

329521



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS**



CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

**AUTOESTIMA DE CLIENTES CON
CÁNCER DE MAMA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
JANET JIMÉNEZ DE LA LUZ**

**ASESOR DE TESIS:
LIC. ENF. Y OBST. MARÍA TERESA URIBE ORTIZ**



MÉXICO, D.F., MAYO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

México, DF. Mayo 2004

Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús

Licenciada Mónica Cruz Román
Jefe de Servicios Escolares

Me permito enviar a usted la Tesis profesional titulada: " **AUTOESTIMA DE
CLIENTES CON CANCER DE MAMA** " elaborada por:

JANET JIMÉNEZ DE LA LUZ

Cuyo contenido apruebo, para ser presentada y defendida en el examen profesional que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

María Teresa Uribe Ortiz
Licenciada **María Teresa Uribe Ortiz**

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por darme la dicha de estar viva y
por darme la oportunidad de cumplir
una meta más.

A MIS PADRES

Por el apoyo y comprensión que
me han brindado a lo largo de mi camino y
sobre todo su actitud positiva que
me motivó siempre para seguir adelante.

A MI HERMANA

Por estar siempre cuando más la necesité
y principalmente por el apoyo que me ofreció
en mi carrera profesional.

A MI NOVIO

Por darme su valioso tiempo
Y principalmente por
encaminarme y orientarme
en mi vida Profesional.

A MIS PROFESORES

Por guiarme y enseñarme
a conocer la salud y enfermedad y
también por ofrecerme su comprensión
en todo momento.

El camino que he seguido ha sido largo y difícil,
en donde se necesita *FE, LUCHA y ESPERANZA*;
pero sobre todo el *APOYO* de las personas de quien más amo.

CONTENIDO TEMATICO

CAPITULO I

Introducción	1
--------------	---

CAPITULO II

Justificación	3
---------------	---

2.1 Objetivos	4
---------------	---

CAPITULO III

Tema	5
------	---

3.1 Planteamiento del problema	6
--------------------------------	---

3.2 Hipótesis	7
---------------	---

3.3 Variables e Indicadores	8
-----------------------------	---

CAPITULO IV

Antecedentes Históricos	9
-------------------------	---

CAPITULO V

Autoestima	14
------------	----

CAPITULO VI

Instructivo	48
-------------	----

6.1 Recursos	49
--------------	----

6.2 Diseño Metodológico	50
-------------------------	----

CAPITULO VII

Propuestas-----51

7.1 Conclusión-----52

CAPITULO VIII

Anexos-----53

8.1 Instrumento-----53

8.2 Cuadros y Gráficas-----57

8.3 Anatomía y Fisiología-----81

8.4 Cáncer de Mama-----88

8.5 Rehabilitación y ejercicios-----95

8.6 Glosario-----100

CAPITULO IX

Bibliografía-----102

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Cáncer de Mama ahora en la actualidad ha ido incrementando en morbi-mortalidad no solo en nuestro país sino en todo el mundo, resulta importante mencionar y hacer hincapié en el estado emocional que las clientes tienen con éste problema ya que cuando se les informa no solo en el diagnóstico sino en el tratamiento que ellas deben de seguir se altera completamente el autoestima que ellas tenían anteriormente.

Resulta importante discutir y conocer las alteraciones en la Autoestima de éstas clientes, ya que a diferencia de otros cánceres, el mamario afecta la imagen corporal de la mujer y sabemos la importancia que tiene la glándula mamaria como feminidad y belleza en nuestra sociedad.

Sabemos que cuando hay una alteración en nuestro organismo y más en este caso con ésta enfermedad (Cáncer de Mama) existen cambios durante el transcurso de éste en nuestro ambiente como son en primer lugar la alteración sobre nuestra salud, pérdida de la función sexual, y la más importante que es la alteración de la imagen corporal por una posible desfiguración, estrés, miedo asociado a la efectividad de los tratamientos, los cambios en la vida cotidiana y necesidades de ciertos cuidados especiales.

Este amplio panorama abarca una gran alteración en las clientes, por lo que es importante valorar los sentimientos y comportamientos de éstas, se tiene que ayudar por medio de apoyo emocional, integrando a familiares y amigos para que esto resulte adecuadamente. También es importante hablar sobre el ámbito religioso si la paciente lo indica o lo permiten, pues es una base importante para ellos.

A partir de un Diagnóstico de CÁNCER de MAMA, la realidad de una persona cambia totalmente, puesto que es una enfermedad que amenaza su existencia para la vida.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

El Interés de elaborar la presente investigación es para demostrar la importancia de la Autoestima que tienen las clientes con Cáncer de Mama, con la finalidad de llegar a conocer más a fondo el estado emocional que presentan éstas clientes, lo cual implica brindar el apoyo emocional necesario y oportuno que requieren por parte del personal de enfermería y así hacer planes específicos de enfermería para fomentar y elevar el autoestima.

Es importante hablar sobre éste tema ya que es muy frecuente no solo en nuestro país sino a nivel mundial. El Cáncer de mama representa la 3ra causa de muerte en mujeres. Se calcula que es el 14.86% (Secretaría de Salud 2001) con un incremento progresivo a medida que aumenta la edad.

2.1 OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar la autoestima de las mujeres con Cáncer de Mama por medio de las entrevistas para valorar el estado emocional de las clientes.

Objetivo específico: Conocer la autoestima de las clientes con Cáncer de Mama del Hospital de la Mujer del servicio de Oncología por medio de encuestas para proporcionar apoyo emocional.

CAPITULO III

TEMA

Autoestima de clientes con Cáncer de Mama

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer la autoestima de las mujeres con Cáncer de Mama que han sido mastectomizadas.

3. 2 HIPÓTESIS

- Cada cliente es diferente por lo que la autoestima no será igual *que* la de otra cliente.
- El Cáncer de Mama, no sólo puede afectar la autoestima de la cliente , sino también a sus familiares.
- La autoestima de una mujer soltera con Cáncer de Mama, no va a ser igual que al de una mujer casada.
- La autoestima de una mujer adulta con Cáncer de Mama no va a ser igual al de una mujer joven.

3.3 Variables

Indicadores

Autoestima	Alta, baja
Familia	Esposo, hijos.
Estado Civil	Casada, Soltera,
Edad	Adulto joven, Adulto mayor

CAPITULO IV

ANTECEDENTES HISTORICOS

El origen de la palabra cáncer se atribuye a Hipócrates (460 A.C.) notable médico griego, quien nombró como tal dicha enfermedad, por la semejanza a un cangrejo. La analogía cáncer-cangrejo se debe a la creencia de que la acumulación de vasos sanguíneos en las proximidades de tumores cancerígenos, se asemeja a las patas de los cangrejos.

La enfermedad quística de las mamas, puesto que suele tomar ambas mamas, fue reconocida como entidad clínica benigna común y descrita en Inglaterra por Astley Cooper en 1840 en su libro "Anatomía y Enfermedades de la mama", que fue el primer tratado dedicado a las enfermedades mamarias.¹

En 1846, Benjamín Brodie también describió a la enfermedad quística.

En Francia, Velpeau había reconocido la índole especial de la enfermedad quística y la describió en su "Tratado sobre la enfermedad de la mama" que publicó en 1853, y fue traducido en inglés en 1856.

¹ MUNRO HAAGESEN Alice. Enfermedades de la mama. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana 1997.

² LIOMBART DODRIGUEZ Antonio. Compendio de la doctrina cancerológica y de su problemática actual. 1983.

Estos tres distinguidos clínicos reconocieron los rasgos generales de la enfermedad quística macroscópica y la distinguieron con claridad del carcinoma.

Las primeras descripciones clínicas y patológicas de la enfermedad quística macroscópica fueron escritas en Francia en la década del 1880 por Reclus y por Briosaud. Las descripciones de Reclus fueron tan completas que en Francia la enfermedad quística se llama con su nombre desde entonces.

En 1919, James Ewing habría sido el primero que identificó e ilustró con dos microfotografías las manifestaciones lobulillares y canaliculares de estas, llamadas lesiones lobulillares. Con el fin de convertir el estudio más descollantes de neoplasias de su época, diciendo "Proliferación atípica de células acinosas" y "Alteraciones precancerosas".

En 1931, Wainwright publicó un estudio sobre la frecuencia de cáncer en progenitores y hermanos. El carcinoma mamario resultó ser cuatro veces más frecuente en las madres de mujeres con carcinoma de mama.²

En 1936, J. J. Bittner, logra demostrar la transmisión a través de la leche materna de un factor (factor lácteo de Bittner), el cual, motivaba la posterior aparición en las hijas de tumores mamarios.³

³ <http://www.encolombia.com/menoiIvoIlialternivasterapéuticas.htm>

El ser humano no se ha demostrado de manera concreta que el carcinoma mamario se deba a un virus, pero sí hay abundantes evidencias de que existe un factor genético.

Históricamente la oncología médica nació en virtud del impulso de la obra de tres clínicos estadounidenses: Huggins, Farber y Karnofsky (1940).

El primero se encuentra entre los primeros de la endocrinoterapia de los tumores con los descubrimientos de la eficacia terapéutica de los estrógenos en el carcinoma mamario, y en 1941 la suprarrenalectomía en el carcinoma mamario.

En 1948, Penrose, Mackenzie y Karn, describieron sus observaciones en un estudio sobre la ocurrencia de cáncer mamario en las familias de pacientes con esta enfermedad. Llegaron a la conclusión de que exista una predisposición familiar.⁴

En 1958, Anderson y colaboradores, publicaron un estudio sobre la frecuencia del cáncer de mama en parientes de mujeres que tenían la enfermedad.

En 1970 se dan los primeros resultados favorables de la quimioterapia coadyuvante, sobre todo en los carcinomas de mama.

También se da el perfeccionamiento de la terapia de soporte dietética, psicológica y de rehabilitación.

⁴ BONADONNA G. Y ROBUSTELLI. Manual de oncología médica. Editorial Masson 1993

En 1980, se da la formación del personal paramédico especializado en oncología.

En 1986, Seidmon y colaboradores, provinieron de una serie de cuestionarios llenados por mujeres blancas. Su información sobre los antecedentes familiares de carcinoma mamario se limitó a si había enfermado o no una madre o hermana. La respuesta afirmativa se asoció con un riesgo triple de que la persona adquiriese la enfermedad durante un periodo de seguimiento de seis años.

En las dos últimas décadas y sobre todo a partir de 1990, parece que la mortalidad se detiene e incluso disminuye, probablemente debido al aumento de empleo de la mamografía, los programas de detección precoz y en definitiva una mejora en el pronóstico y en los terapéuticos adyuvantes empleados.

En la actualidad, el cáncer es considerado como un grupo de células caracterizadas por una proliferación autónoma, progresiva e irreversible, que tienen su origen en una célula que sufrió una transformación maligna.

La incidencia del cáncer de mama hasta ahora ha ido incrementándose durante este siglo en todos los países.

Se piensa que puede ser debido a cambios de conducta durante la gestación y a cambios dietéticos durante la misma y fuera de ella.

Para 1998 se estimaron a nivel mundial 794.751 casos de cáncer de la glándula mamaria. Se estima que a partir del año 2000 se presentará un millón de casos nuevos de cáncer de seno en el mundo por lo cual esta patología se constituirá en

la primera causa de morbilidad por cáncer en la población femenina.

La mortalidad por tumores malignos (cáncer) en México esta aumentando en el transcurso de los años; las tasas de ocurrencia aumentaron de manera importante entre 1990 y 2000 y destaca el incremento a nivel nacional de tumores malignos como causas de muerte en mujeres en edad productiva: cáncer de mama 14.8% (Secretaría de Salud 2001).

CAPITULO V

AUTOESTIMA

La autoestima es la valoración que tenemos nosotros, la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo de los propios actos, los propios valores y las propias conductas.

En la infancia se adquieren ideas básicas sobre uno mismo, y es en la adolescencia donde se desarrollan las aptitudes que se necesitan para la vida. Es en la adolescencia donde el enfrentarse con tareas más difíciles tendrá que reforzarse los sentimientos de confianza que permitirán al individuo tomar iniciativas, explorar nuevos mundos, es decir; realizar o aprender a crecer con capacidades, competencias y con concepción del propio ser, realizar acciones satisfactorias para sí mismo y apreciadas por los demás.

La función mas importante que puede desempeñar la familia, la sociedad, la escuela y la colectividad, consiste quizás en fomentar entre los jóvenes sentimientos de confianza, propia valía, plenitud y personalidad que permita enfrentarse adecuadamente a un presente y a un futuro difícil.

La autoestima constituye un componente de vital importancia en el desarrollo de la personalidad ajustada a las demandas del medio ambiente social.

