratamiento que recibe

Quimioterapia

Radioterapia

Cirugía

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

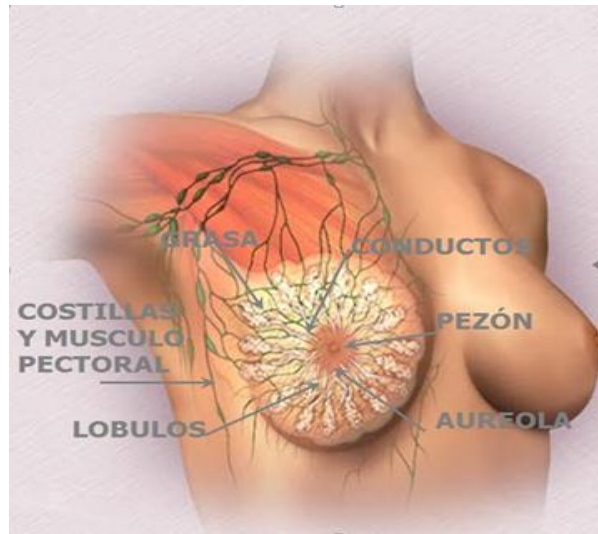
HUMANOS

1. Narcisa Bustos (Investigadora del tema)
2. Licenciada Ángela Mendoza (Directora de Tesis)
3. Pacientes de la sala de Quimioterapia del HTMC (Partes del Estudio)

FINANCIERO

Recopilación de material bibliográfico	100
Hojas de papel bons	50
Tinta para la impresora	150
Gastos de movilización	50
Pen drive	30
Imprevistos	100
Anillado y empastado	70
Refrigerio	30
Total	580 \$

PARTES DEL SENO



TECNICAS DE AUTOEXPLORACION

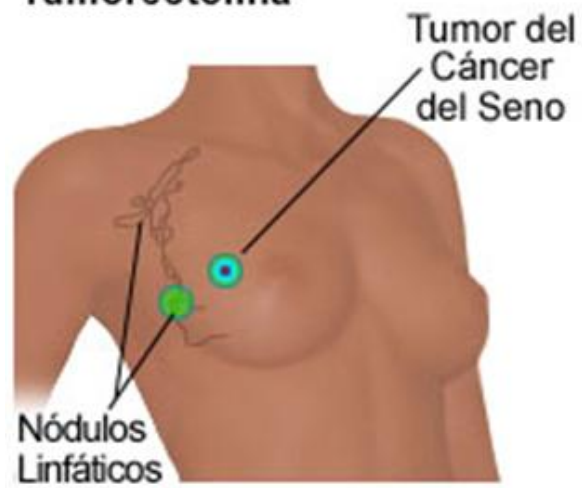


MAMOGRAFIA



EXTIRPACION DELCANCER DE MAMA

Tumorectomía



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

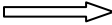

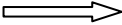
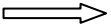
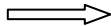
Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Presentación del Anteproyecto.								
Corrección del Tema de Trabajo de Tesis.	→							
Tutorías presenciales, corrección del trabajo de tesis		→	→	→	→			
Aprobar temas de proyecto de tesis			→					
Entrevista con tutores asignados								
Revisar el avance del proyecto de tesis				→	→	→		
Visitar lugar de la investigación y								

realizar				→				
los trámites respectivos								
Aplicar encuestas para la investigación.					→			
Revisar encuesta aplicadas				→				
Analizar y Procesar datos obtenidos de la encuesta.				→	→			
Tesis lista para ser revisada por el lector asignado.						→		
Corregir Borrador							→	

Sustentar Tesis								→
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEMANAL

Actividades	Semana 14-18 marzo	Semana 21-25	Semana 26-1	Semana 4-8 abril	Semana 11-15	Semana 8-22	Semana 25-29	Semana 2-6 mayo	Semana 9-13
Revisión bibliográfica de libros, revistas	⇒								
1ra. Entrevista con tutora	⇒								
Elaboración de marco teórico		⇒	⇒	⇒					
2da. Entrevista con tutora corrección de marco teórico		⇒							
Entregar oficios en el Hospital					⇒				
Aplicar encuestas (recolección							⇒		

de datos)									
Ingresar datos a base de excel									
Tabular									
Hacer gráficos estadísticos									
Analizar e interpretar datos									
Redactar conclusiones									
Tesis lista para el lector									