



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN MUJERES
MASTECTOMIZADAS, EN UN CONTEXTO FAMILIAR

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO

MAESTRA EN ENFERMERÍA CON OPCIÓN TERMINAL
EN TERAPIA INTENSIVA

PRESENTA

Lic. en Enf. Liliana Inés Benhumea Jaramillo

DIRECTORA

Dra. en Ed. Lucila Cárdenas Becerril

REVISORAS

Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández

Dra. en Enf. Beatriz Arana Gómez

Toluca, México, febrero de 2018.



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia

Toluca, México, 1º de marzo de 2018

LIC. ENF. LILIANA INÉS BENHUMEA JARAMILLO
P R E S E N T E

Anticipándole un cordial saludo, por medio del presente me permito comentarle que su trabajo terminal de grado: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN UN CONTEXTO FAMILIAR" ha sido APROBADO por el Claustro Académico, por lo tanto, puede continuar con el proceso para sustentar su examen y obtener el Grado de Maestra en Enfermería en Terapia Intensiva.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para reiterarle mi alta y distinguida consideración.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"

DRA. EN A.D. ANDREA GUADALUPE SÁNCHEZ ARIAS
D I R E C T O R A



Facultad de Enfermería
y Obstetricia

c.c.p Expediente
AGSA/PCB/gmcd

Paseo Tollocan s/n esq. Jesús Carranza col.
Moderna de la Cruz, C.P. 50180,
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx





Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia


Toluca, México, 15 de febrero de 2018

DRA. EN A.D. ANDREA GUADALUPE SÁNCHEZ ARIAS
DIRECTORA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA, UAEM
P R E S E N T E

Por este medio me permito informarle, que en mi condición de DIRECTORA ACADÉMICA del Trabajo Terminal de Grado de la LIC. EN ENF. LILIANA INÉS BENHUMEA JARAMILLO, que ha concluido la revisión final, con el título: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN UN CONTEXTO FAMILIAR" otorgando mi voto aprobatorio para continuar los trámites correspondientes para la obtención del Grado de Maestra en Enfermería en Terapia Intensiva.

Sin más por el momento, agradezco de antemano la atención que se sirva dar al presente.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2018, Año del 190 Aniversario de la Universidad Autónoma del Estado de México"


DRA. EN ED. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL
DIRECTORA ACADÉMICA

c.c.p. Expediente

Paseo Tollocah s/n esq. Jesús Carranza col.
Maderna de la Cruz, C.P. 50180.
Toluca, Estado de México
Tel. (722) 2706270 / 2702357
feyo@uaemex.mx





Toluca, México, 15 de febrero de 2018

DICTAMEN DEL TRABAJO TERMINAL DE GRADO

Los profesoras integrantes de la COMISIÓN REVISORA del Trabajo Terminal de Grado titulado "INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN UN CONTEXTO FAMILIAR", que presenta la LIC. EN ENF. LILIANA INÉS BENHUMEA JARAMILLO, egresada del programa de Maestría en Enfermería en Terapia Intensiva 2016-2018, bajo la dirección de la DRA. EN ED. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL, una vez revisado y discutido, se ha considerado dictaminarlo como APROBADO, ya que reúne los requisitos exigidos para tal efecto.

ATENTAMENTE INTEGRANTES DE LA COMISIÓN REVISORA VOTOS APROBATORIOS


DRA. EN C.S. MARÍA DE LOURDES
GARCÍA HERNÁNDEZ


DRA. EN ENF. BEATRIZ ARANA
GÓMEZ



AGRADECIMIENTOS

*A ti padre Dios por permitirme llegar hasta donde estoy, gracias por acompañarme y sostenerme a cada instante para así poder lograr mis metas personales y profesionales, gracias por tanto amor. **Te Amo.***

*A mi esposo por acompañarme en este camino, por apoyarme y fortalecerme en todo momento; llenarme de ánimo y amor para poder cumplir con este sueño. **Te Amo Erick.***

*A mis padres por ser un motivo para seguir creciendo, por su apoyo incondicional y porque siempre han llenado de amor, oración y fe mi camino, para poder conseguir lo que me propongo de la mejor manera y con la bendición de Dios. **Los Amo con todo mi corazón Inés y Felipe.***

*A mi hermano y a mi cuñada por ser un ejemplo a seguir y enseñarme que todo es posible cuando se hace con amor y de la mano de Dios, gracias por su apoyo y ánimos para seguir adelante. **Los Amo hermanos Luis y Sara, Dios los siga bendiciendo.***

*A mis dos princesas por llenarme de amor y ganas para seguir creciendo y ser un gran ejemplo para ustedes, gracias por su amor y su alegría, ya que eso es motivo para saber que todo sacrificio vale la pena. **Las amo muchísimo mis angelitos Alondra y Zaira.***

*A ustedes por su apoyo incondicional y sus correcciones, no sólo académicas, sino también personales para poder conseguir esta meta, y seguir creciendo para ser un mejor ser humano, gracias por su tiempo y sus enseñanzas, porque sin ellas esto no hubiera sido posible. **Los quiero muchísimo Lucila y Josafat.***

*A la Dra. en C.S. María de Lourdes García Hernández y Dra. en Enf. Beatriz Arana Gómez, por su apoyo constante e incondicional como revisoras de mi tesis, sin su apoyo este logro no sería posible. **Gracias, Dios las bendiga siempre.***

*A ti amiga y hermana por tu aliento y acompañamiento para seguir adelante, gracias por estar no sólo en mis logros, sino también en mis fracasos, gracias por formar parte de mi vida. **Te quiero Cristi.***

Índice	Pág.
Introducción	
Planteamiento del problema	14
Justificación	17
Objetivos	19
Supuesto	20
Metodología	21
Capítulo Mujer mastectomizada por cáncer	
1) Tratamiento	31
a) Cirugía	33
b) Radioterapia	34
c) Quimioterapia	37
e) Terapia hormonal o endocrina	39
2) Terapia psicológica cognitive	40
a) Estructuras, procesos y resultados cognitivos	41
b) Esquemas	41
c) Creencias	42
d) Pensamientos automáticos	43
e) Método terapéutico	45
f) Características	46
g) Estrategias y técnicas	48
3) Mastectomía	49
4) Efectos secundarios	51
a) Físicos	51
b) Psicoemocionales	59
c) Conductuales	62
d) Espirituales	64
Capítulo II Cuidados de enfermería a mujeres mastectomizadas	
1) Teorías y modelos de enfermería	68

2) Teoría del Cuidado Humano. Jean Watson	68
3) Cuidados de enfermería	75
Capítulo III Programa de intervención de enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a sus familias	79
Capítulo IV Análisis, interpretación y discusión de resultados	
1) Diagnóstico	96
2) Intervención	106
3) Evaluación	112
Conclusiones	118
Sugerencias	121
Fuentes de información	123
Anexos	129

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el incremento de nuevas enfermedades crónicas ha impactado en las personas alrededor del mundo. Los métodos que se han empleado para combatirlas cada vez son más agresivos en la vida del ser humano. Se ha puesto importante interés en desarrollar tecnologías que disminuyan la incidencia de diferentes enfermedades, sin embargo, también es importante desarrollar y proveer a las poblaciones de habilidades que fomenten un mejor cuidado de la salud, no sólo para prevenirla, sino también para llevar un mejor control sobre éstas.

El cáncer se ha vuelto de suma importancia, debido a que desde hace varias décadas, es una enfermedad que a nivel mundial es un problema de Salud Pública (Organización Mundial de la Salud, 2008). En México, el cáncer de mama ha logrado impactar de manera epidemiológica, pues es considerada como la segunda causa de muerte entre las mujeres (Martínez, et al., 2014:53). El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), destacó que la primera causa de muerte en mujeres de 20 años y más es el cáncer de mama y cervicouterino, esto indica que el cáncer de mama es un problema de gran importancia y que requiere de atención específica y capacitación de personal profesional de salud para detectar, tratar y afrontar de manera oportuna, si se piensa en la preservación, productividad y calidad de la vida de las pacientes (INEGI, 2015: s/p).

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizado por un crecimiento anormal y desordenado de las células, causado tanto por factores externos (tabaco, químicos, radiaciones, organismos infecciosos) como de factores internos (hormonas, condiciones inmunes y mutaciones que ocurren a causa del metabolismo). Estos factores pueden actuar juntos o en secuencia para iniciar o promover la carcinogénesis. Dentro del panorama mundial, el cáncer ha destacado de entre las enfermedades crónico-degenerativas por sus altos índices de morbilidad y mortali-

dad, lo que ha provocado, entre otros factores, que se convierta en un problema de salud pública.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido y algunas veces forman un bulto, también llamado tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia estriba en que los primeros están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir tejidos circundantes y difundirse a otras partes del cuerpo; en cambio los tumores malignos están conformados por células de aspecto anormal, capaces de invadir tejidos cercanos y difundirse a otras partes del cuerpo (Tirado, et al., 2003:10).

El Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), es un hospital de tercer nivel de atención en donde se atienden a más de 18 mil pacientes, de los cuales el 70% son mujeres y el 30% son hombres. Desde el año 2005 al 2016 se han atendido a 1720 mujeres de cáncer de mama y 812 con cáncer cervicouterino, así como 600 varones que han presentado cáncer de próstata, seguidos por 313 con cáncer de testículo. La incidencia de cáncer de mama es muy alta. Cabe hacer mención que de 861 pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización, de enero a octubre de 2016, 296 son pacientes con cáncer de mama mastectomizadas en estadios II, III y IV, que requieren de acompañamiento para afrontar su enfermedad de una manera positiva, por tanto, deben ser atendidas inmediatamente por el estadio en el que llegan solicitando la atención hospitalaria, sin tener tiempo de una preparación psicológica para llegar a una aceptación para la extirpación de una mama (Centro Oncológico Estatal ISSEMyM, 2016).

La cirugía es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos se puede hablar de una mastectomía

uní o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación. Dicha mutilación genera diferentes conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de la mujer, de su femineidad y de su capacidad reproductora; es por eso que ante la pérdida de un seno las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una persona presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta (Fernández, 2004:172).

Por estas razones el siguiente trabajo de investigación tuvo como objetivos:

- Identificar los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, en el Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM.
- Impartir un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia.
- Evaluar los resultados de la aplicación de un programa educativo y de acompañamiento para el restablecimiento de la salud integral de las mujeres mastectomizadas, en un marco familiar.

La contribución de la presente investigación de enfermería es fortalecer un cuidado directo y holístico a las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, para su reincorporación a la vida familiar y social de una manera asertiva.

La investigación que se presenta es de tipo exploratorio de diagnóstico e intervención, el enfoque teórico es constructivista, el método está referido a la fenomenología, con base en el tratamiento de la información se empleó la metodología cualitativa, por el análisis e interpretación de los datos. El universo de estudio fueron mujeres que mantengan un diagnóstico de cáncer de mama y que hayan requeri-

do de un tratamiento quirúrgico como lo es la mastectomía, la población que participó en el estudio se seleccionó a conveniencia, siendo 5 mujeres y sus familias de la institución hospitalaria ya mencionada. Se llevó a cabo en tres fases: diagnóstico, intervención y evaluación, las cuales se presentan a continuación.

Fase de diagnóstico: Se identificaron los aspectos que influyen en el estado emocional de las mujeres con cáncer de mama, que han sido mastectomizadas, tales como: físicos, psicoemocionales, conductuales y espirituales.

Fase de intervención: Se realizó la impartición de un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia.

Fase de evaluación: se analizaron los resultados de acuerdo a lo planeado en la construcción del programa y se aplicó un pos-test, realizando los ajustes necesarios para fortalecer la implementación del programa de manera continua e institucional.

Para desarrollar el marco de referencia se construyeron cuatro capítulos: en el primero se abordaron aspectos relacionados con la Mujer mastectomizada por cáncer, donde se mencionan sus principales tratamientos, haciendo énfasis en la mastectomía, Terapia Psicológica Cognitiva y los efectos secundarios en relación a los tratamientos. En el Capítulo II, Cuidados de enfermería a mujeres mastectomizadas, se hace énfasis en el cuidado de enfermería mediante la aplicación de la "Teoría del Cuidado Humano" de Jean Watson, tomando en cuenta que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, y la aplicación de su teoría en el cuidado de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. El capítulo III contiene el Programa de

intervención de enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a sus familias, se describe el programa mediante tres módulos: en el primero se define el cáncer de mama, mastectomía, efectos secundarios del tratamiento y complicaciones; en el segundo módulo se expone autoestima, motivación, afrontamiento y autonomía, en el tercer módulo, se hace referencia a proceso de duelo, acompañamiento familiar, terapia de rehabilitación y proceso de solución de problemas.

Por último, en el capítulo IV Análisis, interpretación y discusión de resultados, los cuales se exponen de acuerdo a las etapas de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad que puede requerir de diversas alternativas de tratamiento. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica (Granados, et al., 2010:1). Actualmente la incidencia de cáncer de mama ha aumentado, es por ello que se ha considerado un problema de salud emergente y de atención primaria; de acuerdo a las estadísticas que expone la Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que cada año fallecen 458 mil mujeres por cáncer de mama, actualmente la incidencia de este tipo de cáncer es similar en países desarrollados y en vías de desarrollo (OMS, 2014: s/p). Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), describe que la detección de esta neoplasia es en más de 408 mil mujeres y se estima que para 2030, se elevará un 46% más en América Latina y el Caribe (OPS, 2012: s/p). En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), resalta que la primera causa de muerte en mujeres de 20 años y más es el cáncer de mama y cervicouterino, esto indica que el cáncer de mama es un problema de gran importancia y que requiere de atención específica y capacitación de personal profesional de salud para detectar, tratar y afrontar de manera oportuna, si se piensa en la preservación, productividad y calidad de la vida de las pacientes (INEGI,2015:s/p).

El cáncer de mama es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células en la glándula mamaria. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Esta enfermedad de tipo crónico afecta a los diferentes ámbitos de la vida de una persona, como lo es el aspecto físico, psicoemocional, conductual y espiritual, teniendo repercusión en el trabajo y las relaciones interpersonales, principalmente por el tipo de tratamiento

al que la paciente se tiene que exponer, los tratamientos pueden ser: locales y sistémicos; en cuanto a los primeros destacan: la cirugía (mastectomía radical o conservadora) y la radioterapia; y entre los segundos se encuentran: la quimioterapia, medicina nuclear y los tratamientos hormonales, utilizados fundamentalmente en etapas tempranas de la enfermedad, tienen como finalidad disminuir la probabilidad de recaída e incrementar la esperanza de vida.

Como toda enfermedad amenazante para la vida de las personas, el cáncer de mama supone una situación de estrés en las mujeres que lo padecen, desde un punto de vista físico como psicoemocional, puesto que además de tener que enfrentarse a la enfermedad y sus tratamientos, las mujeres han de adaptarse a cambios referidos a su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva la pérdida de una mama pos-mastectomía (Sebastián, et al., 2007: 138). Este procedimiento quirúrgico y el diagnóstico de cáncer desencadenan depresión, ansiedad y un descontrol en su estado emocional, considerándose que el diagnóstico de cáncer y el retiro de una mama mediante un procedimiento quirúrgico no refieren un gran pronóstico para las pacientes.

Es importante señalar que el Centro Oncológico Estatal del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), es un hospital de tercer nivel de atención, en donde se atienden a más de 18 mil pacientes, de los cuales el 70% son mujeres y el 30% son hombres. Desde el año 2005 a la fecha se han atendido 1720 mujeres con cáncer de mama y 812 con cáncer cervicouterino, así como 600 casos de cáncer de próstata, seguidos por 313 con cáncer de testículo, la incidencia de cáncer de mama es muy alta motivo por el cual se tiene la necesidad de atender el cuidado e intervenciones de este padecimiento. Cabe hacer mención que de 861 pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización de enero a octubre de 2016, 296 son pacientes con cáncer de mama mastectomizadas en estadios II, III y IV, que requieren de acompañamiento para afrontar su enfermedad de una manera positiva, son pacientes que deben ser atendidas inme-

diatamente por el estadio en el que llegan solicitando la atención hospitalaria, sin tener tiempo de una preparación psicológica para llegar a una aceptación por la extirpación de una mama (Centro Oncológico Estatal ISSEMyM, 2016).

Por ello es importante el diseño de estrategias que apoyen a disminuir los factores que afecten a la paciente con cáncer de mama mastectomizadas, permitiendo un mejor afrontamiento mediante un programa de intervención educativa de enfermería que apoye el acompañamiento a estas mujeres en su padecimiento, por profesional altamente capacitado, favoreciendo que se empoderen en el cuidado y recuperación y así poder tener una calidad de vida.

Este trabajo de investigación aborda la problemática antes descrita, en una institución hospitalaria de tercer nivel de subespecialidad que es el Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM, donde aún no se tienen evidencias documentadas sobre la importancia del acompañamiento de enfermería en las mujeres mastectomizadas de manera integral, por lo que se trata de resolver la problemática mediante un proceso de diagnóstico, intervención y evaluación, dando solución a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en el estado emocional de la mujer mastectomizada?, ¿La Impartición de un programa educativo de intervención en enfermería, dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia, fortalece su estado emocional y su recuperación? y ¿El programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia disminuye las complicaciones posteriores al tratamiento y fortalece su autoestima?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente se diagnostican un gran número de casos de cáncer en el mundo, con las nuevas tecnologías en el área de la salud y específicamente en el área oncológica, se enciende una luz de esperanza para los pacientes que padecen de esta enfermedad.