Autoestima significa desarrollar sentimientos de identidad, integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor. Permite sentirse importante y que el mismo es mejor. Pero esto también implica saber sus limitaciones y saber pedir ayuda cuando se es necesario.

La autoestima también se considera como la que depende de la experiencia personal adquirida en el medio ambiente viéndose ésta reforzada de manera positiva o negativa, permitiendo así la posible adaptación al medio.

Así pues debido a las características socioculturales e históricas de nuestro país, el resultado de la autoestima de las mujeres mexicanas es muy baja, teniendo esto su origen en el aprendizaje que desde siempre se le ha inculcado, la diferencia con respecto al varón ésta situación en el desarrollo humano evoluciona hacia la pasividad en relación a la debilidad frente al varón.

El proceso de recuperación emocional y por ende de reconstrucción de la autoestima, nos permite conocer que la mujer como ser vulnerable abre en la actualidad la posibilidad de deseo de cambio y condición, que busca lograr el pleno desarrollo y la superación de situaciones adversas, que no desea internamente ser igual que el hombre, sólo desea ser un Ser Humano con pleno desarrollo y uso de sus derechos, capacidades y aptitudes y aún cuando esto se perciba lejano en la sociedad, el proceso de cambio se escucha ya en las voces de quienes llegan a nosotros para buscar un apoyo con el objetivo de mejorar.⁵

⁵ Comité promotor por una maternidad sin riesgos, DIF, IMSS, la casa de la mujer Rosario Castellanos, impreso en México. Nov. 1997.

La autoestima es considerada también como la clave del éxito o del fracaso, ya que en la vida hay reflejos que con el tiempo éstos son dados a conocer.

La autoestima tiene 2 componentes:

- 1.- Un sentimiento de capacidad personal.
- 2.- Un sentimiento de valor personal.

Esto se refiere a la suma de confianza y el respeto por sí mismo, en donde refleja el juicio que cada persona hace y tiene acerca de sus habilidades para poder enfrentar los retos de la vida y poder ser feliz.

Es responsabilidad de cada ser humano poder desarrollar una confianza y un respeto saludable por si mismos y tener la capacidad de pensar para ellos y saber que el estar vivos es una virtud para poder desafiar los retos que se presenten.

Pero por desgracia en éste mismo instante sabemos que hay mucha gente en lo que esto no puede ser posible, ya que un gran número de personas padecen de inseguridad, dudas sobre sí mismo, culpa y miedo a participar plenamente en su vida pero esto es dado por una baja autoestima ocasionada por un gran sin número de factores establecidos en su propia persona.

Por lo tanto, la Autoestima; se va desarrollando sanamente para vivir y poder ser feliz con optimismo para que así nos ayude a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud.

Cuando más alta sea nuestra autoestima mejor preparados estaremos para poder enfrentar las adversidades, cuanto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones y al mismo tiempo tendremos la capacidad de ser creativos en nuestro trabajo y así lograremos el éxito esperado.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, más alegría experimentaremos, por el solo hecho de ser, de despertarnos en la mañana y de vivir dentro de nuestros cuerpos. "Al verme en el espejo en la mañana me diré: ESTAS VIENDO AL RESPONSABLE DE TU FELICIDAD DE HOY ".⁶

Esta frase es muy importante e interesante porque nos indica o nos dá a conocer más que nada de que nosotros mismos somos los que vamos a decidir de hacer las cosas y mas que nada nosotros nos ponemos en cualquier situación y si queremos estar bien, la propia persona lo decide y no otra.

Por lo que la autoestima es una experiencia íntima, reside en el núcleo de nuestro ser, es lo que yo pienso y siento sobre sí mismo, no lo que otros piensan o sienten sobre mí.

El concepto de que cada uno tenemos sobre nosotros mismos, es de que pensamos cómo somos, nuestros rasgos físicos, psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos, por lo que influimos sobre todas las elecciones y decisiones

⁶ OP.CIC Maternidad sin riesgos.

significativas para así modelar el tipo de vida que nos creamos. En éste caso la mente que cada persona lleva en su medio de supervivencia ya que todos los logros son el reflejo de la capacidad de pensar. Cuanto más inteligente somos mayor es la capacidad de percatar las cosas. Vivir conscientemente significa saber de todo lo que afecta nuestras acciones, objetivos, valores, metas y comportarnos de acuerdo con aquello que vemos y sabemos.

La autoestima entonces depende no de ciertas características con las que nacemos, sino del mundo como usemos nuestra conciencia, de las elecciones que hagamos con respecto a percatar las cosas, la honestidad, de nuestra relación con la realidad y más que nada el nivel de nuestra integridad personal, por lo tanto se debe vivir responsablemente con la realidad, es decir; no tiene que gustarnos lo que vemos sino debemos reconocer lo que es y lo que no es y que los miedos y negaciones no alteren nuestros hechos.

La esencia de vivir conscientemente es la auto aceptación en donde enfocamos nuestras experiencias, aceptamos lo que sentimos y lo que somos en cualquier momento de nuestra existencia.

Siempre somos más fuertes cuando tratamos de combatir a la realidad, no podemos desaparecer el miedo que tenemos, pero si podemos permanecer concientes y recordar que somos más grandes que cualquiera emoción, puesto que la aceptación con el tiempo, resuelve sentimientos indeseables como pueden ser el dolor, ira o miedo.

Si las personas gozan de una alta autoestima, tienen una orientación activa hacia la vida, asumen plena responsabilidad en cuanto a la realización de sus deseos y no esperan que otros cumplan sus sueños. En éstas personas, si presentan algún problema, se preguntan: qué puedo hacer para solucionarlo, si algo les llega a salir mal preguntan en qué pude haberme equivocado, por lo tanto, enfrentan la responsabilidad de su propia existencia.

La gente que asume la responsabilidad de su propia existencia, tiende a generar una autoestima saludable, al punto de pasar una orientación activa, y de sentirse más apta para la vida y ser más feliz.

LA AUTO RESPONSABILIDAD COMPRENDE LO SIGUIENTE

- Soy responsable de mis elecciones y acciones.
- Soy responsable del modo como utilizo mi tiempo.
- Soy responsable del nivel de conciencia que aplico a mi trabajo.
- Soy responsable del cuidado o falta de cuidado con que trato a mi cuerpo.
- Soy responsable del modo como trato a los demás, mi cónyuge, mis hijos, mis padres, mis amigos, etc.
- Soy responsable del significado que doy o dejo de dar a mi existencia.
- Soy responsable de mi felicidad.

- Soy responsable de mi vida en lo material, lo emocional, lo intelectual, lo espiritual.

Por lo tanto la auto responsabilidad es indispensable para adquirir una buena autoestima.

PARA VIVIR AUTÉNTICAMENTE SE PLANTEAN UNAS PREGUNTAS

- ¿ Por lo general soy honesto conmigo mismo con referencia a lo que siento, aceptando mis emociones, experimentándolas, sin sentirme necesariamente mal a actuar sobre la base de ellas?.
- ¿ Por lo general soy honesto con los demás con respecto a mis sentimientos, en aquellos contextos donde es apropiado hablar de los sentimientos?.
- ¿Me esfuerzo conscientemente por ser veraz y preciso en mis mensajes?.
- ¿Converso cómoda, abierta y directamente sobre lo que amo, admiro y disfruto?.
- ¿Si estoy enojado o deprimido, hablo sobre ello con honestidad y dignidad?.
- ¿Defiendo lo que soy y hago honor a mis necesidades e intereses?.
- ¿Permito que los demás adviertan mi entusiasmo?.
- ¿ Si sé que estoy equivocado l, lo reconozco sencilla y francamente?.

En verdad en cuanto más alto sea el nivel de autoestima de un individuo, más probable será que trate a los demás con respeto, amabilidad y generosidad.

La gente que no experimenta amor por sí misma, tiene poca o ninguna capacidad de amar a otros.

La autoestima depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, que de la mente de las cuales somos responsables porque la mente es una herramienta básica de la supervivencia, es el pilar central de una autoestima saludable para poder vivir con realidad y responsablemente con los hechos.

Si la autoestima está en un nivel alto logrará ciertas características que lo identificarán como una persona responsable de vivir por lo que:

- Su rostro, sus gestos y su manera de hablar y de moverse tendrán naturalmente a proyectar el placer que le causa estar vivo.
- En algún momento notará que es más capaz de hablar de sus logros o de sus imperfecciones de manera directa y honesta, puesto que mantendrá una buena relación con los hechos.
- Quizás descubra que se siente más cómodo al dar y recibir elogios, expresiones de afecto, etc.
- Tendrá a estar abierto a la crítica y a sentirse bien al reconocer equivocaciones, pues su autoestima no está atada a una imagen de perfección.
- Habrá cada vez más armonía entre lo que usted diga y haga, y su aspecto,

modo de hablar y de moverse.

- Descubrirá que tiene una actitud cada vez más abierta y curiosa hacia las ideas y experiencias nuevas.
- Los sentimientos de angustia o inseguridad si se presentan, tendrán menos posibilidades de intimidarlo, ya que manejarlos y elevarlos por encima de ellos le parecerá más fácil.
- Es muy probable que descubra que disfruta de los aspectos risueños de la vida, en usted y en los otros.
- Será más flexible al responder a situaciones y desafíos ya que, confía en su mente y no ve en la vida como una fatalidad o una derrota.
- Será más rápido para defenderse y hablar por usted mismo.
- Tenderá a preservar la armonía y la dignidad en situaciones de estrés, ya que cada vez le resultará más natural sentirse centrado.
- Sus ojos se volverán más alertas, brillantes y vivaces.
- En algún momento su rostro se tornará más relajado y tenderá a mostrar un color natural y una buena tonicidad de cutis.
- Su mandíbula tenderá a estar más relajada.
- Sus manos tenderán a estar más relajadas elegantes y tranquilas.
- Sus brazos tenderán a pender de una forma natural relajada.
- Su postura tendrá a ser relajada, erecta, bien equilibrada.
- Su modo de caminar será resuelto.
- Su voz tenderá a adquirir modulaciones adecuadas a las diversas situaciones y su pronunciación será clara.

Esto sucede en hombres y mujeres que gozan de una alta autoestima en las cuales nota la presencia de estas características ya mencionadas.⁷

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo, refleja el juicio que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida.

La autoestima alta: es sentirse confiadamente apto para la vida (capaz y valioso), cuando esta se encuentra alta, mejor estaremos preparados para enfrentar las adversidades, tendremos más posibilidades de ser creativos en las actividades y mejor posibilidad de lograr el éxito.

La autoestima baja: es sentirse inepto para la vida por lo cual las personas sienten inseguridad.⁸

La baja autoestima en muchas ocasiones está relacionada directamente con la pérdida de la mamá y todos los inconvenientes que esto ocasiona, hay cantidades de situaciones en la vida cotidiana que dificultan la adaptación como puede ser el vestuario, escotes, etc.

El impacto psicológico que se le da a conocer a una cliente con un diagnóstico

⁷ BRANDEN Nathaniel. Cómo mejorar su Autoestima. México D.F. 1997

⁸ www.ambar.50megs.com

con cáncer de mama tiene un profundo efecto sobre ellos, la respuesta que pueden tener es muy diferente a los demás, puede ir desde una ligera ansiedad o hasta llegar a una profunda depresión o incluso el suicidio. El grado de respuesta tiende a correlacionarse con los sentimientos de identificación con el área afectada o la cantidad de pérdida de la función impuesta por la patología o por sus tratamientos.⁹

Cuando a las clientes se les dice por primera vez o recién comprenden que el cáncer que presentan no puede ser tratado efectivamente, a menudo reaccionan negando que esto les haya podido suceder a ellas. Ellas creen que encontrarán la forma de poder vencer este problema. Esa es una forma de poder enfrentar un problema tan difícil y puede ser de mucha ayuda en un inicio; con el tiempo las clientes y sus familiares pueden ser capaces de enfrentar la realidad. Hay un sentimiento de “No, no yo” en donde luego cambia de “¿Por qué yo?”. Esa pregunta resulta de sentimiento de ira y de enojo en donde estas personas pueden estar molestas con el propio médico y el personal que las rodea, esta es una reacción normal y con el tiempo se puede aceptar, se comprende su ira por lo que se requiere hablar de los sentimientos con la familia, amigos cercanos e incluso con otras pacientes que hayan tenido o tengan la enfermedad.

Cuando se comprende que no hay una respuesta adecuada de la pregunta de ¿Por qué yo? Se entiende que la ira no es la solución y de alguna forma se verá

⁹ J.GRITFITHS Margaret y HAT HLEENH Murrey. Oncología básica fisiopatológica evaluación y tratamiento. Ediciones científicas. Editorial Prensa Médica Mexicana.

tratando de negociar acerca del futuro. Las personas hacen promesas de todo tipo con la esperanza de tener una vida más prolongada. A veces se podrán sentir deprimidas o quizá sentirán que pueden perder el control en algunos de los aspectos de su vida y su independencia.

