



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

TESINA

“Proceso cuidado enfermero preoperatorio en área psicosocial en pacientes con
cáncer de mama”

PRESENTA:

Licenciada en enfermería

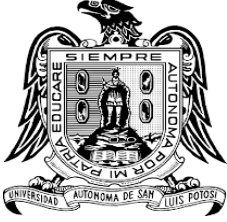
Yuriko Estephania Rangel Alvarez

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis
en Cuidado Quirúrgico

DIRECTOR DE TESINA:

MAAE Abelardo Rosillo Mendieta.

San Luis Potosí, S.L.P. febrero 2023.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

TESINA

“Proceso cuidado enfermero preoperatorio en área psicosocial en pacientes con
cáncer de mama”

PRESENTA:

Licenciada en enfermería

Yuriko Estephania Rangel Alvarez

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis
en Cuidado Quirúrgico

DIRECTOR DE TESINA:

MAAE Abelardo Rosillo Mendieta.

San Luis Potosí, S.L.P. febrero 2023.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

TESINA

“Proceso cuidado enfermero preoperatorio en área psicosocial en pacientes con
cáncer de mama”

PRESENTA:

Licenciada en enfermería

Yuriko Estephania Rangel Alvarez

Para obtener el grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis
en Cuidado Quirúrgico

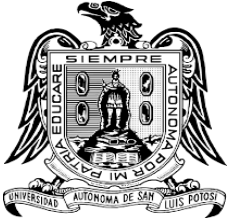
DIRECTOR DE TESINA:

MAAE Abelardo Rosillo Mendieta.

San Luis Potosí, S.L.P. febrero 2023.



Proceso cuidado enfermero preoperatorio en el área psicosocial en
pacientes con cáncer de mama por Yuriko Estephania Rangel
Alvarez se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Quirúrgico

TESINA

“Proceso cuidado enfermero preoperatorio en área psicosocial en pacientes con
cáncer de mama”

PRESENTA:

Licenciada en enfermería

Yuriko Estephania Rangel Alvarez

Sinodales

MCA Gregoria Patricia Muñiz Carreón

Presidente

Dra. Erika Torres Hernández

Secretario

MAAE Abelardo Rosillo Mendieta

Vocal

San Luis Potosí, S.L.P

Marzo 2023

Agradecimientos

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, perseverancia y fortaleza; enseñándome a valorar todo lo que tengo, por el acompañamiento en este periodo de estudio y trabajo constante. Madre sin tu apoyo moral, emocional, sin tus palabras de aliento, sin ese abrazo reparador, cada detalle que me das, este camino se me dificultaría aún más. A mis hermanos por enseñarme el valor de la tenacidad para conseguir nuestros objetivos de vida, por cada momento vividos juntos. A mis niños y cuñado, por su dulzura, por su amor, su paz que me dan y por su comprensión.

Agradezco a mis compañeros de especialidad, ya que, con ellos, además de crecer profesionalmente, me permitieron vivir experiencias extraordinarias, cada uno de ellos, fueron pieza fundamental para el aprendizaje.

Agradezco a mis compañeros del trabajo, que sin su apoyo y paciencia para cubrirme en jornada laboral ante el viaje de México o para mantenerme en un turno, me hubiera dificultado interrelacionar el estudio y el trabajo al mismo tiempo.

Agradezco al personal del Hospital Lomas por permitirme estudiar en la máxima casa de estudios y cumplir con mis jornadas laborales en tan prestigiosa institución, sin su apoyo, las dificultades serían mayores.

Agradezco a CONACYT por permitirme recibir una retribución que me permitió continuar con mis estudios encaminados a la obtención de un conocimiento y habilidades de especialista.

Resumen

Introducción El cáncer de mama requiere una serie de cuidados tanto de cara a su posible prevención, como durante el tratamiento y el pos tratamiento. El significado del autocuidado en el cáncer de mama está relacionado con diversas variables como la dimensión estética, la religión, la nutrición y su influencia en el desarrollo del cáncer y en algunos grupos étnicos, también con la función reproductiva y el papel de la mujer en la sociedad. **Objetivo** Identificar los factores psicosociales que influyen en los pacientes con cáncer de mama mediante la realización de un proceso cuidado enfermero. **Metodología** Se auxilia de la ciencia biomédica para la búsqueda de información teórica exhaustiva con relación a los factores psicosociales en las pacientes con cáncer de mama, además de los fundamentos teóricos de las intervenciones de enfermería (NIC). Posteriormente se llevó la síntesis y delimitación de la información por medio de una recolección de datos para la conformación del proceso cuidado enfermero. **Resultados** Mediante la propuesta de aplicar la herramienta de proceso cuidado enfermero se identifican los factores psicosociales que afectan a estas pacientes, así como coadyuvar en la aceptación del tratamiento y secuelas sobre el cáncer de mama. **Conclusión** Es de vital importancia conocer a las pacientes con cáncer de mama no solo en el aspecto biomédico y fisiopatología sino a nivel holístico, conocer como confrontar esta enfermedad y el tratamiento psicosocial oportuno para su manejo.

Palabras clave: cáncer de mama, proceso cuidado enfermero, medios de diagnóstico, psicosocial, autocuidado.

Índice

Resumen.....	7
I. Introducción.....	10
II. Objetivos.....	13
2.1 Objetivo general.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
III. Justificación.....	14
IV. Metodología.....	16
V. Marco teórico.....	17
5.1 El cuidado enfermero.....	17
5.2 Historia del proceso cuidado enfermero.....	18
5.3 Proceso cuidado enfermero.....	19
5.4 Etapas del proceso cuidado enfermero.....	20
5.5 El proceso de enfermería y las teorías.....	22
5.6 Cáncer de mama.....	24
Definición de cáncer de mama.....	24
5.7 Epidemiología.....	24
5.8 Detección oportuna.....	25
5.9 Factores de riesgo.....	25
5.10 Otros factores de riesgo.....	26
5.11 Diagnostico.....	26
5.12 Importancia de la autoexploración mamaria.....	27
5.13 Método de autoexploración.....	27
5.14 Etapas clínicas.....	28
5.16 Tratamiento.....	29
5.17 Medios de diagnostico.....	29
5.18 Factores psicosociales que influyen en el estado de salud de la paciente con cáncer de mama.....	36
5.19 Consideraciones ético-legales.....	54
VI. Proceso enfermero en la paciente con cáncer de mama en el área psicosocial.....	61
A partir de la documentación bibliográfica, se propone abordar los patrones funcionales de la siguiente manera.....	61

6.1 Valoración por patrones disfuncionales	61
6.2 Principales diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes	67
6.3 Priorización de los diagnósticos de enfermería por valores profesionales.....	76
6.4 Planes de cuidado de enfermería en el paciente con cáncer de mama en el área psicosocial	77
VII. Conclusiones	95
VIII. Limitantes y sugerencias	96
IX. Referencias bibliográficas.....	97

I. Introducción

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos. (1)

El cáncer de mama fue descrito por primera vez en el Papiro Edwin Smith, entre el año 3,000 y 2,500 a.C. En 1882, William Halsted realizó la primera mastectomía, y desde ese momento, hitos como el vaciamiento ganglionar de cuello y mediastino anterior de Handley en 1901, la linfadenectomía de Margotini y Bucalossi en 1949 y el uso de la radioterapia a manos de Hirsch y Keynes en 1924 aumentaron la supervivencia de las pacientes. En la segunda mitad del siglo XX, el uso de quimioterapéuticos, como el tamoxifeno en los 80 y los anticuerpos monoclonales al final del siglo, acompañados del descubrimiento de los genes HER2, BRCA1 y BRCA2 entre 1984 y 1995, impulsaron terapias dirigidas para el tratamiento de este cáncer, mejorando el pronóstico de esta enfermedad. (2) (3)

En México, esta patología es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. El costo promedio al año por paciente de cáncer de mama es de \$110,459.00 pesos mexicanos, siendo el diagnóstico tardío una de las causas principales del costo elevado. (2), (4)

Las repercusiones no se limitan sólo al sector económico, sino también al social, psicológico, laboral y emocional de la paciente y sus familiares. Debido a esto, es cuantiosa la actualización del personal de salud con la más reciente bibliografía respecto a la epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del cáncer de mama; además de compartir en los primeros niveles de atención la necesidad de

inicio del tamizaje para detección temprana, para así disminuir el impacto económico, aumentar la esperanza de vida y crear una cultura de prevención. (4)

La epidemia del cáncer de mama constituye una prioridad en salud, ya establecida en los países desarrollados. En los países en desarrollo, por el contrario, se ha prestado insuficiente atención a este problema sanitario emergente. La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países en vías de desarrollo. (5)

Una de las premisas del auto cuidado es que cualquier persona consciente y en condiciones de decidir con libertad y autonomía sabe lo que debe hacer con su cuerpo, buscando su bienestar y el bienestar de otra persona. (6)

El derecho al desempeño del auto cuidado solo puede ser impedido en situaciones extremas, cuando el individuo no tiene claridad sobre cómo hacerlo, y pone en riesgo su propia vida o la de otra persona. (7)

El autocuidado en el contexto de la salud y de la enfermedad crónica muestra un movimiento que se aleja del modelo médico tradicional de cura y pone a la persona en un papel activo y de responsabilidad para con su salud. (8)

El cáncer de mama requiere una serie de cuidados tanto de cara a su posible prevención, como durante el tratamiento y el pos tratamiento. El significado del autocuidado en el cáncer de mama está relacionado con diversas variables como la dimensión estética, la religión, la nutrición y su influencia en el desarrollo del cáncer y en algunos grupos étnicos, también con la función reproductiva y el papel de la mujer en la sociedad. También es necesario conocer las representaciones sociales que tiene la mujer sobre el cáncer de mama puesto que ello influye en las prácticas de autocuidado. Según Giraldo y Arangano. (9)

En este artículo se realiza el abordaje acerca de cómo influye el cáncer de mama en aspectos de área psicosocial para el cuidado de estos pacientes y como se pueden mejorar las intervenciones con la finalidad de mejorar la estabilidad emocional de las

pacientes con cáncer de mama y contribuir a optimizar la calidad de vida de estas, de acuerdo a la etapa en la que se esté presentado y adecuándonos a cada parte.

En la valoración pre quirúrgica la influencia de los factores psicosociales en la estabilidad de las pacientes ante un procedimiento quirúrgico como lo es la mastectomía, y las intervenciones de enfermería que se realizan de acuerdo a lo valorado en las pacientes con cáncer de mama pos operadas.

II. Objetivos

2.1 Objetivo general

Identificar los factores psicosociales que influyen en los pacientes con cáncer de mama mediante la realización de un proceso cuidado enfermero en la etapa pre quirúrgico.

2.2 Objetivos específicos

Realizar intervenciones de enfermería con base en las taxonomías NANDA, NIC y NOC que contribuyan a la mejora del estado de salud de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Presentar el abordaje psicológico que afectan a las pacientes con cáncer de mama mediante la aplicación del proceso cuidado enfermero.

III. Justificación

En 2020, en todo el mundo se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres, y 685 000 fallecieron por esa enfermedad. A fines del mismo año, 7,8 millones de mujeres a las que en los anteriores cinco años se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que hace que este cáncer sea el de mayor prevalencia en el mundo. Se estima que, a nivel mundial, los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en mujeres con cáncer de mama superan a los debidos a cualquier otro tipo de cáncer. El cáncer de mama afecta a las mujeres de cualquier edad después de la pubertad en todos los países del mundo, pero las tasas aumentan en su vida adulta. (10)

Entre las décadas de 1930 y 1970, la mortalidad por cáncer de mama mostró pocos cambios. Las mejoras en la supervivencia empezaron en los años 1980 en países que contaban con programas de detección precoz combinados con diferentes tipos de terapias para contener la enfermedad invasiva. (10)

En México, una tercera parte de las mujeres que se diagnostican con cáncer mamario mueren debido a esta enfermedad, lo que equivale a doce mujeres cada día (Knaul, López-Carrillo, Lazcano, Gómez, Romieu & Torres, 2009).

Los estados emocionales influyen en la salud de manera directa, en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de atención médica oportuna, así como también en la realización de conductas saludables y no saludables y en la percepción y recepción de apoyo social. Cuando una persona está bajo un estado de ánimo negativo, se convierte más vulnerable a enfermedades infecciosas, se eleva la percepción y reporte de síntomas y se reduce la búsqueda de atención médica oportuna. A partir de lo anterior, se puede explicar cómo el pesimismo y el ánimo depresivo, se pueden asociar con un mayor efecto negativo del estrés sobre la salud (Barra, Cerna, Kramm & Vélez, 2004).

Actualmente falta información respecto a cómo el cáncer de mama en aspectos del área psicosocial influye en el cuidado integral de estas pacientes, y como se puede contribuir a realizar intervenciones que influyan en el manejo de estas, así que, en el estado de San Luis Potosí, este protocolo tiene la finalidad de conocer de qué forma se puede trascender por mejorar los aspectos psicosociales en atención de pacientes con cáncer de mama.

El sistema de salud trabaja en conjunto por ofrecer una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, pero ahora falta desarrollar puntos de alcance para enriquecer la cuestión psicosocial e identificar el estado emocional de estas pacientes desde el análisis de saber que se tiene este diagnóstico, es decir, por medio de los estudios de gabinete, el tratamiento y posterior a la recuperación, si se cumple en tiempo y forma y el sobrellevar dicha enfermedad.

La necesidad de encontrar óptimas condiciones de sobrellevar este padecimiento, mediante la aplicación de una herramienta sistematizada como lo es proceso cuidado enfermero en búsqueda de mejorar la calidad de vida de estas, con el fin de evitar complicaciones emocionales a largo plazo, es decir, el saber sobre su enfermedad, como lo manejaran y como emocionalmente se encontrará para el beneficio de su autocuidado.

IV. Metodología

La Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada (EECA) en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP establece el desarrollo de un trabajo en modalidad de tesina para obtener el grado el diploma de especialidad, por lo cual, es elaborado por el estudiante durante un periodo comprendido de la especialidad, (marzo de 2022 a febrero de 2023) con previa asesoría y dirección por parte del Director de Tesina.