Existen opciones de tratamiento para el cáncer de mama, las cuales son: cirugía, radioterapia, quimioterapia y medicina nuclear con fines curativos, de control o paliativos, que permiten el cuidado integral del paciente, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad; demandando de parte del profesional de enfermería conocimientos científicos específicos, además de una formación especializada para su desempeño en las diferentes áreas relacionadas con la atención de este tipo de pacientes. El efecto de los procedimientos y tratamientos es devastador para las personas con cáncer de mama y su familia, no solamente desde el punto de vista físico y psicológico; sino en todas las esferas del ser humano; actualmente se ha visto de parte del equipo interdisciplinario de salud un incremento en el interés por las dimensiones de calidad de vida del paciente oncológico; dada la aparición de insatisfacciones manifestadas por las pacientes; en cuanto a la mejora de la atención de estos aspectos y no solamente los relacionados con el ciclo biológico de la enfermedad.

Por lo tanto, es necesario identificar y analizar a través de un estudio de diagnóstico, intervención y evaluación los factores que influyen en el estado emocional de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, para valorar más allá del aspecto clínico enfocado sólo a la enfermedad, y estimulando con ello el acompañamiento del profesional de enfermería, que permitirá educar y fortalecer el empoderamiento no sólo del paciente y la familia, favoreciendo un mejor apoyo en el seguimiento de su padecimiento, además de fomentar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama; teniendo en cuenta las dimensiones

de calidad de vida, como son físicas, psicoemocionales, conductuales y espirituales de las pacientes que padecen este tipo de enfermedad, independiente de su tratamiento y del estado de evolución, con el fin de favorecer la calidad de vida del paciente e iniciar actividades que puedan ser llevadas a la práctica por los profesionales de enfermería que cuidan a las pacientes oncológicas, y que favorezcan el empoderamiento de este tipo de pacientes y sus familia.

Es importante señalar que existen estudios previos que se han llevado a cabo dentro del Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM (COE). En el 2014 se construyó el “Programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria”, en el cual se enuncia la importancia de la capacitación de la paciente y su familia para evitar complicaciones asociadas a su tratamiento; otro es el “Programa Educativo, como intervención de enfermería; en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama y cervicouterino”, donde se explica la importancia del tema de sexualidad para el paciente oncológico, en relación a su recuperación y el restablecimiento de su salud, además de un Programa de intervención educativa en enfermería, a pacientes con tratamiento de quimioterapia, que ingresan al servicio de atención médica continua, por enunciar algunos, como referencia a las pacientes con cáncer de mama y las diferentes modalidades de tratamiento, donde se ha visualizado el estado emocional de la paciente con cáncer de mama mastectomizada, y las necesidades que demanda, destacando la de educación y acompañamiento por el equipo de salud, principalmente el profesional de enfermería, la familia y su pareja, esto es el motivo principal para llevar a cabo este estudio e impartir un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia, mediante visitas domiciliarias y de manera dinámica, fortaleciendo su estado emocional y la reincorporación a su núcleo familiar y social, favoreciendo la calidad del cuidado de una manera humanista y holística, mejorando el desenvolvimiento en diferentes áreas como: científica laboral y social.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Identificar los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, en el Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM.
- Impartir un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia.
- Evaluar los resultados de la aplicación de un programa educativo y de acompañamiento para el restablecimiento de la salud integral de las mujeres mastectomizadas, en un marco familiar.

Objetivos específicos

- Jerarquizar las necesidades de cuidado y acompañamiento de la mujer mastectomizada y su familia, con la finalidad de lograr un restablecimiento integral de salud.
- Elaborar y desarrollar un programa de intervención en enfermería, que responda a las necesidades detectadas en la mujer mastectomizada y en su familia.
- Identificar los cambios y resultados de la estructura del programa educativo y de acompañamiento.

SUPUESTO

Las mujeres mastectomizadas que reciben una intervención educativa de enfermería dentro de su contexto familiar, aumentan su valor como personas y cambian su estado emocional, afrontando la vida con valor.

METODOLOGÍA

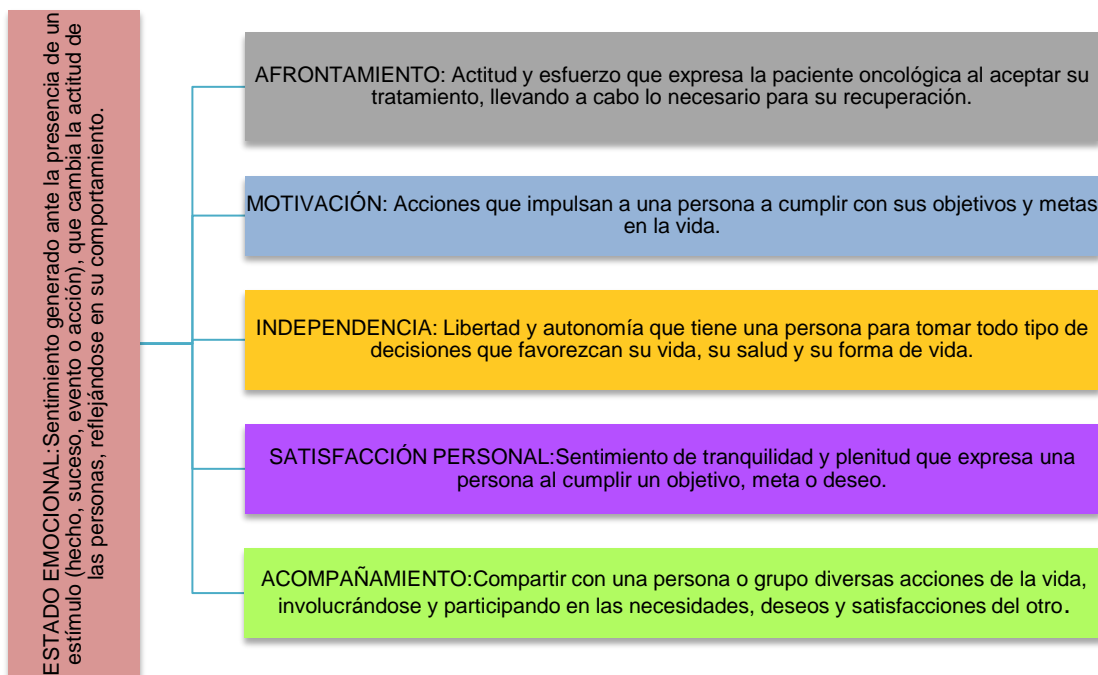
La investigación es de tipo exploratorio de diagnóstico e intervención, el enfoque teórico es constructivista, el método está referido a la fenomenología, con base en el tratamiento de la información se empleó la metodología cualitativa, por el análisis e interpretación de los datos, pertenece a la línea de investigación el cuidado de enfermería y el paradigma social de la educación en la salud.

Se realizó el registro de protocolo de tesis, el 11 de mayo del 2017 en la Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México, con número de registro: MEFTIN- 0217 (anexo no.1).

El estudio se llevó a cabo en el Centro Oncológico Estatal (COE) del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). Se efectuó mediante tres fases: diagnóstico, intervención y evaluación, las cuales se presentan a continuación.

Fase de diagnóstico

Se inició con la construcción del marco de referencia, a través de la selección y consulta de diversas fuentes de información y bases de datos, permitiendo la formulación de los núcleos temáticos que se presentan y describen a continuación:



Fuente: elaboración propia; enero 2017

Estos núcleos se utilizaron para identificar los aspectos que influyen en el estado emocional de las mujeres con cáncer de mama que han sido mastectomizadas, para su recuperación tales como: físicos, psicoemocionales, conductuales y espirituales.

El universo de estudio fueron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y que hayan requerido tratamiento quirúrgico como lo es la mastectomía. La población se seleccionó a conveniencia, cinco (5) mujeres y sus familias de la institución hospitalaria ya mencionada. La razón por la que no se seleccionaron más pacientes es por la falta de presupuesto, tiempo y la distancia que existe con cada una de las participantes.

Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama mastectomizadas.
- En un rango de edad de 25 a 60 años.

- Que tuvieran no más de un año con el procedimiento quirúrgico.
- Que quisieran participar en la investigación.
- Que el familiar estuviera dispuesto a recibir las visitas domiciliarias.
- Que firmaran el consentimiento informado.
- Que estuvieran dispuestas a recibir educación para la salud, tanto el usuario como la familia.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres con un rango menor de edad al señalado.
- Que no aceptaran las visitas domiciliarias.
- Que no quisieran participar en la investigación.
- Que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Que alguna de las partes no estuviera dispuesta a recibir educación para la salud.
- Que los instrumentos empleados para recolectar la información no se respondiesen en un 100%.
- Que tuvieran cáncer de mama pero que no hayan pasado por un tratamiento quirúrgico.

Se empleó el método deductivo-inductivo, la técnica de recolección de datos fue la encuesta, mediante una guía de entrevista semiestructurada, conformada por 10 preguntas abiertas dirigidas a identificar cuáles son los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas. El primer acercamiento con las pacientes se tuvo en la institución hospitalaria, donde se identificaron y se les pidió su apoyo para la investigación, explicándoles los objetivos y la propuesta de intervención, una vez aceptada la participación se programó una cita en su domicilio para la aplicación de la entrevista y la firma del consentimiento informado (anexo no.2), se utilizó una bitácora de campo para llevar un registro de los comentarios, reacciones, actitudes y expresiones

corporales de cada una, que fueron de gran ayuda para el análisis y la interpretación de los resultados, toda vez que no siempre lo que se dice es congruente con lo que se piensa o se manifiesta de manera no verbal, se contó también con un cuadro de datos sociodemográficos para mantener un control de la población de estudio (anexo no.3).

El análisis, interpretación y discusión de la información se llevó a cabo después de la transcripción literal de las entrevistas (anexo no.4), mediante los núcleos temáticos y el marco teórico, así mismo se clasificaron las entrevistas por números E-1 (entrevista 1), hasta E-5 (entrevista 5). Enseguida, se seleccionaron los resultados que, desde el punto de vista de la investigadora, fueron mayormente significativos para ilustrar de manera objetiva lo dicho por las entrevistadas con respecto a los objetivos del estudio. Los resultados fueron construidos a partir de la interacción de los elementos teóricos, empíricos y metodológicos, así como la visión, experiencia y conocimiento de la investigadora, a través de un análisis y razonamiento minucioso del contenido; observando que las pacientes requieren de acompañamiento familiar y del personal de salud para afrontar su enfermedad y la pérdida de un pecho, ya que de no ser así presentan deterioro físico, psicológico y emocional, favoreciendo con ello la presencia de complicaciones en su recuperación.

La presente investigación se rigió por el principio de la Declaración de Helsinki en lo referido a la custodia y protección de datos. Así mismo, este estudio se encuentra apegado a lo establecido en el Art. 20 y 21 del reglamento de la Ley General de Salud, respetando los aspectos éticos de la investigación y la libre elección del participante, considerado como una investigación sin riesgo.

Fase de intervención

Después de realizar la fase de diagnóstico, se inició la planeación y construcción del programa educativo en relación a los resultados obtenidos, el cual se presenta en el capítulo III, con el siguiente contenido.

- **Módulo uno:** definición de cáncer de mama, definición de mastectomía, efectos secundarios y complicaciones.
- **Módulo dos:** autoestima, motivación, afrontamiento y autonomía.
- **Módulo tres:** proceso de duelo, acompañamiento: unión familiar, proceso de solución de problemas, terapia de rehabilitación y apoyo interdisciplinario.

En esta fase se implementó una cédula de recolección de datos en la cual se llevó el control de las visitas domiciliarias (anexo no.5), además de plasmar la temática del programa educativo, se realizó también la aplicación del pre-test (anexo no.6), para la correcta evaluación del proyecto antes de iniciar las visitas domiciliarias y un post-test al término de las visitas domiciliarias, para evaluar el beneficio que ha tenido la paciente y la familia de acuerdo a su estado emocional (anexo no.7).

La aplicación del programa consistió en la asistencia al domicilio de la paciente en el horario y fecha que estableció, indicando el espacio a utilizar para proporcionar la capacitación a la propia usuaria y a sus familiares que estuvieron presentes. Para la interacción se emplearon presentaciones en power point, trípticos y dinámicas que favorecieron la orientación, educación y guía en cada uno de los tres módulos, donde la paciente y su familia fueron quienes marcaron la pauta para cada una de las exposiciones de acuerdo a sus necesidades.

En el primer módulo se les dio a conocer el programa, los objetivos, las metas y se presentaron los asistentes. En las sesiones se integraron los familiares de la usua-

ria con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomizada, tales como hijos, esposo, hermanos, amigos y vecinos. Posteriormente se aplicó el pre-test, para identificar la mejora en la etapa de evaluación. Una vez terminado este procedimiento se inició con la temática programada, empezando con cáncer de mama, donde se dio a conocer: definición, exploración mamaria y exámenes diagnósticos, mediante una presentación en power point y la entrega de trípticos (anexo no.8), mastografía (anexo no.9) y un esquema de exploración mamaria (anexo no.10). Una vez terminada la exposición se realizó una lluvia de ideas que permitió la resolución de dudas que surgieron en el transcurso de la capacitación, donde las pacientes y los familiares se interesaron mucho en los ejercicios de rehabilitación, para prevención de complicaciones. En esta sesión se programó la terapia de rehabilitación para el módulo tres.

En el segundo módulo se agregaron algunas especificaciones en relación a las personas que podrían asistir a esta sesión, dando a conocer a las pacientes la finalidad de que las personas que las acompañaran fueran sólo familiares, ya que en esta sesión se buscó darles un espacio a cada una para que pudieran desahogarse, expresando todos esos sentimientos que aún pudieran hacerles daño o limitar su recuperación, al dar inicio se dio a conocer de igual manera el objetivo a alcanzar y los temas a exponer, iniciando con una presentación en power point de autonomía, donde se explicó su definición, sus características y la relación que tiene con la autoestima, motivación y afrontamiento, para poder llevar a un buen término su recuperación y favorecer con ello su empoderamiento y el de su familia, permitiendo con esto la toma de decisiones encaminada al restablecimiento de su salud, física y emocional. En este módulo se entregó un tríptico de autoestima para complementar la sesión (anexo no.11).

Posteriormente se llevó a cabo una dinámica llamada “Un paseo por el bosque”, con el objetivo de favorecer su reconocimiento y el de su familia, fortaleciendo el amor propio y el de las personas que las rodean, mejorando con ello la confianza y

la comunicación en el núcleo familiar. La dinámica consistió en dibujar un árbol, con raíces, ramas, hojas y frutos, se les pidió que en las raíces escribieran las cualidades positivas que cada una cree tener, en las ramas las cosas positivas que hacen y en los frutos los éxitos o triunfos que tienen, todo ello relacionado con la paciente.

Una vez terminado el ejercicio se les pidió que escribieran su nombre y sus apellidos en medio del dibujo y que compartieran sus dibujos, se les solicitó que se hablará del árbol en primera persona, como si fuesen ellas y ellos el árbol, enseguida se colocaron los árboles en el pecho, de forma que el resto del grupo pudiera verlos, y así dieron “Un paseo por el bosque”, de modo que cada vez que encontraran un árbol deberían de leer en voz alta lo que estaba escrito en el dibujo, diciendo “Tú eres...teniendo para ello no más de 5 minutos, posterior a esto unos a otros podían añadir “raíces” y “frutos” que considere importantes, para dar a conocer al otro el reconocimiento de cada una en su familia, para terminar la actividad se realizaron preguntas como: ¿Cómo se sintieron durante el paseo por el bosque?, ¿Cómo se sintieron cuando alguien ha dicho sus cualidades en voz alta?, ¿Cómo se sintieron después de esta actividad?, destacando respuestas que motivaban a las pacientes. Una vez concluida la dinámica se realizó la técnica de la papa caliente, donde se preguntaron acerca de los temas ya expuestos para fortalecer el conocimiento y resolver dudas, se les recomendó leer el libro “Recupera la ilusión”, de María Jesús Álava Reyes, para seguir fortaleciéndose, se les explicó que éste es un trabajo continuo y que requiere del acompañamiento de la familia para que puedan salir adelante.

Para concluir, en el tercero y último módulo se procedió a exponer lo referente al proceso de duelo, definición, características, complicaciones, etcétera y lo relacionado al duelo patológico; de igual manera, con una presentación de power point, se buscó identificar si las pacientes reconocen sus fallas en este proceso, se reiteró la importancia del acompañamiento como un pilar fundamental para el afronta-

miento de este tipo de enfermedad y la recuperación de la calidad de vida. En esta sesión se realizó una dinámica llamada proceso de solución de problemas, donde se realizaron acciones en un círculo, por orden de prioridad, para definir un problema, identificar causas, buscar soluciones, valorar soluciones, elegir soluciones, planificarlas, ponerlas en marcha y revisar los resultados de las mismas, esa técnica fortaleció la comunicación al favorecer la expresión de las pacientes con su familia, exponiendo situaciones que estaban guardadas desde mucho tiempo atrás, que obstruían su proceso de aceptación.

El ejercicio permitió hacer más fácil la exposición de esos sentimientos que lastimaban a cada una de las pacientes, favoreciendo la búsqueda de soluciones y herramientas que mejoran su sentir en ese momento, es importante mencionar que se explicó que esa no es una técnica que funcione en un sólo día, es algo que tienen que llevar a cabo a diario para evitar guardar sentimientos que dañen la salud de su familiar, el objetivo fue alcanzado, se fomentó la conexión entre paciente y familia para así poder eliminar esos sentimientos que no le permiten sanar.