Estas personas deben ganar tranquilidad y paz en la mente y aceptar hablar acerca de sus sentimientos con aquellos a los que quieren por que esto puede ser de gran ayuda.

Una conversación no siempre será necesaria, a veces un gesto o una caricia, puede decir mucho más que las palabras. No todas las personas que enfrentan enfermedades terminales son capaces de encontrar la paz de aceptar un desenlace fatal, sin embargo con el tiempo y apoyo será posible seguir adelante. A veces en forma temporal pierden el deseo de vivir, pero estas reacciones cambian con el tiempo. Los sentimientos y la falta de esperanza pueden cambiar con base a las reservas emocionales y físicas que uno no sabía que tenía, lo llamamos la fuerza interna, la cual puede ayudar a revivir el espíritu y puede conducir a disfrutar cada experiencia y cada día.

Para la mayoría de las pacientes el futuro es el fin de cada día. Otras prefieren hacer planes con respecto a los días, meses e incluso años, esto reafirma a ellas y a los que las rodean y piensan que la vida aún no a concluido.

Como se mencionó antes, las personas con cáncer avanzado pueden estar tristes, deprimidas, furiosas y temerosas. Estos sentimientos son muy naturales y

humanos. Además pueden tener una profunda pena por pérdida de las personas que tienen cáncer.

Se recomienda no ocultar sus emociones, compartir sus sentimientos con parientes y amigos y el personal que la atiende, ya que esto podrá de alguna forma aliviar su tristeza, depresión e ira incluso podrá reducir la falta de comodidad o molestias físicas.

Algunas clientes con enfermedades serias temen a lo desconocido con relación a su enfermedad. Esto puede incluir el aislamiento, el abandono o la pérdida del control físico o emocional. Comprender esta condición puede ayudar a la cliente y a su familia a resolver estos temores. Mientras más aprenda acerca de su condición y tratamiento, menores serán sus temores acerca de lo desconocido.

Para muchas personas, la familia y los amigos cercanos son la fuente más importante de soporte emocional. Aquellas personas cercanas a la cliente deben comprender mejor qué lo que está ocurriendo y cómo se sienten ellas con respecto a su salud y más que nada qué es lo que pueden o no hacer sus familiares para poder controlar los sentimientos de confusión y de esperanza e ira. Deben saber que las clientes necesitan de su apoyo para poder enfrentar estos momentos difíciles.¹⁰

¹⁰ <http://www.cancer.com.pe/aprendiendoO1.htm>

LAS PERSONAS QUE RECIBEN UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MUESTRAN RESPUESTAS CARACTERÍSTICAS NORMALES

- Primera fase: Es frecuente un periodo inicial de rechazo, o desesperación que suele durar de dos a cinco días. Los clientes pueden expresar lo siguiente “esto no puede sucederme a mi” “deben haber confundido mi resultado con el de otra persona” “lo se desde hace mucho tiempo” “no hay razón para hacerme tratar, de nada va servir”.
- Segunda fase: Se caracteriza por un estado de ánimo de disforia y dura de una a dos semanas. Los clientes muestran síntomas de ansiedad, depresión del estado de ánimo, anorexia, insomnio e irritabilidad. La capacidad de concentración y de llevar a cabo las actividades cotidianas disminuye y aparecen pensamientos sobre la enfermedad y la incertidumbre con respecto al futuro.
- Tercera fase: La adaptación comienza, en general, después de unas semanas (mayor de 14 días y puede durar meses). A medida que la cliente va integrando la nueva información, confronta los aspectos de la realidad, encuentra razones para el optimismo y reanuda sus actividades.

En los adultos la principal preocupación es el miedo a una muerte dolorosa. Todos los clientes tienen las posibles incapacidades, la dependencia, la alteración de la fisonomía y el deterioro de las funciones corporales. El nuevo papel de estar

enfermo o de volverse diferente supone un cambio en casi todos los aspectos de la vida del adulto.

Es frecuente el miedo a ser abandonado o a verse separado de la familia y los amigos. Estos temores son generalizados, el nivel inicial de sufrimiento es muy variable y depende de 3 factores:

1.- Factores médicos: Consiste en el tipo y localización del tumor, estadio en el momento del diagnóstico, dolor asociado, tratamiento requerido, existencia de rehabilitación, evolución clínica de la enfermedad y cuadros médicos asociados.

2.- Factores relacionados con el cliente: Consiste del nivel de desarrollo cognoscitivo y psicológico, capacidad para enfrentarse a los acontecimientos angustiosos, madurez emocional, capacidad para aceptar la alteración o la falta del logro de los objetivos vitales, experiencias previas con el cáncer, otras tensiones vitales concurrentes, apoyo de la familia, etc.

3.- Factores sociales: Aptitudes ante el cáncer y su tratamiento, asistencia sanitaria.

El tratamiento de cáncer a menudo lento y difícil necesita flexibilidad en las pautas de adaptación emocional. Después de la adaptación emocional, la posibilidad de curación modifica la amenaza de muerte y centra el pensamiento en la incertidumbre y los efectos secundarios del tratamiento. Al mismo tiempo, la

cliente debe cumplir también con sus obligaciones laborales y familiares normales.¹¹

El diagnóstico y tratamiento de cáncer suele provocar en el cliente un gran impacto emocional, e incluso serios problemas psicológicos y sociales. Estos problemas son los siguientes:

- Problemas emocionales: Depresión, ansiedad y estrés.
- Problemas derivados de la sintomatología física: Efectos directos de la enfermedad, como el dolor, efectos colaterales de los tratamientos.
- Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos: laborales, familiares, de relación social.

Estos problemas psicosociales pueden ir cambiando según el momento de función de la fase de la enfermedad en que se encuentran las clientes y de la evolución de la misma. La fase de prediagnóstico se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a exploración. En la fase de diagnóstico, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y la espera de resultados, son la característica común. En la etapa de tratamiento la atención de la cliente se centra en los efectos de las

¹¹ Oncología Clínica Manual de la American Cancer Society. Segunda edición, Editorial American Cancer Society 1998.

medidas terapéuticas. Si el tratamiento tiene éxito, el individuo ha de volver a interactuar con su medio y a realizar sus actividades cotidianas.

A todo el periodo que transcurre sin signos de enfermedad se le denomina intervalo libre, no existiendo ninguna inseguridad con respecto a que se produzcan, o no recurrencias o recaídas. Si estas se producen, hay que volver a iniciar los tratamientos que tendrán probablemente más efectos secundarios y serán más fuertes que los anteriores.

En la práctica clínica, esta fase suele considerarse como la más difícil para la cliente. El ciclo puede repetirse varias veces o bien, puede que el enfermo evolucione progresivamente hacia una etapa terminal, generalmente caracterizada por sentimientos de aislamiento y depresión.

En función de las características del proceso neoplásico del tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentre, por lo tanto; la depresión es una de las reacciones más frecuentes en las clientes que sufren esta enfermedad.

Otra de las reacciones más frecuente que experimenta las clientes de cáncer es el estrés. Las características que presenta el cáncer como acontecimiento estresante son:

- Se trata de una enfermedad que amenaza directamente la supervivencia, a demás, la etiqueta de esta enfermedad implica connotaciones de padecimiento vergonzoso.

- El curso y el pronóstico son inciertos normalmente y no siguen una pauta determinada al menos conocida.

- El padecimiento puede suponer mutilación para el sujeto, debido a las terapéuticas invasivas (cirugía) provocando cambios a la autoimagen.

- Los tratamientos son fuertes, producen efectos colaterales y con los esquemas habituales de enfermedad (los clientes perciben que se ponen enfermos en vez de mejorar con el tratamiento).

Los tratamientos interrumpen la vida cotidiana, provocando cambios importantes en los hábitos de los clientes.

Muchas de las situaciones por las que atraviesa el cliente de cáncer durante el curso de su enfermedad, conducen a una reacción de estrés experimentada por la cliente como altamente desagradable, y que provoca importantes necesidades de adaptación.

Estas reacciones poseen 3 características:

1.- Incertidumbre: Como resultado de la imposibilidad de predecir los acontecimientos y debido a la falta de información que tiene el fenómeno sobre

todo lo relacionado con la enfermedad, su tratamiento y su evolución.

2.- Sentimientos negativos: Miedo, ansiedad o depresión.

Pérdida de control: Que se traduce en sentimientos de incapacidad para influir sobre los acontecimientos.

3.- Amenazas a la autoestima: Que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo, o dificultades laborales, sociales y sexuales.

Algunos enfermos de cáncer sufren una ruptura progresiva de sus estilos de vida, y presentan graves problemas emocionales de los que nunca se recuperan por completo, mientras que otros, parecen adaptarse a la enfermedad sin excesivas dificultades.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y DEL ESTRÉS

- **Espíritu de lucha:** Se manifiesta a través de la búsqueda activa de información acerca de la enfermedad y los tratamientos. Se percibe a la enfermedad como un reto.

- **Evitación positiva:** El cliente deja de pensar en la enfermedad, considerando que su diagnóstico es bueno, no percibe la enfermedad como amenaza.

- **Negación:** El cliente considera que el diagnóstico de cáncer es un error, que realmente no tiene cáncer.
- **Desesperanza:** El cliente piensa que no puede ejercer ningún control sobre la enfermedad. Se percibe el diagnóstico como una pérdida, lo que puede desencadenar auténticas depresiones en el enfermo.
- **Resignación pasiva:** El cliente acepta pasivamente su enfermedad y se resigna a su muerte. Se percibe el diagnóstico como pérdida.
- **Preocupación ansiosa:** Se percibe el diagnóstico como una amenaza lo que comporta un estado de incertidumbre, tanto acerca de su capacidad de control, como de sus posibilidades futuras.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EFECTOS NEGATIVOS

1.- **Buscar información:** Es una forma de combatir la incertidumbre. Las formas que pueden adoptar varían desde la búsqueda de datos o significado de términos en una enciclopedia hasta las preguntas directas a personas que se encuentran o se han encontrado en la misma situación.

2.- **Buscar apoyo o bienestar:** Suele ser el medio para combatir algunos sentimientos negativos y fortalecer la sensación de control sobre la situación. Esta

búsqueda puede centrarse en la pareja, un amigo, la Enfermera o el Médico de la familia, pero también otras personas.

3.- Atribución: Se utiliza para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control sobre los acontecimientos y consiste en atribuir los efectos negativos que se experimentan a causas concretas. A menudo se culpa al comportamiento de otras personas o al propio.

4.- Acción impulsiva: Son las manifestaciones emocionales que acompañan a menudo las impresiones traumáticas con que suele iniciarse el periodo de estrés. Suele reducir los sentimientos negativos intensos, se expresa por medio de ira o desconsuelo, gritos y llanto.

5.- Evitar confrontaciones: Se caracteriza por una actitud pasiva y distante ante los acontecimientos y por un rechazo a reflexionar sobre la situación o a sentirse implicado en los problemas que la misma plantea.

6.- Afrontamiento activo: Se distingue por suponer una postura eminentemente activa para encontrar soluciones a los problemas planteados.

MOMENTOS DE APARICIÓN DE ESTRESANTES

- Estrés generado por la autoexploración: Es un dato que actualmente requiere de especial relevancia porque la eficacia de la autoexploración como método de cribado no está suficientemente demostrado y no existe consenso a la hora de aconsejarla.

- Estrés generado por la invitación a participar en programas poblacionales de cribado por mamografía, que pone un elemento perturbador donde no hay sintomatología. Se añade más efecto estresante ante la posibilidad de falsos positivos.

Estrés por el diagnóstico:

- Estrés ante la aparición de algún tipo de sintomatología en la mama (bulto, dolor, molestia, escozor y pinchazo).

- Estrés ante la realización de pruebas diagnósticas, más si son invasivas y sobre todo cuando se tiende actualmente a realizar pruebas de carácter invasivo en caso de todas las lesiones palpables y en muchas no palpables resultado de un hallazgo casual.

- Estrés ante el diagnóstico de cáncer de mama, por el cáncer en sí y por la implicación psicológica que supone la invalidación de un órgano símbolo de feminidad (maternidad, intercambio sexual) como es la mama.

Estrés por el tratamiento:

- Estrés ante la Mastectomía: el hecho de que ésta enfermedad implique casi constantemente la mutilación de un órgano accesible a la imagen que la propia mujer recibe de sí misma en un espejo hace de éste tratamiento un estresante especial.

- Estrés que suponen los distintos tratamientos, radioterapias, quimioterapias, hormonoterapias en sí mismos y también por sus efectos secundarios.