Para la selección del tema se sometió al comité académico de la EECA el título, el cual fue aprobado en sesión ordinaria. Con el director de tesina se delimito el tema y estructura del mismo.

Es una revisión bibliográfica documental, de la cual se utilizó la herramienta de CREATIVA, y de la cual, a partir de bases de datos o buscadores como Scielo, Elsevier y otros se logró obtener la información necesaria. Por lo cual se obtuvo el marco teórico y las bases para el Proceso cuidado enfermero.

Se auxilia de la ciencia biomédica para la búsqueda de información teórica exhaustiva con relación a los factores psicosociales en las pacientes con cáncer de mama, además de los fundamentos teóricos de las intervenciones de enfermería (NIC). Posteriormente se llevó la síntesis y delimitación de la información por medio de una recolección de datos para la conformación del proceso cuidado enfermero.

Durante el tiempo de la creación del trabajo, se manejó asesorías tanto presenciales como en electrónico, con el director de tesina, en tiempo y forma para la culminación del mismo.

V. Marco teórico

5.1 El cuidado enfermero

La profesión de Enfermería reconoce el carácter y la necesidad transdisciplinar de intervención para la solución de los problemas de salud de la población, más aún en los tiempos actuales de globalización económico-social y de reforma sectorial en la que se requiere de la acción humana corporativa y en equipo. La Enfermería es una profesión que requiere de un espacio de reflexión individual de recreación teórico-epistemológica, para reemprender nuevas respuestas prácticas a los desafíos y retos de la revolución científico - tecnológica y reposicionarse como profesión moderna para la interacción multidisciplinar de la salud, sustentadas en una renovación e incorporación conceptual del progreso humano. (13)

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser. (13)

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado. El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más

coherente y controlada nuestra práctica. Roger en 1967 planteó: «Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional» (13)

Sucede sin embargo, que los profesionales de Enfermería han descuidado la aplicación de un modelo o sustento teórico en la práctica; la exigencia de que los profesionales de enfermería desarrollen un pensamiento crítico, aplicación de tecnología de último nivel, pero sin descuidar la sensibilidad humana, están haciendo que la Enfermera aplique el proceso de Enfermería sin un modelo teórico de referencia, lo que no es más que una simple secuencia de actividades que, probablemente, sólo encuentran significado para quien está aplicando este proceso. Finalmente, queda resaltar la necesidad de trabajar desde las entidades educadoras y desde la investigación, a fin de contribuir a fortalecer la aplicación de las teorías y modelos conceptuales de Enfermería en cada una de nuestras actividades, así como desarrollar modelos de gestión del cuidado de enfermería. (13)

5.2 Historia del proceso cuidado enfermero

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Con la figura de Florence Nightingale se da el inicio a la disciplina de enfermería, esta mujer nació el 12 de mayo de 1820 y fue la primera teórica que describió a Enfermería y la relacionó con el entorno, abordando con especial interés la observación como elemento primordial para brindar cuidado de Enfermería. (13)

Empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el Cuidado de la Experiencia de la Salud Humana; es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero que se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado; luego ésta metodología va evolucionando y en los años 70' se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de

nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación. (13)

5.3 Proceso cuidado enfermero

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” , es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas. (13)

El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran,

aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto. Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado. (13)

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva. (13)

5.4 Etapas del proceso cuidado enfermero

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente. (13)

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación,

percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona. (13)

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Maryore Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno” , y son once (11): cognoscitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones de rol, auto percepción y autoconcepto, creencias y valores y descanso y sueño, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. (13)

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. (13)

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados,

teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. (13)

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (13)

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. (13)

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. (13)

5.5 El proceso de enfermería y las teorías

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y

todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación. (13)

Posteriormente, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a medida de la independencia del paciente. (13)

De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de auto cuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de auto cuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso. (13)

Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de éste dados por el contacto enfermera-paciente. (13)

Consecuentemente, Maryore Gordon enfermera norteamericana, introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales”¹¹ los cuales son once patrones de enfermería: cognoscitivo perceptual, nutricional-metabólico, actividad y ejercicio, eliminación, manejo de salud, descanso y sueño, reproductivo sexual, creencias y valores, relaciones de rol, auto percepción-auto concepto y adaptación y tolerancia al estrés, para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ellos definir el diagnóstico de Enfermería. (13)

Es una pequeña muestra de cómo las teóricas han abordado desde la ciencia de una u otra manera el proceso de Enfermería, donde éste nutre y viabiliza el conocimiento

de enfermería, mostrando su utilidad como una herramienta que permite de una forma sistemática, organizada y científica brindar cuidado con un juicio crítico y evaluable, sustentado en la producción filosófica, conceptual, teórica e investigativa propia de la profesión. (13)

La aplicación del Proceso de Enfermería implica unos conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud-enfermedad del paciente de tipo fisio-patológico, psicológico, social y espiritual, unas habilidades mentales, de comunicación, técnicas e interpersonales, al igual que unos recursos físicos, financieros, estructurales, sumado al trabajo en equipo e interdisciplinario, para alcanzar el objetivo innato del proceso que es obtener una mejor calidad de cuidado de Enfermería. (13)

5.6 Cáncer de mama

Definición de cáncer de mama

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más de 90% de los tumores malignos. (1)

5.7 Epidemiología

El cáncer de mama es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con las estimaciones del año 2002 se presentaron 1,151,298 casos nuevos de cáncer de mama y 410,712 defunciones y más de 4.4 millones de mujeres viven con este tipo cáncer de mama alrededor del mundo.^{1, 2} En México se diagnosticaron 11,656 casos y se presentaron 3,919 muertes en el año 2002 y constituye la primera causa de diagnóstico de carcinoma invasor en la mujer seguido por el cáncer cervicouterino.³ En Estados Unidos y otros países desarrollados la incidencia de cáncer de mama ha disminuido debido: a) a los programas de detección oportuna (mastografía). b) disminución en la prescripción de la terapia de reemplazo hormonal. (1)

5.8 Detección oportuna

Existen tres estrategias que han demostrado ser eficaces en la detección temprana del cáncer de mama; éstas son: a) la exploración clínica y la detección de los factores de riesgo que realiza el médico, b) la autoexploración mamaria que realiza la mujer en forma sistemática, y c) la toma de la mastografía de escrutinio (tamizaje). Con base en la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento oportuno se puede disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad. Es muy importante que el médico general aliente a toda mujer a realizarse la autoexploración mamaria.⁵ En la mayoría de las ocasiones la enfermedad es detectada por la paciente (~70%). Si la enfermedad se detecta oportunamente puede ser curada hasta en 90% de los casos. (1)

5.9 Factores de riesgo

Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia.^{9, 10} Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. (1)

Los más importantes son:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
- Madre o hermana(s) con cáncer de mama.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mama.
- Densidad mamaria aumentada en una mastografía.
- Terapia de reemplazo hormonal.

- Consumir bebidas alcohólicas.
- Ser de raza blanca.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mama/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario). (1)

5.10 Otros factores de riesgo

El riesgo de desarrollar un cáncer de mama a 5 años puede ser tan bajo como de 0.4% en una mujer de 40 años sin factores de riesgo, o tan alto como de 6% en mujeres de 49 años con varios factores de riesgo. Mujeres entre 40 y 49 años de edad que presenten cualquiera de los siguientes factores tienen un riesgo mayor de padecer esta enfermedad que aquellas mujeres mayores de 50 años que no los presenten:

- Dos biopsias previas de la mama.
- Un familiar de primer grado con cáncer y una biopsia previa.
- Diagnóstico previo de cáncer de mama.
- Carcinoma ductal in situ o hiperplasia atípica.
- Historia de radioterapia a la pared torácica. (1)

5.11 Diagnostico

- Los signos y síntomas del cáncer de mama dependerán del tamaño del tumor, los principales son:
- Tumor en la glándula mamaria, región axilar o supraclavicular (generalmente indoloro).
- Retracción de la piel o del pezón.
- Asimetría de las glándulas mamarias.
- Exudado a través del pezón.
- Erosión del pezón.
- Enrojecimiento e induración generalizada de la glándula mamaria. (1)

El diagnóstico se hace por medio de la exploración física, la mastografía, el ultrasonido y la biopsia con aguja de corte. En presencia de adenopatías sospechosas, también se solicitará la biopsia con aspiración con aguja fina (BAAF), algunas pacientes también requerirán de la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía por emisión de positrones (PET). La mastografía es un estudio muy sensible y específico ya que detecta alrededor de 90% de los casos de cáncer de mama, pero puede limitarse en presencia de mamas con densidad mamaria aumentada (mujeres jóvenes, mujeres que usan anticonceptivos orales y/o terapia de reemplazo hormonal), en estos casos el ultrasonido o bien la RMN serán los métodos de elección porque definen si el nódulo es quístico o es sólido. En la menopausia la mastografía es el mejor método para diagnosticar lesiones pequeñas no palpables. Los estudios son complementarios ya que incrementan la sensibilidad diagnóstica. Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer se solicitarán estudios de imagen (radiografía de tórax, ultrasonido hepático, gammagrama óseo) y de laboratorio para una mejor estadificación y un tratamiento adecuado (TNM).¹⁰ Estos estudios se deberán realizar en el tercer nivel de atención. (1)

5.12 Importancia de la autoexploración mamaria

El cáncer de mama no puede evitarse, pero es curable si la enfermedad es detectada en una etapa clínica temprana (tumor menor de 2 cm).

Existen diversas formas de exploración mamaria:

Se realiza cada mes, preferentemente entre el 7º y 10º día del inicio de la menstruación. Las mujeres con histerectomía o posmenopáusicas, podrán realizarlo el primer día de cada mes o un día fijo elegido por ellas. (1)

5.13 Método de autoexploración

La autoexploración debe realizarse en una habitación muy iluminada, de pie frente a un espejo con los brazos relajados colocados en ambos lados del cuerpo. La paciente deberá:

Observar la simetría, contornos, aspecto de la piel, coloración, zonas de hundimiento y/o retracción de la piel o del pezón de ambas glándulas mamarias.

Repetir los mismos pasos apoyando las manos sobre las caderas.

Palpar sus mamas con la yema de los dedos, puede hacerlo durante la ducha con la piel enjabonada o recostada en la cama.

Revisar ambas axilas y el cuello, en estos lugares puede aparecer crecimiento de ganglios debido a metástasis.

Tomar el pezón entre los dedos pulgar e índice y presionar para comprobar si sale líquido (secreción serosanguinolenta). Es necesario que el médico general recuerde, a la mujer en consulta, poner atención en el cuadrante superior externo de ambas mamas, ya que aquí se presenta hasta 50% de las neoplasias.

El médico general siempre debe realizar la exploración de la glándula mamaria, durante la consulta, así como enseñar y alentar a la mujer a realizarla por sí misma una vez al mes. En aquellas mujeres mayores de 40 años, siempre se deberá solicitar estudio de tamizaje (mastografía bilateral). (1)

Mastografía

La mastografía es un método de diagnóstico en el que se utilizan rayos X para obtener imágenes de la glándula mamaria impresas en película fotográfica. Debe realizarse con un equipo de rayos X especialmente diseñado para efectuar el estudio de mamas. El principio del escrutinio para cáncer es detectar tumores en una etapa de desarrollo en la cual el tratamiento garantice mayores tasas de curación y la paciente tenga un mejor pronóstico. (1)

5.14 Etapas clínicas

Después de tener el diagnóstico histopatológico de cáncer se realizan estudios de laboratorio y gabinete, encaminados a determinar la extensión de la enfermedad.¹⁷ El pronóstico y tratamiento es individualizado y dependerá de la etapa clínica, ésta se determina dependiendo del tamaño tumoral, la presencia o ausencia de metástasis

ganglionares y/o a distancia (sistema de clasificación TNM). Estas etapas, de manera didáctica, se dividen en enfermedad temprana, localmente avanzada y metastásicos. Es imprescindible diagnosticarlo en ausencia de síntomas, cuando su tamaño no sea mayor a los 2 cm., ya que de esta forma se puede curar alrededor de ~90% de las mujeres. (1)

5.16 Tratamiento

El tratamiento es multimodal (cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica y radioterapia), el uso de cada una depende de la etapa clínica en la que se encuentre la paciente. La cirugía es la principal modalidad de tratamiento local del cáncer mamario, existen diversos procedimientos quirúrgicos, considerándose la mastectomía radical modificada (MRM) el tratamiento estándar, sin embargo, si el cáncer de mama se detecta en una etapa clínica temprana, se puede ofrecer un tratamiento conservador (Tumorectomía), en el que la paciente puede incluso conservar su seno sin comprometer el tratamiento oncológico radical. Dependiendo del tamaño tumoral, el número de ganglios linfáticos con metástasis y de otros factores clínicos y patológicos se ofrecerá tratamiento con radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia adyuvante. Estos tratamientos prolongan la supervivencia, el período libre de enfermedad y disminuyen el riesgo de recurrencia loco-regional y a distancia. (1)

5.17 Medios de diagnóstico

1. Mastografía.

Es el único método de imagen que ha demostrado disminución en la mortalidad por cáncer de mama de un 29 a 30% en la población tamizada, al permitir un diagnóstico temprano, lo que ocurre siempre y cuando se realice con periodicidad y un estricto control de calidad (Food and Drug Administration. Mammography Quality Standards; Final Rule September 25, 2007). Para las mastografías de escrutinio debe emplearse un equipo diseñado para tal fin denominado mastógrafo; pueden efectuarse con:

Adquisición convencional: El mastógrafo es análogo y la adquisición de imágenes se realiza con el sistema pantalla-película, lo que requiere además un equipo de revelado automático dedicado a mastografía. (1)

Adquisición digital: a través de detectores integrados al propio mastógrafo (digital) o detectores externos (digitalizada: CR). La impresión del estudio se realiza con un equipo láser de alta resolución. La mastografía digital contribuye a incrementar la detección del cáncer de mama en mujeres con mamas densas. (1)

El equipo debe cumplir con un estricto control de calidad para garantizar una buena resolución de imagen y baja dosis de radiación. De preferencia, el control de calidad debe ser realizado por un físico médico con experiencia en el área. (1)

La interpretación de las imágenes se efectúa, en el caso de la técnica digital, directamente en placa impresa o sobre monitores de uso clínico de 5 MPX. Para el caso de la mastografía convencional análoga debe realizarse la interpretación con negatoscopios con 3 000 Cd/m². En ambas técnicas debe establecerse idealmente doble lectura mastográfico. (1)

El personal técnico (de preferencia femenino) que efectúa los estudios debe contar con la capacitación en su realización y el conocimiento en el control de calidad de las imágenes y protección radiológica. Por su parte, el médico radiólogo que interpreta los estudios debe estar certificado por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen (CMRI) y contar con calificación adicional en mama por el mismo Consejo. (1)

Mastografía de escrutinio o tamizaje. Se realiza en mujeres asintomáticas.