Al término de la dinámica se inició con la terapia de rehabilitación, se entregaron pelotitas de goma, costalitos de semillas y palos de escoba, para llevar a cabo ejercicios que mejoren la actividad del miembro torácico afectado y a su vez mejore la postura y el dolor, se realizaron 5 ciclos de ejercicios en el espacio seleccionado por la paciente, para identificar y corregir acciones que deteriore la salud de la paciente por una inadecuada técnica, se capacitó a los familiares sobre la técnica correcta y el tiempo para realizar cada uno de los ejercicios y se le pidió al cuidador primario que revisara continuamente que las actividades específicas sean hechas como corresponde. Una vez terminada la terapia de rehabilitación se resolvieron dudas que surgieron en relación con las actividades, tiempo, la fuerza y la frecuencia, las pacientes y sus familiares presentaron mucha iniciativa y participación en todo momento.

Es importante señalar que las pacientes y familiares tiene muchas dudas en relación con la alimentación y con aspectos psicológicos para mejorar el estado emocional, se gestionó con compañeros y amigos una visita integrada por una psicóloga, un nutriólogo y quien esto escribe. Se realizó una intervención interdisciplinaria al final del tercer módulo, donde el nutriólogo expuso los requerimientos nutricionales esenciales para la recuperación de la paciente, en relación a tratamientos adicionales posteriores a la cirugía, se les explicó acerca de los alimentos que deben quedar fuera de su alimentación por los riesgos de crecimiento de la células cancerígenas, la psicóloga tuvo el acercamiento con dos familias para resolver situaciones que aún no podían aceptar, teniendo buena aceptación e interacción. Se les entregó un tríptico con las especificaciones de su alimentación (anexo no. 12), para un mejor seguimiento y otro de proceso de duelo (anexo no.13).

Fase de evaluación

Al término de los tres módulos se aplicó el post-test para la evaluación del programa y se cerró con el agradecimiento final al apoyo de cada una de las 5 familias, se dejaron datos personales para cualquier duda en relación a la salud de cada una de las pacientes.

Una vez aplicado el programa educativo, se analizaron los resultados de acuerdo a lo planeado en la construcción del programa y con referencia a los resultados que arrojó el post-test, para identificar el conocimiento acerca de su patología y el cambio en el estado emocional de las pacientes y su familia. Así mismo se realizaron los ajustes necesarios para fortalecer la implementación del programa de manera continua e institucional.

Es importante destacar que el horario programado para cada uno de los módulos no fue suficiente, así como las fechas de las visitas se tuvieron que ajustar de acuerdo a las necesidades de las pacientes y sus familiares, el programa de inter-

vención debe de ser continuo y permanente ya que las pacientes requieren de atención especializada que permita llevar de manera correcta su recuperación. De igual manera se realizaron ajustes en la planeación del programa, a partir de las observaciones y sugerencias que las pacientes y su familia realizaron durante la intervención. Se agregaron dinámicas, visitas y herramientas que permitieron llevar a buen término el proceso de intervención.

CAPÍTULO I

MUJER MASTECTOMIZADA POR CÁNCER

“Si pudiéramos ser educados dejando al margen lo que la gente piense o deje de pensar, y teniendo en cuenta sólo lo que en principio es bueno o malo, ¡Qué diferente sería todo!”

(Florence Nightingale).

En la práctica de enfermería, el cáncer es un término genérico empleado para referirse a más de un centenar de enfermedades distintas, con epidemiología, origen, factores de riesgo, patrones de diseminación, respuesta al tratamiento y pronóstico diversos. Para el profesional de enfermería el cáncer representa un desafío cuando se trata de devolver la salud al ser humano, visto desde otro ángulo, el cáncer es un problema de salud emergente y de salud pública, ya que causa una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos.

1) **Tratamientos**

Los tratamientos que en la actualidad se ocupan para el manejo de cáncer de mama se otorgan a través de un equipo multidisciplinario integrado por enfermeras especialistas, médicos especialistas en diferentes áreas de tratamiento contra el cáncer, como cirugía, radio oncología u oncología médica, trabajando en conjunto para crear un plan de tratamiento integral para la paciente. Al equipo de atención a la paciente con cáncer también se integran diversos profesionales de la salud, incluidas enfermeras de oncología, trabajadores sociales, farmacéuticos, nutriólogos, entre otros.

Es importante señalar que la biología y el comportamiento del cáncer de mama influyen en el plan de tratamiento a elegir. Las opciones y recomendaciones de tratamiento son muy personalizadas y dependen de varios factores, entre los que destacan:

- El estadio del tumor.
- El subtipo de tumor, que incluye el estado de los receptores de hormonas (ER, PR) y el estado del HER2.
- Los marcadores genómicos.
- La edad de la paciente, el estado de salud general.
- La presencia de mutaciones conocidas en los genes heredados del cáncer de mama, como *BRCA1* o *BRCA2* (Granados, M., Herrera, A., 2010: 706).

Tanto en el caso de carcinoma ductal in situ DCIS como en el cáncer de mama invasivo en estadio temprano, los médicos por lo general recomiendan cirugía para extirpar el tumor. A fin de asegurarse de extirpar todo el tumor, el cirujano también extirpará una pequeña área de tejido normal que rodea al tumor.

Aunque el objetivo de la cirugía es extirpar todo el cáncer visible, pueden quedar células microscópicas, ya sea en la mama o en otra parte del cuerpo. Para los cánceres más grandes o para aquellos que crecen más rápidamente, los médicos pueden recomendar un tratamiento sistémico con quimioterapia o una terapia hormonal antes de la cirugía, que se denomina terapia neoadyuvante.

Las mujeres que pueden haber necesitado una mastectomía podrían someterse a una cirugía conservadora de la mama si el tumor se reduce antes de la cirugía. Después de la cirugía, el siguiente paso en el control del cáncer de mama en estadio temprano consiste en reducir el riesgo de recurrencia y eliminar cualquier célula cancerosa restante. Estas células cancerosas son indetectables, pero se cree que son las responsables de la recurrencia local y distante del cáncer.

El tratamiento que se administra después de la cirugía se llama terapia adyuvante. Las terapias adyuvantes incluyen radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida o terapia hormonal. La necesidad de la terapia adyuvante depende de la posibilidad de que queden células cancerosas en la mama o en el cuerpo o de que un trata-

miento específico funcione para tratar el cáncer. Si bien la terapia adyuvante disminuye el riesgo de recurrencia, no necesariamente lo elimina.

a) Cirugía

A pesar de los avances en campos como la radioterapia, quimioterapia y terapias biológicas, la cura de la mayoría de los pacientes se debe a la cirugía. Se estima que la resección produce 62% de las curaciones, la radioterapia 25% y la quimioterapia 4%, mientras que la combinación de tratamientos agrega un 9%. La cirugía oncológica desempeña papeles importantes en la terapéutica del cáncer, que incluyen la profilaxis, el diagnóstico, la evaluación de la extensión de la enfermedad, el control del tumor primario, la reconstrucción y el tratamiento de las complicaciones.

En ausencia de enfermedad sistémica, la escisión quirúrgica es un tratamiento eficaz de las neoplasias sólidas. En presencia de enfermedad metastásica, pero en casos seleccionados, la cirugía controla el volumen tumoral y puede prolongar la supervivencia. La decisión del proceso quirúrgico exige conocimientos profundos de la evolución natural del tumor y patrón de diseminación. Además, debe equilibrar el beneficio potencial con la morbilidad.

No obstante todas las condicionantes mencionadas, la cirugía no es una modalidad desarticulada. El tratamiento del cáncer requiere un enfoque interdisciplinario que conjunta al cirujano oncólogo, oncólogo médico y radioterapeuta, ya que la combinación de tratamientos correcta y sincronizada suele representar una terapéutica aditiva o sinérgica más efectiva. En consecuencia, el cirujano oncólogo no sólo conoce el potencial del tratamiento quirúrgico, sino también la manera en que la quimioterapia y radioterapia se usan para favorecer el éxito de la terapia. De este modo, la cirugía oncológica es una disciplina bien definida de la cirugía gene-

ral que se enfoca en el cuidado de la enferma de cáncer (Granados, M., Herrera, A., 2010: 706).

b) Radioterapia

La radioterapia (también llamada terapia de radiación), es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. La radioterapia mediante su función permite, en dosis altas, que la radiación destruya células cancerosas o hacer lento su crecimiento. La radioterapia se usa para:

- **Tratamiento del cáncer:** la radiación puede usarse para curar el cáncer, para impedir que regrese o para detener o hacer lento su crecimiento.
- **Alivio de los síntomas del cáncer:** la radiación puede usarse para reducir un tumor, para tratar el dolor y otros problemas causados por el tumor. Puede aminorar los problemas que pueden ser causados por un tumor en crecimiento, como dificultad para respirar o falta de control de los intestinos y de la vejiga.

La radioterapia no destruye de inmediato las células cancerosas. Se llevan días o semanas de tratamiento antes de que las células cancerosas empiecen a morir. Luego, las células cancerosas siguen muriéndose semanas o meses después de terminar la radioterapia (Bruce, A. et al., 2008: 519).

La radioterapia se clasifica en dos que son:

Radioterapia de haz externo: este es el tipo más común de tratamiento con radiación. Administra la radiación desde una máquina que está ubicada fuera del cuerpo. Si es necesario, puede tratar grandes áreas del cuerpo. La máquina que se usa para generar el haz de radiación se llama acelerador lineal o "linac". Unas computadoras con un software especial ajustan el tamaño y la forma del haz.

Además, dirigen el haz de modo que apunte al tumor sin tocar el tejido sano cercano a las células cancerosas. La radioterapia de haz externo no lo hará radioactivo.

Entre los tipos de radioterapia de haz externo se incluyen las siguientes:

- **Radioterapia conformacional tridimensional (3D-CRT):** como parte de este tratamiento, unas computadoras especiales generan imágenes tridimensionales detalladas del cáncer. El equipo de tratamiento usa estas imágenes para apuntar la radiación con más precisión. De esta forma, pueden usar dosis más altas de radiación a la vez que reducen el riesgo de dañar el tejido sano. Una serie de estudios ha demostrado que la radioterapia conformacional tridimensional puede reducir el riesgo de efectos secundarios. Por ejemplo, puede limitar el daño en las glándulas salivales, que causa sequedad en la boca, cuando los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se someten a la radioterapia (Bruce, A. et al., 2008: 520).
- **Radioterapia de intensidad modulada (IMRT):** este tratamiento dirige mejor la dosis de radiación en el tumor que la 3D-CRT, ya que varía la intensidad del haz. Comparada con la 3D-CRT, la radioterapia de intensidad modulada protege mejor al tejido sano frente a la radiación.
- **Terapia con haz de protones:** en lugar de rayos X, este tratamiento usa protones para tratar algunos tipos de cáncer. Los protones son partes de los átomos que, con alta energía, pueden destruir las células cancerosas. Al dirigir los protones contra un tumor, se reduce la cantidad de radiación enviada al tejido sano cercano, con lo cual disminuye el daño en este tejido. Como esta terapia es relativamente nueva y requiere equipos especiales, no está disponible en todos los centros médicos. Los beneficios potenciales de la terapia con protones, en comparación con la IMRT, no se han establecido para algunos tipos de cáncer, como el de próstata.

- **Radioterapia estereotáctica:** este tratamiento administra una dosis alta y precisa de radiación hacia un área de tumor pequeña. Dada la exactitud de este tipo de tratamiento, el paciente debe permanecer muy quieto. Para limitar sus movimientos, se utilizan sostenes para la cabeza o moldes corporales individuales. Aunque esta terapia a menudo se administra como un único tratamiento, algunos pacientes pueden necesitar varios tratamientos de radiación.
- **Radioterapia interna:** este tipo de tratamiento de radiación también se conoce como braquiterapia. El material radioactivo se introduce en el cáncer propiamente dicho o en el tejido que lo rodea. Estos implantes pueden ser temporarios o permanentes, y pueden requerir que el paciente pase un período en el hospital. Los implantes permanentes son como pequeñas semillas de acero, del tamaño de un grano de arroz, que contienen material radioactivo. Estas cápsulas se introducen en el cuerpo, en el lugar del tumor. Las semillas liberan la mayor parte de la radiación alrededor del área del implante. Sin embargo, puede liberarse un poco de radiación fuera del cuerpo del paciente. Esto significa que el paciente deberá tomar precauciones para proteger a otros de la exposición a la radiación mientras las semillas están activas. El implante pierde su radioactividad con el paso del tiempo, pero las semillas inactivas permanecen dentro del cuerpo.

En el caso de los implantes temporarios, la radiación se libera a través de agujas, es decir, de tubos que transportan líquidos dentro o fuera del cuerpo y que se denominan catéteres o aplicadores especiales. Estos implantes se conservan dentro del cuerpo durante un período determinado, que puede ir de algunos minutos a unos pocos días. La mayoría de los procedimientos con implantes temporarios liberan la radiación durante unos pocos minutos. Si los implantes temporarios van a usarse durante más tiempo, el paciente se queda en una habitación privada para limitar la exposición de terceros a la radiación.

La radioterapia adyuvante se recomienda para algunas mujeres después de la mastectomía, según la edad de la paciente, el tamaño del tumor, el número de ganglios linfáticos cancerosos debajo del brazo y el ancho del tejido sano circundante al tumor extirpado por el cirujano, el estado de ER, PR y HER2 y otros factores.

La radioterapia neoadyuvante es la radioterapia que se aplica antes de la cirugía para disminuir el tamaño de un tumor grande, lo que facilita su extirpación. Este método es muy poco frecuente y sólo se considera cuando un tumor no se puede extirpar mediante cirugía.

La radioterapia puede causar efectos secundarios, entre otros, fatiga, edema de la mama, enrojecimiento o decoloración/hiperpigmentación de la piel y dolor/ardor en la piel donde se aplicó la radiación, algunas veces con ampollas o descamación. En ocasiones muy raras, la radiación puede afectar una pequeña parte del pulmón y causar neumonitis, una inflamación del tejido pulmonar relacionada con la radiación. El riesgo depende del tamaño de la zona que recibió la radioterapia y esto tiende a sanarse con el paso del tiempo. En el pasado, cuando se utilizaban equipos y técnicas de radioterapia antiguos, las mujeres que recibían tratamiento contra el cáncer de mama del lado izquierdo del cuerpo tenían un leve aumento del riesgo de padecer enfermedad cardíaca a largo plazo. Ahora, las técnicas modernas pueden evitar que la mayor parte del corazón sufra daños provocados por los efectos de la radiación (Bruce, A. et al., 2008: 522).

c) Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, que actúa al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse, puede aplicarse en diversas vías, ya sea mediante vía oral, intravenosa, intratecal e intraósea y en cavidad, en un procedimiento quirúrgico.

La quimioterapia puede administrarse antes de la cirugía para reducir el tamaño de un tumor, lo que facilita la cirugía; es llamada quimioterapia neoadyuvante, también puede administrarse después de la cirugía para reducir el riesgo de recurrencia, llamada quimioterapia adyuvante y se puede aplicar también en la recurrencia del cáncer y en metástasis.

Los ciclos de quimioterapia o la programación de quimioterapia se realizan mediante la valoración clínica para un mejor beneficio del paciente. La quimioterapia adyuvante beneficia a las mujeres pre y posmenopáusicas, aunque el beneficio es mayor en las más jóvenes.

- En las mujeres menores de 50 años de edad la quimioterapia reduce el riesgo de recaída en 37% y la muerte en 30%. Esto resulta en 10% de mejoría absoluta en 15 años de supervivencia.
- En mujeres de 50 a 69 años de edad, la quimioterapia reduce el riesgo de recurrencia en 19% y la muerte en 12%. Esto resulta en mejoría absoluta en supervivencia de 3% a 15 años.
- En mayores de 70 años, son inciertos los beneficios de la quimioterapia porque pocos estudios incluyen a mujeres de esta edad.

En Estados Unidos de América y otras partes del mundo, se recomienda por lo general la quimioterapia adyuvante para mujeres con cáncer de mama y receptores hormonales negativos, en especial si tienen ganglios linfáticos positivos, tumores grandes u otros factores adversos.

También se recomienda la quimioterapia adyuvante en mujeres con cáncer de mama y ganglios positivos, independientemente del estado de los receptores hormonales. Es dudoso el beneficio por agregar quimioterapia a la terapia hormonal en mujeres con cáncer de mama con receptores hormonales positivos y ganglios linfáticos negativos (Bruce, A. et al., 2008: 524).

Los efectos colaterales agudos incluyen pérdida temporal del pelo, náuseas, vómito, fatiga, mucositis y diarrea. Las cardiomiopatías causadas por las antraciclinas son raras y son más frecuentes con dosis acumulativas altas del fármaco. Todos los agentes quimioterapéuticos son carcinógenos potenciales y rara vez pueden causar leucemias secundarias (Granados, M., Herrera, A., 2010: 709).

d) Terapia hormonal o endocrina

La terapia hormonal, también llamada terapia endocrina, es un tratamiento eficaz para la mayoría de los tumores que tienen un resultado positivo para los receptores de estrógeno o los receptores de progesterona, tanto en el cáncer de mama en estadio temprano como en el metastásico.