- Estrés que supone la amenaza vital de ésta enfermedad y más aun porque es de sobra conocida entre la población la muy distinta evolución de las clientes según el estadio, que puede variar de una muy breve supervivencia a comportarse como una enfermedad casi de carácter crónico.¹²

¹² <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pidet=4790>

LA DOCENA MÁGICA DE LA AUTOESTIMA

- 1.- Saber aceptar que todos tenemos cualidades y defectos.
- 2.- Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos.
- 3.- Poder liberarnos de conceptos negativos sobre nosotros mismos.
- 4.- Aceptar que todos somos importantes.
- 5.- Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad, reconociendo lo que nos gusta y lo que no nos gusta.
- 6.- Aprender a aceptarnos a través de lo que sentimos y de lo que somos.
- 7.- Liberarnos de la culpa al evaluar lo que queremos y pensamos.
- 8.- Actuar de acuerdo a lo que deseamos, sentimos, pensamos, sin tener como base la aprobación o desaprobación de los demás.
- 9.- Sentirnos responsables de nosotros mismos. Ya que el hacernos responsables de la propia existencia genera confianza en nosotros mismos y en los demás.
- 10.- Vivir auténticamente al aprender a ser congruentes entre la forma de sentir y de actuar.
- 11.- Fomentar la autoestima en los otros, ya que la honestidad, al fomentar la autoestima de las personas que nos rodean, reflejan nuestra propia autoestima.
- 12.- Hallar la valentía de amarnos como personas, comprender que ese es un derecho propio que todos tenemos.

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON AUTOESTIMA ALTA

- Utiliza los datos que percibe, aplica su entendimiento.
- Se siente libre para hacer y actuar. Ni se siente amenazado ni amenaza a los demás.
- Toma sus propias decisiones responsablemente y asume sus responsabilidades, con esto crece y se desarrolla, por lo tanto no hecha la culpa a los demás.
- Desarrolla habilidades que le ayudan a crecer. Es consciente de que para desarrollarse debe cambiar, cuando es necesario rectificar lo que sea, es capaz de adaptarse y acepta nuevos valores.
- Es capaz de reflexionar acerca de sí mismo, autoevaluarse y no juzga a los demás.
- Está dispuesto a aprender y actualizarse para estar a la altura de las necesidades.
- Acepta su condición de ser humano con cuerpo y sensibilidad, por eso acepta su género y todo lo que se relaciona con él.
- Se relaciona con las personas de otro género sincera y abiertamente.
- Controla sus instintos y espera a que los demás también.
- Maneja positivamente su agresividad y no lastima a los demás.
- Le gusta su trabajo, lo hace bien y trata de mejorar en él.
- Se entiende consigo mismo y se cae bien, lo mismo sucede con los demás.

- Se da a sí mismo comprensión, aceptación y aprecio, lo mismo con los demás.
- Confía en sí mismo y con los demás.
- Se da cuenta que es único y diferente a los demás.
- Se da cuenta de los sentimientos, los siente y los expresa libre y plenamente.
- Acepta sus errores y fracasos, sabe que no hay fracaso del que uno no pueda aprender y mejorar.
- Conoce, define y desarrolla sus derechos y obligaciones exigiendo que se respeten.¹³

En la sociedad la glándula mamaria está muy relacionada con la feminidad y la belleza, por lo que las mujeres con mastectomía deben saber luchar no sólo con su enfermedad sino con el concepto social que es lo que dificulta la aceptación de la misma.¹⁴

La auto imagen es aquello que pensamos de nosotros mismos, es la clave de la personalidad y la capacidad de verse con ciertas características.

Cambiar la auto imagen equivale a modificar nuestra personalidad y comportamiento, se adquiere a través de las experiencias vividas desde el nacimiento.

¹³ OP.CIT Maternidad sin riesgos

¹⁴ <http://WWW.mrbit.es/hsa/atrim/mfc97/DOC/MESAS/MESA3-4.HTML>

Tengamos o no conciencia de ello, cada uno de nosotros lleva en él un plan o una imagen mental de sí mismo. En nuestra propia concepción de la clase de persona que somos (o queremos ser) y ha sido formada a través de nuestras creencias acerca de nosotros mismos.

Nuestros triunfos y nuestros fracasos quedan gravados en nuestro subconsciente, al igual que la forma en que los demás han reaccionado con respecto a nosotros.

Todas las acciones, sentimientos, comportamiento e incluso capacidades son la consecuencia directa de la auto imagen que las personas han forjado, por lo que las personas actúan como imaginan ser, en donde no pueden actuar de otra manera, pese a los esfuerzos conscientes y a su voluntad.

El funcionamiento de la mente el hombre es parecido al de un ordenador, por lo menos en sus principios de base, sólo que es mucho más porque el subconsciente no se olvida absolutamente de nada. Hasta lo más insignificante lo recuerda. Este mecanismo que tiene el hombre es impersonal y trabajará automáticamente para conseguir objetivos de éxitos y fracasos según el enfoque las personas le designen.

TRASTORNOS DE LOS CLIENTES CON CÁNCER

- Trastorno de adaptación: este es el más común en pacientes con cáncer. Sus signos y síntomas son la ansiedad y la depresión, la característica principal de éste tipo de trastorno son las persistencias excesivas de los síntomas y una interferencia anormal en cuanto al funcionamiento laboral.

- Trastorno de depresión: sus síntomas son insomnio,, anorexia, fatiga y pérdida de peso, en el paciente con cáncer el diagnóstico de la depresión va a depender del hallazgo del estado de ánimo, apatía, llanto, sentimientos de desamparo, disminución de la autoestima, culpa, retraimiento social y pensamiento de deseo de muerte a llegar al suicidio, los factores asociados son el estadio avanzado de la enfermedad, el dolor, la muerte reciente de un familiar y el escaso apoyo emocional.

- Trastornos mentales orgánicos (delirio) es considerado como el segundo diagnóstico más frecuente en clientes con cáncer, se debe a los aspectos directos del cáncer sobre el SNC como a las posibles complicaciones de la enfermedad y al mismo tiempo el tratamiento, los síntomas iniciales son los delios pueden pasar y no requieren de un tratamiento específico, hay cambios bruscos de conducta, agitación, alteración en el nivel de conciencia.

- Trastornos de ansiedad: los tipos de ansiedad que se encuentran en el campo de la oncología son 3.

1.- Episodios de ansiedad aguda relacionada con el estrés del cáncer y su tratamiento.

2.-. Ansiedad relacionada con la enfermedad médica.

3.- Trastornos por ansiedad crónica que preceden al diagnóstico de cáncer ya que se exacerban durante su tratamiento.

La ansiedad situacional es frecuente y la mayoría de las pacientes están ansiosas en tanto esperan a recibir el diagnóstico antes de someterse a exploraciones difíciles, durante una cirugía, mientras guardan los resultados de los estudios diagnósticos. En todos éstos momentos es de esperar que exista la ansiedad que van desde temores extremos, la incapacidad para comprender las intervenciones.

Los trastornos por ansiedad previos a la aparición de cáncer pueden poner en peligro el tratamiento médico. Los tipos más frecuentes son las fobias y los trastornos por pánico mientras reciben el tratamiento en un ambiente médico.

En el adulto los síntomas típicos de presentación, consisten en periodos de repetición del acontecimiento estresante (pesadillas, recuerdos y pensamientos), junto con rechazo, insensibilidad emocional y depresión. El mecanismo de negación es importante porque minimiza el acontecimiento de dolor.

- Trastornos de la personalidad.

El estrés por cáncer exagera las estrategias de adaptación, éstos trastornos se reconocen por la exageración de sus características visuales. Persona paranoide que sospecha y amenaza constantemente con litigar, persona obsesiva cuya atención a detalles exagerados de la asistencia acompañada de repetidas críticas, persona dependiente que exige una atención que supera las necesidades objetivas y que puede tener dependencia de alguna toxicomanía, cliente con trastorno limítrofe que no puede seguir las normas, que manipula, divide y puede alterar a los demás clientes, persona histriónica que dramatiza en exceso los síntomas y sufrimientos. Como el cliente puede no considerar como problema su trastorno de personalidad el tratamiento depende de la conducta que tenga cada paciente.

ESQUEMA DE SUPERVIVENCIA

Moorey y Greer (1989) denomina esquema de supervivencia a la capacidad de adaptación, así como a la respuesta emocional y el estilo de afrontamiento que pone en marcha el enfermo oncológico desde el momento de conocer su diagnóstico.

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado por el cliente como un desafío. Es decir, como un reto personal que se puede superar o vencer como una amenaza (para la propia salud) , o como una negación, es decir, como un rechazo a admitir la realidad tal cual es.

En consecuencia, y en función de ello, el cliente adoptará unas u otras estrategias de afrontamiento con el fin de dar una solución a los problemas que se plantean y controlar las reacciones emocionales suscitadas por ellos.

Parece evidente que el mejor esquema de supervivencia que puede adoptar un enfermo de cáncer es aquel que supone la percepción de la enfermedad como desafío, utilizando como estilo de afrontamiento el espíritu de lucha o la evitación positiva y expresando de forma manifiesta, cuando debe hacerlo, sus emociones negativas.

Al mejorar el esquema de supervivencia que desarrolla la cliente constituye un aspecto de gran importancia en la intervención psicológica del cáncer. Sin embargo no es menos importante el tratamiento de las quejas o molestias que se derivan de las terapéuticas médicas, náuseas y vómitos anticipatorios producidos por la quimioterapia, el dolor o la aceptación del esquema corporal después de una amputación quirúrgica (mastectomía) son algunos problemas que presenta la cliente oncológica y que son susceptibles de intervención psicológica.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

El Yo lidia con las exigencias de la realidad, del Ello y del Súper yo de la mejor manera que puede. Pero cuando la ansiedad llega ser abrumadora, el Yo debe defenderse a sí mismo. Esto lo hace bloqueando inconscientemente los impulsos o distorsionándoles, logrando que sean más aceptables y menos amenazantes. Estas técnicas se han llamado mecanismos defensivos y tanto Freud como su hija Anna, así como otros seguidores han señalado unos cuantos.

La Negación se refiere al bloqueo de los eventos externos a la conciencia. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla, simplemente nos negamos a experimentarla. Como podrían suponer, esta defensa es primitiva y peligrosa (nadie puede desatender la realidad durante mucho tiempo). Este mecanismo usualmente opera junto a otras defensas, aunque puede funcionar en exclusiva.

La Represión, defensa que Anna Freud llamó también “olvido motivado” es simplemente la imposibilidad de recordar una situación, persona o evento estresante. Esta defensa también es peligrosa y casi siempre va acompañada de otras más.

La renuncia de las necesidades

Aislamiento (también llamado intelectualización) consiste en separar la emoción de un recuerdo doloroso o de un impulso amenazante. La persona puede

reconocer, de forma muy sutil, que ha sido abusada de pequeña, o puede demostrar una curiosidad intelectual sobre su orientación sexual recién descubierta.

El Desplazamiento es la "redirección" de un impulso hacia otro blanco que lo sustituya. Si el impulso o el deseo es aceptado por ti, pero la persona al que va dirigido es amenazante, lo desvías hacia otra persona u objeto simbólico.

Proyección o desplazamiento hacia fuera, como Anna Freud le llamó. Comprende la tendencia a ver en los demás aquellos deseos inaceptables para nosotros. En otras palabras; los deseos permanecen en nosotros, pero no son nuestros.

La Rendición altruista es una forma de proyección que parece a primera vista como lo opuesto: aquí, la persona intenta llenar sus propias necesidades de forma vicaria a través de otras gentes.

La identificación, comprende la adquisición o atribución de características de otra persona como si fueran de uno, puesto que hacerlo, resuelve algunas dificultades emocionales.

La Regresión constituye una vuelta atrás en el tiempo psicológico cuando uno se enfrenta a un estrés. Cuando estamos en problemas o estamos aterrorizados, nuestros comportamientos se tornan más infantiles o primitivos.

El mecanismo de Racionalización es la distorsión cognitiva de los "hechos" para hacerlos menos amenazantes. Utilizamos esta defensa muy frecuentemente cuando de manera consciente explicamos nuestros actos con demasiadas excusas.

CAPITULO VI

INSTRUCTIVO

En éste apartado, se obtuvo la recolección de la información por medio de encuestas realizadas en el Hospital de la Mujer en el Servicio de Oncología.

La encuesta consta de un objetivo propio, las instrucciones a seguir y también cuenta con 10 preguntas de opción múltiple.

La encuesta se comenzó a aplicar a partir del día 5 de Enero al 18 de Febrero del 2004 a 30 mujeres que tuvieron que ser mastectomizadas a causa de Cáncer de Mama, con la finalidad de conocer la Autoestima de cada cliente.