- Escrutinio anual a partir de los 40 años.
- Debe incluir dos proyecciones para cada mama: – Cefalocaudal.
- Medio lateral oblicua.

El resultado se reporta con la clasificación de BIRADS (Breast Imaging Reporting and Data Systems, American College of Radiology. Mammography, 4th ed., 2003). (1)

Mastografía diagnóstica.

Se efectúa en caso de una mastografía de tamizaje anormal o cuando exista:

- Antecedente personal de cáncer mamario.
- Masa o tumor palpable.
- Secreción sanguinolenta por el pezón.
- Cambios en la piel del pezón o la areola.
- Mama densa.
- Asimetría en la densidad.
- Distorsión de la arquitectura.
- Microcalcificaciones sospechosas.
- Ectasia ductal asimétrica. (1)

La mastografía diagnóstica incluirá las radiografías convencionales, así como proyecciones adicionales para cada caso, así como ultrasonido y/o resonancia magnética nuclear (RMN). (1)

Indicaciones específicas de mastografía:

- Mujer joven cuando exista sospecha clínica de cáncer mamario, independientemente de su edad.
- Mujer mayor de 40 años programada para cirugía estética de la glándula mamaria.
- Antes del inicio de terapia hormonal de reemplazo.
- Familiar de primer grado con diagnóstico de cáncer mamario, mastografía anual iniciando a los 30 años, o 10 años antes de la edad del familiar más joven con cáncer, nunca antes de los 25 años.
- Riesgo elevado para cáncer de mama (antecedentes familiares en línea directa, BRCA1, BRCA2).
- Antecedentes de biopsia mamaria y reportes histológicos de neoplasia lobular in situ, hiperplasia lobular o ductal con atipia, carcinoma ductal in situ o cáncer de ovario. (1)

El reporte mastográfico debe concluirse con BIRADS e incluir patrón mamario y densidad, así como las recomendaciones. (1)

Mastografía digital.

Existen diferentes estudios que comparan la mastografía digital con la análoga en los que se ha demostrado superioridad de la primera en pacientes con mama densa, pre menopáusicas y peris menopáusicas, así como en la detección, caracterización y extensión de las microcalcificaciones. La mastografía digital representa un avance tecnológico; el mastógrafo cuenta con monitores de alta resolución que permiten una adecuada interpretación mastográfica. La adquisición, el procesamiento y la visualización de la imagen se manejan de forma independiente, lo cual representa una mayor ventaja en relación con el sistema analógico. Asimismo, se reduce el porcentaje de repeticiones debido al constante control de la calidad de la imagen, lo cual reditúa en una mayor productividad y menor dosis de radiación ionizante. Otra de las ventajas de la mastografía digital es la capacidad de aplicaciones avanzadas, como la tele mastografía, la sustracción digital con aplicación de medio de contraste y la tomo síntesis. Esta última, una aplicación avanzada de la mastografía digital, consiste en una serie de cortes efectuados en diferentes ángulos de la glándula mamaria para la obtención de una imagen tridimensional; resulta útil en mama densa, áreas de distorsión de la arquitectura y asimetrías, ya que evita la superposición de estructuras y delimita mejor los bordes de una lesión con disminución de falsos positivos y de biopsias innecesarias. (1)

2. Ultrasonido (US) mamario.

Valiosa herramienta complementaria de la mastografía diagnóstica, no útil como método de tamizaje para cáncer. Se requieren equipos de alta resolución, así como experiencia y conocimiento de la anatomía de la glándula mamaria y su evaluación por ecografía. El US debe realizarse con transductor lineal de alta frecuencia, mayor de 7.5 MHz, banda ancha y zona focal variable. (1)

Indicaciones de ultrasonido:

- Menores de 35 años con signos o síntomas de patología mamaria (dolor, nódulo palpable, secreción por el pezón, retracción de la piel o el pezón, enrojecimiento de la piel, etc.).
- Mujeres menores de 35 años y aquellas con sospecha de cáncer que cursen con embarazo o lactancia (método de imagen inicial de estudio).
- Mama densa por mastografía, ya que disminuye la sensibilidad radiográfica.
- Caracterización de una tumoración visible en la mastografía y determinación de su naturaleza, sólida o líquida. ³/₄ Implantes mamarios y sus complicaciones.
- Valoración de lesiones palpables no visibles en la mastografía.
- Procesos infecciosos (mastitis, abscesos, etc.) y su seguimiento.
- Lesiones sospechosas en la mastografía, o bien en caso de primario conocido, para descartar lesiones multifocales, multicéntricas o bilaterales. (1)

Guía de procedimientos invasivos: Aspiración de quistes, drenaje de abscesos, biopsias con aguja fina en ganglios o bien con aguja de corte en lesiones sospechosas, marcajes con arpones y tratamiento con radiofrecuencia, crioterapia, terapia térmica, etc. (1)

Recientemente se ha incorporado al ultrasonido la elastografía, la cual es una técnica que evalúa la consistencia o dureza de los tejidos. Su aplicación clínica fundamental se centra en las lesiones BIRADS 3 (probablemente benignas), en las que esta modalidad puede detectar aquellas que se beneficiarán de una biopsia por sus características elastográficas. (1)

Doppler color. Otra herramienta del ultrasonido mamario que permite evaluar los trayectos vasculares, así como medir las velocidades y los índices de resistencia; tiene una utilidad notable en el sistema circulatorio, pero limitada en la valoración de lesiones mamarias. El ultrasonido de alta calidad exige excelente resolución con transductores lineales no sectoriales, de al menos 7.5 MHz (el rango ideal es de 12 a 18 MHz), multifrecuencia. (1)

3. Resonancia magnética (RM).

Otro método de imagen complementario de la mastografía y el ultrasonido mamario, que no utiliza radiación ionizante y proporciona información morfológica y funcional, a través de la inyección endovenosa de una sustancia paramagnética (gadolinio). Para la obtención de las imágenes se manejan múltiples secuencias y curvas de perfusión, así como espectroscopia que permite la cuantificación de colina, un marcador tisular de proliferación celular, lo cual ha demostrado mejorar la sensibilidad. (1)

La curva tipo IA es de lento ascenso y representa patología benigna; la curva IB es una variante de la anterior, pero puede haber lesiones malignas en un 16%. La curva II o en meseta es de tipo indeterminado y se relaciona en más de la mitad de los casos con neoplasias malignas. La curva tipo III tiene rápido ascenso y lavado inmediato; está presente en la mayoría de los cánceres mamarios. (11)

La sensibilidad de este método oscila entre 85% y 100% y la especificidad entre 47% y 67%. La RM tiene mayor número de falsos negativos en tumores menores de 3 mm, así como en el carcinoma in situ y en el lobulillar, por lo que es fundamental la integración de las características morfológicas y funcionales para un diagnóstico certero, aunadas a los hallazgos de la mastografía y el ultrasonido; la conclusión debe efectuarse con el sistema BIRADS. (12)

Indicaciones de la resonancia magnética contrastada

- Etapificación tumoral: Evaluación de multifocalidad, multicentricidad, bilateralidad y axila.
- Valoración de márgenes después de la escisión de un tumor primario, recurrencia local, respuesta al tratamiento, búsqueda de primario oculto con metástasis axilares, embarazo y sospecha de cáncer mamario, tamizaje en paciente con alto riesgo y mama densa, alternando con mastografía y el ultrasonido; guía de biopsias en caso de lesiones visibles sólo a través de este método y no corroboradas en la segunda revisión intencionada por ultrasonido.

- La RM no contrastada está indicada en la valoración de la integridad de los implantes mamarios, particularmente con sospecha de ruptura intracapsular u otras complicaciones. (1)

4. Tomografía por emisión de positrones (PET CT). (1)

Es un estudio que combina tomografía computada (CT) con medicina nuclear (PET) en una misma imagen y permite en forma simultánea un estudio no sólo morfológico sino también funcional (metabólico) para la localización exacta de metástasis, previa inyección endovenosa de un radio trazador, generalmente glucosa (18F-fluorodesoxiglucosa, FDG). (1)

La PET/CT está indicada para la etapificación axilar, detección de recurrencia locorregional y metástasis a distancia, evaluación de respuesta a la terapia y seguimiento de pacientes con cáncer. Su alto costo la hace poco asequible para uso sistemático. (1)

En las nuevas herramientas diagnósticas para el cáncer de mama se incluye a la mastografía por emisión de positrones (PEM por sus siglas en inglés), estudio de medicina nuclear de reciente introducción, en el cual también se inyecta por vía endovenosa un radio trazador y se adquieren imágenes mamarias en las que es posible observar lesiones identificadas en otras modalidades diagnósticas y valorar su metabolismo; tiene una alta resolución espacial, lo que permite el diagnóstico de lesiones menores de 2.0 mm de diámetro. (1)

Su principal utilidad es en la etapificación del cáncer mamario, valoración de multifocalidad, multicentricidad y mama contralateral, así como axila; evaluar respuesta a quimioterapia neoadyuvante, reetapificación; pacientes con mama densa, BRCA positivo, implantes mamarios y sospecha de carcinoma, lesión palpable oculta por imagen. Tiene la posibilidad de efectuar biopsias guiadas en aquellas lesiones visibles sólo a través de este método. (1)

5.18 Factores psicosociales que influyen en el estado de salud de la paciente con cáncer de mama

De acuerdo con la literatura existen estudios que demuestran las implicaciones psicológicas en las pacientes con cáncer de mama; Spiegel d. (1990)³ expone que el trauma ante el diagnóstico y el tratamiento, provoca en la paciente: ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza. Mientras que Jimmie Holland y Sheldon Lewis (2003)⁴ argumentan, cuando una persona es diagnosticada con cáncer, la simple palabra despierta sentimientos como tristeza, preocupación, ansiedad, así como depresión; y de acuerdo a la gravedad en la que se manifiestan dependerá que la paciente necesite o no ser medicada. Así como recibir intervención psicológica. (14)

Las mujeres con cáncer de mama y su rol en la sociedad

La mujer con esta enfermedad no es la única que se ve afectada, finalmente también sufren las personas que conviven día a día con ella, básicamente su núcleo familiar. Es menos común encontrar información dirigida a los efectos emocionales que viven las parejas de las pacientes con cáncer de mama; pues son hombres los que experimentan al lado de sus esposas el impacto emocional que tienen ante el diagnóstico de cáncer de mama, desde ese momento es probable que la esposa busque en él, principalmente el apoyo emocional durante el proceso del tratamiento. Ante ello surgen una serie de preguntas como: ¿qué sucede con la pareja de la mujer con cáncer de mama?, ¿cómo vive la pareja el diagnóstico de su mujer enferma?, ¿cuáles son los afectos que él presenta? Definitivamente se requieren investigaciones al respecto, dado que es un soporte fundamental para la paciente, desde lo emocional, social y económico. (15)

Según la Clínica Mayo (2005)⁵, las parejas de las pacientes con cáncer de mama presentan modificaciones en las rutinas que tenían en su vida diaria. En sí los cambios se dan en gran parte de la estructura familiar, por tanto, es probable que el compañero tenga la necesidad de tomar roles que antes tenía su esposa y ahora no puede desempeñar. Entonces él tendrá que tomar responsabilidades adicionales que llevaba a cabo su esposa, como cocinar, cuidar a los niños, o en otros casos buscar un trabajo extra. (15)

Las rutinas que tendrá que desempeñar dependerán de la etapa de vida en la que se encuentren en la relación de pareja. Campuzano (2001)⁶ expone el siguiente proceso por el que pasan normalmente las parejas, referente a la población general, son: flechazo, luna de miel; acomodo de los hijos (pequeños, adolescentes, adultos); y el nido vacío. A groso modo se expondrá en el presente apartado la definición de cada uno: (16)

Flechazo: es el encuentro, en el que se ven principalmente inmiscuidos los sentidos y el deseo; por tanto, la atracción es física. Después le sigue la elección, que sería equivalente al enamoramiento, ya se empieza a involucrar el afecto.

- *Luna de miel*: aquí se formaliza la relación y surge el compromiso entre los integrantes de la pareja. Aún en los primeros años se encuentran idealizando algunos aspectos de su compañero(a), pero en menor grado que la etapa anterior. Hay una simbiosis (no dependiente) en la pareja que finalmente es considerada como sana, pues da bases para la unión de la pareja. Lo que empieza a hacer que se dé la separación en esta simbiosis son las actividades cotidianas que por obligación deben cumplir, como el ir a trabajar. Por lo que requieren adaptarse, formando lazos afectivos. (16)

- *Hijos pequeños*: la llegada de los hijos alcanza a desequilibrar la homeostasis de la pareja, pues necesitan reorganizarse para hacerle al hijo un espacio en sus vidas. El hacerse cargo del sustento, convivencia y educación moral al igual que escolar.

Adolescentes: al estar los hijos en crisis, repercute en los padres.

- *Adultos*: los hijos ya no están tan presentes en su hogar; están abocados a hacer su vida (amistades, noviazgo, intereses personales, trabajo, estudio); por lo que la dinámica familiar se está viendo alterada, en ello la que tienen como pareja.