Este tipo de tumor usa hormonas para estimular su crecimiento. Bloquear las hormonas puede ayudar a prevenir la recurrencia del cáncer y la muerte por cáncer de mama cuando se utiliza en un estadio temprano de la enfermedad, ya sea como único tratamiento o después de la quimioterapia adyuvante o neoadyuvante.

La terapia hormonal se dirige a evitar que los estrógenos estimulen el crecimiento de células malignas para proliferar.

El cáncer de mama con receptores hormonales positivos (ER y/o PR) requiere estrógenos para crecer, mientras que los que son negativos para estos receptores no dependen de ellos para crecer. Por lo tanto, la terapia hormonal sólo es eficaz en cáncer de mama con receptores positivos.

Las terapias hormonales incluyen:

- Tamoxifeno: es un modulador selectivo de los receptores de estrógeno.
- Inhibidores de la aromatasa: sólo se usa en mujeres posmenopáusicas.

- En las premenopáusicas, la inhibición de la aromatasa resulta en retroalimentación reducida de estrógenos al hipotálamo y pituitaria, lo que conduce a secreción aumentada de gonadotropina, que estimula al ovario.
- Fulvestranto: es un antiestrógeno puro inyectable por vía intramuscular.
- Supresión o ablación de la función ovárica: vía remoción quirúrgica de los ovarios, radiación, o uso de análogos de hormona liberadora de la hormona luteinizante (p. ej., goserelina o leuprolida) (Granados, M., Herrera, A., 2010: 711).

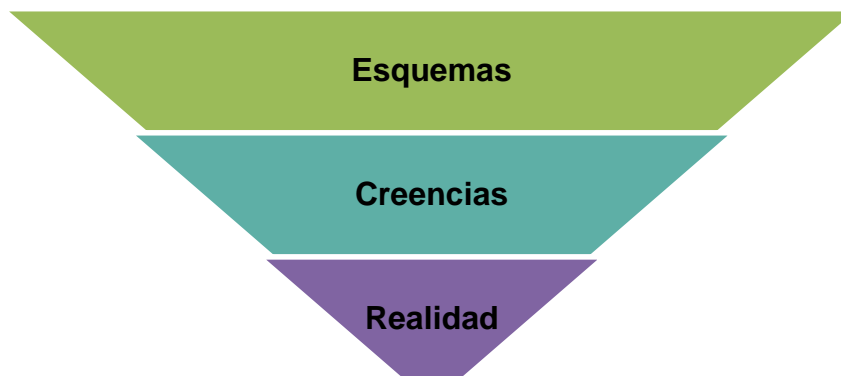
2) Terapia Psicológica Cognitiva

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano A. Beck (1967), sobre que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. Por ejemplo la persona depresiva se centra en pensamientos de escasa valía personal, desesperanza futura e incapacidad de manejar su vida y desarrolla una especial habilidad para hacer una "visión túnel", donde percibe con facilidad lo negativo de su vida e ignora o no aprecia otros aspectos más positivos o que le pueden ayudar a manejar su situación (Carmona, 2008: 50).

A nivel psicológico el trastorno de depresión es frecuente en los pacientes con cáncer ya que se relaciona con creencias de sufrimiento, muerte, cambios en el estilo de vida y efectos secundarios de los tratamientos. La terapia cognitiva suele ser una de las más utilizadas para tratar trastornos, tiene como objetivo fomentar pensamientos y conductas adaptativas que promuevan una actitud positiva para afrontar la enfermedad.

a) Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso.



Fuente: elaboración propia, octubre 2017

b) Esquemas

El concepto de esquema es clave para todas las líneas cognitivas, fue utilizado originalmente por Barlett (1932), para referirse a procesos relacionados con la memoria, también fue mencionado posteriormente por Piaget (1951) y Neisser (1967), lo definieron como la estructura responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción; luego fue reformulado y ampliamente utilizado por Beck (1979).

Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Los esquemas también fueron definidos como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan (Camacho, 2003:4).

El autor refiere que todas las personas contamos con una serie de esquemas que nos permiten seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido para nosotros, a su vez también posibilita identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que llevaremos a la acción.

Los esquemas se asumen en un continuo que va en cada persona de lo activo a lo inactivo y de lo modificable a lo inmodificable. En función de la valencia decimos que los esquemas que están siempre activos son hipervalentes y aquellos que lo hacen en situaciones particulares son latentes. Los esquemas son adaptativos y van tomando su forma mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio, a partir de allí y de los determinantes genéticos se van constituyendo las pautas propias de los mismos.

Primeramente tuvieron un fuerte sentido adaptativo intentando la supervivencia tanto psicológica como física de la persona, pero en algunos casos las formas que se utilizaron para sobrevivir en una época son utilizadas de manera automática, rígida y desadaptativa en cualquier situación, lo que puede llegar a ocasionar trastornos psicológicos severos.

c) Creencias

Las creencias son los contenidos de los esquemas, las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas. Se puede definir a las creencias como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Existen diferentes tipos de creencias, clásicamente hablamos de:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: Yo soy varón.
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Ej.: La vida siempre te da una segunda oportunidad.
- Creencias periféricas o secundarias
- Creencias centrales o nucleares

Las creencias nucleares constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e inmovibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. En cambio las periféricas o secundarias son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad (Camacho, 2003:6).

d) Pensamientos automáticos

En general se dice que el pensamiento se relaciona con el flujo de la conciencia y que tiene tres elementos:

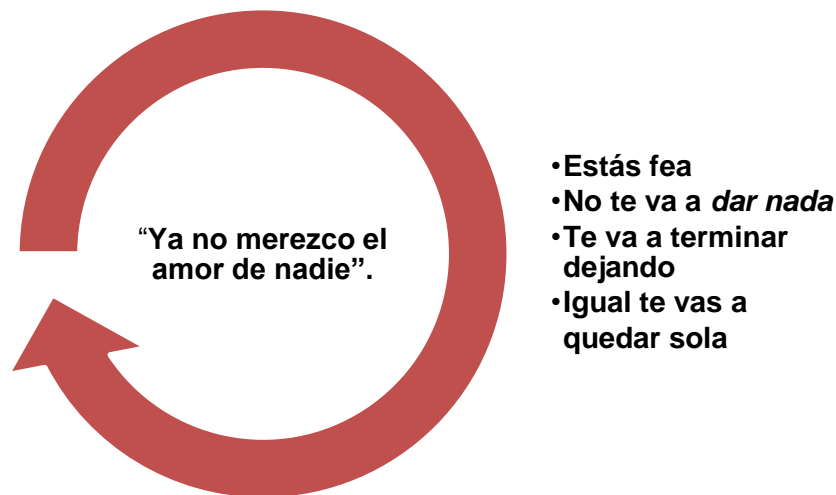
- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad del pensamiento.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente.

En el caso de los pensamientos automáticos, éstos se definen por su carácter impuesto, son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso; se les atribuye una certeza absoluta, por eso no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto. En general son breves, tele-

gramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos.

Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias. Ya que en general las personas no son plenamente conscientes de sus creencias, pero sí lo son o lo pueden llegar a ser de sus pensamientos automáticos.

Por ejemplo un pensamiento automático podría ser el de la mujer mastectomizada frente a su esposo que se dice: “Estás fea”, “No te va a *tocar*”, “Igual te vas a quedar sola” o “Te va terminar dejando”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “Ya no merezco el amor de nadie”.



Fuente: elaboración propia, octubre 2017

La Psicoterapia Cognitiva trabaja con esos diálogos internos que todos tenemos, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos, este fenómeno que ya sorprendió a los griegos es responsable de muchas de las cosas que nos pasan, tanto las buenas como las malas. Al repetirnos tantas veces los

mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico (Carmona, 2008: 55).

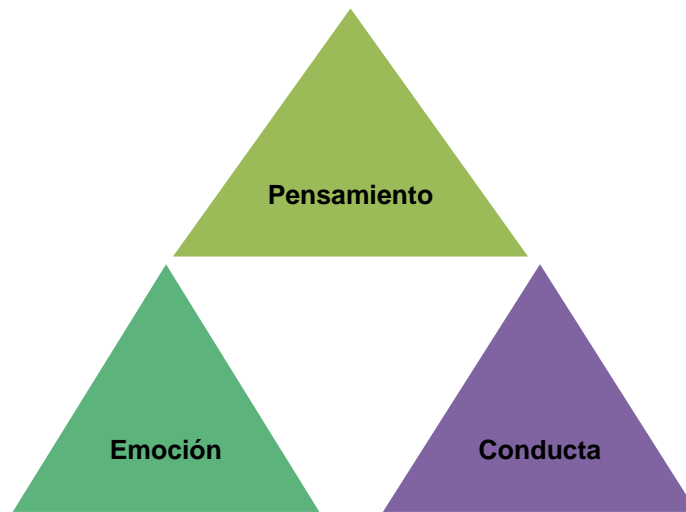
e) El método terapéutico

La Psicoterapia Cognitiva se caracteriza por ser un tratamiento:

- Activo: ya que terapeuta y paciente cumplen ambos roles activos en la terapia.
- Directivo: el terapeuta es el que dirige mediante sus intervenciones dicho tratamiento.
- Estructurado: existen ciertos pasos a seguir para la realización del mismo.
- Con tiempos limitados: se planifica el trabajo terapéutico acotando el mismo a cierto período de tiempo.

La Psicoterapia Cognitiva es un procedimiento que se desarrolló originalmente para tratar la depresión, pero actualmente se establecen diseños que permitieron tratar otros trastornos y diversas problemáticas humanas.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976). El esquema básico de la Terapia Cognitiva puede ser graficado como un triángulo en donde en cada vértice podemos ubicar a los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción.



Fuente: elaboración propia, octubre 2017.

Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca pero ésta no debe ser entendida como una acusación, por ejemplo: la paciente depresiva que se dice (pensamiento): “No sirvo para nada”, esto probablemente lo haga sentirse angustiada (emoción) y seguramente esto hará que lllore, se tire en la cama, intente suicidarse (conductas), al verse así corroborará su creencia inicial: “No sirvo para nada”.

Cuando estos elementos están presentes basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que todo se active. Recordemos que las creencias las personas las construyen a partir de experiencias y procesos cognitivos particulares, por eso la Terapia Cognitiva se valdrá de estos mismos elementos para el trabajo clínico. El terapeuta junto con el paciente tratará de crear experiencias para contrastar sus creencias (Camacho, 2003:9-11).

f) **Características**

- **Aceptación:** el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida.

- **Autenticidad:** el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico, la falta de honestidad por parte del mismo dificulta el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si uno como terapeuta va a decir algo agradable sólo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo, la franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta.
- **Empatía:** con este término se hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, si bien esto puede ser difícil en muchos casos, se trata de ser receptivo con el sufrimiento del otro, tampoco es algo mimético que hace que uno esté en el lugar del otro realmente, sino simplemente que pueda resonar internamente, comprender y acompañar en el padecimiento al paciente.

Beck, en 1977, concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto. Existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión:

La Tríada Cognitiva

El paciente depresivo presenta alteración en los patrones cognitivos que lo inducen a tener una:

- **Visión negativa de sí mismo:** se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Pien- sa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- **Visión negativa de sus experiencias:** considera las relaciones con el me- dio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede

enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.

- **Visión negativa del futuro:** tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista (Carmona, 2008: 58).

El primer componente hace referencia a la visión de la paciente hacia sí misma, el segundo hace referencia a la interpretación negativa que el paciente hace de la mayoría de sus experiencias, refiriendo esto especialmente a concebir un mundo negativo, y por último el tercer componente se refiere a la visión negativa de su futuro, y por tanto éste se vislumbra siempre con fracasos, dificultades y sufrimientos.

g) Estrategias y técnicas

Existen diferentes estrategias y técnicas para llevar a cabo la intervención a partir de la terapia cognitiva, las cuales se utilizan con el fin de proporcionar a la paciente diversas alternativas, que permitan la organización de su información de manera lógica, y exista claridad, tanto para el terapeuta como para la paciente, acerca de la interpretación de la realidad que está haciendo la paciente, las cuales pueden organizarse en tres grupos que son:

- **El empirismo colaborativo:** establecimiento de un equipo de trabajo entre el terapeuta y la paciente, con el fin de examinar y corroborar con soporte. Por tanto, el trabajo se basa en el contraste de la realidad con tales creencias.
- **El dialogo socrático y la disputa verbal:** guía e inducción que realiza el terapeuta al paciente, en el reconocimiento de las inconsistencias lógicas de sus formulaciones, atacando y examinando los supuestos que

el paciente señala, teniendo en cuenta que esto se realiza de manera cálida y empática.

- **El descubrimiento guiado:** aquí el terapeuta lleva al paciente a que genere experiencias comportamentales o psicológicas con el fin de que descubran aspectos relevantes de su personalidad, lo cual se hace a partir de una investigación o autoevaluación de experiencias de las pacientes. Así el descubrimiento guiado consiste en mantener una actitud de crecimiento por medio de experiencias nuevas, cada vez más enriquecedoras que permitan el cuestionamiento de sí misma (Carmona, 2008:62-64).

Esta terapia nos permite mantener un acercamiento con la paciente e incorporar a la familia de acuerdo a las necesidades detectadas, la paciente con cáncer de mama mastectomizada sufre un descontrol emocional que puede terminar en depresión cuando no se tiene el acercamiento, una terapia de apoyo psicológico que fortalezca su salud emocional.

El cáncer de mama es una enfermedad con un sinfín de complicaciones, tanto orgánicas como psicológicas y sociales. Una de las implicaciones más frecuentes es la depresión, así pues las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas tienen una alta probabilidad de padecer este tipo de trastornos, teniendo en cuenta las implicaciones en la imagen corporal que tales pacientes pueden tener a raíz de la cirugía y los efectos de los tratamientos.

3) **Mastectomía**

Sobrevivir a cualquier enfermedad crónica es difícil aun sin saber a qué tipo de tratamiento se tendrá que recurrir para poder restablecer la salud, tal es el caso de las mujeres con cáncer de mama que ven modificado su aspecto físico mediante un procedimiento quirúrgico llamado mastectomía, este procedimiento impacta a la

paciente en su manera de verse a sí misma y de suponer cómo la ve su pareja o familia, por lo que con frecuencia tiende a aislarse de los distintos roles que efectuaba en su vida cotidiana, solamente por la pérdida de una parte de su cuerpo fundamental para su autoestima.

La mastectomía, se conceptualiza como la remoción quirúrgica de la mama, ya sea parcial, radical y modificada, como se especifica a continuación.

- **Mastectomía radical:** la mastectomía radical es el procedimiento quirúrgico más extenso y ya no está más indicada. La mama se remueve junto a los músculos pectoral mayor y menor y algo de piel suprayacente (cuando menos 4 cm a cada lado del sitio de biopsia) y se hace resección en bloque de todo el contenido axilar, incluyendo los ganglios linfáticos más allá de la vena subclavia.
- **Mastectomía radical modificada:** en ésta se remueve toda la mama e incluye disección axilar, en la cual se incluyen los ganglios linfáticos axilares niveles I y II. A la mayoría de las mujeres con cáncer invasor del seno se le hace mastectomía radical modificada.
- **Mastectomía simple o total:** en la mastectomía simple o total se remueve toda la mama y una pequeña cantidad de piel, pero no se quitan los ganglios linfáticos axilares. La mastectomía total es apropiada para las mujeres con carcinoma ductal *in situ* (DCIS) y para mujeres que buscan mastectomía profiláctica, esto es, remoción de la mama para evitar cualquier posibilidad de aparición de cáncer mamario (Bruce, A. et al., 2008: 521).

4) Efectos secundarios

a) Físicos

La imagen corporal es “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos” (Raich, 1996; citado en Fernández, 2004: 169).

Probablemente todavía no dispongamos de una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término deberemos asumir que estamos ante un constructo teórico multidimensional (Baile, et al., 2003: 53) Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (citados en Baile, et al., 2003:53), refieren que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional, que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

La imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia subjetiva, y no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características (Pruzinsky y Cash, 1990; citados en Baile, 2003: 55):

- Es un concepto multifacético.

- La imagen corporal está relacionada con la autoconciencia.
- Está socialmente determinada.
- Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente. Thompson (1990), amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, incluyendo un componente conductual que consistiría en qué conductas realiza el individuo en relación a su cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo, evitar situaciones donde podamos ver el cuerpo desnudo o comprar ropas que disimulen ciertas partes del cuerpo que no son gratas para la persona (Thompson, 1990; citado en Baile, 2003:58).

La imagen corporal se concibe como una parte del autoconcepto, que se refiere al conjunto de percepciones que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (Shavelson y Bolus, 1992; citados en Sebastián et al., 2007:138).

De todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal (Manos, et al., 2005:103). Las percepciones negativas de la imagen corporal en el cáncer de mama incluyen insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse

menos atractiva e insatisfacción con el resultado quirúrgico del tratamiento (Fobair, et al., 2006:582).

Fernández (2004) ha clasificado en su trabajo las variables que influyen en el cambio en la imagen corporal de las personas que padecen cáncer, las cuales son:

- El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales (como la mastectomía radical) presentan mayores problemas psicológicos y adaptativos que los tratamientos quirúrgicos conservadores.
- Reacción del entorno y apoyo social percibido: en algunos casos las personas que padecen cáncer temen ser rechazados y por ello evitan las relaciones sociales y se aíslan. Las señales de agrado y aceptación por parte de la gente del entorno van a ser decisivas para facilitar la reintegración social y las emociones positivas de la paciente, posterior a los tratamientos.
- La disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: como el uso de prótesis adecuadas y adaptadas a las necesidades de cada paciente o el acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones físicas, psicoemocionales, socioculturales y espirituales.
- La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta, ya que lo importante en este caso no es el cambio objetivo que ha sufrido la persona, sino el significado que se le da al mismo. Esta valoración está mediada por las creencias que posee el ser humano sobre su imagen corporal, sus habilidades de afrontamiento y sus características de personalidad.