6.1 RECURSOS

HUMANOS:

30 Clientes

Personal de Enfermería

Janet Jiménez De La Luz

MATERIALES:

Hojas

Copias

Libros

Revistas

Folletos

Impresiones

Lápiz

Pluma

Internet

FINANCIEROS:

Solventados por la Pasante

6.2 DISEÑO METODOLÓGICO

PROSPECTIVO: Se utilizó este tipo de diseño porque la investigación se realizó en Enero del 2004.

TRANSVERSAL: Se utilizó éste tipo Metodológico porque el cuestionario fue aplicado una sola vez a 30 clientes que se encontraban en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

CAPITULO VII

PROPUESTAS

Dar orientación adecuada a las mujeres con Cáncer de Mama sobre la importancia que tiene la Autoestima.

Realización de pláticas comunitarias sobre la Autoestima de clientes con Cáncer de Mama.

Orientar a las clientes sobre las posibles complicaciones de una Autoestima baja.

Enseñar a las clientes a cómo mejorar su Autoestima.

Dar a conocer las ventajas que tiene una persona cuando su Autoestima está alta.

7.1 CONCLUSIÓN

Los resultados encontrados en los cuestionarios que se aplicaron a 30 clientes sometidas a mastectomía, concluyen que estas tienen el Autoestima Alta, se mantienen en constante actualización sobre la patología y tratamiento que reciben, pero pude observar que ellas a pesar de sus respuestas, manifiestan en su interior una desesperanza muy grande, tristeza, melancolía, así como aflicción, mucho resentimiento, furia con todos y una gran depresión; todo esto como resultado de la extirpación de la mama. Sabemos que para toda mujer, las Glándulas mamarias son la parte más hermosa, delicada y femenina por medio de la cual medimos nuestra madurez física y sexual, también las consideramos como una zona más sensible y erógena de nuestro cuerpo.

Ante esta situación se tiene que propiciar el apoyo no solo físico sino tratar una parte más importante de cada una de ellas:

Apoyo Espiritual y el Apoyo Psicológico.

CAPITULO VIII

ANEXOS

8.I INSTRUMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA PARA CLIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Unidad Hospitalaria: Hospital de la Mujer

Servicio: Oncología

Fecha:

Edad:

Estado Civil:

OBJETIVO: Conocer la autoestima de las clientes con cáncer de mama utilizando como instrumento el siguiente cuestionario para proporcionar alternativas de solución a este problema.

INSTRUCCIONES: El cuestionario contiene respuestas de opción múltiple, marque con una X la respuesta elegida.

1.- ¿Conoces qué es el cáncer de mama?

SI ()

NO ()

2.- ¿Te importa que la gente comente a cerca de tu enfermedad?

SI ()

NO ()

3.- ¿Has sentido rechazo por las personas que te rodean?

SI ()

NO ()

4.- ¿Ha cambiado tu forma de ser?

SI ()

NO ()

5.- ¿Qué has hecho para poder superar tu enfermedad?

Recibo apoyo emocional

Sigo indicaciones médicas.

Platico con mis seres queridos.

Todas

Ninguna.

6.- ¿ Crees poder lograr cualquier cosa que te propusieras ?

SI ()

NO ()

SOLO ALGUNAS ()

7.-¿ Te gusta ser tu misma y te aceptas tal como eres ?

SI ()

NO ()

8.- ¿Mereces ser amada y respetada?

SI ()

NO ()

9.- ¿ Tienes actitud positiva hacia ti misma ?

SI ()

NO ()

10.- ¿ Crees tener cualidades y actitudes buenas ?

SI ()

no ()

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

ELABORO: P.L.E.S.S JANET JIMÉNEZ DE LA LUZ

8.2 CUADROS Y GRAFICAS

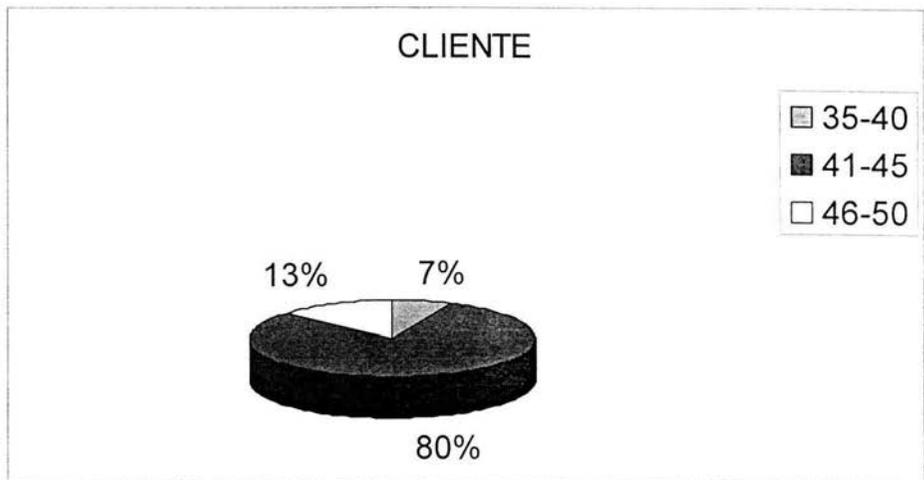
CUADRO 1

EDAD	CLIENTE
35-40	2
41-45	24
46-50	4

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 1

EDAD



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientas con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer, el cual el 80% representa el índice de edad más alto en que se desarrolló el cáncer de mama, el 13% fue la edad media y el 7% la edad en que menos se presentó. Por lo que es importante señalar que el cáncer de mama se presentó con más frecuencia en mujeres con una edad de 41 a 45 años.

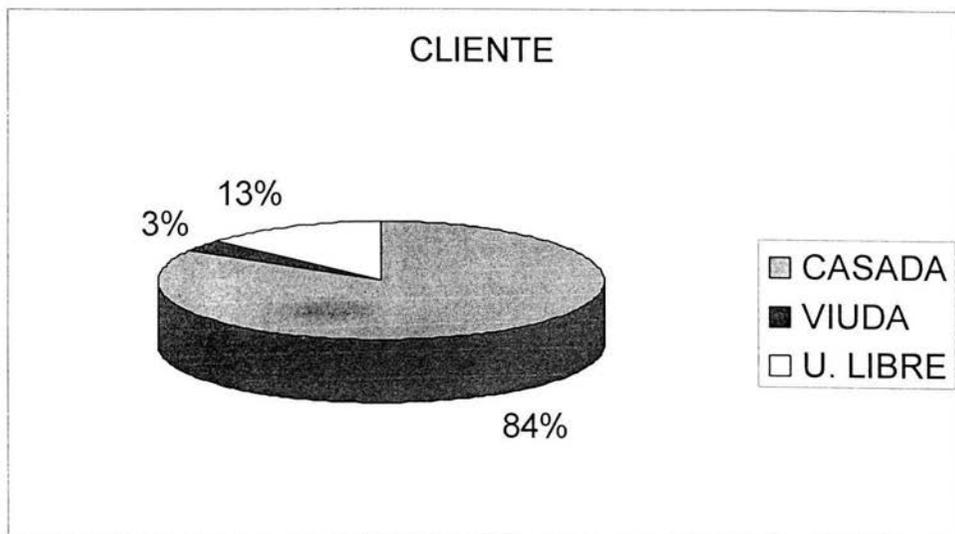
CUADRO 2

ESTADO CIVIL	CLIENTE
CASADA	25
VIUDA	1
U. LIBRE	4

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a pacientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 2

ESTADO CIVIL



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el servicio de Oncología del Hospital de la Mujer el cual el 84% de ellas son casadas, el 13% son de unión libre y el 3% es viuda.

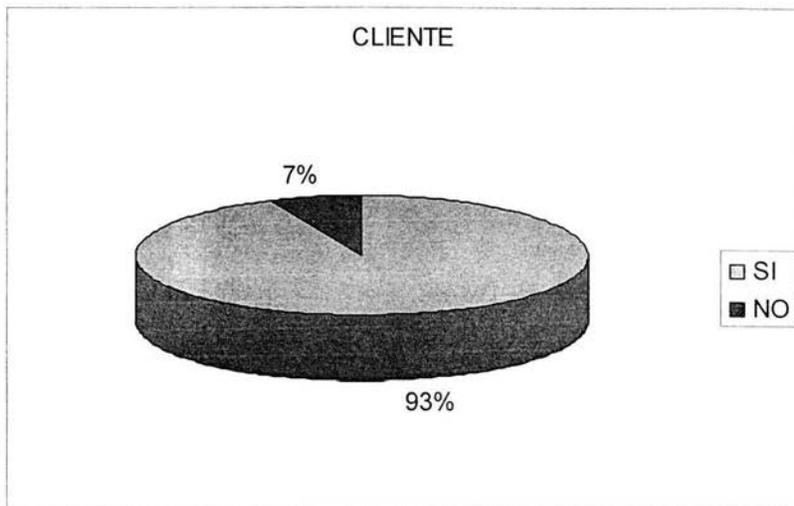
CUADRO 3

CONOCEN EL CANCER DE MAMA	CLIENTE
SI	28
NO	2

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 3

CONOCEN EL CANCER DE MAMA



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas del Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer el cual el 93% conocen el cáncer de mama y el 7% no lo conocen. A través de los resultados obtenidos, se conoce que las mujeres tienen interés en adquirir conocimientos sobre su propia enfermedad.

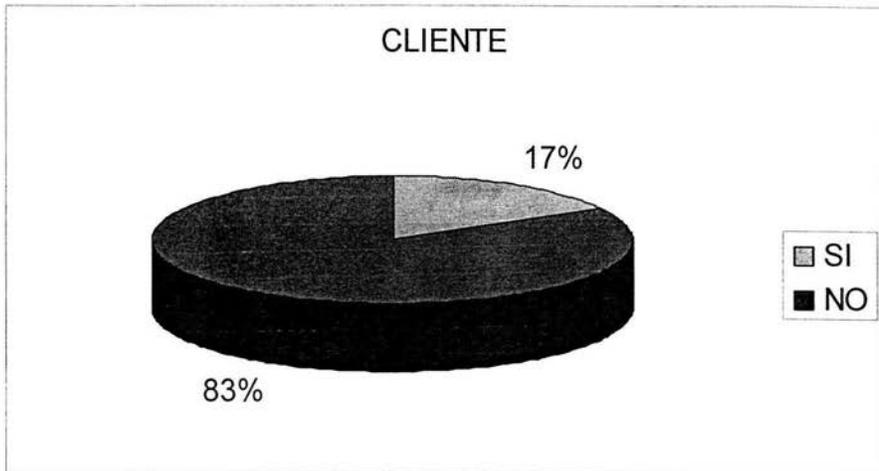
CUADRO 4

IMPORTANCIA SOBRE SU ENFERMEDAD	CLIENTE
SI	5
NO	25

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 4

COMENTARIO DE LA ENFERMEDAD



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el Hospital de la Mujer el cual el 83% representa el no importarles el comentario de las personas sobre su enfermedad, sin en cambio; el 17% si le importa. Es importante mencionar que la mayoría de las pacientes se preocupan más por lograr su máxima recuperación no importándoles los comentarios externos hacia ellas.

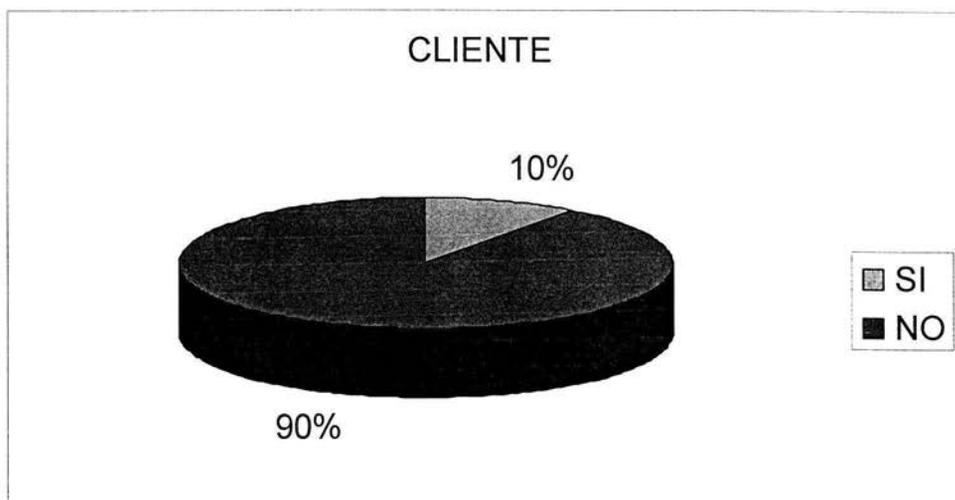
CUADRO 5

SIENTEN RECHAZO A SU ALREDEDOR	CLIENTE
SI	3
NO	27

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 5

SIENTEN RECHAZO A SU ALREDEDOR



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 10% resultó que si hubo rechazo por algunas personas al conocer su enfermedad y el 90% informó que al contrario hubo más confianza hacia ellas. Este resultado fue favorable porque el demostrar interés en una persona enferma con cáncer, ayuda a mejorar el autoestima.