- *Nido vacío*: la pareja se queda sola; pues los hijos se han casado o se han independizado de los lazos familiares. La pareja necesita readaptarse y buscar nuevas actividades que les ayuden a cubrir los tiempos que ya tenían establecidos para la convivencia con sus retoños. (16)

Las etapas correspondientes al matrimonio parten desde la luna de miel. Al detectarse la fase por la que están transcurriendo como pareja, ante el diagnóstico de cáncer de mama; es una vía para abrir el horizonte respecto a la madurez que tengan como pareja y que tan vinculado puede estar él con la paciente en lo emocional y en su compromiso (y viceversa); tomando en cuenta que estos aspectos van acordes a la antigüedad que tienen. Entonces, es importante considerar la edad de los hijos cuando se tienen, ya que no es lo mismo el que sean niños (lo cual implica un mayor grado de dependencia y cuidados) o un adolescente (que puede apoyar más en el momento de la repartición de los roles) o una persona adulta; sin olvidar el tomar en cuenta el tipo de relación que hay entre los miembros de la familia. Será equivalente, de alguna manera, al auxilio, así como apoyo que recibirá el compañero en la realización de las nuevas tareas que no puede llevar a cabo la paciente oncológica. De acuerdo a lo ya mencionado, roles de Fabre et al. (1987)⁷ hace referencia a cuando alguno de los padres es el enfermo crónico (en este caso a la mujer), su función queda delegada y torna a un rol de hijo(a) ya sea del cónyuge, de los hijos mayores o la familia de origen. (16)

La vida sexual se ve alterada. Ya sea que la mujer no tenga el deseo de estar en intimidad con su pareja por el cambio físico al que se le sometió como parte del tratamiento en la que se encuentre afectada la autoestima y/o la seguridad en sí misma; en otras ocasiones hay mujeres que prefieren no ser vistas por sus esposos, para no serles desagradables y a la vez pueden estar evitando sentir un posible rechazo por parte de sus parejas; o simplemente no tengan el deseo de tener relaciones porque su libido lo están poniendo en su supervivencia. Otro factor es la posibilidad de que se presenten disfunciones sexuales. Ahora bien, pueden darse casos en los que la mujer sea la que desee el acercamiento sexual y el compañero no acceda, por diferentes razones como el temor a lastimarla. (16)

Los planes de vida, el futuro que como pareja de alguna manera dilucidaban o se habían planteado, se ven modificados. Al estar ante la enfermedad del cáncer, se deshace la ilusión de envejecer juntos, quedando más presente aquella esperanza colgada de un péndulo; es decir, él siente que esa perspectiva se tambalea. Por

ejemplo: en la vida cotidiana, se llegan a conocer matrimonios en los que muchas veces se escucha decir a la pareja que desea morir antes que su esposa; entonces es de pensarse: ¿qué sucede cuando a uno de ellos le diagnostican a su mujer con cáncer?, el *shock* que sufre puede ser muy fuerte al encontrarse con la posibilidad de que bajen altamente las probabilidades de que suceda lo que él había ideado. (16)

Austrich y González (2007)⁸ tratan directamente; como la pareja de la paciente con cáncer de mama, ve mermada su vida en las áreas: emocional, social, laboral y físico; durante el periodo de la enfermedad. Plantean que es común que el cónyuge presente una variedad de sentimientos como: (17)

1. "Aislamiento y soledad", pues al hombre le será difícil conversar con la paciente respecto a sus actividades, sentimientos y pensamientos. Más aún cuando el ambiente familiar, social y laboral se concentran en saber cómo se encuentra ella y lo dejan a un lado; como si no se preocuparan por él; razón por la que busca aislarse.

Asimismo, recomiendan que la pareja mantenga la comunicación con su mujer al igual que con sus demás vínculos de apoyo; logrando así tener vías para expresar sus puntos de vista, así como deseos y temores.

2. "Confusión y sensación de inutilidad", el hombre se encuentra con la obligación de hacerse cargo del hogar como de sus hijos, más a parte el convivir con el ámbito médico; el no saber cómo atender a su paciente, al cómo llevará cabo la toma de decisiones y buscar solución de los problemas (en su mayor parte él solo) son aspectos que le hacen presentar estas sensaciones.

3. "Impotencia y frustración", la pareja se siente de esta manera cuando no sabe manejar sus emociones, el comunicarse o ayudarle a su mujer a sentirse mejor.

4. "Ambivalencia y culpa", los planes de vida de la relación dejan de ser claros o son interrumpidos; toma conciencia que de él no depende la salud de su mujer, le provoca el no saber cómo reaccionar o hacer algo; lo lleva a sentirse culpable. Aunque se encuentra el otro lado de la moneda; referente a que hay ocasiones en que la pareja se cansa, se desespera y añora su vida de antes. (17)

5. "Miedo" frente a la evolución del tratamiento y tener presente la posibilidad de muerte de su mujer.

Asimismo, en Heber (2000) exponen algunos aspectos a los que se enfrenta la pareja de la mujer, con cáncer de mama, entre éstas el aspecto emocional:

6. "Estrés", ante las dificultades al enfrentarse a la enfermedad de aquella persona con la que comparten su vida, su "confidente".

7. "Aislamiento emocional" al depositar, generalmente, en su esposa la tarea de socializar, así como sus necesidades emocionales. Llegando a encontrar reacciones ante ese aislamiento pueden presentar síntomas físicos como ansiedad, fatiga, así como dificultades en concentración y sueño.

8. "Inversión de papeles" al cumplir con su rol y tomar algunas o muchas de las tareas, así como el procurarle cuidados a su mujer, llevándolo a cambios en el ritmo de su vida cotidiana. Este cúmulo de exigencias lo llevan a sentirse incompetente, irritado o abrumado.

9. "Indiferencia emocional", puede sentirse incapaz de hacerle frente a cómo reacciona emocionalmente su mujer; pero no busca ayuda profesional para sí mismo, pues no cree obtener beneficios para él.

10. "Tipo de comunicación", la pareja puede lograr organizarse respecto a sus afectos, para hacerles caso en ciertos momentos. Él podría presentar miedo respecto a que los pensamientos negativos tengan repercusiones insanas en la salud de su esposa.

11. "Fantasías sobre la muerte", ante lo desagradable que pueden llegar a ser el cuidado y los trastornos que conlleva la enfermedad, la pareja puede presentar el deseo de que todo acabe y volver a su estilo de vida anterior; ya sea curándose o muriendo su esposa; razón por la que puede sentirse mal por estos pensamientos.

(17)

En México, diGirolamo y Salgado de Snyder (2008)⁹, señalan el tomar en cuenta que la mujer, como madre es una pieza muy importante en la familia mexicana, por el papel que desempeña en la educación, cuidados, bienestar social y físico de cada uno de los integrantes (esta situación se agudiza en una vida rural, porque aquí la mujer también está con la responsabilidad de proveer económicamente su familia y casa). En cambio, el papel de la pareja es principalmente ser el sustento económico del hogar, habiendo poca interacción entre él y su familia. (18)

Además, la pareja puede encontrarse con problemas en la comunicación, o si ya existían, se verán más pronunciados. Al no hablar ambos sobre sus miedos (como puede ser: el futuro, lo que creen que les espera), necesidades (como de compañía o de independencia), preocupaciones, esperanzas, etc. El dar por sentado las cosas puede ser causa de malentendidos; cuando se den los momentos de apertura ambos deben tener en mente lo siguiente para entablar una charla abierta, en la que se recomienda respetar los tiempos en el rol como emisor, asimismo, el tomar en cuenta que los 2 estén en disposición, principalmente la enferma, quien es la principal afectada; esto es, preguntándole si le gustaría hablar de algo (sentimientos, miedos, etc.). (18)

Siendo los esposos los que se esfuerzan y sobrellevan la situación como una manera de apoyar a la paciente (Lichman dice que, si se llega a dar una separación, generalmente es porque la mujer fue la que tomó la decisión, basada en su estado de salud y el si su acompañante es perjudicial para ello). Del mismo modo expone que al contar con mayor información, es probable que el esposo logre tener mayor disposición y flexibilidad con su mujer; en el sentido de haber mayor conciencia de seguir las indicaciones de tratamiento, además de reconocer las reacciones secundarias y colaterales de los diferentes medicamentos los cuales pueden provocar alteraciones en el estado de ánimo en las pacientes con cáncer de mama; por ejemplo, al percibir las deprimidas o irritables; entonces los esposos con mayor información podrán diferenciar las emociones y conductas relacionadas con la enfermedad, por el tratamiento o como rasgos previos al proceso de enfermedad de

la paciente, según este autor, el esposo puede ser más comprensivo con su pareja enferma. (18)

Es de señalarse que la pareja de la mujer con cáncer de mama requiere el apoyo psicológico ya que se ve alterado a nivel emocional, lo cual disminuye su potencial a nivel de vida personal, además de presentar estrés que al ser elevado, su organismo se debilita, aumentando entonces la probabilidad de que enferme por la baja de defensas; adicionalmente se ha encontrado que también hay cambios hormonales, se libera glucosa en la sangre y hay muerte de las células *Natural Killers* (NK) (o asesinas naturales). Entonces los cónyuges que tienen a sus esposas diagnosticadas con cáncer de mama, es importante que reciban apoyo psicológico, de esa manera aumentan la posibilidad de fortalecer y/o mejorar la relación; así como reforzar al familiar en su salud mental, pues como, se ha encontrado que el estrés repercute en el organismo al igual que en el de la paciente, tomando en cuenta la convivencia que hay entre ambos. En la universidad de Pittsburgh hicieron un estudio en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, con estadio inicial; ellas se encontraban apoyadas en lo emocional por su cónyuge o de personas que sentían afectivamente cercanas; en la investigación resultó que estas mujeres presentaban mayor actividad en las células NK en comparación con la muestra que no contaba con el apoyo (en López Martínez, 2003). Además, López Martínez menciona que la paciente al sentirse valorada, querida, aceptada, apreciada y útil tiene repercusiones importantes en su salud mental y física. He aquí por qué se recomienda que la pareja cuente con apoyo psicológico, para auxiliarlo en encontrar cierta adaptación ante lo que le está correspondiendo vivenciar y pueda encontrar áreas libres de conflicto que le den estabilidad emocional. (18)

La pareja como cuidador primario

El cuidador primario según Barrón y Alvarado (2009)¹² sustentan, el agotamiento físico como emocional al que se enfrenta el cuidador primario al estar como encargado de estar pendiente de las necesidades físicas y afectivas del enfermo, se enfrenta a un auto descuido, lo cual puede llevar a esta persona a un desgaste

que pone en riesgo su salud física y como: alteraciones del sueño, cansancio, dolores de cabeza, entre otras y emocional (como ya se ha visto algunas son depresión, irritabilidad, aislamiento, ansiedad), quedando latente la posibilidad de que se torne en enfermo secundario; se desencadena el síndrome del desgaste del cuidador primario, que implica: "agotamiento emocional", "cambio negativo de actitudes hacia otras personas", "baja realización personal". (19)

Las áreas afectadas en la vida de la pareja de la mujer con cáncer de mama destacan las siguientes áreas: personal (referente a su salud integral), familiar, social, sexual, laboral. (19)

El autoconcepto de mujeres con cáncer de mama

Esta enfermedad afecta la imagen corporal y el autoconcepto, el cual es definido por Roy como la noción individual de sí mismo con énfasis en respuestas emocionales internas y externas. (20)

Las personas que se enfrentan con el diagnóstico de cáncer de mama ven a esta enfermedad como uno de los acontecimientos más desequilibrantes en su vida, el cual determina un cambio en su propia imagen y en los roles desempeñados en la sociedad; además de los efectos que trae consigo el tratamiento. (20)

Dicho tratamiento del cáncer de mama repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima, así como alteraciones en la imagen corporal entre otros, como el autoconcepto, ya que el efecto negativo en este se ha estudiado desde el punto de vista cualitativo en mujeres con cáncer de mama, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona; así mismo afectan las actividades cotidianas que las mujeres realizan. (20)

Se ha reportado que el rol desempeñado por las mujeres con cáncer de mama afecta su calidad de vida, la percepción de sí mismas y en las mujeres jóvenes con cáncer de mama presentan más estrés psicológico que las mujeres adultas mayores ante el diagnóstico. Sin embargo, independientemente de la edad, la cirugía conservadora

de mama en mujeres con cáncer está asociada con buena imagen corporal, calidad de vida elevada y bienestar, a diferencia de las mujeres mastectomizadas en quienes estas variables presentan valores más bajos. (20)

Algunos estudios han reportado relación significativa entre los modos de adaptación (autoconcepto) y función de rol (madre, esposa, trabajadora, paciente crónico) en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas. Cuando se ha valorado el modo de adaptación (autoconcepto) en pacientes oncológicos en general en tratamiento con quimioterapia, se ha observado que en la mayoría de los participantes esta adaptación se encuentra en rangos normales o con leve afectación. En contraste otros autores reportan falta de relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad (estímulo) y el perfil de autoconcepto. Reviste elevada importancia conocer el autoconcepto en las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, ya que en el desarrollo de la práctica diaria con este tipo de pacientes se ha observado el gran deterioro en el autoconcepto de acuerdo a manifestaciones propias de las pacientes quienes refieren que a partir del diagnóstico y/o la mastectomía presentaron un cambio desfavorable en su forma de percibirse. (20)

Así mismo, no se tiene establecido un programa de apoyo y orientación acerca del diagnóstico y los efectos en la persona y familia, que puedan ayudar a mantener en niveles aceptables el autoconcepto; por ende, no se tienen registros que revelen cómo se comporta esta variable. El Modelo de Adaptación de Callista Roy es un modelo que guía sobre los aspectos que hay que valorar en una persona y lo que le rodea, que pudiese influenciarle negativa o positivamente en sus modos adaptativos, específicamente en el autoconcepto. (20)

El modelo de Roy, representa a la persona como un ser biopsicosocial que necesita adaptarse a los estímulos del medio ambiente. Los estímulos del medio ambiente están categorizados como focales (los que inmediatamente enfrenta la persona), contextuales (factores que contribuyen en la situación) y residuales (factores desconocidos que pueden influir en la situación). Cuando los factores que componen

los estímulos residuales, se convierten en conocidos usualmente son considerados como contextuales, pero también pueden ser considerados como focales. (20)