Además de las variables influyentes, los cambios en la imagen corporal poseen, anteriormente, una serie de características en los diferentes niveles de respuesta humana que son:

- A nivel perceptivo aparecen una serie de distorsiones perceptivas como la atención específica a la zona afectada o la definición a la hora de percibir el tamaño de la lesión.
- A nivel cognitivo aparecen errores cognitivos en relación con el cuerpo, tales como un diálogo interno crítico centrado en la pérdida y una frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre el cuerpo.
- Además a este nivel aparecen creencias disfuncionales en torno a la valía personal, como una pérdida del atractivo y de su valor como persona; y, creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género, algunas mujeres con cáncer de mama se sienten menos femeninas.
- A nivel afectivo-emocional se producen respuestas emocionales condicionadas al cambio físico como ansiedad, insatisfacción, depresión, aislamiento, etc.
- A nivel conductual, evitar las relaciones sociales por miedo al rechazo y vergüenza, conductas para disimular el defecto, evitar mirarse al espejo, cubrirse, entre otras cosas.

Por otro lado, al igual que pasaba con el bienestar emocional, la imagen corporal en el cáncer de mama está mediada por una serie de variables, tales como el tipo de cirugía, la edad, estado civil, el apoyo familiar y social y el tratamiento adyuvante, entre otros aspectos.

En aspectos generales, se ha argumentado que las percepciones negativas en la imagen corporal que presentan las mujeres con cáncer de mama se relacionan con la mastectomía radical, ser menor edad, no poseer apoyo familiar ni social y la quimioterapia, o los tratamientos adicionales que generan efectos secundarios que deterioran mayormente su imagen física, psicoemocional, sociocultural y espiritual.

Sabemos que la imagen corporal es relevante porque forma parte de la valoración social y es un componente importante de la identidad personal, mayormente para una mujer.

- **Anemia:** es el nivel anormalmente bajo de glóbulos rojos y es frecuente en los pacientes con cáncer, en especial entre quienes reciben quimioterapia, produciendo en ellos, cansancio y debilidad.
- **Aumento de peso:** aunque es más común bajar de peso durante el tratamiento contra el cáncer, algunos pacientes con esta enfermedad aumentan de peso. En general, aumentos leves de peso durante el tratamiento contra el cáncer no son un problema. Pero, si el aumento es significativo, puede afectar la salud del paciente y su capacidad de tolerar los tratamientos. La quimioterapia, los medicamentos esteroideos y las terapias hormonales pueden ocasionar aumento de peso.
- **Caída del cabello (alopecia):** por lo general es un efecto secundario de la radioterapia y la quimioterapia. La caída del cabello (y del vello) puede suceder en todo el cuerpo, incluida la cabeza, la cara, los brazos, las piernas, las axilas y el área púbica. El cabello puede caerse por completo, gradualmente o por partes. En algunos casos, el cabello simplemente se afina (a veces, de manera imperceptible) y puede volverse opaco y más seco. Esto puede ser un reto psicológico y emocional, capaz de afectar la imagen personal y la calidad de vida del paciente. Sin embargo, por lo general, es temporal y a menudo vuelve a crecer.
- **Dificultad para masticar:** la dificultad para masticar puede ser consecuencia del dolor en la boca, la rigidez o el dolor en los músculos maxilares, o problemas con los dientes. También puede ser resultado de cambios físicos en la boca, la mandíbula o la lengua producidos por el cáncer en sí, en especial por el cáncer oral; o puede ser un efecto secundario del tratamiento contra el cáncer, en especial por la radioterapia y la cirugía.

- **Dificultad para tragar (disfagia):** se produce cuando el paciente tiene problemas para pasar los alimentos o los líquidos por la garganta. Algunos pacientes sienten náuseas, tienen tos o se ahogan al intentar tragar, mientras que otros sienten dolor o tienen la sensación de que la comida les queda atascada en la garganta. Los posibles efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer pueden causar dificultades para tragar, que incluyen dolor, inflamación en la garganta, el esófago o la boca, infecciones en la boca o el esófago por la radioterapia o la quimioterapia; y cambios físicos en la boca, la mandíbula, la garganta o el esófago como consecuencia de la cirugía.
- **Disfunción sexual:** la disfunción sexual es frecuente en todas las personas, y afecta al 43% de las mujeres y al 31% de los hombres sin cáncer. Puede incluso ser más frecuente en los pacientes con cáncer, como consecuencia de los tratamientos, el tumor o el estrés. Muchas personas, con o sin cáncer, sienten vergüenza de hablar sobre los problemas sexuales con sus médicos. En la mayoría de los casos, los problemas sexuales están ocasionados por los cambios corporales que produce la cirugía para el cáncer, la quimioterapia o la radioterapia, los cambios hormonales, la fatiga, el dolor, las náuseas y/o los vómitos, los medicamentos que reducen la libido (deseo sexual), el temor a la recurrencia, el estrés, la depresión, y la ansiedad.
- **Dolor:** según el estadio de la enfermedad, entre el 30% y el 75% de los pacientes sienten dolor causado por el cáncer. Aproximadamente entre el 85% y el 95% del dolor causado por el cáncer puede tratarse con éxito. A causa del dolor, otros aspectos del cáncer pueden agravarse, como la fatiga, la debilidad, los trastornos del sueño y la confusión. El dolor puede venir del tumor (por su crecimiento y su diseminación a los huesos u otros órganos o por la presión que éste ejerce en los nervios), o como consecuencia del tratamiento para el cáncer (radioterapia, quimioterapia o cirugía).
- **Estreñimiento:** se presenta cuando una persona no tiene evacuaciones frecuentes o tiene problemas para defecar. Aproximadamente el 40% de los

pacientes que reciben cuidados paliativos (la atención administrada para mejorar la calidad de vida del paciente), tienen estreñimiento, al igual que aproximadamente el 90% de los pacientes que toman medicamentos narcóticos.

- **Fatiga:** consiste en el agotamiento o cansancio excesivo, y es el problema más común entre las personas con cáncer. Más de la mitad de los pacientes sienten fatiga durante la quimioterapia o la radioterapia, al igual que hasta el 70% de los pacientes con cáncer avanzado. Los pacientes que sienten fatiga a menudo comentan que incluso un esfuerzo pequeño como, por ejemplo, cruzar un cuarto, puede ser agotador. La fatiga puede afectar gravemente las actividades de la vida diaria, puede hacer que los pacientes eviten u omitan sesiones del tratamiento para el cáncer y puede interferir incluso en el deseo de vivir.
- **Infección:** una infección se produce cuando bacterias, virus u hongos nocivos invaden el cuerpo y el sistema inmunológico no puede destruirlos rápidamente. Los pacientes con cáncer tienen más probabilidad de sufrir infecciones porque tanto el cáncer como los tratamientos para el cáncer (en particular, la quimioterapia y la radioterapia en los huesos o áreas extensas del cuerpo), pueden debilitar el sistema inmunológico. Los síntomas de infección incluyen fiebre (temperatura de 38°C o superior); escalofríos o sudoración; dolor de garganta o llagas en la boca; dolor abdominal; dolor o ardor al orinar, diarrea, tos o falta de aliento; enrojecimiento, inflamación o dolor (en particular alrededor de un corte o herida); y secreción o comezón vaginal fuera de lo común.
- **Náuseas y vómitos:** el acto de vomitar, también llamado emesis, es la expulsión de los contenidos del estómago a través de la boca. Las náuseas y los vómitos son comunes en los pacientes que reciben quimioterapia para el cáncer y en algunos pacientes que reciben radioterapia. Muchos pacientes con cáncer afirman que tienen más temor a las náuseas y a los vómitos que a cualquier otro efecto secundario del tratamiento. Cuando son leves y

se tratan inmediatamente, la náusea y vómito pueden ser bastante molestos, pero no causan problemas graves, pero si persisten pueden causar deshidratación, desequilibrio electrolítico, pérdida de peso, depresión y deseos de abandonar la quimioterapia.

- **Pérdida del apetito:** los cambios en el apetito son comunes con el cáncer y el tratamiento para el cáncer, incluida la quimioterapia. Las personas con poco apetito pueden comer menos que lo habitual, no sentir hambre para nada o sentirse saciados (llenos) después de comer sólo una pequeña cantidad. La pérdida continua de apetito puede llevar a la pérdida de peso, la desnutrición y la pérdida de la masa muscular y la fuerza.
- **Problemas de la piel:** la piel es un sistema orgánico que contiene muchos nervios. Es por esto que los problemas de la piel pueden ser muy dolorosos. Para muchos pacientes, estas dificultades son particularmente difíciles de sobrellevar, ya que la piel está en el exterior del cuerpo y a la vista de todos. Estos problemas pueden tener diferentes causas, entre ellas: las infiltraciones de los agentes quimioterapéuticos por vía intravenosa que pueden ocasionar dolor o ardor; descamación o quemaduras en la piel a causa de la radioterapia; úlceras por presión causadas por la presión constante en un lugar del cuerpo; y prurito (comezón) en los pacientes con cáncer, más frecuentemente a causa de la leucemia, el linfoma, el mieloma u otros cánceres. Algunas terapias dirigidas pueden ocasionar erupción cutánea.
- **Sequedad en la boca (xerostomía):** se produce cuando las glándulas salivales no producen suficiente saliva como para mantener la boca húmeda. Dado que la saliva es necesaria para masticar, tragar, saborear y hablar, estas actividades pueden ser más difíciles con la boca seca. Esto puede ser un efecto de la quimioterapia, es temporal y desaparece de dos a ocho semanas después de finalizado el tratamiento; o por la radioterapia y puede demorar seis meses o más para comenzar a producir saliva nuevamente.
- **Síntomas menopáusicos en las mujeres:** hasta un 40% de las mujeres tienen estos síntomas debido al cáncer de mama o sus tratamientos. Los

síntomas menopáusicos pueden depender del tipo de terapia y pueden incluir sofocos; sudoraciones nocturnas; sequedad, comezón, irritación o secreción vaginal; relaciones sexuales dolorosas; dificultad para controlar la vejiga; sensación de depresión; e insomnio. Las mujeres premenopáusicas que reciben quimioterapia para el cáncer de mama pueden entrar en la menopausia antes de lo esperado (Gómez, 2010:27).

b) Psicoemocionales

Pasar por un tratamiento oncológico, cualquiera que sea, es difícil para la paciente y su núcleo familiar, a causa de la pérdida o la suspensión de acciones o actividades que realiza de manera cotidiana y que después de un tratamiento quirúrgico como lo es la mastectomía ya no lo puede llevar a cabo, por consiguiente es importante destacar a la autoestima como un factor relevante para el bienestar personal y una clave para relacionarnos en nuestro entorno de una manera positiva ante una enfermedad como el cáncer, es normal que nuestra autoestima se quebrante, a consecuencia de los cambios físicos, la pérdida de un seno, la caída del cabello, la presencia de las cicatrices, el linfedema o aumento de peso, todo esto a causa de la mastectomía, impactando de forma negativa en la autoestima. La extirpación de un seno tiene viabilidad si permite la preservación de la vida de la paciente, y es aún más fácil afrontarlo cuando se cuenta con el apoyo de la familia y la pareja en primera instancia, eso permite en la mujer con cáncer de mama mastectomizada el fortalecimiento de su autoestima y la aceptación de su padecimiento a lo largo del proceso de duelo.

La vulnerabilidad de un paciente depende de la cantidad de medios que dispone para hacer frente a la enfermedad, de la intensidad, habilidad y constancia con que los maneja; del grado de control que le confieren dichos medios para afrontar la enfermedad y de si son adecuados o no en la situación en la que los usa, el afrontamiento al cáncer y a un proceso de mastectomía depende del acompaña-

miento y la educación que el profesional de la salud, enfermera y médico, le ofrece antes, durante y después de realizar el tratamiento. En el cáncer de mama, como en todas las enfermedades crónicas, es muy importante prestar atención a los mecanismos psicológicos de ajuste que desencadenan el proceso de afrontamiento (Toledo, et al., 1993:71). Ya desde hace unas décadas, Meyerowitz (1980) planteaba que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas:

- El área psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira.
- El área psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico.
- El área de las ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación.

Los autores coinciden en que las repercusiones de esta enfermedad se manifiestan en múltiples áreas de la vida de las personas que la padecen: la familiar, laboral, social y personal (Barreto, et al., 1993; Bayés, 1985; Cruzado, 2006:176).

Habitualmente encontramos que los sufrimientos o trastornos más comunes que padecen las mujeres con cáncer de mama incluyen la ansiedad, la depresión, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal. La depresión en las enfermedades crónicas ha sido estudiada, como lo refiere Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y el apoyo familiar y social (Ford, 2002; citado en García Viniegras, et al., 2007:72-73).

Los trabajos sobre el bienestar emocional en el cáncer de mama indican que esta enfermedad se relaciona con elevados niveles de emociones negativas y distrés psicológico, especialmente con síntomas de ansiedad y depresión (Barreto, et al., 1987:128). En general, se han obtenido índices de depresión y ansiedad en un 30-40% de las mujeres que padecen cáncer de mama, aproximadamente 3 o 4 veces

más que en la población general (Epping Jordan, 1999; citado en Compas y Luecken, 2002:111). Y en otro estudio realizado por Carver y colaboradores, se observó que el 22% de las mujeres presentaban criterios para el diagnóstico de depresión moderada por la presencia de la enfermedad y sus tratamientos (Carver, et al., 2005:508).

Se ha argumentado que el bienestar psicológico en el cáncer de mama se relaciona con la cirugía conservadora, los estadios iniciales de la enfermedad y una mayor edad. El apoyo familiar y social se ha relacionado con una mejor calidad de vida y menores niveles de estrés. Como es obvio, los especialistas sanitarios encargados del tratamiento de esta problemática muestran preferencia por la reconstrucción o la cirugía conservadora, velando por el bienestar de las pacientes, intentando la mínima interferencia en sus actividades diarias y preservación de sus relaciones interpersonales, siempre y cuando esto permita una mejora en su estado de salud y disminuya los riesgos que la presencia de cáncer de mama conlleva para la paciente.

El tipo de cirugía (mastectomía radical) está muy relacionado con el estrés. En general se ha argumentado que la mastectomía radical posee mayor impacto negativo sobre el bienestar emocional y la calidad de vida de las pacientes (Toledo, et al., 1996:45). Al Ghazal, et al. (2000), encontraron que el 69% de mujeres a las que se les había realizado una mastectomía presentaban algún grado de ansiedad, en comparación con el 55% de mujeres a las que se les realizó una reconstrucción del pecho y el 38% una escisión local. Además, el grupo de mujeres mastectomizadas presentaba depresión en un 10% de los casos frente al grupo de escisión local (7%). (Schover, et al., 1995; citado en Ganz, et al., 2002:41) ni en la variable depresión (Wong Kim y Bloom, 2005:566). Otra de las variables relevantes es la edad, la cual representa un papel muy importante en el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama.

Las mujeres más jóvenes presentan mayor estrés, peor bienestar emocional, mayores niveles de ansiedad, mayores necesidades de encontrarse a sí mismas, y mayores preocupaciones sobre los ingresos, el trabajo y la autoimagen que las mujeres más mayores (Tish, et al., 2006:96).

c) Conductuales

Los cambios en la apariencia física que con frecuencia aparecen como consecuencia de la enfermedad o los tratamientos oncológicos es otra fuente de estrés a la que los pacientes de cáncer deben enfrentarse. Su capacidad para aceptar y adaptarse a estos cambios repercute directamente en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, familiar, social y laboral.

No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es cómo cada persona se siente en relación a su propio cuerpo. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno.

Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen (Rich, 2000: 32).

Las conductas o el comportamiento consisten en toda actividad que “sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) dejando consecuencias relativamente específicas”, es decir, hacen referencia a todo lo que hacemos y decimos. La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creen-

cias, ideas y pensamientos que se tengan. Las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico; o de manera contraria, las creencias irracionales pueden generar conductas desadaptativas, como la inconsistencia al seguir el tratamiento médico, no acudir a las citas, etc., las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas (Martínez, 2014:56).

En el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere Fernández (2004):

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver la deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal (Fernández, 2004:171).

De aquí la importancia de trabajar estos aspectos psicológicos para mejorar las relaciones de pareja y para impedir la aparición de otros trastornos que afecten la calidad de vida de las pacientes.

d) Espirituales

El paciente con diagnóstico de cáncer depende de las creencias y prácticas religiosas o espirituales para ayudarlos a hacer frente a su enfermedad. Esto se llama

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 el estado 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 estudios muestran que el apoyo del equipo de salud para el bienestar espiritual de los pacientes 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. El equipo de salud puede 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 de salud, es más probable que elijan la atención en un programa para enfermos terminales y un tratamiento menos intensivo en la etapa final de la vida.

Los términos de 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 (INC, 2015: s/p).

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. 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:

- 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. A diferencia del 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.