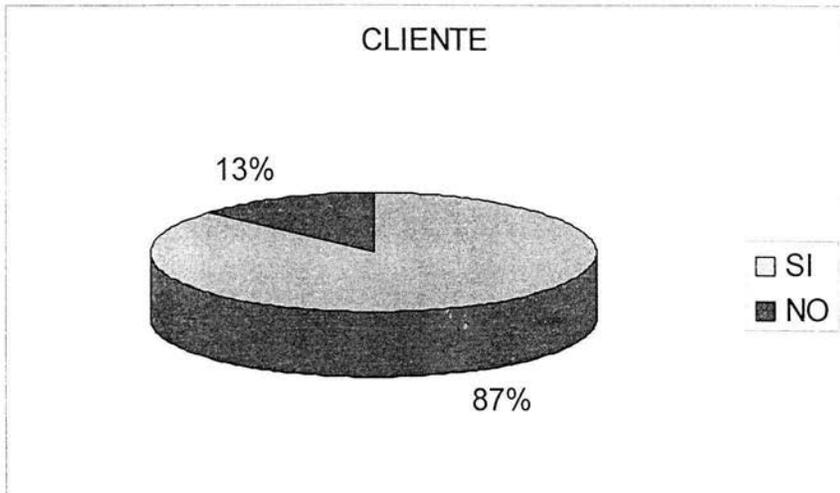
CUADRO 6

HA CAMBIADO SU FORMA DE SER	CLIENTE
SI	26
NO	4

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 6

HA CAMBIADO SU FORMA DE SER



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

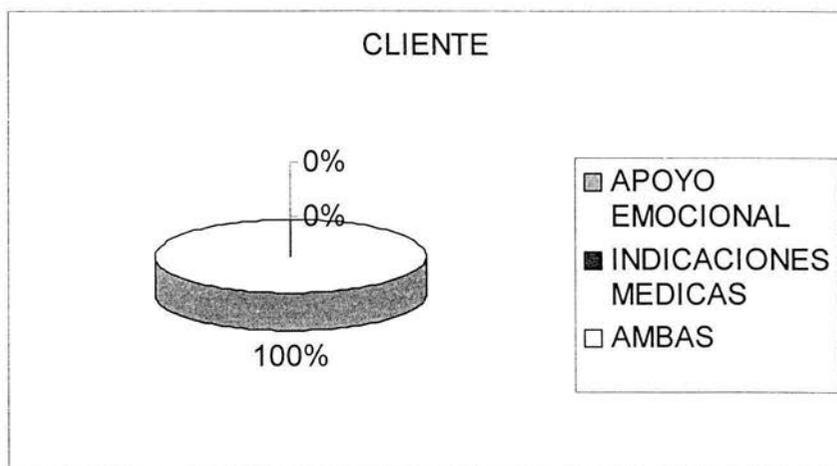
INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 87% si cambió su forma de ser y el 13% informó que no hubo cambio alguno. Por lo tanto se concluye que en la mayoría de las mujeres ha influido su padecimiento en la vida personal.

CUADRO 7

PARA PODER SUPERAR SU ENFERMEDAD	CLIENTE
APOYO EMOCIONAL	
INDICACIONES MEDICAS	
AMBAS	30

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 7
PARA PODER SUPERAR LA ENFERMEDAD



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 33% reciben apoyo emocional, el 64% recibe indicaciones médicas y el 3% ambas.

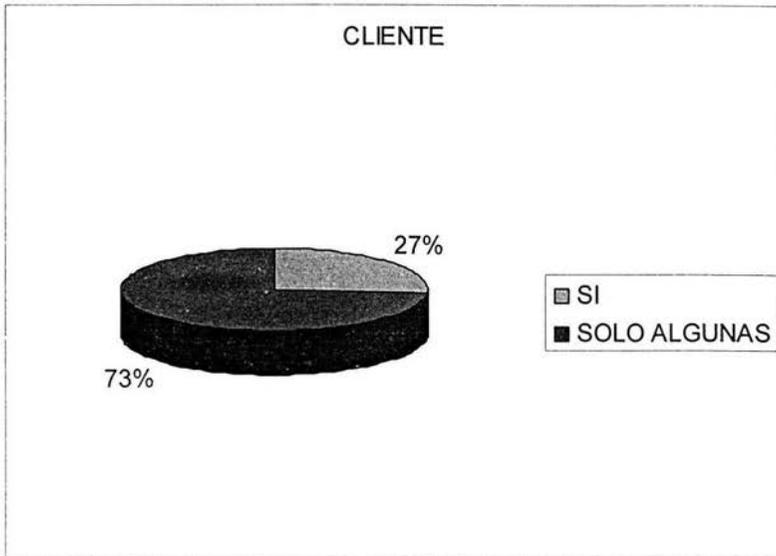
CUADRO 8

PUEDEN LOGRAR LAS COSAS QUE SE PROPONGAN	CLIENTE
SI	8
SOLO ALGUNAS	22

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 8

PUEDEN LOGRAR COSAS QUE SE PROPONGAN



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 27% informó que si pueden lograr cosas que se propongan y el 73% solo algunas. Por lo que en la mayoría de las mujeres intervendrán diversos factores que les impedirán realizar ciertas actividades.

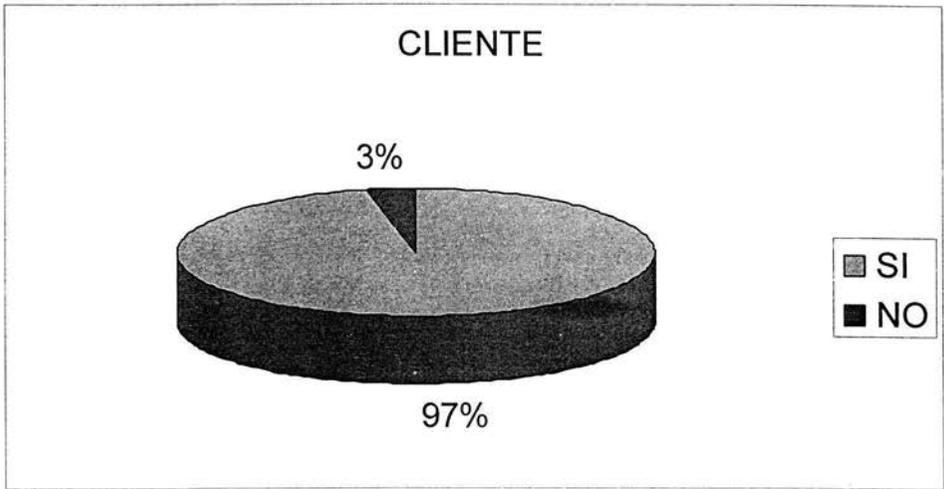
CUADRO 9

LES GUSTA ACEPTARSE TAL Y COMO SON	CLIENTE
SI	29
NO	1

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 9

LES GUSTA ACEPTARSE TAL COMO SON



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a pacientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 97% informó que se aceptan tal y como son y el 3% no. Es importante mencionar que la mayoría de las mujeres con éste padecimiento son capaces de aceptarse tal y como son no importándoles de lo que pase a su alrededor.

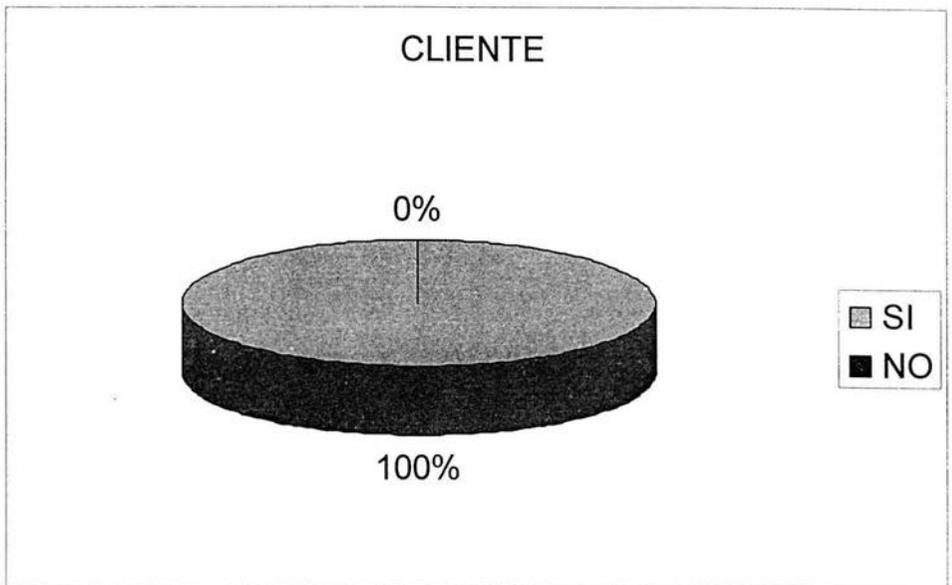
CUADRO 10

MERECEN SER AMADAS Y RESPETADAS	CLIENTE
SI	30
NO	0

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 10

MERECEN SER AMADAS Y RESPETADAS



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

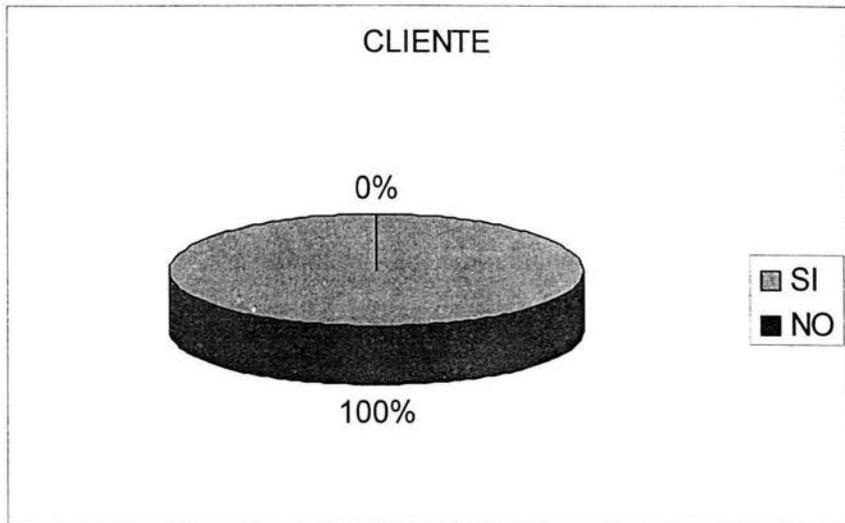
INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 100% deben ser amadas y respetadas a pesar de su enfermedad. Todo ser humano tiene derechos, como por ejemplo el respeto.

CUADRO 11

TIENEN ACTITUD POSITIVA	CLIENTE
SI	30
NO	0

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 11
TIENEN ACTITUD POSITIVA



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

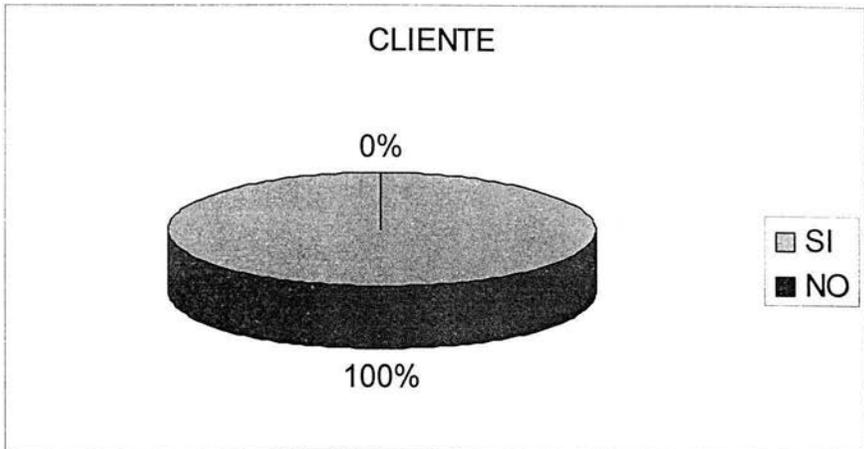
INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 100% informaron que tienen actitud positiva en ellas mismas a pesar de su enfermedad. Todas las mujeres tienen voluntad propia para poder superar su enfermedad.

CUADRO 12

TIENEN CUALIDADES Y ACTITUDES	CLIENTE
SI	30
NO	0

FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

GRAFICA 12
TIENEN CUALIDADES Y ACTITUDES



FUENTE: Datos obtenidos de los 30 cuestionarios aplicado a clientes con mastectomía en el Servicio de Oncología del Hospital de la Mujer.