Roy postula que estas intervenciones influyen el nivel de adaptación para incrementarlo, disminuirlo o eliminarlo, o en otro sentido, alterando de forma relevante los estímulos focales y contextuales. Los estímulos contextuales en este estudio están representados por las variables socio demográficas, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el tipo de tratamiento para el cáncer de mama. La adaptación toma lugar en cuatro modos de respuesta: fisiológico, interdependencia, función de rol y autoconcepto. (20)

El autoconcepto es valorado en esta investigación como una noción individual de sí mismo(a) con énfasis en respuestas emocionales, se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales de la persona. Se define como el grupo de creencias y sentimientos que tiene una persona sobre sí misma en un momento dado, formado a partir de las percepciones internas y de las demás personas. (20)

Afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama

El cáncer constituye una enfermedad paradigmática para el estudio de la adaptación humana ante los problemas de salud. El cáncer de mama es una enfermedad especialmente adecuada para el estudio del afrontamiento, desde un punto de vista teórico y empírico, tanto por el número de personas afectadas (el más frecuente entre las mujeres) como por tendencia cada vez mayor a convertirse, en parte gracias a los avances biomédicos, en una enfermedad crónica de muy larga evolución. Pero a pesar de los progresos en el control de esta enfermedad, el diagnóstico, tratamiento y recuperación de cáncer de mama siguen configurando situaciones potencialmente muy estresantes. (21)

El estudio de los aspectos psicológicos del cáncer de mama y su tratamiento, han tenido un amplio desarrollo en la investigación psico oncológica, lo que ha permitido entender el impacto en la vida de los pacientes y sus familias, desarrollar intervenciones para disminuir el estrés y la ansiedad, mejorar la calidad de vida, y

formular posibles relaciones entre factores psicológicos y biológicos en el progreso de la enfermedad. El afrontamiento es una de las variables propuestas para ayudar a entender mejor tanto el proceso de adaptación como las diferencias en bienestar observadas entre pacientes en situaciones médicamente equivalentes. (21)

Las pacientes se enfrentan a una serie de situaciones complejas, cambiantes y con frecuencia muy estresantes. Desde las pruebas exploratorias y la espera de resultados, al diagnóstico de extensión, la valoración de tratamientos a seguir, la intervención quirúrgica con la correspondiente hospitalización, los tratamientos complementarios como la radioterapia y/o la quimioterapia, los controles periódicos durante la fase de intervalo libre de enfermedad, el tratamiento de la recidiva y/o metástasis, el manejo de las situaciones avanzadas de enfermedad hasta, en numerosos casos, el proceso de enfermedad avanzada y terminal. (21)

Para Lazarus y Folkman el afrontamiento puede definirse como aquellos esfuerzos cognitivos y/o conductuales en el intento de manejar (reducir o tolerar) las situaciones que se valoran como estresantes, desbordantes o que ponen a prueba los recursos de una persona. Conceptualmente se ha diferenciado entre afrontamiento centrado en el problema y centrado en las consecuencias emocionales: los esfuerzos para modificar la fuente de estrés en el entorno o para aliviar el estrés emocional personal inducido por el estrés. (21)

El afrontamiento centrado en la emoción implica estrategias internas como el distanciamiento, el autocontrol, el escape-evitación o la reevaluación positiva. El afrontamiento centrado en el problema es el intento de cambiar la situación, e incluye estrategias como la gestión de los aspectos externos de un estresor, la búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, y planificación en la solución de problemas. Otra taxonomía para diferenciar formas principales de afrontamiento ha consistido en distinguir entre afrontamiento centrado en la interacción con el obstáculo (activo, vigilancia, sensibilización, atención) vs afrontamiento centrado en la evitación (pasivo, retirada, evitación cognitiva). (21)

Estas dos formas de afrontamiento han sido consideradas inicialmente como extremos de una sola dimensión bipolar. Más recientemente, sin embargo, estas estrategias han sido evaluadas como dos dimensiones unipolares independientes. En ambos casos el afrontamiento implica la orientación y la actividad de la persona en respuesta a un estresor. La persona estresada puede intentar activamente alterar o eliminar la fuente del estrés (enfoque en el problema) o evitar el problema estresante (enfoque en la evitación). El afrontamiento centrado en el problema incluye estrategias cognitivas como comparaciones optimistas, o conductuales como el intento de resolución de problemas, mientras que las estrategias de afrontamiento de evitación consisten fundamentalmente en la negación (cognitiva) y/o la conducta de retirada respecto al problema. (21)

Otra conceptualización reciente del afrontamiento opta por un enfoque evolutivo de las estrategias de afrontamiento, distinguiendo entre las dimensiones de compromiso, separación y de búsqueda de ayuda, que se corresponderían con las reacciones elementales cuando hay amenaza: la fijación de la atención y la actuación ante estresores superables, la evitación de estresores insuperables y el buscar ayuda en los demás cuando los recursos propios no resultan suficientes. El compromiso incluye la construcción de una serie de maniobras, tradicionalmente centradas en el problema o estrategias encaminadas a actuar sobre la amenaza, integrando la experiencia anterior con el fin de promover los resultados probables de cada una de ellas, en la toma de decisiones, en la preparación de la acción y de ejecución temporalmente estructurada en la meta dirigida la acción. (21)

Por el contrario, la dimensión de estrategias de separación se refiere a todos los esfuerzos de afrontamiento (conductuales y cognitivos) para mantener la distancia frente a un estresor. Los esfuerzos conductuales de afrontamiento serían más útiles para controlar el estrés, mientras que los esfuerzos psicológicos cognitivos lo serían para el control de las consecuencias emocionales. (21)

El éxito del afrontamiento dependería de la capacidad individual para identificar las demandas cambiantes de una situación a medida que evoluciona y de emplear la estrategia de afrontamiento adecuada a cada momento. (21)

Por su parte, Moos y Schaefer consideran también la posibilidad de distinguir entre afrontamiento como disposición estable (estilo de afrontamiento) y afrontamiento contextual, más transitorio y basado en respuestas concretas ante estresores específicos (respuesta de afrontamiento). El primer caso se refiere a disposiciones (estables y relacionadas con características de personalidad) para responder; el segundo a una respuesta variable que se activa ante determinados cambios del entorno. Desde este punto de vista, el afrontamiento debería conceptualizarse como un proceso que abarca tanto factores personales duraderos como factores situacionales y variables, precursores de los esfuerzos de afrontamiento en situaciones concretas. (21)

Combinando el nivel o tipo de afrontamiento (cognitivo, conductual) y la morfología (enfocado al problema, evitación) resultarían cuatro categorías básicas de afrontamiento: (a) enfoque cognitivo al problema: estrategias como prestar atención a un aspecto de la situación en cada momento, el análisis lógico, la búsqueda de significado y/o la reevaluación positiva; (b) enfoque conductual al problema: estrategias como la búsqueda de información, orientación y apoyo y tomar medidas concretas para tratar directamente con una situación; (c) la evitación cognitiva: estrategias que reflejan la negación y/o la aceptación resignada de la situación, y (d) evitación de conducta: no hacer nada para solucionar el problema, utilizar sólo estrategias de descarga emocional, o buscar recompensas alternativas a la situación. (21)

Por su parte, Moosha desarrollado un modelo de afrontamiento a la enfermedad crónica de ocho categorías que abarcan los tipos más comunes de estrategias de afrontamiento: Análisis lógico y búsqueda de significado, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y orientación, resolución del problema, cognición evitativa o negación, aceptación o resignación, busca de recompensas alternativas y descarga

emocional. No obstante, las estrategias teóricamente diferenciables, difícilmente se utilizarían de manera claramente separada en la realidad de cada paciente. (21)

En la espiritualidad

Muchos pacientes de cáncer dependen de las creencias y prácticas religiosas o espirituales para ayudarlos a hacer frente a su enfermedad. Esto se llama afrontamiento espiritual. Muchas personas a cargo del paciente también dependen del afrontamiento espiritual. Cada persona puede tener diferentes necesidades espirituales, según sus tradiciones culturales y religiosas. En el caso de algunos pacientes gravemente enfermos, el bienestar espiritual se puede ver afectado por la carga de ansiedad que sienten con respecto a la muerte. Para otros, puede afectar lo que deciden sobre los tratamientos para la etapa final de la vida. Algunos pacientes y los familiares que los cuidan pueden querer que sus médicos hablen sobre sus preocupaciones espirituales, pero no están seguros de cómo encarar el tema. (22)

Algunos estudios muestran que el apoyo de los médicos para el bienestar espiritual de los pacientes muy enfermos ayuda a mejorar su calidad de vida. Los proveedores de atención de la salud que tratan a los pacientes que hacen frente al cáncer están considerando nuevas maneras de ayudarlos a resolver las inquietudes religiosas y espirituales. Los médicos pueden preguntar a los pacientes qué temas espirituales son importantes para ellos, tanto durante el tratamiento como cuando se llega a la etapa final de la vida. Cuando los pacientes con cáncer avanzado reciben apoyo espiritual del equipo médico, es más probable que elijan la atención en un programa de cuidados paliativos y un tratamiento menos intensivo en la etapa final de la vida. (22)

La espiritualidad y la religión pueden tener diferentes significados

Los términos espiritualidad y religión a menudo se usan sin distinción, pero para muchas personas tienen diferentes significados. La religión se puede definir como un conjunto específico de creencias y prácticas compartidas, habitualmente dentro de un grupo organizado. La espiritualidad se puede definir como el sentido que le da un

individuo a la paz interior, propósito en la vida y la relación con los demás, y las creencias acerca del significado de la vida. La espiritualidad se puede encontrar y expresar mediante una religión organizada o de otras maneras. Los pacientes se pueden considerar a sí mismos como personas espirituales, religiosas o ambas. (22)

Las enfermedades graves como el cáncer pueden causar sufrimiento espiritual

Las enfermedades graves como el cáncer hacen que los pacientes y los familiares que los atienden duden de sus creencias o valores religiosos y ello les causa mucho sufrimiento espiritual. Algunos estudios revelaron que los pacientes de cáncer pueden sentir que Dios los está castigando o pueden perder la fe después de ser diagnosticados. Otros pacientes pueden tener una sensación leve de sufrimiento espiritual cuando enfrentan el cáncer. (22)

El bienestar religioso y espiritual puede ayudar a mejorar la calidad de vida

No se sabe con seguridad el modo en que la espiritualidad y la religión se relacionan con la salud. Algunos estudios indican que las creencias y las prácticas espirituales o religiosas crean una actitud mental positiva que puede ayudar a que un paciente se sienta mejor y que mejore el bienestar de los familiares que lo atienden. El bienestar espiritual y religioso puede ayudar a mejorar la salud y la calidad de vida de las siguientes maneras:

- Disminuye la ansiedad, la depresión, el enojo y el malestar.
- Disminuye la sensación de aislamiento (sentirse solo) y el riesgo de suicidio.
- Disminuye el abuso de bebidas alcohólicas y medicamentos.
- Reduce la presión arterial y el riesgo de enfermedades cardíacas.
- Ayuda a que el paciente haga ajustes relacionados con los efectos del cáncer y su tratamiento.
- Aumenta la capacidad de disfrutar de la vida durante el tratamiento de cáncer.

- Provee un sentimiento de crecimiento personal a causa de vivir con cáncer.
- Aumenta los sentimientos positivos tales como:
 - Esperanza y optimismo.
 - Ausencia de remordimientos.
 - Satisfacción con la vida.
 - Sensación de paz interior.

El bienestar espiritual y religioso también puede ayudar al paciente a vivir más. (22)

El sufrimiento espiritual también puede afectar la salud

El sufrimiento espiritual hace más difícil que los pacientes hagan frente al cáncer y su tratamiento. Los proveedores de atención de la salud pueden alentar a los pacientes a que se reúnan con consejeros espirituales o religiosos con experiencia para que los ayuden a tratar sus inquietudes espirituales. Esto puede mejorar su salud, su calidad de vida y su capacidad de enfrentar la situación. (22)

Una evaluación espiritual y la relación en el tratamiento en pacientes con cáncer de mama

Una evaluación espiritual es un método o herramienta que los médicos usan para entender la función que cumplen las creencias espirituales en la vida del paciente. Esto puede ayudar al médico a comprender el modo en que estas creencias afectan la manera en que el paciente responde al diagnóstico de cáncer y a las decisiones con respecto al tratamiento. Algunos médicos o personal de atención al paciente podrían esperar a que sea el paciente mismo quien diga cuáles son sus inquietudes espirituales. Otros podrían hacer uso de una entrevista o cuestionario. (22)

Una evaluación espiritual explora las creencias religiosas y las practicas espirituales

Una evaluación espiritual puede incluir preguntas sobre los siguientes aspectos:

- Secta religiosa, si la tiene.
- Creencias o filosofía sobre la vida.
- Prácticas y ritos espirituales importantes.
- Uso de la espiritualidad o la religión como fuente de fortaleza.
- Pertenecer a una comunidad de apoyo.
- Uso de oraciones o meditación.
- Pérdida de la fe.
- Conflicto entre las creencias espirituales y religiosas y el tratamiento de cáncer.
- Modos en que los proveedores de atención de la salud y las personas que cuidan al enfermo pueden ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades espirituales.
- Preocupaciones sobre la muerte y el más allá.
- Planificación de la etapa final de la vida.