El personal de salud debe identificar la necesidad de realizar una evaluación espiritual que permita ayudar a entender la manera en que las creencias religiosas o espirituales afectan la forma en que el paciente enfrenta el cáncer, y sus tratamientos. Una evaluación espiritual explora las creencias religiosas y las prácticas espirituales, permitiendo tener herramientas que identifiquen la función que cumplen las creencias espirituales en la vida del paciente. Esto puede ayudar 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, pudiendo esperar a que sea el paciente mismo quien diga cuáles son sus necesidades para poder mejorar su salud (INC,2015:s/p).

CAPÍTULO II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A MUJERES MASTECTOMIZADAS

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”
(Florence Nightingale).

El cuidado que el profesional de enfermería brinda a las pacientes con cáncer de mama mastectomizada requiere de intervenciones específicas encaminadas a la preservación y el restablecimiento de su salud, considerando la perspectiva de su enfermedad y las personas con las que cuenta para llevar a cabo su cuidado, permitiendo la creación de estrategias que fortalezcan su recuperación, mediante la valoración holística.

El profesional de enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Las enfermeras y enfermeros están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en la paciente. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios de salud a todos los niveles del sistema (OMS, 2015: s/p).

La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida, hacia esa pretensión se encaminan los esfuerzos y trabajos que se realizan para la atención de los sujetos de cuidado; la persona, la familia y la comunidad. Los escenarios de cuidado se dan en la vida cotidiana, en tanto que es ahí en donde se desarrollan las actividades diarias de las personas. Por otro lado, los cuidados también se dan en

el ambiente hospitalario, pero no es ese el único espacio en donde se desarrolla la esencia de enfermería. Se puede decir que la enfermería es "una" disciplina, no varias, sino una que se desempeña en diferentes espacios y escenarios, sin perder la esencia que la caracteriza; el cuidado (Lagoueyte, 2015:209).

1.- Teorías y Modelos de Enfermería

Los modelos y teorías de enfermería construyen el cuerpo propio de conocimientos de la ciencia de enfermería, permitiendo proporcionar las herramientas teóricas necesarias para perfeccionar la práctica diaria de enfermería, mediante la descripción, predicción y control de los fenómenos a tratar.

- Proporcionando autonomía en el ejercicio profesional, en la formación del personal de enfermería, en las distintas áreas de aplicación, docencia, investigación, administración y clínica.
- Favorece el desarrollo analítico, estimulando el desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico.
- Permite mantener fundamentos que fortalezcan las intervenciones que como profesional de enfermería realizamos.
- Favorecen el desarrollo del profesional de enfermería mediante el servicio que se brinda al ser humano a nuestro cuidado.

2.- “Teoría del Cuidado Humano”. Jean Watson

Jean Watson se apoya en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. También incluye el conocimiento de la enfermería tradicional, cita filosofías y teorías de la enfermería como Nightingale, Henderson, Leininger, Peplau, Rogers, Newman, Gadow. En sus primeros trabajos fue influenciada por Carl Rogers, Maslow, Heidegger, Erickson, Kierkegaard, entre otros.

Watson realizó varios trabajos sobre el origen de las emociones encontrando que existen tres de ellas que son básicas: el miedo, la rabia y el amor, de las cuales derivan las demás, en estadios posteriores de desarrollo. Aunque en el estudio experimental de las emociones se ha avanzado mucho desde la época de Watson, es un hecho que sus trabajos conservan parte de validez en la actualidad (Ardila, 2013: 317-318).

Watson desarrolló los factores de cuidados hacia un concepto estrechamente relacionado, “caritas”, una palabra en latín que significa “valorar, apreciar, prestar atención especial, atención afectuosa. Ella cree que las enfermeras o enfermeros deben proporcionar la salud mediante actividades preventivas tales como la identificación de habilidades y la adaptación de problemas, procurando tener apoyo en distintos tipos de situaciones. La misma se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales del ser humano.

- Esta teoría del cuidado humano se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos.
- Los seres humanos requieren de un cuidado integral y holístico, que promueva el humanismo y la relación enfermera paciente, con el objetivo de mantener una calidad de vida, mediante el cuidado de los enfermos en forma interpersonal.
- El trabajo de Watson contribuye a que el profesional de enfermería se sensibilice y sea más humano en la prestación de sus servicios, creando un ambiente de seguridad, amor y energía confiable para el ser humano ajeno al sector salud.
- Watson pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espíritu.

- El resultado es aceptar una relación yo-tú en vez de una relación yo-ello.
- Para Watson la enfermería consiste en el conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión.
- Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizadas en la práctica, acuñados como el estado de la enfermería, en contraposición a la esencia de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal.
- Watson mantiene un metaparadigma relacionado a la atención de:



Fuente: elaboración propia, enero 2017.

- Persona: Watson considera a la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.
- Medio ambiente: es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo.
- Salud: es la armonía entre mente, cuerpo y espíritu. Está asociada con el yo percibido y el yo experimentado.
- Enfermería: la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transper-

sonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona experimenta” (Walker, 1996:988).

El metaparadigma crea una relación en la atención del paciente y mejora el vínculo que permite brindar el cuidado de enfermería para el mejoramiento de la salud.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y autocuración (Rivera, et al., 2007:4).

También ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

- “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido las enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

- “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.
- “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión del profesional de enfermería, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Supuestos en relación con el cuidado, según Jean Watson:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica (Urra, et al., 2011:14).

Diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados Jean Watson:

- “Formación humanista-altruista en un sistema de valores”, se convierte luego en la “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral.
- “Incorporación de la fe esperanza”, se convierte luego en “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”.
- “El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros” será redactado más tarde como “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”.
- “El desarrollo de una relación de ayuda y confianza”. El cuidar la relación

humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”.

- “La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos”. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma”.
- “El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial” se convierte en: “el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión.
- “La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. Luego deriva a: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”.
- “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí.
- “La asistencia con la gratificación de necesidades humanas”. Las que posteriormente llama: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos,

honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”.

- “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión (Urra, et al., 2011:14-18).

3.- Cuidados de enfermería

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud, enfermedad, interacción persona, medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Para la mujer la mastectomía es de gran impacto por el traumatismo físico que deriva al trauma psicológico, experimentando sentimientos de miedo a la enfermedad, a la muerte prematura, y finalmente el temor a enfrentarse ante una vida que va a ser distinta para ella. Uno de los principales objetivos de enfermería es brindar educación e información detallada de todos aquellos factores de riesgo; ade-

más de estimular la adopción de hábitos saludables para el paciente y enseñar la técnica adecuada de la autoexploración de mamas; así como también derribar mitos en relación del cáncer de mama, siendo éste un proceso dinámico, flexible, continuo y considerando al paciente como un ser bio-psico-social único e irrepetible.

El cuidado y la educación que el personal de enfermería brinda para el restablecimiento de la salud de estas pacientes van encaminados a distintos aspectos en relación a su teoría, a las respuestas de afrontamiento:

Espíritu de Lucha: la aceptación total del diagnóstico, utilizar la palabra cáncer, estar decidido a luchar en contra de la enfermedad, intentar obtener la mayor cantidad posible de información sobre la enfermedad y adoptar una actitud optimista: en definitiva. Poder ver la enfermedad como un desafío.

Por ejemplo:

- El cáncer no podrá conmigo, intentaré hacer lo que sea para estar cada vez mejor.
- Estoy dispuesta hasta a ir a clases para aprender a relajarme y a pensar más positivamente.
- Al principio estaba desesperado, pero ahora estoy dispuesto a hacer lo que haga falta para vivir... Creo que la ayuda del médico me puede venir bien.

Desamparo/Desesperanza: acobardado por el conocimiento del diagnóstico, encuentra difícil poder pensar en otra cosa; la vida diaria se ve interrumpida por el miedo al cáncer y la posibilidad de morir; en resumen, adopta una actitud totalmente pesimista.

Por ejemplo:

- No puedo hacer nada, estoy acabado.
- La mayor parte del tiempo me siento sin esperanza.

- Estoy muy angustiado por mi enfermedad y con ganas de llorar... no puedo apartarla de mi mente, no sé qué hacer.

Preocupación Ansiosa: reacciona ante el diagnóstico con una marcada y persistente ansiedad, acompañada más o menos de depresión, busca activamente información acerca del cáncer pero tiende a interpretarla de forma pesimista, se preocupa porque cualquier molestia o dolor pueda significar una extensión o recurrencia del cáncer. Puede buscar "la cura" de distintas fuentes incluyendo los denominados tratamientos alternativos.

Por ejemplo:

- Creo que cada vez voy peor, me duele la espalda, ¿qué cree que puede ser, doctor?
- Sé que esto es cáncer, no puedo dejar de pensar en ello, voy a pedir otra opinión y a que alguien me informe sobre los tratamientos existentes, ¿cree que eso me puede ayudar?

Fatalismo (Aceptación Estoica): aceptar el diagnóstico, no buscar más información, adoptar una actitud fatalista.

Por ejemplo:

- Sé lo que tengo, sé que es cáncer, pero voy a seguir lo más normal que pueda, puesto que sé que no hay nada que hacer.
- Es cáncer, no podré vivir con él... intento no pensar acerca de ello, confió totalmente en lo que haga el médico.

Evitación (Negación): se niega a aceptar el diagnóstico de cáncer o evita utilizar la palabra cáncer o admite el diagnóstico pero niega o minimiza su seriedad, siendo que es una enfermedad amenazante para la vida y con un resultado impredecible y cualquier ansiedad que ésta despierte.

Por ejemplo:

- Los médicos me han quitado la mama como precaución.

- He tenido unas pocas células cancerosas, pero no es demasiado serio, no tengo por qué preocuparme por esto.

Para Watson la enfermería consiste en conocimiento, pensamiento, valor, creencia, compromiso, filosofía, amor y pasión, además de especificar que la enfermera se interesa por comprender la salud y la enfermedad, por fomentar y restablecer la salud y prevenir la enfermedad con humanismo. Permite establecer una relación con el paciente que favorezca su recuperación, aceptando el reconocimiento de nuestra intervención (Watson, 1988; Greer, et al., 1992: 73-74).

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A MUJERES MASTECTOMIZADAS Y A SUS FAMILIAS

Presentación

Existen programas internacionales y nacionales enfocados a pacientes con cáncer de mama, por ejemplo, programas nacionales de control del cáncer, políticas y pautas para la gestión de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, publicado desde el 2004, donde se describen los fundamentos científicos de métodos factibles para este control y considera las posibilidades para la prevención, la detección temprana, la curación y la atención. Analiza la pertinencia de tecnologías particulares y describe cómo realizar la gestión de programas nacionales adaptados a entornos con distinta disponibilidad de recursos. En México se encontró el Programa de Acción: Cáncer de Mama, implementado desde el 2002 por la Secretaría de Salud del Estado de México encaminado a “Brindar información y servicios de calidad en materia de prevención y control del cáncer mamario, para contribuir a que todas las mexicanas prolonguen su vida saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a su libre decisión”, estos programas están dirigidos a la prevención y control más no a favorecer una mejor calidad de vida, ni el empoderamiento de la paciente para el afrontamiento de su padecimiento y tratamiento, en este caso la mastectomía.

En el diagnóstico realizado con referencia a lo que las pacientes expresan, destaca la necesidad del acompañamiento familiar y del equipo de salud para sobrellevar la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios que se agreguen a su vida, la falta de educación predispone a que la paciente presente complicaciones por un mal cuidado, y la falta de apoyo psicológico ante la pérdida de una parte de ella, como lo es una mama, favorece el riesgo de presentar depresión, ansiedad y emociones negativas que ocasionan con ello detrimento en el estado de salud por

desapego al tratamiento y a los cuidados necesarios, además de mayor riesgo de reingreso a la institución hospitalaria por complicaciones que pudieron ser prevenidas.

El cuidado, como lo aborda la teoría de Jean Watson, se encamina a la interacción enfermera-paciente con un sentido humano que favorece el cumplimiento de objetivos, que en este caso es la preservación y el restablecimiento de la salud de la paciente con cáncer de mama mastectomizada no solo física sino también psicológica y en algunos momentos también espiritualmente. Watson define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.

Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana. Esta teoría permite realizar intervenciones que apoyen y den solución a las necesidades de la paciente con cáncer de mama mastectomizada mediante la intervención del profesional de enfermería, de la paciente y su familia.

Los cuidados y la educación que brinda el profesional de enfermería favorece la calidad de vida en las pacientes, ya que permite un mejor afrontamiento de la patología y la comunicación para atender sus necesidades, la enfermera desempeña un papel indispensable para la recuperación de las mismas, ya que ella es el primer contacto directo y permanente que brinda la atención hospitalaria de acuerdo a sus necesidades, como el objetivo primordial de mantener su salud no sólo física, sino también psicológica, además de apoyar su calidad de vida.

El cuidado como la esencia de la profesión de enfermería y relacionada a la teoría de Jean Watson, en la que permite el análisis de éste como el proceso entre dos personas en el que se involucran valores, comportamientos y voluntades para

asumir un compromiso compartido, la mejora de la salud del otro no sólo física sino también espiritualmente.

El cuidado de enfermería permite crear una conexión directa basada en la fe, el amor y la esperanza que la paciente tiene para mejorar su salud. La experiencia que he tenido mediante la atención de pacientes con cáncer de mama, mastectomizadas y el análisis del diagnóstico que se realizó me permitió tener las herramientas necesarias para la creación del programa, con el objetivo de cubrir las necesidades expresadas por cada una de ellas en relación con su estado de salud actual. Con el objetivo de empoderarlas para un mejor afrontamiento de su enfermedad reduciendo las complicaciones y efectos secundarios que incluyen su tratamiento.

Justificación

Los tratamientos enfocados al cáncer de mama son agresivos, así como pueden apoyar la recuperación de las pacientes también generan un sinnúmero de efectos secundarios o complicaciones que no garantizan una calidad de vida en todos los casos. Los procedimientos invasivos, como lo es la mastectomía, generan una alteración en el estado emocional de la paciente por el proceso de pérdida al que se afrontan por el retiro de una mama. El acompañamiento del equipo de salud y de la familia es fundamental para la recuperación y el afrontamiento de este tipo de tratamiento en una paciente con cáncer de mama.

Esta investigación parte de la necesidad de saber ¿Cuáles son los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de la paciente con cáncer de mama mastectomizada?, para así poder disminuirlos, evitando la presencia de complicaciones y efectos secundarios asociados a su tratamiento, favoreciendo con ello una calidad de vida en el núcleo familiar.

Fue de esta manera como se tuvo la iniciativa de construir un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia, mediante visitas domiciliarias, que disminuyeran los factores que deterioran la recuperación de la paciente, no sólo en un sentido educativo sino también en la creación de estrategias que permitan su empoderamiento para sobrellevar su enfermedad. Esta intervención está encaminada al desarrollo de competencias teóricas, a la implementación de estrategias, habilidades, actitudes y acciones que favorezcan la recuperación de la paciente y fortalezcan la unión en su núcleo familiar, para obtener una mejor calidad de vida.

Objetivos

Objetivos generales

- Brindar intervención en el aspecto emocional y educación mediante capacitaciones específicas a las pacientes mastectomizadas y a su familia para un mejor afrontamiento de su enfermedad.

Objetivos específicos

- Capacitar a la paciente mastectomizada y a su familia sobre su patología.
- Promover estrategias de apoyo emocional fomentando la comunicación efectiva.
- Empoderar a la paciente mastectomizada para mejorar su calidad de vida y tener un proceso de duelo efectivo.
- Orientar al núcleo familiar sobre su importancia en el acompañamiento de la paciente mastectomizada para su recuperación.

Límites del programa

Tiempo:	Junio a septiembre de 2017
Horario: miércoles a jueves	Matutino: 10:00 a 14:00 horas. Vespertino: 14:00 a 17:30 horas.
Duración por sesión:	3:30 a 4:00 horas.
Lugar:	Domicilios diversos
Espacio:	Se llevó a cabo en cada una de las casas de las cinco pacientes mastectomizadas ya mencionadas.
Universo de trabajo	Fueron cinco pacientes con cáncer de mama mastectomizadas y sus familias.

Responsable:

L.E. Liliana Inés Benhumea Jaramillo

Selección de contenido

Con base en los resultados de las entrevistas realizadas, se identificaron las necesidades de capacitación, incluidas en cada núcleo temático referido a la paciente mastectomizada y su familia, y de esa manera se realizó la selección de los siguientes temas:

- Definición de Cáncer de mama.
- Definición Mastectomía, efectos secundarios y complicaciones.
- Autoestima, motivación y afrontamiento.
- Autonomía
- Proceso de duelo
- Acompañamiento: unión familiar.
- Terapia de rehabilitación.

Método de enseñanza

Los métodos utilizados en cada una de las sesiones estuvieron centrados en los conocimientos actuales de la paciente y su familia sobre su estado de salud.

- Método deductivo: se expusieron los temas con conceptos fáciles para la interpretación de los participantes.
- Método activo: las pacientes y su familia fueron las protagonistas en cada una de las sesiones.
- Método psicológico: las sesiones fueron enfocadas a los intereses y experiencias de la paciente y a su familia.