INTERPRETACIÓN: El resultado se obtuvo de 30 mujeres encuestadas que se encontraban en el hospital de la mujer el cual; el 100% informaron que tienen actitudes y cualidades buenas a pesar de su enfermedad. Es decir, todas las mujeres tiene alguna característica que las identifica.

8.3 ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA DE LA GLANDULA MAMARIA

SITUACIÓN

Las mamas están situadas en la pared anterior del tórax, entre el esternón y una línea vertical al límite anterointerno de la axila. En sentido vertical se extiende desde la tercera a séptima costilla. Es una glándula par.

FORMA Y DIMENSIONES

Las mamas son hemisféricas, sin embargo su mitad inferior es un poco más redondeada y saliente que su mitad superior.

CONFIGURACIÓN EXTERNA

La porción central de la superficie anterior de la mama, está ocupada por una prominencia de forma cilíndrica el pezón.

El pezón mide aproximadamente 1 cm de altura y de anchura, su extremidad redondeada está recorrida por surcos y sembrada de pequeñas aberturas que son los orificios de los conductos galactóforos. Su estimulación ocasiona erección a través de las haces del músculo liso radiado de la areola que lo rodea. Con el embarazo el pezón obscurece.

El pezón está rodeada de una superficie pigmentada anular de 1 diámetro de 4

a 5 cm llamado areola, en la mujeres jóvenes es de color rosada, toma un tinte más oscuro desde al principio del embarazo, su superficie es irregular por la presencia de pequeñas eminencias llamadas tubérculo de Morgagni, constituida por voluminosas glándulas sebáceas.

ESTRUCTURA DE LA MAMA

Revestimiento cutáneo:

A la piel fina y móvil de la areola y del pezón, están las fibras musculares lisas subdérmicas que constituye músculo areolar. Este músculo está formado por fibras circulares y fibras radiadas.

Las fibras circulares se adhieren a la piel a nivel de la areola, se extienden hasta la base del pezón donde se entrelazan alrededor de los conductos excretores de la glándula.

Las fibras radiadas tienen una dirección perpendicular. Nacen de la dermis de la areola, ascienden en el pezón y terminan en la dermis de éste.

GLANDULA MAMARIA

Está cubierta por toda su extensión por una lámina delgada de tejido fibroso llamado cápsula fibrosa de la glándula. La superficie de la glándula es regular, casi plana en la cara posterior de la masa glandular, el resto de la superficie es irregular.

La glándula mamaria está constituida por conductos galactóforos que crecen y se forman de 15 a 20 lóbulos, estos conductos desembocan en el pezón bajo la areola, cada conducto presenta una porción dilatada denominada seno galactóforo en los cuales se acumula la leche durante la lactancia.

La glándula mamaria está unida a la piel por ligamentos suspensorios fibrosos que corren desde la fascia profunda entre los lóbulos de la mama hasta la dermis de la piel.

ARTERIAS

La parte interna de la mama está irrigada por las ramas perforantes de la mamaria interna, que atraviesan los 6 primeros espacios intercostales, la rama perforante principal o la arteria principal interna que atraviesa el segundo espacio.

Las partes externas inferior reciben sus arterias de la mamaria externa de la escápula inferior y la torácica superior, ramas de la axilar, la arteria principal externa. También recibe algunos ramos de las intercostales, la mayor parte de las arterias abordan la glándula por su cara superficial.

VENAS

Existe una red venosa superficial, sobre todo durante el embarazo y lactancia, en la cual se reconoce algunas veces alrededor de la areola, un anillo anastomótico denominado círculo venoso de Haller, esta red superficial se vierte en las venas superficiales de las regiones vecinas.

Las venas profundas drenan en las venas mamarias externas hacia fuera, en la vena mamaria interna por dentro y en las venas intercostales hacia atrás.

GANGLIOS LINFÁTICOS

Son 3 categorías:

- 1.- Colectores tributarios de los ganglios axilares: los linfáticos de la mama drenan la mayor parte a una red subareolar, de esta red parte dos troncos linfáticos que se dirigen hacia la axilar. Reciben en el curso de su trayecto los colectores procedentes de la porción superior de la glándula y terminan en los ganglios axilares.

- Vía transpectoral: se observan los colectores nacidos en la cara profunda de la glándula mamaria a través del pectoral mayor a los ganglios subclaviculares. Estas vías pueden estar interrumpidas por los ganglios interpectorales.

- Vía retropectoral: otros linfáticos están en el borde inferior del pectoral mayor y desembocan en los ganglios subclaviculares pasando por detrás de los pectorales.

2.- Colectores tributarios de los ganglios mamarios internos: existen troncos linfáticos que va desde la porción interna de la glándula, atraviesa el pectoral mayor y los espacios intercostales (tercer y cuarto espacio) terminan en los ganglios de la cadena mamaria interna.

3.- Colectores tributarios de los ganglios supraclaviculares: hay un trunco linfático que va desde la porción superior de la glándula a los ganglios supraclaviculares pasando por debajo de la clavícula.

NERVIOS

Los nervios cutáneos proceden de la rama supraclavicular del plexo cervical superficial del ramo perforante anterior y el lateral de los nervios intercostales. Segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto, éstos ramos perforantes inervan la glándula mamaria.¹⁵

¹⁵ h.rouviere,a.delmas. Anatomía Humana, Descriptiva, Topográfica Y Funcional, Tomo II Tronco, 9 edición, Editorial Mson. P.336 - 339

MUSCULOS

Intercostales:

1.- Intercostal externo: formado por fascículos paralelos, oblicuos hacia abajo y hacia delante. Se inserta por el labio externos del canal costal y por el labio externo del borde superior de la costilla subyacente. Se inicia por detrás de la articulación costo transversa y se detiene hacia delante de la articulación condrocostal.

2.- Intercostal medio: se sitúa por dentro del intercostal externo y ocupa la parte del espacio intercostal entre la línea axilar media y el borde del esternón.

3.- Intercostal interno: situado por dentro del intercostal medio y ocupa el espacio intercostal la región que se extiende desde el ángulo posterior de las costillas hasta 5 o 6 cm del borde del esternón.

Pectoral Mayor:

Es un músculo muy ancho, cubre gran parte de la zona superior y anterior del tórax y de la axila, es de forma aplanada y triangular, se extiende por el lado externo del húmero.

Inserción: se inserta en los dos tercios internos del borde interior de la clavícula, en la cara anterior del esternón en los 6 primeros cartílagos costales, en la parte ósea anterior de la sexta costilla y aponeurosis del recto anterior del abdomen.

Inervación: recibe del plexo braquial diversos nervios que provienen de los nervios del pectoral mayor.

Acción: su punto fijo es el tórax, éste músculo produce rotación del húmero hacia adentro.

Pectoral menor:

Se encuentra por detrás del pectoral mayor que lo oculta por completo y su forma es también aplanada y triangular.

Inserción: se origina por medio de 3 lengüetas tendinosas en borde superior y cara externa de las costillas (tercera, cuarta y quinta).

Inervación: recibe el nervio del pectoral menor, procedente, al igual que el nervio del pectoral mayor.

Acción: hace descender el hombro o eleva las costillas, según el lugar que permanezca fijo.¹⁶

¹⁶ QUIROZ GUTIERREZ Fernando Anatomía Humana, Editorial Porrúa México, impreso en México p. 361 - 362

8.4 CÁNCER DE MAMA

Es una enfermedad sistémica¹⁷, que se caracteriza por la presencia de células malignas en el tejido mamario y que puede dar metástasis a puntos cercanos del área afectada.¹⁸

ETIOLOGÍA

Se ha podido asociar la posibilidad de desarrollar cáncer de mama a la presencia de ciertas variables que corresponden a los factores de riesgo y que se muestran a continuación:

- Edad: En México se presentan casos de cáncer de mama desde la segunda década de vida y aumenta su frecuencia de los 40 a 50 años y desciende después de la quinta década.
- Sexo: El 99% ocurre en el sexo femenino,¹⁹

Por las características de desarrollo de éste órgano y por los factores hormonales, es predominante ésta patología en mujeres, sin embargo se observan casos en el sexo masculino en alrededor del 1%.²⁰

- Factores Genéticos: Cuando madres y hermanas han padecido cáncer de mama.²¹

¹⁷ BELCHER ANNE, *Enfermería y Cáncer*, Editorial Mosby, México D.D p. 63

¹⁸ MOSBY *Diccionario de Medicina*, 4ta edición , editorial Océano, impreso en España.

¹⁹ Cirujano General. Vol 13 No. 3 Julio- Septiembre. 1997 p. 181

²⁰ Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México 19997. Secretaria de Salud.

²¹ BRUNNER. *Manual de enfermería*. Editorial Interamericana. Cuarta edición. México D.F. 1991.

- Antecedentes Personales: Como cáncer de ovario o endometrio que aumentan el riesgo de cáncer de mama y el antecedente del cáncer de una mama duplica el riesgo de presentarlo en la mama restante.

Factores hormonales y reproductivos:

Edad temprana de la menarquia (antes de los 12 años).

Edad tardía de la menopausia (después de los 55 años).

Edad tardía del primer embarazo (después de los 35 años de edad).

Nuliparidad.

- Factores Dietéticos: Se ha postulado que las dietas ricas en proteínas y grasas promueven un desarrollo sexual precoz, con menarquia temprana y contribuyen a desarrollar obesidad, que conducen a su vez a una conversión mayor de androstendiona en estrona y aumentar la secreción de prolactina hipofisiaria

Por lo que se debe continuar con las investigaciones epidemiológicas que nos ayuden a identificar o a catalogar a una Mujer como Alto Riesgo de un posible cáncer de mama.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer en general, se presenta actualmente como la segunda causa de muerte en nuestro país y aproximadamente el 6% de las defunciones por cáncer corresponden al mamario, ocupando el sexto lugar dentro de las causas de muerte por cáncer, pero el segundo lugar de muerte por cáncer en mujeres.

Se considera hoy que para el año 2010 habrá una tasa de mortalidad de 13 por 100 000 mujeres adultas y cerca de 4 500 defunciones por año por esta causa en México.

En el mundo se presenta alrededor de 570 000 casos nuevos por año. No es México un país con la mayor incidencia de cáncer mamario, solamente en Estados Unidos se calculan 200 000 casos nuevos por año y 40 000 defunciones anuales por ésta causa.

Actualmente la American Cancer Society predice que una de cada 8 mujeres padecerá cáncer de mama durante su vida.²²

FISIOPATOLOGÍA

El 80% del cáncer de mama se origina en los conductos mamarios y el 20% se originan en los lóbulos mamarios.

El tiempo que se estima necesario para que una célula cancerosa se divida y provoque una lesión grande para ser clínicamente palpable, varía de 5 a 9 años, si el cáncer se limita al conducto se le considera no invasivo y se clasifica como invasivo, cuando penetra al tejido vecino, y entonces crece en el tejido que lo rodea en forma irregular, lo que explica que una vez palpable, la lesión se perciba como una masa irregular y definida, conforme continúa el

²² <http://www.geocites.com/Hotsprings/villa/1315/brcamex.htm>.

crecimiento tumoral, aparece fibrosis alrededor del cáncer que puede provocar acortamiento de los ligamentos y por tanto la característica depresión de la piel que se observa en etapas avanzadas del padecimiento.

El tumor invade también conductos linfáticos, obstruye el drenaje cutáneo y causa edema de piel lo que le da aspecto de piel de naranja, finalmente el tumor reemplaza la piel misma y hay ulceración de ésta.²³

Las metástasis se deben a siembra de células cancerosas en la sangre y sistema linfático, lo que permite diseminación a sitios distantes (hueso, pulmones, cerebro, hígado y ovarios).²⁴

CUADRO CLINICO

- Aparición de una tumoración (aumentando el tamaño o engrosamiento de la mama).
- Lesión de la piel (formación de hoyuelos, cambio de contorno, textura y color; dilatación de las venas).
- Secreción de líquido a través del pezón y retracción de éste.
- Crecimiento de ganglios linfáticos axilares.²⁵

²³ GEOFFREY R. WEISS. Oncología Clínica. Editorial Manual Moderno. México D.F. 1997 p- 177

²⁴ ANNE E. BELCHER. Enfermería y Cancer. Mosby. México D.F. p. 69

²⁵ OPCIT. GEOFFREY R.

DIAGNÓSTICO

- Mamografía: método de imagen que permite visualizar la totalidad de la glándula mamaria, así como sus detalles estructurales y con una mínima de dosis de radiación ionizante.
- Exploración de la Glándula mamaria: realizar el examen 5 días después de la menstruación:
- Técnica:

Examen visual: frente al espejo, con los brazos arriba buscar cualquier cambio en el contorno , tamaño o forma de los senos. Con las manos sobre las caderas, presionándolas firmemente observar ambos senos en busca de cambios en la piel hundimientos, protuberancias, heridas o cambios en los pezones.