Puede ser que el equipo de atención de la salud no pregunte sobre cada asunto que el paciente considera que es importante para él. Los pacientes deberían presentar los aspectos espirituales o religiosos que ellos consideran que pueden afectar el tratamiento de su cáncer. (22)

El personal médico y la relación de conocer los deseos del paciente para ayudarlo en el tratamiento deseado. (22)

La espiritualidad y la religión son temas muy personales. Los pacientes deben esperar que sus médicos y quienes le brindan atención respeten sus creencias e inquietudes religiosas y espirituales. Los pacientes de cáncer que se apoyan en la espiritualidad para hacer frente a la enfermedad deben ser capaces de contar con el

apoyo del equipo de atención de la salud. Esto puede incluir proporcionar al paciente información sobre personas o grupos que pueden ayudarlo con sus necesidades espirituales o religiosas. La mayoría de los hospitales tienen capillas, pero no todos los servicios de atención ambulatoria los tienen. Los pacientes que no quieren hablar sobre la espiritualidad durante la atención del cáncer también deben poder contar con que el personal de salud respete sus deseos. (22)

Los médicos y el personal de salud tratarán de responder a las inquietudes de sus pacientes, pero no deberían tomar parte en las prácticas religiosas del paciente o discutir sobre creencias religiosas específicas. (22)

El equipo médico y las necesidades espirituales de la paciente con cáncer de mama

El equipo de atención de la salud puede ayudar al paciente con sus necesidades espirituales de las siguientes maneras:

- Sugerir metas y opciones para la atención que respeten los puntos de vista espirituales o religiosos del paciente.
- Apoyar al paciente que usa un modo religioso para enfrentar su enfermedad.
- Alentar al paciente a que hable con su líder religioso o espiritual.
- Diferir al paciente a un capellán del hospital o un grupo de apoyo que pueda ayudarlos con los aspectos espirituales durante la enfermedad.
- Diferir al paciente para que reciba otros tratamientos que hayan mostrado que pueden aumentar el bienestar espiritual. Estos incluyen relajación atenta, como yoga o meditación, o un programa de arte creativo, como la redacción, dibujo o terapia musical. (22)

5.19 Consideraciones ético-legales

El primer paso de una buena relación, que es el primer componente ético y clínico de una consulta, es la comunicación con el lenguaje adecuado que despierte confianza. (23)

Esta comunicación permitirá recomendar las orientaciones diagnósticas y terapéuticas apropiadas. Es un diálogo que requiere carácter por parte del cirujano, como henos expresado; afecto, firmeza, tranquilidad, posibilidad de hacer preguntas, confidencialidad y tiempo; aspecto éste que muchas veces no es fácil lograr en la práctica hospitalaria. La información explicada y reiterada asegura la comprensión, constituye el meollo de una correcta relación entre ambos interlocutores y la posterior vinculación. Es la primera etapa para lograr confianza y evitar suspicacias o conflictos. (23)

El enfermo concurre a la consulta porque procura ayuda, busca una orientación y una solución. Su condición es en cierta medida pasiva frente a la decisión médica. Concurren en la búsqueda de una respuesta, que el cirujano no sabe dar. Sobre este tema existen diferentes enfoques y reflexiones teóricas: modelo de la relación activo-pasivo, de cooperación guía, de participación; criterios de actuación médica de acuerdo a tradiciones, costumbres o culturas: neohipócratico, contractual, asociacional, de alianza; pero siempre habrá una relación asimétrica entre quien busca ayuda y soluciones y quien da respuestas. Para la bioética teórica contemporánea, particularmente del ámbito norteamericano, con incidencia en la cultura médica general a través de revistas médicas, y también en algunas interpretaciones jurídicas, el gran dilema gira en torno a la autonomía de decisiones del paciente y el paternalismo benefactor, a veces autoritario, del médico. (23)

Es necesario dejar establecido que la información es al paciente, y la decisión es de éste, siempre y cuando sea una persona lúcida y en sus cabales. El familiar se entera si está acompañando al enfermo, o si éste quiere que se le comunique. Esta es la conducta con excepciones de acuerdo a las circunstancias. Por otra parte, existe una arraigada costumbre familiar de pretender que el paciente no conozca el

diagnóstico; y también una inveterada tradición médica de ocultarlo, o de informar previamente a la familia. Muchas veces se suele confundir misericordia y piedad hacia el enfermo, con mentira, o al menos omisión de la verdad. Quien decide la aceptación de una intervención y debe conocer su evolución, alternativas y consecuencias en el paciente, "la voluntad del paciente como norma"; si bien la familia podrá tener acceso a detalles más finos y sensibles. (23)

No puede haber cirugía de ningún tipo sin información inteligible y consentimiento del interesado. Es cierto que en dicho consentimiento o no, habrá aspectos racionales, y otras veces actitudes irracionales, para eso deberá asegurarse la comprensión; la variable irracional escapa a las posibilidades de convencimiento que el médico pueda ejercer procurando lo mejor para el paciente. "El médico no tiene sobre el paciente sino el poder de y los derechos que éste le dé, sea explícita, sea implícita o tácitamente. El paciente, por su parte, no puede conferir más derechos de los que el mismo posee. El punto decisivo, en este debate, es la licitud moral del derecho que el paciente tiene a disponer de sí mismo, de su cuerpo, de su espíritu" (23)

"El posee el derecho de uso, limitado por la finalidad natural de las facultades y de las fuerzas de la naturaleza humana. Porque es usufructuario y no propietario, no tiene un poder ilimitado para disponer actos de destrucción o de mutilación de carácter anatómico o funcional"; debe atenerse a un orden de valores, a una ética. (23)

Tiene que ver con una correcta relación con el paciente, y, sobre todo, con el respeto a la dignidad personal, a su intimidad, a su individualidad. La autodeterminación de decisión ante una correcta información, en caso de brindar el consentimiento, ya sea por escrito, o implícito o tácito; preserva por otra parte de conflictos que pueden desembocar en aspectos médico legales de mala praxis. (23)

La verdad con el enfermo

La verdad se convierte en problema ético cuando hay que dar las malas noticias, diagnóstico o pronóstico. Otras veces lo es porque el médico no sabe cómo actuar,

como comunicarse. El conocimiento de la verdad es un derecho del enfermo. Respecto a cómo decir la verdad, dependerá del estilo y carácter de cada uno. Para todos estos temas éticos puede haber pautas normativas, reglas generales, pero no recetas individuales. Cada situación es singular y diferente. (23)

El seguimiento

La evolución de un enfermo operado de cáncer es habitualmente ardua y debe ser seguido por períodos que permitan detectar precozmente recidivas o complicaciones. Esta tarea exige la conducción y coordinación de una sola persona, o de su equipo inmediato de colaboradores, no podrá ser otro que el inicio del tratamiento. Dicho cirujano es responsable del seguimiento, queda obligado moral y técnicamente. Ha de centralizar el intercambio de información de los otros • especialistas que participen en tratamientos adyuvantes, es la única forma de evitar la despersonalización y la anarquía en el "follow up". (23)

El cirujano ha de estar al tanto, deberá orientar y asesorar al paciente sobre diversas alternativas: el mejor tratamiento para una recidiva, la ponderación de la proporcionalidad de dicho tratamiento en función de la probable evolución alejada, la calidad de vida, las posibilidades reales de efectividad, la imitación de nuevas indicaciones quirúrgicas o adyuvantes, la conducción del tratamiento del dolor, la orientación hacia los cuidados paliativos, la necesidad de apoyo psicológico, el intercambio de opiniones con la familia para una menor contención en su hogar, la conversación con el paciente acerca de sus propios valores frente al sufrimiento y la muerte, así como su criterio ante la situación terminal terapéutica, prolongación artificial de la vida, órdenes de no reanimación, indicación de soporte vital mínimo de hidratación, o su retiro, etc. (23)

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

México ha registrado en las últimas décadas cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Dentro de los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento. La transición demográfica se ha reflejado en modificaciones importantes en la estructura de la población la cual muestra, hacia finales de 1998, un angostamiento en su base con un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y mujeres de 45 y más años de edad. (24)

Las estimaciones de población femenina de 40 y más años en México para el año 2005, fueron de 14'104,971 que representaban el 26.8% de la población femenina total. Según las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2010, este grupo será de 16'778,929 con un porcentaje de 12.6% de los 40 a los 49 años y de 13.6% de los 50 a los 69 años. Para el año 2020 las mujeres en estos grupos alcanzarán 22'545,450 con el 14.0% y 18.4%, respectivamente. Estos incrementos permiten anticipar las necesidades que el Sistema Nacional de Salud tendrá para la detección y atención del cáncer de mama. (24)

En las mujeres mexicanas, a partir del año 2006, el carcinoma mamario se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 ocurrieron 4,964 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2% del total de defunciones ocurridas en mujeres. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi 14 mujeres cada día. (24)

Al igual que en el resto del mundo, la tasa de mortalidad se eleva con la edad, de manera que éste es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del cáncer de mama. La tasa de mortalidad específica para el año 2009 en el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad fue de 14.9 por 100 mil; en las de 50 a 59 años de edad de 29.1, en las mujeres de 60 a 69 de 37.0 y en las de 70 y más años de edad la mortalidad fue de 53.1 por 100 mil. (24)

En la última década, se observa que la tendencia es ascendente en todos los grupos de edad, con un incremento mayor en las mujeres mayores de 60 años, en comparación con las mujeres de 40 a 59 años. (24)

Se estima que la incidencia y la mortalidad seguirán aumentando de manera importante debido al envejecimiento poblacional, a los cambios en los patrones reproductivos, a una mayor prevalencia de los factores de riesgo y a los problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados; es por ello que la Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama deberá ser el instrumento que oriente el desarrollo del programa de cáncer de mama de manera sistemática y sostenida a fin que en el mediano plazo se cuente con la infraestructura necesaria tanto física como de recursos humanos altamente capacitados, tendiente a alcanzar la mayor cobertura de las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama y por supuesto a recibir los tratamientos que garanticen su recuperación. (24)

Los lineamientos que aquí se presentan establecen las bases para que las diferentes instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud organicen y alineen sus recursos tendientes a favorecer estilos de vida saludables en las mujeres mexicanas para disminuir los riesgos de esta patología, así como vigilancia permanente de los factores de riesgo, a fin de prevenir o detectar tempranamente esta patología y contribuir de ese modo a la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta causa. (24)

En relación con el cáncer de mama existe suficiente evidencia científica que confirma que, en los países desarrollados, un programa de tamizaje organizado y realizado de manera óptima tiene el potencial de reducir entre el 20 y 40% la tasa de mortalidad y la carga de la enfermedad en la población en riesgo. Para lograr el impacto mencionado en el mediano plazo son esenciales servicios de alta calidad en todos los procesos desde la detección hasta el tratamiento y rehabilitación. (24)

La mejora continua de los distintos procesos involucrados desde la prevención hasta el tratamiento y seguimiento significa enfocar las acciones hacia la población con mayor riesgo, balanceando las ventajas y desventajas de la detección y reduciendo la posibilidad de sobre diagnóstico y sobre tratamiento, por lo que se requiere la provisión de servicios de salud de alta calidad, de la organización y priorización del tamizaje y de la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento. Para ello es indispensable la regulación de los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, la formación, capacitación e incremento continuo del personal especializado que participa en cada proceso, así como el monitoreo y evaluación permanentes y sistemáticos. (24)

Un punto a destacar es que para que un programa de tamizaje de cáncer de mama funcione eficientemente, deben evitarse intervenciones innecesarias en caso de lesiones con características claramente benignas que, por su alta incidencia, interfieren con la atención ágil y costo-efectiva de los servicios de tamizaje. Por otro lado, las mujeres que acuden a la confirmación diagnóstica por sospecha de cáncer de mama tienen necesidades particulares ya que generan altos niveles de ansiedad y temor, por lo que no se recomienda mezclar los servicios de tamizaje de mujeres aparentemente sanas, con los de las mujeres sintomáticas bajo confirmación diagnóstica. (24)

Los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de mama y su impacto en la mortalidad no han mostrado evidencias consistentes de su beneficio, sin embargo, las investigaciones recientes apuntan hacia la efectividad de ambas intervenciones cuando se garantiza un programa organizado para el diagnóstico temprano. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud recomienda la educación sobre el cáncer de mama dirigida a sensibilizar a las mujeres sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubre alguna anomalía, así como la exploración clínica ante la ausencia de servicios de tamizaje por mastografía, acompañada de programas de educación a la población y enfatiza que únicamente los programas de

tamizaje organizados de mastografía, pueden reducir las tasas de mortalidad por esta neoplasia maligna. (24)

Por todo lo anterior, es indispensable que las diferentes instituciones de salud y entidades federativas del país avancen de manera homogénea en el desarrollo de la infraestructura y el personal de salud necesario para alcanzar los objetivos y metas de un programa organizado de detección temprana que disminuya la mortalidad por cáncer de mama, así como la inequidad en la atención de la salud de las mujeres. (24)

VI. Proceso enfermero en la paciente con cáncer de mama en el área psicosocial

A partir de la documentación bibliográfica, se propone abordar los patrones funcionales de la siguiente manera.

6.1 Valoración por patrones disfuncionales

La valoración en el proceso de enfermería es una etapa con gran relevancia pues representa la base fundamental para la recolección de datos del paciente que darán pauta para reconocer su estado de salud actual, por lo que resulta imprescindible realizar una correcta valoración del paciente y así identificar problemas de salud o posibles riesgos en las pacientes. La valoración de la paciente con cáncer de mama en el área psicosocial representa una herramienta fundamental con la cual se busca conocer el estado de salud de la paciente en esta área y como es que sobrellevan la situación que están presentando. Es bien sabido que el cáncer de mama ocurre en mujeres en etapa productiva desde madres, hermanas, hijas, primas entre otros y que por consiguiente causa un gran revuelo en su vida, por ello, la importancia de conocer cuales factores son los que influyen en su cuidado en relación a lo psicosocial y cuál es el manejo que le dan al padecimiento, del que se desprende diversos problemas de salud que agraven su estado de salud de la persona o permitan obtener una buena calidad de vida. En el caso de presentar ansiedad o depresión en la paciente con cáncer de mama, el personal de enfermería debe ser capaz de identificar y valorar signos que pueden identificar si se agrava el estado de salud de la paciente o datos de mejoría, de esta manera el personal de enfermería puede realizar modificaciones a su plan de cuidados. Por lo que resulta importante realizar una valoración focalizada con el objetivo de identificar alteraciones en uno o varios patrones disfuncionales, que brinden datos específicos sobre problema de salud del paciente.

A continuación, se presentan los puntos a considerar durante la valoración de enfermería.

Percepción- Manejo de la salud

En el patrón de Percepción- Manejo de la salud la valoración está enfocada a la búsqueda e identificación de factores de riesgo para el desarrollo de Ansiedad o Depresión en relación a la edad, antecedentes patológicos y no patológicos y el uso de fármacos ansiolíticos.

Auto percepción- autoconcepto

En el patrón auto percepción- autoconcepto la valoración está enfocada en la imagen corporal y el autoconcepto que tenga la paciente con cáncer de mama en relación a las respuestas emocionales internas y externas como lo refiere Roy.