Técnicas

Las técnicas que se llevaron a cabo en cada una de las sesiones fueron las siguientes:

- Presentación
- Animación y concentración
- Comunicación
- La papa caliente: se realizaron preguntas para favorecer la interacción de toda la familia en la sesión.
- Un paseo por el bosque: en esta técnica se permitió el reconocimiento personal de cada uno de los integrantes, fortaleciendo su amor propio, su empoderamiento y el de su familia
- Lluvia de ideas: es una técnica en la que el grupo de personas en conjunto crearon ideas en relación con el tema en exposición, permitiendo resolver dudas en el momento.
- Asamblea: esta técnica se realizó para dar solución a los problemas presentes en la familia de una manera didáctica, evitando crear conflictos más grandes.
- Proceso de solución de problemas: esta técnica permitió, la identificación del problema, las causas y las oportunidades para mejorar.

Material y equipo

- Artículos de escritorio: trípticos, hojas carta, dibujos y bolígrafos.
- Laptop
- Proyector
- Cámara fotográfica
- Memoria USB
- Presentaciones power point
- Pelota de goma
- Costalitos de semillas
- Palos de escoba
- Señalador
- Carteles

Procedimiento

Se llevó a cabo en cada una de las sesiones un orden del día, en que se incluyeron los siguientes aspectos:

- Bienvenida.
- Presentación
- Desarrollo del tema
- Evaluación
- Agradecimiento
- Despedida.

Financiamiento

- Se llevó a cabo por la responsable del programa educativo en su totalidad.

Evaluación

- La evaluación sobre la aplicación del programa se realizó al finalizar el mismo, fue cualitativa e individual, se aplicó un post test.

Presentación de actividades

Actividad	Contenido	Responsable	Fechas	Horario	Duración
Módulo 1	<ol style="list-style-type: none"> Definición de Cáncer de mama. Definición Mastectomía. Efectos secundarios. Complicaciones. Lluvia de ideas. 	L. LILIANA INES BENHUMEA JARAMILLO	NOTA: las fechas se programaron mediante las necesidades de las pacientes miércoles y jueves de junio a septiembre de 2017	Matutino: 10 a 14 hrs. Vespertino: 14 a 7:30 hrs.	3:30 horas
Receso	Receso			Receso	30 min.
Módulo 2	<ol style="list-style-type: none"> Autoestima. Motivación y afrontamiento. Autonomía. Un paseo por el bosque. La papa caliente. 			Matutino: 10 a 14 hrs. Vespertino: 14 a 17:30 hrs.	3:30 horas.
Módulo 3	<ol style="list-style-type: none"> Proceso de duelo. Acompañamiento: unión familiar. Terapia de rehabilitación. Proceso de solución de problemas. Asamblea, evaluación y despedida. Apoyo interdisciplinario 			Matutino: 10 a 14 hrs. Vespertino: 14 a 17 hrs.	4 horas.

Módulo Uno: Cáncer de mama

- Definición de cáncer de mama.
- Definición mastectomía, efectos secundarios y complicaciones.

Tiempo:	Junio a septiembre de 2017
Horario: miércoles a jueves	Matutino: 10:00 a 14:00 horas. Vespertino: 14:00 a 17:30 horas. Nota: De acuerdo a las necesidades de la paciente
Duración por sesión:	3:30 horas
Responsable	L.E. Liliana Inés Benhumea Jaramillo
Lugar:	Domicilios diversos
Espacio:	Se llevó a cabo en cada una de las casas de las cinco pacientes mastectomizadas ya mencionadas.
Universo de trabajo	Fueron cinco pacientes con cáncer de mama mastectomizadas y sus familias.
Recursos humanos:	Paciente, familia, responsable.

Objetivo general

- Al término de esta sesión la paciente y los familiares conocerán lo referente a cáncer de mama, mastectomía, efectos secundarios, complicaciones y podrán llevar a cabo los cuidados necesarios para su recuperación.

Especificaciones

- Exposición oral.
- Material de apoyo: presentación en power point.
- Tríptico.
- Dinámica de grupo: lluvia de ideas.

Evaluación

- Al término de los tres módulos

Módulo Dos: Autoestima

- Autoestima, motivación y afrontamiento.
- Autonomía

Tiempo:	Junio a septiembre de 2017
Horario: miércoles a jueves	Matutino: 10:00 a 14:00 horas. Vespertino: 14:00 a 17:30 horas. Nota: De acuerdo a las necesidades de la paciente
Duración por sesión:	3:30 horas
Responsable	L.E Liliana Inés Benhumea Jaramillo
Lugar:	Domicilios diversos
Espacio:	Se llevó a cabo en cada una de las casas de las cinco pacientes mastectomizadas ya mencionadas.
Universo de trabajo	Fueron cinco pacientes con cáncer de mama mastectomizadas y sus familias.
Recursos humanos:	Paciente, familia, responsable.

Objetivo general

- Al término de esta sesión las pacientes presentarán una mejora en su estado emocional, valorado por una mejor actitud y la facilidad para la toma de decisiones, además de una mejora en el afrontamiento en relación con su situación actual.
- La familia reconocerá las necesidades primarias de la paciente, no sólo físicas sino también emocionales, presentando interés para poder cumplirlas.

Especificaciones

- Exposición oral.
- Material de apoyo: presentación en power point.
- Tríptico.
- Dinámica de grupo: el paseo por el bosque, la papa caliente.

Evaluación

- Al término de los tres módulos.

Módulo Tres: Proceso de duelo.

- Proceso de duelo.
- Acompañamiento: unión familiar.
- Terapia de rehabilitación.
- Proceso de solución de problemas.
- Asamblea, evaluación y despedida.
- Apoyo interdisciplinario

Tiempo:	Junio a septiembre de 2017
Horario: miércoles a jueves	Matutino: 10:00 a 14:00 horas. Vespertino: 14:00 a 17:30 horas. Nota: De acuerdo a las necesidades de la paciente
Duración por sesión:	4 horas
Responsable	L.E Liliana Inés Benhumea Jaramillo
Lugar:	Domicilios diversos
Espacio:	Se llevó a cabo en cada una de las casas de las cinco pacientes mastectomizadas ya mencionadas.
Universo de trabajo	Fueron cinco pacientes con cáncer de mama mastectomizadas y sus familias.
Recursos humanos:	Paciente, familia, responsable.

Objetivo general

- Al término de esta sesión las pacientes podrán identificar su proceso de duelo en relación a la pérdida de su seno, así mismo podrán crear estrategias para un mejor afrontamiento.
- La familia reconocerá la importancia de su apoyo y acompañamiento para la recuperación de la paciente con cáncer de mama mastectomizada.

Especificaciones

- Exposición oral
- Material de apoyo: presentación en power point.
- Tríptico
- Cartel para la solución de problemas
- Dinámica de grupo: asamblea

Evaluación

- Se realizó la aplicación del post-test para identificar la funcionalidad del programa educativo, con las observaciones pertinentes se hicieron las correcciones para su fortalecimiento.

Fundamentación teórica

- **Modulo Uno: Cáncer de mama.**

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por un 60% aproximadamente en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos (Coleman, et al., 2008). Las bajas tasas de supervivencia observadas en los países poco desarrollados pueden explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento (OMS, 2014: s/p).

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo (OMS, 2015: s/p).

La incidencia del cáncer de mama ha fomentado la implementación de nuevas técnicas de tratamiento desde diversos esquemas de quimioterapia, radioterapia y la medicina nuclear, pero aun con el paso del tiempo la mastectomía aún sigue realizándose permitiendo generar a este tipo de pacientes mayor tiempo de vida siempre y cuando se lleven a cabo los cuidados de manera oportuna, la capacitación adecuada, dentro y fuera de la institución hospitalaria, es factor predisponente para que la paciente reingrese o no para servicios médicos por complicaciones asociadas al tratamiento.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana, (PROY-NOM-041-SSA2-2000), para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, publicada el 23 de abril del 2001 en el Diario Oficial de la Federación para su consulta, en el apartado 11 con relación al tratamiento, destaca que las decisiones terapéuticas del cáncer de mama se deben formular de acuerdo con las categorías del sistema de clasificación, condiciones generales de salud de la paciente, etapa de la enfermedad, estado hormonal de la mujer, recursos humanos y materiales con que se cuente, considerando la voluntad y libre decisión de la paciente. En esta sesión se abordarán las estadísticas en relación al cáncer de mama, así como los aspectos que refiere la Norma Oficial Mexicana, (PROY-NOM-041-SSA2-2000), con el fin de dejar en claro lo que corresponda a la patología, pero con mayor énfasis lo que refiera a la mastectomía y sus efectos secundarios y complicaciones, esperando que las pacientes y los familiares comprendan cada una de las necesidades y cuidados que debe de tener la paciente mastectomizada antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

- **Modulo Dos: Autoestima**

Las enfermedades oncológicas en lo referente a su diagnóstico y tratamiento médico han evolucionado vertiginosamente en estas últimas décadas. En los años 50, hablar de cáncer era prácticamente sinónimo de muerte o devastación personal, física y emocional. En los comienzos del siglo XXI esto ya no es así. La esperanza de vida de un paciente oncológico se ha triplicado e incluso se está llegando a curaciones totales en cánceres que eran letales hace 60 ó 70 años. Sin embargo, toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo entronca con un fenómeno humano universal, el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e íntimo, donde el cáncer juega un papel disparador, pero es el individuo, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el propio deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamientos invasivos frecuentemente necesarios en estas enfermedades) (Sosa, et al., s/f: 15).

Una de las áreas que puede sufrir un mayor impacto psicológico en la mujer con cáncer de mama, es la dimensión de la autoimagen. Los efectos de la cirugía y de los tratamientos, sobre todo aquellos que poseen efectos visibles como la extirpación de la mama y la caída del cabello, entre otros, pueden mermar la imagen que cada mujer posee de sí misma y, por ende, generar secuelas negativas sobre su autoestima. Este detrimento no sólo afecta la relación de la mujer consigo misma, sino también con los demás, pudiendo surgir sentimientos de minusvalía, soledad, vergüenza, conductas de aislamiento, de rechazo hacia el contacto social y sexual, entre otros.

En el cáncer de mama, a diferencia de otros tipos de cáncer, cobra especial relevancia el tema de la autoimagen debido a las connotaciones psicosociales que esta enfermedad conlleva para la mujer, ya que la mama puede llegar a tener una importancia crucial en la identidad femenina. Además, las mamas se relacionan fuertemente en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico,

siendo un elemento valorado y apreciado por su contenido sexual.

Entonces, debemos considerar a la mama como un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Y, debido a ello, comprender que el diagnóstico, tratamiento y secuelas de este tipo de cáncer van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera singularmente delicada. Por ejemplo, la alteración de la simetría corporal puede ser vivenciada por algunas pacientes como una deformidad o bien, una pequeña cicatriz podría llegar a tener una interpretación psicológica de tal magnitud que muchas veces será incomprendida por su entorno social y afectivo, e incluso por el equipo médico que la trata.

Es por ello que el estado emocional en la paciente con cáncer de mama mastectomizada se ve afectada a consecuencia de los tratamientos a los que se encuentra expuesta y a las complicaciones o efectos secundarios de los mismos, el estado emocional en ellas modifica su actitud personal y social generando aislamiento, depresión y soledad. Esta unidad está enfocada al empoderamiento de la paciente mastectomizada para favorecer su estado de ánimo, su autoestima y fortalecer la toma de decisiones encaminada a la mejora de su salud, reconociendo todo cuanto le afecta para crear estrategias que mejoren su calidad de vida y la de su familia.

- **Modulo Tres: Proceso de duelo.**

Desde el punto de vista psicológico el padecimiento de cualquier enfermedad considerada grave (aquellas que pueden conllevar la propia muerte) es un acontecimiento vital especialmente perturbador. La agrupación del conjunto de entidades mórbidas que conocemos en el lenguaje cotidiano como “cáncer” es ya en la actualidad la segunda causa principal de muerte en el mundo occidental y su incidencia parece seguir aumentando cada año. Por eso a pesar de los avances, el término cáncer sigue significando entre la población algo más que perder la salud física, conformando en el paciente y en su familia una importante carga emocional

negativa, pesimista, generadora de soledad cuando no de sentimientos de culpa. Estos procesos que aparecen a menudo asociados a la confirmación diagnóstica, provocan habitualmente una cierta angustia de muerte que a veces les conduce a experimentar la propia vida como un fracaso (Sánchez, et al., s/a: 237).

La asistencia al paciente con cáncer requiere cada vez con mayor claridad un cambio de modelo que aborde la persona desde un planteamiento integral y de integración de los diferentes niveles asistenciales, así como de los diferentes servicios que contribuyen en su tratamiento. Cuando queremos profundizar en el conocimiento de las diferentes respuestas emocionales ante el cáncer nos encontramos con la dificultad agregada a la propia complejidad del tema, de la utilización de una serie de términos que a menudo son intercambiados entre diferentes contextos, especialmente entre el lenguaje cotidiano y la ciencia, usando términos tales como aflicción, sufrimiento, pena, pesar y duelo.

El término aflicción describe en nuestro idioma el estado del afligido (del latín *affligere* = golpear; causar a alguien una molestia o padecimiento físico) y por extensión lo utilizamos para expresar el estado anímico de la persona que soporta cualquier padecimiento. El Sufrimiento refiere el estado del que sufre o sufriente (del latín *Sufferre*) y conlleva aguantar, soportar o sobrellevar un dolor físico o moral con fortaleza o resignación. La diferencia entre aflicción y sufrimiento radicaría en el matiz de la cualidad de la forma de soportar poniendo el énfasis en la fortaleza. La Pena designa la tristeza circunstancial que sentimos por un suceso tal como la muerte de un ser querido, un desengaño o una ingratitud. Describe pues la respuesta tanto si el suceso es real o imaginado. El Pesar describe la cualidad de constituir lo que sucede una carga moral o física (Sánchez, et al., s/a: 243).

El Duelo (del latín *dolos*), significa dolor, pena, aflicción, pesar por la pérdida de algo. La pérdida genera sentimientos negativos que modifican la manera de vivir la

vida a consecuencia del sentir presente en ese momento. Desde Freud, han sido muchos los autores clásicos que han ofrecido interpretaciones que han ayudado en el conocimiento de la reacción de duelo y las sensaciones que lo acompañan. El término duelo se aplica a todos aquellos procesos psicológicos que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida afectiva. La expresión del duelo se realiza a través de expresiones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales, siendo claves la angustia, las preocupaciones, la ira, los sentimientos de culpa, la pérdida y el dolor.

En esta sesión, se abarcará lo relacionado con el proceso de duelo esperando poder fortalecer el vínculo familiar y llevar a cabo un afrontamiento positivo ante la pérdida de un pecho.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

“La salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y representa también una verdadera inversión para contribuir al bienestar familiar, al desarrollo social y al desarrollo económico de una nación. La salud es además una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades en la población” (SSA: 2002).

En este capítulo se enuncian las tres fases de investigación: diagnóstico, intervención y evaluación, donde se describen el análisis, la interpretación y la discusión de los resultados obtenidos en cada una de ellas, respetando el orden de los núcleos temáticos.

1) Fase de Diagnóstico

El diagnóstico y afrontamiento de una enfermedad, como lo es el cáncer de mama y sus tratamientos, deterioran al ser humano y a su familia desde el primer momento que lo saben, ya que la relación que encuentran con este tipo de enfermedades es la muerte. La mujer con cáncer de mama mastectomizada asume la enfermedad como un proceso de pérdida en el que expresa que, de no ser acompañada, no imagina si logrará salir adelante.

El estado emocional, como el sentimiento generado ante la presencia de un estímulo (hecho, suceso, evento o acción), que cambia la actitud de las personas, reflejándose en su comportamiento, siendo determinante para la presencia de emociones negativas como angustia, miedo, temor y dolor; está ligado al tipo de vida que lleve cada paciente, es decir, si tiene hijos, pareja o son madres solteras, la edad y otros factores. A continuación, se describen los resultados de la etapa diagnóstica.

La población de estudio fueron cinco pacientes del Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM con diagnóstico de cáncer de mama, las cuales han sido mastectomizadas; todas son derechohabientes del Instituto, con edades desde los 26 a los 60 años, su nivel educativo es diverso, una con primaria trunca, de 60 años de edad, viuda, ama de casa, sin valoración del estadio de su enfermedad; dos más con primaria terminada, de 49 y 54 años de edad, una casada y la otra divorciada, las dos amas de casa en estadios IIB de la enfermedad, una más con licenciatura, de 26 años, soltera, sin valoración del estadio de su enfermedad y la última con estudios de magisterio, de 49 años de edad, ejerce su profesión, casada y en estadio IIIB de la enfermedad. Las cinco pos-operadas de mastectomía, con no más de 6 meses de la cirugía, todas cuentan con más de un tratamiento, entre los que destacan la quimioterapia y radioterapia. En la actualidad las cinco continúan con tratamiento de quimioterapia y solamente una está con radioterapia.

Los resultados obtenidos de las entrevistadas con cáncer de mama mastectomizadas, se analizaron mediante núcleos temáticos enfocados a los objetivos y centrados en su estado emocional. Los cinco núcleos fueron: afrontamiento, motivación, independencia, satisfacción personal y acompañamiento. Enseguida se especificarán los resultados obtenidos de las entrevistas que se realizaron.

a) Afrontamiento

El afrontamiento se define como la actitud y esfuerzo que expresa la paciente oncológica al aceptar su tratamiento, llevando a cabo lo necesario para su recuperación. Las pacientes mastectomizadas aceptan todo tratamiento que el equipo de salud sugiera, anteponiendo su recuperación como primer objetivo, motivando con ello deseos de salir adelante, dentro y fuera de la institución hospitalaria, lo refieren de esta manera:

“Pues yo siento que fue tranquilidad, porque sé que así podría recuperar mi salud...” (E-3).