Examen manual: mientras la mujer se baña, coloca el brazo izquierdo sobre la cabeza, con dedos de la mano derecha enjabonados, tocar suavemente con las yemas el seno izquierdo, principiando en la axila, y moviendo la mano poco a poco alrededor del pecho en espiral hacia el pezón y tratar de descubrir cualquier tumor o dureza. El procedimiento se repite en el seno contrario.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

La mayoría de las mujeres con cáncer de mama tienen que someterse a tratamiento quirúrgico para extirpar el tumor que hay en el seno.

Tipos de Mastectomía:

Mastectomía simple: Es la extracción de toda la mama, pero conservando los ganglios axilares.

Mastectomía total: Es la extracción de toda la mama junto con todos los ganglios axilares del mismo lado.

Mastectomía radical modificada: Se extrae toda la mama, ganglios axilares y una pequeña porción del músculo pectoral.

Mastectomía radical: Comprende la extracción de los músculos de la pared torácica (pectorales además de la mama y los ganglios linfáticos axilares).

COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRURGICA:

Hemorragia

Infección

Deterioro de la movilidad del hombro (parestesia, hipoestesia).

Linfedema.

Quimioterapia: es el empleo de productos químicos para destruir las células cancerosas, actúa dañando la replicación celular. Se utiliza cuando se sospecha de una metástasis.²⁶

²⁶ [http://www.cirugest.com/revisiones / cir09-06/09-06-15.htm](http://www.cirugest.com/revisiones/cir09-06/09-06-15.htm)

8.5 REHABILITACIÓN Y EJERCICIOS FÍSICOS

El objetivo de la rehabilitación, es realizar los movimientos del hombro, flexión, extensión, abducción, aducción y rotaciones externas e internas, con mayor estímulo. Deben ser ejecutados de forma suave, progresiva y sin brusquedades, con el fin de evitar el edema del brazo y del hemitorax, ya que al hacer un vaciamiento axilar el drenaje linfático y venoso es deficiente.

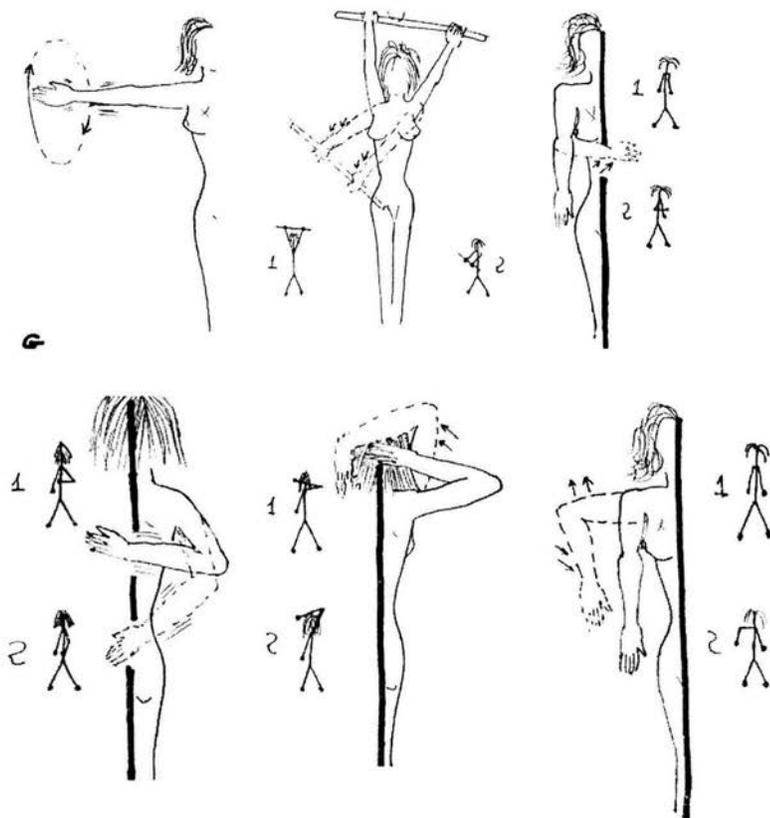
La mujer mastectomizada sentirá sensación de insensibilidad que desaparecerá poco a poco, y que es debido a las desinserciones musculares y menos frecuentemente a la sección de terminaciones nerviosas.

La rehabilitación se iniciará a las 24-48 horas de la intervención.

Los ejercicios a realizar son:

1- Ejercicios activos libres:

- a. Flexo-extensión del hombro, codo, muñeca y dedos.
- b. Abducción muy suave del hombro.
- c. Rotaciones interna y externa en aducción del hombro.
- d. Cuando se haya llegado a la flexión del hombro de 90°, se iniciarán las rotaciones en abducción sin forzar.

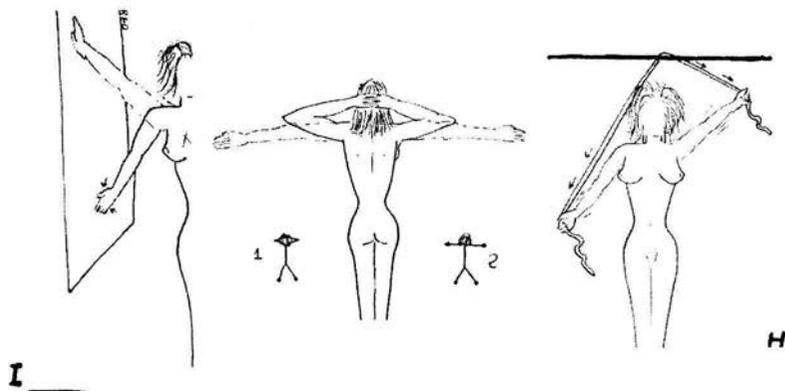


2- Ejercicios isométricos: ejecutar contracciones estáticas suaves con la extremidad en elevación.

3- Ejercicios combinados:

- a. Llevarse la mano a la nuca.
- b. Llevarse la mano a la cabeza y a la oreja contraria: lo que equivale a abrocharse el delantal, el sujetador, o el collar.

- c. Poner los brazos en cruz.
- d. Brazos en cruz y a la nuca
- e. Brazos en cruz y abrazo.
- f. Contar baldosas en la pared, de frente y de perfil, que equivale a: limpiar cristales, arreglar armario o estantería, colocar cortinas, limpiar lámparas.
- g. Ejercicios con poleas: colocando una cuerda en la barra de la ducha, por ejemplo, y subir y bajar con ambos brazos; equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.
- h. Ponerse de cara a la pared con los brazos elevados, doblar y estirar los codos; equivale a : coger pelota de goma, tirarle y cogerla, a jugar a los bolos.



CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

Los cuidados generales van encaminados a evitar posibles complicaciones en el brazo afecto y a detectarlas precozmente:

1. Uso de guantes protectores para actividades que comporten un riesgo: jardinería, cocina, utilizar dedal para coser, llevar guantes de goma cuando se utilicen detergentes fuertes o estopajos de fibras metálicas.
2. Evitar compresión en mangas y puños.
3. No usar joyas que puedan comprimir la extremidad: anillos, pulseras, relojes, etc.
4. No exponer la extremidad al sol sin utilizar crema con filtro solar.
5. Evitar en el brazo afecto inyecciones, vacunas y tomas de TA.
6. Prevenir el sobrepeso, evitando el exceso de sal en las comidas.
7. Practicar la natación.
8. Mantener el brazo en elevación el mayor tiempo posible y durante la noche.
9. Aplicar crema de manos para evitar la piel seca.
10. Emplear rasuradora eléctrica para quitarse el vello axilar, con el fin de evitar la erosión de la piel.
11. Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
12. Evitar quemaduras (plancha, cigarrillos, cocina) en el brazo afecto, y en caso de que éstas se produzcan: aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón,

aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.

13. Ante cualquier herida en el brazo afecto, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
14. Llamar al profesional sanitario si se presenta enrojecimiento, dolor o si aumenta el hinchazón.
15. Ducharse manteniendo el chorro del agua alejado de la incisión y secarlo bien, para evitar laceraciones.
16. Utilizar cremas hidratantes y dar masajes en la zona de la cicatriz para evitar adherencias a planos profundos y lograr una cicatriz elástica.

Para la tranquilidad de la mujer, se le explicará que el proceso de cicatrización durará más o menos 30 días y que posiblemente quedará una cicatriz más ancha.

8.6 GLOSARIO DE TERMINOS

Adolescencia: Periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. (11 y 13 años de edad).

Ansiedad: Este estado puede ser consecuencia de una respuesta racional a determinada situación que produce tensión agitación y temor.

Aptitudes: Capacidad o talento natural para aprender, comprender o adquirir una habilidad en particular.

Autoestima: Es la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo, de los propios actos, valores y conductas.

Autoestima Alta: Es sentirse con fiadamente apto para la vida, capaz y valioso para enfrentarse a las adversidades.

Autoestima Baja: Es sentirse inepto para la vida por lo cual las personas sienten inseguridad.

Braquiterapia: Material radioactivo en el uso de tratamiento de neoplasias mediante la colocación de fuentes radioactivas en contacto de tejidos.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento de células anaplásicas que invaden al tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del organismo.

Cáncer de Mama: Enfermedad neoplásica que se encuentra en el tejido mamario.

Delirio: Trastorno mental orgánico debido a alteraciones funcionales cerebrales que pueden ser motivadas por causas externas.

Depresión: Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de una baja autoestima.

Disonancia: Tensión psíquica por causa emocional e intelectual con el ambiente.

Estrés: Agresión emocional , social, física económica que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo.

Infancia: Periodo del desarrollo humano que se extiende desde el nacimiento hasta el comienzo de la pubertad.

Limítrofe: Cuando un paciente presenta los signos y síntomas de una enfermedad pero no los suficientes para justificar un diagnóstico definitivo.

Obsesión: Idea, temor o impulso que se apodera del ánimo del paciente, dominándolo por completo y provocando un estado de ansiedad o angustia.

Paranoide: Trastorno caracterizado por ideas con delirios de persecución y grandeza que suelen en torno a un tema personal.

Quimioterapia: Empleo de productos químicos para destruir selectivamente las células cancerosas.

Radioterapia: Tratamiento para neoplasia utilizando rayos X , para detener la proliferación de células malignas.

CAPITULO IX BIBLIOGRAFIA

ANNE E. BELCHER. Enfermería y Cáncer. Mosby. México D.F. p. 69

BELCHER ANNE, Enfermería y Cáncer, Editorial Mosby, México D.F p. 63

BONADONNA G. Y ROBUSTELLI. Manual de oncología médica. Editorial Masson 1993

BRANDEN Nathaniel. Cómo mejorar su Autoestima. México D.F. 1997

BRUNNER. Manual de Enfermería. Editorial Interamericana. Cuarta edición. México D.F. 1991.

Cirujano General. Vol. 13 No. 3 Julio- Septiembre. 1997 p. 181

Comité promotor por una maternidad sin riesgos, DIF, IMSS, la casa de la mujer Rosario Castellanos, impreso en México. Nov. 1997.

GEOFREY R. WEISS. Oncología Clínica. Editorial Manual Moderno. México D.F. 1997 p- 177

H.Rouviere,A.Delmas. Anatomía Humana, Descriptiva, Topográfica Y Funcional, Tomo II Tronco, 9 edición, Editorial Mson. P.336 - 339

J.GRITFITHS Margaret y HAT HLEENH Murrey. Oncología básica fisiopatológica evaluación y tratamiento. Ediciones científicas. Editorial Prensa Médica Mexicana.

LIOMBART DODRIGUEZ Antonio. Compendio de la doctrina cancerológica y de su problemática actual. 1983.

MOSBY Diccionario de Medicina, 4ta edición , editorial Océano, impreso en España.

MUNRO HAAGESEN Alice. Enfermedades de la mama. Tercera edición Editorial Médica Panamericana 1997.

ONCOLOGÍA CLÍNICA MANUAL DE LA AMERICAN CÁNCER SOCIETY. Segunda edición, Editorial American Cancer Society 1998.

QUIROZ GUTIERREZ Fernando Anatomía Humana, Editorial Porrúa México, impreso en México p. 361 - 362

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México 19997. Secretaria de Salud.

<http://www.encolombia.com/menollvo11ialternativasterapéuticas.htm>

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcegi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pid=4790>

<http://www.cáncer.com.pe/aprendiendoO1.htm>

<http://www.geocites.com/Hotsprings/villa/1315/brcamex.htm>.

<http://WWW.mrbit.es/hsa/atrim/mfc97/DOC/MESAS/MESA3-4.HTML>

<http://wwwcirugest.com/revisiones / cir09-06/09-06-15.htm>

www.ambar.50megs.com