Rol- relaciones

En el patrón rol-relaciones la valoración está enfocada en la familia entre ellos la pareja quien a lo largo del proceso puede ir presentando diversos sentimientos, pensamientos y conductas; que varían de acuerdo a la gravedad del cáncer. El impacto psicológico en el cónyuge se manifiesta en estrés, aislamiento social y emocional; se encuentra confundido, angustiado, además de sentirse inútil por no saber cómo ayudar a su compañera, llevándolo a apreciarse impotente, con presencia de miedos y culpas; llega a presentar agotamiento físico y emocional, actitudes negativas, depresión, auto descuido en todas sus áreas personales, que a la larga lo llevarán a enfermarse.

Adaptación- tolerancia al estrés

En el patrón de adaptación- tolerancia al estrés está enfocada en como las pacientes con cáncer de mama reaccionan ante su enfermedad y analizar la posible existencia

de relaciones entre diferentes niveles o formas de afrontamiento: cogniciones, conductas y respuestas emocionales.

Valores- creencias

En el patrón de valores y creencias está enfocada en los valores religiosos y espirituales que son importantes en las pacientes que hacen frente al cáncer, la espiritualidad y la religión pueden tener distintos significados y las enfermedades graves como el cáncer pueden causar sufrimiento espiritual.

PATRÓN PARA VALORAR	¿QUE VALORAR?
Percepción- manejo de la salud	<p>Motivo de la consulta actual: la forma de aparición de los síntomas y signos, molestias o dolor en las mamas, masas o bultos, secreción del pezón, agrandamiento mamario en hombres; y su variación durante el tiempo o con el ciclo menstrual.</p> <p>Antecedentes familiares: si existen neoplasias familiares es importante, tomar nota del grado de parentesco y la edad de aparición.</p> <p>Antecedentes médicos: valorar si existen alergias medicamentosas, enfermedades crónicas, medicación que toma habitualmente. Si ha habido algún cambio o introducción de medicación reciente, algunos fármacos como los anticonceptivos, anti psicóticos y antidepresivos pueden producir síntomas mamarios.</p> <p>Antecedentes quirúrgicos: además de las cirugías no mamarias, anotar si ha habido alguna cirugía de la mama, incluidas las biopsias (edad de realización y resultado) y plastias (de aumento, vía de abordaje, tipo de prótesis).</p> <p>Antecedentes ginecológicos: antecedentes menstruales, edad de la</p>

	<p>menarquía, fecha de la última menstruación (FUR), regularidad del ciclo, edad y fecha de la menopausia. Edad del primer hijo, número de partos, lactancia materna y duración. Tratamientos con anovulatorios y tratamiento hormonal sustitutivo (THS).</p>
Auto percepción- autoconcepto	<p>Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Piel y mucosas ligeramente deshidratadas. Se aplica crema hidratante corporal a diario. Apariencia muy cuidada. Realiza un cuidado exhaustivo y adecuado de la cicatriz tras la cirugía. Manifiesta ligero enrojecimiento e irritación de la piel tras la radioterapia.</p> <p>Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse: No alterado. Totalmente autónoma.</p> <p>Percepción que mantiene durante la enfermedad, es decir, su autoestima como va influyendo en su tratamiento.</p>
Rol- relaciones	<p>Como se comunica con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Al principio encaja la enfermedad con rabia e ira. Durante el tratamiento alterna periodos de negatividad, dolor y tristeza con otros de actitud más positiva. Manifiesta necesitar apoyo continuo por parte de</p>

	<p>su familia y tiene miedo de que le pase algo, aunque es consciente de que se encuentra en muy buenas manos y que el diagnóstico precoz de la enfermedad es clave.</p>
<p>Adaptación- tolerancia al estrés</p>	<p>El manejo que le da la paciente con cáncer de mama durante las diferentes etapas de la enfermedad, desde el diagnóstico, tratamiento y recuperación.</p>
<p>Valores- creencias</p>	<p>Como vivir de acuerdo con las propias creencias y valores: cristiana practicante, refiere que rezar y creer en Dios le ayuda en los momentos más difíciles.</p>

6.2 Principales diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes

Principales diagnósticos de enfermería en pacientes con cáncer de mama en el área psicosocial

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad

Etiqueta diagnóstica Ansiedad	La ansiedad es una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.
Factor relacionado Individuos en el periodo perioperatorio	Con relación al indicio y estado de ansiedad en mujeres con cáncer de mama, investigaciones demuestran que las mujeres reaccionan con ansiedad en diversas fases. En el momento inmediato tras el diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres presentan alto nivel de ansiedad. Sin embargo, en el periodo pre y posoperatorio se presentan indicio y estado de media ansiedad. Mujeres mastectomizadas que toman tamoxifeno también tienen nivel medio de indicio y estado de ansiedad.
Características definitorias Expresa angustia Expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida Expresa pavor intenso	

Llorando
Expresa inseguridad
Desamparo
Disminución de la productividad
Insomnio
Estado de ánimo irritable
Nerviosismo
Agitación psicomotora
Contacto visual disminuido
Mayor cautela
Comportamiento de escaneo
Enfocado en uno mismo

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad por la muerte

<p>Etiqueta diagnóstica</p> <p>Ansiedad por la muerte</p>	<p>Los trastornos psicopatológicos más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer son la ansiedad, depresión y los trastornos del sueño. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar en cuáles casos la intervención psicológica junto con la terapia farmacológica podría dar mejores resultados (Mystakidou et al., 2005). Igualmente, la ansiedad, la fatiga y los trastornos de sueño se han reportado frecuentemente en la literatura científica como efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama (Williams & Schreier, 2005).</p>
<p>Factor relacionado</p> <p>Discusiones sobre el tema de la muerte</p>	
<p>Características definitorias</p> <p>Expresa profunda tristeza</p> <p>Expresa miedo a la soledad</p> <p>Expresa miedo al dolor relacionado con la muerte</p> <p>Expresa miedo a un proceso de muerte prolongado</p> <p>Expresa miedo a separarse de sus seres queridos</p> <p>Expresa miedo al sufrimiento relacionado con la muerte</p>	

Expresa miedo al proceso de morir
Expresa miedo a lo desconocido
Expresa impotencia
Informa pensamientos negativos relacionados con la muerte y el morir
Expresa preocupación por el impacto de la muerte de una persona en otras personas importantes.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz

<p>Etiqueta diagnóstica</p> <p>Afrontamiento ineficaz</p>	<p>El cáncer de mama es el tipo de tumor más frecuente en la mujer tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.</p> <p>Las mujeres con cáncer de mama tienen que enfrentarse a nuevas situaciones, lo que supone un gran impacto emocional. Este impacto se debe a las representaciones que se tienen de la enfermedad, la incertidumbre que se genera en las mujeres y el efecto en la vida personal, familiar y social. Es probable que la mujer se tenga que someter a procedimientos quirúrgicos y tratamientos farmacológicos y radiológicos que afectan su estado de salud, afectan su autoconcepto, los roles que desempeñan y la forma de relacionarse con otras personas.</p> <p>Para evaluar el afrontamiento y la adaptación ante situaciones como la que viven las mujeres con cáncer de mama, existen diferentes abordajes teóricos, pero específicamente en la</p>
--	---

	<p>disciplina de Enfermería está el Modelo de Adaptación de Callista Roy, cuyo propósito es evaluar estos procesos mediante instrumentos como la escala de medición de la capacidad de afrontamiento y adaptación (CAPS), para el planteamiento, elaboración e implementación de estrategias innovadoras en el cuidado de enfermería.</p>
<p>Factor relacionado Confianza inadecuada en la capacidad de lidiar con una situación</p>	
<p>Características definitorias Respuesta afectiva alterada Atención alterada Patrón de comunicación alterado Comportamiento destructivo hacia uno mismo Fatiga Capacidad deficiente para satisfacer las necesidades básicas Resolución de problemas inadecuada Habilidades inadecuadas para la resolución de problemas Capacidad deficiente para cumplir con las expectativas del rol Comportamiento de riesgo</p>	

Reporta ciclo de sueño-vigilia alterado
Enfermedad frecuente
Dificultad para organizar la información
Discapacidad para pedir ayuda

Problema interdependiente: Depresión

PI: Depresión	<p>Las emociones negativas derivadas del diagnóstico de cáncer son consideradas un factor ambiental que altera el medio interno y produce estrés en el paciente, lo cual induce una serie de reacciones bioquímicas con el propósito de hacer frente a las demandas del organismo. Se ha descrito la participación y la combinación de factores tanto genéticos como ambientales que, en gran medida, han sido los causantes de la liberación de sustancias como catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), hormona adenocorticotropina (ACTH), cortisol, hormona del crecimiento y prolactina, las cuales inducen cambios cualitativos, como la supresión, maduración y diferenciación en las células del sistema inmune, y cuantitativos, como el aumento de citocinas e interleucinas séricas, que en conjunto inducen el crecimiento tumoral. De igual manera, la mala regulación de neurotransmisores por determinadas estructuras anatómicas, como el hipocampo asociado a la distimia, el córtex asociado al comportamiento emocional e incluso la disminución del factor neurotrófico derivado del cerebro</p>
---------------	---

	<p>(BDNF), de cuya concentración depende la respuesta al estrés, han sido relacionados como factores desencadenantes para la aparición de síntomas depresivos en el paciente oncológico.</p>
--	--

6.3 Priorización de los diagnósticos de enfermería por valores profesionales

Dentro de la etapa de planeación es en donde se realiza una priorización de los problemas encontrados en los pacientes, por lo que se propone la siguiente priorización de los diagnósticos de enfermería que se pueden encontrar en las pacientes con cáncer de mama en el área psicosocial de acuerdo a valores profesionales. Como diagnostico prioritario se encuentra el diagnostico de “Ansiedad” posteriormente el diagnostico de “Ansiedad por la muerte” y el diagnostico de “Afrontamiento ineficaz”. El diagnostico de “Temor” se integró dentro del valor profesional de búsqueda del bienestar como los otros 3 diagnósticos priorizados.

Valor profesional	Diagnóstico de enfermería
Protección a la vida	
Prevención y alivio del sufrimiento	Ansiedad Ansiedad por la muerte Afrontamiento ineficaz Temor
Prevención y corrección de disfuncionalidad	
Búsqueda del bienestar	

6.4 Planes de cuidado de enfermería en el paciente con cáncer de mama en el área psicosocial

Los planes de cuidado obtenidos fueron los siguientes:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
NANDA	NOC	Indicadores	Escala	Puntuación Diana	
				M	A
Código: 00146 Dominio: 9 Clase: 2	Código: 1402 Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Autocontrol (O) Autocontrol de la ansiedad	*Monitoriza la intensidad de la ansiedad. *Busca información para reducir la ansiedad. *Planea estrategias para superar situaciones estresantes. Mantiene el desempeño del rol.	1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado	2	5
Ansiedad R/C individuos en el periodo perioperatorio m/p expresa angustia, expresa ansiedad por los cambios en los eventos de la vida, expresa pavor intenso.					

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)					
Intervención	Actividades			Fundamentación	
Apoyo emocional Código: 5270	Comentar la experiencia emocional con el paciente.			Los receptores sensoriales de la piel, son los encargados de transformar los estímulos del exterior en información que el cerebro interpreta. De esta manera, el ser humano percibe el dolor, la temperatura, el contorno, las dimensiones, la humedad y el peligro. Así mismo, un pequeño toque de otra persona nos puede hacer cambiar de opinión o un abrazo puede convertirse en la medicina que necesita nuestra alma para recomfortarse en situaciones de estrés o pérdida.	

	<p>Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</p>	<p>Su importancia se basa en el mensaje y en las circunstancias en las que se desarrolla y, como es lógico, en el caso de la comunicación entre oncólogo y paciente la responsabilidad de comunicación adquiere un grado máximo, además de una dificultad añadida por la carga afectiva que conlleva.</p>
	<p>Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</p>	<p>En el ser humano existen diferentes tipos de emociones, así como muchas definiciones que intentan explicar lo que son y representan las emociones en las personas. Pero no existe una clasificación única de las mismas, dándose diferentes grupos o dimensiones de las emociones.</p>
	<p>Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.</p>	<p>Las emociones representan un papel muy importante en los fenómenos sociales en los que están inmersos los seres humanos. El término “emoción” se refiere a un estado afectivo que aparece de manera inmediata como una reacción subjetiva o psicofisiológica a algún factor, bien sea</p>

		una persona, suceso, lugar, o un recuerdo como adaptación al entorno.
	Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.	Se puede definir a la seguridad emocional como un estado de ánimo, una sensación, una cualidad intangible, una vivencia subjetiva, que las personas anhelan como una necesidad primaria, que les permite mantener el control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamiento; ejercer su capacidad de decisión y juicio crítico; conservando su mundo de relaciones.
	Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.	Toda comunicación requiere dos protagonistas, emisor y receptor. Ambos tienen la misma importancia para que la comunicación sea posible y para que se consigan los resultados previstos. Las claves del éxito de la comunicación son el intercambio de ideas y sentimientos, ya sea a través de las palabras o de los gestos
Disminución de la ansiedad Código: 5820	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.	En Medicina, en general, y en la Oncología, en particular, la empatía es

		<p>sinónimo de la mejor comunicación médico-paciente. Y no es fácil, desde luego, alcanzar siempre ese acercamiento mental afectivo pues depende de muchos factores: perfil de la paciente, perfil y estado de ánimo del especialista, momento del proceso de la enfermedad, etc.</p>
	<p>Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p>	<p>Ser buen comunicador supone dominar una serie de técnicas y recursos para hacer el diálogo atractivo y eficaz.</p>
	<p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p>	<p>La información debe emitirse con los elementos suficientes para situar al oyente, sin aportar un exceso de datos que éste no pueda retener.</p>
	<p>Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p>	<p>Es importante cuidar la dicción, maneje un discurso fluido y con ritmo. Cuando las ideas a transmitir son complejas, como es habitual al hablar de las enfermedades oncológicas, se recomienda hablar más despacio para facilitar la comprensión. Por el contrario, cuando el tema es conocido o más superficial puede</p>

		hablarse más rápido.
	Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	La empatía facilita el cumplimiento terapéutico y resulta imprescindible para el correcto manejo de enfermedades graves como el cáncer. Cuando se produce una relación empática, tanto la paciente como sus familiares se sienten más confiados en la relación con su médico y se ven más motivados para hacer frente a su enfermedad y a los tratamientos que conlleva y que, en el caso de las enfermedades oncológicas, suelen ser duros.
	Crear un ambiente que facilite la confianza.	Existe una actitud que hace posible el respeto y la dignidad en la relación médico–paciente: la empatía. Ésta no consiste en “querer” al otro, pero sí en ponerse en su lugar y ser capaces de entender lo que siente

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NANDA	NOC	Indicadores	Escala	Puntuación Diana	
				M	A
Código:00147 Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés Clase: 2 Respuesta al afrontamiento	Código:1402 Dominio:Salud psicosocial Clase:Autocontrol (O) Autocontrol de la ansiedad	*Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad. *Elimina precursores de la ansiedad	1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado	2	4
Ansiedad ante la muerte R/Cdiscusiones sobre el tema de la muerte M/P expresa preocupación por la atención del cuidador, expresa miedo a una muerte prematura,					

expresa miedo al proceso de morir.					
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)					
Intervención	Actividades		Fundamentación		
Disminución de la ansiedad Código: 5820	Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico.		La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio.		
	Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.		Cada persona percibe y se adapta al entorno de una forma única y singular. Es misión de la enfermera dar soporte a los pacientes teniendo en cuenta cómo viven, sienten y afrontan este entorno y las circunstancias que determinan el proceso		

		de enfermedad.
	Crear un ambiente que facilite la confianza.	La confianza es una variable de la relación paciente-proveedor de salud que tiene un rol estratégico en los procesos terapéuticos. De ahí que sea fundamental considerarla como parte de la atención en salud, en especial como una instancia de colaboración y compromiso del paciente con su salud
	Establecer actividades recreativas encaminadas en la reducción de tensiones.	La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza caracterizada por ser anticipatoria, activadora y facilitadora, de la respuesta del individuo, pudiendo llegar a interferir en su capacidad para superar las dificultades, situación o entorno causantes si esta ansiedad es elevada y persistente.
Asesoramiento Código: 5240	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto.	La empatía, entendida como “comprensión del otro como sujeto de la experiencia”, suele identificarse como sinónimo de comunicación personal de

		salud – paciente.
	Demostrar empatía, calidez y sinceridad.	El profesional de la sanidad, que necesariamente se relaciona de forma habitual con pacientes, debe conocer los principios básicos, las técnicas y las habilidades adecuadas de la comunicación y actualizar esos conocimientos específicos para saber aplicarlos en diferentes circunstancias y con diferentes tipos de pacientes.
	Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.	La comunicación eficaz conlleva respeto, información, contenidos y coherencia en el discurso y en el mensaje. Además, un correcto flujo comunicativo implica, de forma inherente, la sensación de que el receptor de la información escucha, entiende y comparte.
	Favorecer la expresión de sentimientos.	Es preciso tener muy presente que, ante la enfermedad oncológica, la paciente tiene como referente de su situación al profesional que le atiende. Privacidad, sinceridad, contacto directo, aceptación

		<p>de que la enferma quiere saber, vocabulario adecuado, gradualidad en la transmisión de la información, evitar el tono distante o paternalista, aceptar las dudas y los temores de la paciente, comprobar que se ha entendido la información, ofrecer seguimiento para el futuro, aceptar que en ocasiones la paciente necesita compañía durante la consulta, razonar la respuesta ante preguntas difíciles o de imposible respuesta concreta, son algunos de los elementos a tener en cuenta en la comunicación médico–paciente.</p>
	<p>Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</p>	<p>No debe olvidarse nunca que la información es un derecho de la paciente, y esa información se recibe desde la comunicación con el profesional de la sanidad. La paciente debe ser partícipe del proceso de su enfermedad.</p>
	<p>Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.</p>	<p>Respecto a la forma de transmitir la información, los oncólogos consultados consideran que es más recomendable</p>

		que se produzca de forma gradual y matizan que todo depende de muchos factores, como la personalidad de la paciente. Asimismo, coinciden también en que es cada paciente quien marca la pauta de lo que realmente está dispuesto o quiere saber
--	--	---

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
NANDA	NOC	Indicadores	Escala	Puntuación Diana	
				M	A
Código: 00069 Dominio:9 Clase: 2	Código:1302 Dominio:Salud psicosocial Clase:Adaptación psicosocial Afrontamiento de problemas	Identifica patrones de superación eficaces Verbaliza sensación de control Refiere disminución de estrés Modifica el estilo de vida para reducir el estrés Se adapta a los cambios de desarrollo Adopta conductas para reducir el estrés	1-Nunca demostrado 2-Raramente demostrado 3-A veces demostrado 4-Frecuentemente demostrado 5-Siempre demostrado	2	5
Afrontamiento ineficaz R/C Confianza inadecuada en la capacidad de lidiar con una situación M/P patrón de comunicación alterado, resolución de problemas					

<p>inadecuada, capacidad disminuida para lidiar con una situación.</p>					
<p align="center">Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)</p>					
<p align="center">Intervención</p>	<p align="center">Actividades</p>		<p align="center">Fundamentación</p>		
<p>Apoyo espiritual Código: 5420</p>	<p>Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia terapéutica.</p>		<p>Su objetivo principal es ayudar a las mujeres a aprender a cómo sobrellevar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida relacionados con el cáncer, así como los tratamientos médicos que pueden resultar dolorosos y traumáticos.</p>		
	<p>Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales.</p>		<p>Algunas mujeres pueden enfocar el asunto en cómo explicar su enfermedad a los hijos o cómo afrontar la respuesta de su pareja. Esto debido a que permitirán generar redes de apoyo emocional.</p>		

	<p>Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.</p>	<p>El enfoque puede ser cómo controlar el estrés, la ansiedad o la depresión. Al enseñar a las pacientes estrategias para la resolución de problemas en un entorno de apoyo, los psicólogos pueden ayudar a las mujeres a lidiar con su dolor, miedo y otras emociones.</p>
	<p>Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.</p>	<p>El personal de salud puede ayudar a las mujeres a lograr ese objetivo y a enseñarlas a sobrellevar problemas como el temor a la reaparición de la enfermedad y la impaciencia respecto a problemas más comunes.</p>
<p>Apoyo emocional Código: 5270</p>	<p>Comentar la experiencia emocional con el paciente.</p>	<p>La necesidad de tratamiento psicológico puede no terminar cuando finaliza el tratamiento médico. De hecho, la recuperación emocional puede llevar más tiempo que la recuperación física y es a veces menos predecible. Si bien, la presión social para volver a la normalidad es intensa, las sobrevivientes del cáncer de mama necesitan tiempo para crear una nueva imagen de sí</p>

		mismas que incorpore la experiencia vivida y sus cambios corporales.
	Realizar afirmaciones empáticas de apoyo.	Una combinación de tratamiento individual y de grupo a veces funciona mejor. Sesiones individuales con un psicólogo autorizado para ejercer suelen recalcar la comprensión y modificación de los patrones de pensamiento y de conducta. El tratamiento psicológico de grupo con otras personas que tienen cáncer de mama les da a las mujeres la posibilidad de brindar y recibir apoyo emocional, y aprender de las experiencias de las demás.
	Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.	El tratamiento psicológico tiene además efectos indirectos en la salud física. Los investigadores saben que el estrés suprime la capacidad de protección personal del cuerpo. Lo que sospechan ahora es que la capacidad de afrontamiento que les enseñan los psicólogos puede realmente reforzar el sistema inmunológico.

	Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.	El personal de salud puede ayudar a las mujeres a participar plenamente en su tratamiento. El resultado es una mejor comprensión de la enfermedad y su tratamiento, así como una mayor disposición a hacer lo necesario para sanar nuevamente.
	Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.	Las investigaciones también sugieren que las pacientes que formulan preguntas y son activas con sus médicos obtienen mejores resultados de salud que las pacientes que aceptan pasivamente los programas de tratamiento propuestos. El personal de salud puede instruir a las mujeres para que realicen elecciones más informadas, a la luz de consejos a menudo conflictivos, y pueden ayudarlas a comunicarse más eficazmente con sus proveedores de atención médica.
	No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado.	Esto con el fin de evitar alteraciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama y con ello permitir que a su tiempo sobrelleve la situación por la que

		esté pasando y brindar la red de apoyo.
--	--	---

VII. Conclusiones

Todo lo anterior, permite concluir que es de vital importancia que se fortalezca desde el Proceso de Enfermería como instrumento fundamental para brindar cuidado de enfermería, comenzando con los docentes que se encargan de supervisar las prácticas de los estudiantes, afianzando previamente sus conocimientos sobre la aplicación de éste de forma conjunta, para hacer fácil la transición de la parte teórica del proceso a la práctica propiamente dicha, entendiéndolo como un instrumento necesario para el uso diario, que permite el registro por turnos de la labor de Enfermería.

Cabe también mencionar que es vital importancia conocer a la paciente con cáncer de mama, en todos sus aspectos, es decir, no solo debemos de basarnos en el diagnóstico, tratamiento y pos tratamientos a nivel fisiopatología, sino a nivel holístico, saber cómo sobrellevan la situación del inicio de la enfermedad y el tratamiento oportuno, desde un nivel espiritual, psicológico y el entorno, como lo llevan a cabo en el sector salud público y privado y las acciones que realizan para el manejo de esta enfermedad.

Las intervenciones que el personal de enfermería puede realizar con el fin de mejorarlas por medio del proceso cuidado enfermero y la influencia de mecanismos de acción que contribuyan al manejo de la enfermedad.

En la valoración pre quirúrgica es importante hacer mención, sobre como a través de ello, la enfermera quirúrgica al conocer los factores psicoemocionales de los pacientes, se pueden brindar intervenciones que permitan la estabilidad mental del paciente, para el cual, se dé el manejo oportuno en ellos.

VIII. Limitantes y sugerencias

Las limitantes para la realización de este documento, es el tiempo estipulado, ya que nos marca solamente menos de un año, y que con ello tenemos que hacer la presentación de un cartel, además de participar en conferencias para informar acerca de lo obtenido, además de contar con los recursos en cuestiones de tiempo para lograr asistir a instancias que nos permitan obtener resultados favorables de cómo mejorar la cuestión del proceso cuidado enfermero en área psicosocial en pacientes con cáncer de mama.

IX. Referencias bibliográficas

1. Boletín de práctica medica efectiva. Cáncer de mama. Secretaria de Salud. Octubre 2007. Link

https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_19.pdf

2. Murillo R, Díaz S, Perry F, Poveda C, Piñeros M, Sánchez O et al. Increased breast cancer screening and downstaging in Colombian women: A randomized trial of opportunistic breast-screening. *Int J Cancer*. 2016; 138 (3): 705-713. [[Links](#)]

3. Brouwers PJAM, van Werkhoven E, Bartelink H, Fourquet A, Lemanski C, van Loon J et al. Predictors for poor cosmetic outcome in patients with early stage breast cancer treated with breast conserving therapy: Results of the Young boost trial. *Radiother Oncol*. 2018; 128 (3): 434-441. [[Links](#)]

4. Pistilli B, Mazouni C, Zingarello A, Faron M, Saghatchian M, Grynberg M et al. Individualized prediction of menses recovery after chemotherapy for early-stage breast cancer: a nomogram developed from UNICANCER PACS04 and PACS05 trials. *Clin Breast Cancer*. 2019; 19 (1): 63-70. [[Links](#)]

5. Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. *The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001*. New York: Oxford University Press, 2006:45-93.

6. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. nov/dez 2004; 12 (6):933-9

Link <https://core.ac.uk/download/pdf/38820301.pdf>

7. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. Int J Nurs Studies 2009;1:1143-7. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011 Link <https://core.ac.uk/download/pdf/38820301.pdf>

8. Johnston B, McGill M, Milligan S, McElroy D, Foster C, Kearney N. Self-care and end of life care in advanced cancer: A literature review. Eur J Oncol Nurs 2009;13:386-98. Doi: 10.1016/j.ejon.2009.04.003

Link <https://core.ac.uk/download/pdf/38820301.pdf>

9. Giraldo-Mora CV, Arango ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. Inv Educ Enf 2009;27(2):191-200.

Link <https://core.ac.uk/download/pdf/38820301.pdf>

10. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO y Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015; 24(10): 1495-506.

Link <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Datos%20y%20cifras&text=Cerca%20de%20una%20de%20cada,com%20consecuencia%20de%20esa%20enfermedad>.

11. Boletín de practica medica efectiva. Cáncer de mama. Secretaria de Salud. Octubre 2007. Link <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/patient>

12. Risks and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA. 2002; 288: 321-333 Link https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/pme_19.pdf

13. T. Jiménez de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997. p.17. Link <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

14. <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/31/4/361.pdf>.
15. Guías del Cáncer en la Mujer: como vivir con cáncer. México. Ed: intersistema; 2005. p. 46. Link <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
16. La pareja humana: su psicología, sus conflictos, su tratamiento. México. Ed. Plaza y Valdés; 2001. p. 42. Link <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
17. Una oportunidad de vida. México: Ed. Norma; 2007. p. 92-94. Link <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
18. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfred.jsp?iCve=10611162011>. Link <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
19. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. Rev Cancerología 2009;4(1):39-46. Link <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>
20. Celis Chacón C, Gordillo Galindo CA. Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por cáncer de mama. Aten Primaria 2006; 37(3):173-174. Link <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2007/eim073c.pdf>
21. Ojeda-Soto, S, & Martínez-Julca, C. (2015). Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*. 5. 89. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf> [Links]
22. Instituto Nacional del cáncer. Link <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pro-pdq>

23. Asociación Norteamericana de Hospitales. Derecho del Paciente. Boletín OPS citado. 108: 642-644; 1990. Link <http://aebioetica.org/revistas/1998/2/34/246.pdf>

24. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

25. Diagnósticos de enfermería NANDA NIC NOC 2021 2023. Afrontamiento ineficaz. NANDA.2022. Disponible en <https://www.diagnosticosnanda.com/afrontamiento-inefectivo/>