“... me siento igual ahora, después de todo lo que he tenido que pasar con los tratamientos, lo mejor de todo esto señorita Lili es que no estaba sola, si no, no sé qué hubiera hecho, cómo podría aceptar todo esto y luchar para vivir, no lo sé” (E-4).

Las actitudes no siempre son positivas y no todas afrontan su enfermedad, a consecuencia de los efectos secundarios de los tratamientos a los que se están exponiendo y de los cuales tiene desconocimiento, así lo expresaron:

“...crees que me sentiré mejor algún día Lili, mis papás me ayudan un poco más, pero me siento más sola ahora, el sentirme mal, no me ayuda a querer hacer más cosas, me aburro mucho, y no he querido regresar a la escuela y menos así” (E-1).

“...pensé que sería menos incómodo estar sin un pecho, pero ahora le puedo decir que sí ocasiona molestias, siento como si me faltara algo más que un pedazo de carne...” (E-2).

“...nos costó mucho aceptarlo y aprender que tenía que tener el tratamiento si quería seguir viviendo, primero fue la quimioterapia, fueron 12 ciclos, por el estadio avanzado en el que se encuentra el tumor” (E-3).

“...no sé qué tuvo más importancia, lo de mi esposo o mi enfermedad o todo, le reproché a Dios por mi enfermedad y por no saber por qué me pasaba a mí después de tantos años, ya soy una vieja, por qué a mí” (E-5).

La mayoría de las entrevistadas no llevan a cabo un afrontamiento asertivo, ya que asumen que aceptan su enfermedad, pero sólo se encuentran en un proceso de negación o justificación ante circunstancias que no sabían que podían pasar después de la cirugía, la paciente mastectomizada requiere de apoyo psicológico en el proceso de su padecimiento para tener una actitud que ayude a su recuperación y evite la presencia de complicaciones asociadas a un mal cuidado.

El cuidado que brinda el profesional de enfermería es fundamental para un mejor afrontamiento en este tipo de pacientes, la capacitación antes, durante y después de someterse a un procedimiento quirúrgico, como lo es una mastectomía, permitirá apoyar a la paciente para que valore los riesgos a los que se expondrá y lo que

implica para su salud y su vida, un tratamiento como este, a lo que responden lo siguiente:

“...cuando pasó la cirugía le pagaron a una enfermera para que me cuidara, y realizara cosas del hogar, pero yo lo que deseaba era que mi mamá estuviera conmigo, me cuidara, me apoyara y me dijera que todo estaba bien, nunca he visto que ella se preocupe por lo que necesito, nunca” (E-1).

“...pero pues uno es madre y me duele mucho, pero tengo muchas ganas de seguir adelante por mis hijos, mis nietos, eso es importante para mí” (E-2).

Las pacientes se someten a tratamientos invasivos con la ilusión de mejorar su salud y seguir viviendo, esperando tener una calidad de vida, sin que disminuya su productividad y esperando poder sentirse útiles, es por ello que el proceso de afrontamiento desde el diagnóstico hasta los tratamiento es complicado, ya que la paciente no cuenta con los conocimientos necesarios acerca de las complicaciones, efectos secundarios que pudiesen llegar a presentar después del tratamiento, es fundamental su capacitación y el apoyo de un familiar o cuidador primario para que mejore su seguridad y pueda salir adelante de una manera más efectiva. Las cinco pacientes han presentado efectos secundarios que modifican su calidad de vida y por ende el afrontamiento de su salud.

b) Motivación

La motivación son acciones que impulsan a una persona a cumplir con sus objetivos y metas en la vida, permitiendo crear estrategias para sobresalir y conseguir un sueño por el cual se realizan las acciones pertinentes, la paciente mastectomizada requiere de una motivación desde antes del inicio del tratamiento, en este caso es la preservación de su vida, por motivos que en determinado momento sólo tiene importancia para ella, las entrevistadas respondieron:

“... para distraerme me gusta leer novelas, me gustan mucho, y me han ayudado a tener ganas de salir adelante y sé que primero Dios voy a estar bien” (E-1).

“... el apoyo de mis hijos, el seguir con mis cosas, me ha ayudado mucho, mi esposo al estar enfermo me pidió que le echara muchas ganas por él y eso es lo que trato de hacer” (E-2).

“...el apoyo y el amor de la familia, del personal de salud que nos expliquen cómo pasa esto y qué es lo que tenemos que hacer para cuidarnos y mejorar” (E-3).

“... yo lo que necesitaba en ese momento era que estuviera mi esposo y mis hijos conmigo, que me abrazaran y poder saber que contaba con ellos” (E-4).

La motivación para la paciente mastectomizada depende en su mayoría de la familia que le acompaña, posterior a ello asume que es una necesidad la de sobrevivir para no dejar sola a su familia, le lastima el simple hecho de sentir que puede o podría dejar desamparados a sus hijos mayormente, generando un compromiso que en algún momento puede modificar lo que ella desea para su salud, permitiendo la aceptación de tratamientos que tal vez no eran necesarios porque ya no existiría una mejora para su salud y disminuiría su calidad de vida, esto después del procedimiento quirúrgico, explicándolo así:

“...señorita Lili, era muy positiva, le comenté que agradecía que me lo quitaran, si con eso iba a vivir, pero le puedo decir que es muy difícil sentir mi cuerpo sin una parte de mí y tener molestias después de que creí que sería la solución a mi problema y veo que no, ahora me están preparando para tener las quimioterapias y yo no sé, qué va a pasar después de eso ni cómo me voy a sentir” (E-3).

“... tratar de ponerle muchas ganas, en los tratamientos, las quimios que fueron muy difíciles, pero gracias a la familia, los hijos y mi esposo que no me dejan y siempre me dan ánimos, eso es lo que me ayuda a que me sienta mejor, el amor es lo que me ha dejado seguir haciendo las cosas para mejorar, el hacer cosas en casa me hace sentirme inútil y enferma” (E-4).

La motivación genera reacciones en la mujer mastectomizada que la inspira a seguir con su vida de manera productiva, aun en pacientes adultos mayores que expresan que por tener mayor edad no esperan obtener más de la vida, después de encontrarse enfermas, es de gran importancia destacar que la falta de motivación en este tipo de pacientes favorece el descuido y la depresión, generando mayores

complicaciones, aun en edades jóvenes, por la falta de cuidado y el deseo de sobrevivir, puntualizando así:

“Sí Lili, he tenido dolor mucho, mi mamá me llevó al hospital de nuevo porque me puse mal, por tener mucho dolor en la cirugía, en el brazo y en el estómago, no estaba comiendo bien, me sentía muy decaída, por eso no quería verte Lili, discúlpame” (E-1).

Las esperanzas de la paciente mastectomizada cambian cuando existen motivos que favorecen su recuperación, la familia como su núcleo fundamental apoya a que estas expectativas estén presentes y puedan llegar a cumplirse, una paciente oncológica sin motivos para seguir adelante se niega al tratamiento, a las oportunidades y a la preservación de su vida, por no tener un objetivo o meta que alcanzar.

c) Independencia

La independencia, como libertad y autonomía que tiene una persona para tomar todo tipo de decisiones que favorezcan su vida, su salud y su forma de vida, en una paciente mastectomizada este aspecto puede verse influenciado por sus motivaciones, aceptando todo cuanto le sugieren en relación a su tratamiento, aun fuera de la estancia hospitalaria, con la finalidad de la mejora de su salud, dependiendo del amor a la vida que tenga y de los objetivos y metas que quiera alcanzar, la paciente mastectomizada presenta autonomía al aceptar tratamientos que no está segura de experimentar y que los asume por los deseos de seguir viva, a pesar de su desconocimiento, a lo que las entrevistadas describen:

“... el doctor me explicó el tratamiento que sería ideal para mí, y ahí fue cuando sentí que la vida se me terminaba, el tratamiento que tenía que recibir sería la mastectomía y quimioterapia y no imaginaba cómo sería vivir sin una parte de mi cuerpo y con el miedo de morir” (E-1).

“... el médico me dio la noticia, me dijo que tendría que iniciar con tratamiento mediante las quimioterapias y después probablemente tendría que someterme a un procedimiento quirúrgico como es la mastectomía por el estadio en el que se encontraba el padecimiento, fue muy triste” (E-3).

La paciente mastectomizada ejerce la toma de decisiones, tomando en cuenta las necesidades en relación con la sensación de soledad, amor o dependencia hacia otros. Es importante capacitar y empoderarlas sobre la toma de decisiones que impliquen su salud física y psicológica, el amor de otras personas como la familia y los hijos generan conflictos que modifican sus acciones en la vida diaria, las necesidades en ellas pueden ser disfrazadas por el proceso de pérdida de una parte importante de su cuerpo como lo es una mama.

d) Satisfacción personal

La satisfacción personal es el sentimiento de tranquilidad y plenitud que expresa una persona al cumplir un objetivo, meta o deseo. La satisfacción personal es fundamental en las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas, ya que implica el empoderamiento, la tranquilidad y su recuperación posterior al procedimiento quirúrgico, al cuestionar su sentir las entrevistadas explican:

“... fue horrible, no podía hablar y lo primero que me vino a mi mente fue me voy a morir” (E-1).

“... me sentí mal porque no esperaba tener cáncer, y sentí que me iba a morir” (E-2).

“... sentí mucha tristeza, incertidumbre, temor y mucho dolor, ya que uno no espera llegar a tener cáncer y pensar o imaginar que puede llegar a morir... más difícil era saber que podía perder uno de mis senos, yo como mujer no imaginaba pasar por eso y sentir que no iba a tener una parte de mí” (E-3).

“... se me complica ahora entender que estoy pasando por esto después de que yo tenía la mejor actitud y ahora me cuesta más trabajo, no se me quitan las ganas de salir adelante por la familia que es la más importante, pero yo Gloria, como mujer, me siento mal, siento que hay algo que no puedo solucionar” (E-3).

La satisfacción personal no sólo depende de la persona, sino del entorno y las decisiones que tomas en determinado momento, todas las pacientes presentan insatisfacción al aceptar el retiro de su mama, a pesar de que en determinado momento lo aceptaron para poder preservar su vida, sin tener en cuenta lo que pasaría posterior a la cirugía, el retiro de la mama representa para la paciente mastectomizada la pérdida total e irreversible de una parte del cuerpo que la hace sentirse mujer, aún con el riesgo de perder la vida.

La insatisfacción no inicia cuando se retira la mama, sino desde el diagnóstico hasta la recuperación, recalcando sentimientos que dañan el estado emocional, por una insatisfacción personal, a lo cual las entrevistadas dicen:

“... me sentí cansada, bajé de peso, tuve náuseas, caída de cabello, todas esas cosas se me presentaron en un solo tratamiento, y yo decía Dios mío y cuando me quiten mi pecho, que voy a hacer... me sentí triste, dolida, no esperaba estar enferma y menos de cáncer y ahora además de enferma, sin una parte de mí” (E-3).

“Me sentí triste incompleta, al tocarme sentí que faltaba algo que ya no volveré a tener, yo no creí que esto fuera tan difícil para mí después de los años que tengo, pero hoy le puedo decir que es muy feo y triste sentir que ya no eres una mujer” (E-4).

“Soledad, dolor, creía que nadie me quería, que no podía esperar nada de nadie, empecé con depresión y cada vez era más y más, no quería hacer nada, no quería saber de nada y no quería tener nada de tratamientos, lo único que pensaba era que podía morir para no pasar por esto” (E-5).

La insatisfacción genera falta de cuidado en la paciente mastectomizada, ya que no puede identificar si estaba mejor al estar enferma o ahora que no tiene un pecho, las pacientes refieren haber estado mejor que ahora que tienen el tratamiento, el sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados: el paciente, la familia y el personal de salud. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal de salud hace que el malestar percibido de uno de ellos puede aumentar o disminuir el malestar de los demás, el sufrimiento a consecuencia de los efectos secundarios como lo es el

dolor, la pérdida de movilidad, las náuseas, vómitos, principalmente modifica la perspectiva de la paciente en relación con su futuro de una manera negativa, y sin una calidad de vida, refiriéndolo de esta manera:

“... estos tratamientos me hacen sentir en ocasiones más enferma de lo que estoy, que me quiten un seno a mi edad es muy difícil... duele tocarse y sentir que te falta algo o levantarse y bañarse y que al momento de tallar tu cuerpo sientas un vacío en el pecho que no vas a poder recuperar nunca más” (E-5).

“... siempre he tenido mucho dolor por la ausencia y el abandono de mis padres, imaginaba que con mi enfermedad cambiarían, pero no, esto es igual, siempre ha sido así, mi consuelo es la escritura y mis ganas de vivir, yo creo que eso me ha permitido aguantar todo esto hasta hoy” (E-1).

La insatisfacción personal es influenciada por la falta de conocimiento del tratamiento, de la enfermedad y de las consecuencias de ésta, la paciente oncológica requiere ser empoderada junto con su familia para que pueda hacer conciencia de lo que es necesario para su salud y lo que no tiene ningún beneficio para ella en un determinado tiempo, la satisfacción personal fortalece el cuerpo y los deseos de salir adelante, porque aún existe algo que vale la pena para vivir con calidad de vida.

e) **Acompañamiento**

Es compartir con una persona o grupo diversas acciones de la vida, involucrándose y participando en las necesidades, deseos y satisfacciones del otro. En la paciente mastectomizada el acompañamiento es fundamental para su recuperación, desde la presentación de un diagnóstico al que sólo pueden asumir que vas a morir, hasta el proceso de pérdida por el que tiene que pasar cuando decide o no que le retiren una o ambas mamas, el ayudar permite generar un vínculo que apoya,

aminora y sostiene el dolor de la otra persona, las pacientes entrevistadas refieren si se sienten apoyadas o no, narrándolo de este modo:

“... señorita Lili pues cuando me lo dijeron afortunadamente estaba con mi familia...no le voy a mentir señorita, fue difícil, muy difícil, pero como mi familia me acompañó siento que eso me ayuda mucho hasta hoy, porque yo no sé cómo le haría si no tuviera a nadie” (E-2).

“... mis hijos no me dicen nada, siempre me dan ánimos, te ves bien, cómo te sientes mamá, eso me ha ayudado mucho a no dejarme decaer” (E-2).

“Sí, desde el momento que me dieron mi diagnóstico me apoyó y pues gracias a eso parece que lo estamos llevando de la mejor manera, no le digo que no duela porque si pesa mucho la pérdida de algo que es parte de ti” (E-3).

El acompañamiento de un familiar, esposo, hijo, hermano, padre o amigo, apoya a la paciente para no sentirse sola y sin razón para seguir luchando, las pacientes refieren que, de no haber tenido a su familia, creen que no hubieran sobrellevado todo por lo cual están pasando, las entrevistadas que se han sentido solas sin ninguna ayuda, señalan lo siguiente:

“... estoy sola, mis papás siempre están ocupados, y no entiendo, pero siento que no les importó, eso ha causado que esta enfermedad me lastime más, me duele ver que mi familia no puede entender que estoy enferma y que puedo morir” (E-1).

“... después de que mi esposo se fue, me pesa mucho más estar sin alguien y ahora es una necesidad el que alguna persona este conmigo, para no sentirme triste, culpable y llorar” (E-5).

“... aparte de estar enferma, perdí a mi esposo, que me había acompañado tantos años, fue muy difícil y me cuesta mucho pensar y platicar de todo esto, el estar enferma y sola no es fácil” (E-5).

Las complicaciones y el desgaste emocional están más presentes en este tipo de pacientes, manifestándolo con palabras como culpa, soledad, además de presentan enojo con la vida y hacia su persona, el acompañamiento tiene un papel fundamental para la recuperación de la paciente con cáncer de mama mastectomizada, quien no lo tiene presenta más complicaciones y se deteriora emocionalmente.

El acompañamiento es primordial en el cuidado de enfermería, ya que es el cuidador primario el que está en contacto directo y por mayor tiempo con la paciente, siendo un apoyo para cualquier situación que se presente, es importante capacitar a la familia y a la paciente sobre su padecimiento, además de favorecer el empoderamiento, para que de esa manera pueda tener un mejor desempeño en su tratamiento y en su vida cotidiana, el objetivo es que la paciente y su familia vivan con calidad de vida y satisfacción.

Las pacientes refieren que el acompañamiento de la familia y del equipo de salud es muy necesario, mencionan que sí reciben información sobre lo que puede ocurrirles con los tratamientos, aunque sienten que no es suficiente, por ejemplo la mastectomía, no se hacen especificaciones con referencia a complicaciones como: infecciones, inflamación, cuidado del drenaje, dolor, además del apoyo psicológico continuo posterior al retiro del pecho, haciendo mención que sólo en una ocasión recibieron la visita de la psicóloga, aspecto que ocurrió después de la cirugía.

El familiar destaca la importancia de la capacitación por el personal de salud, mayormente por el profesional de enfermería, ya que eso les permite saber cómo llevar esta enfermedad de la mejor manera, creyendo que a mayor información y conocimiento habría un mejor entendimiento en relación con lo que pasa la mujer mastectomizada.

“... se necesita capacitación para sobrellevar esta enfermedad” (E-3).

2) Fase de intervención

En esta fase se impartió el programa de intervención de enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a sus familias. El contenido estuvo fundamentado por las necesidades e inquietudes expresadas por las mujeres participantes en este estudio, mediante la entrevista a profundidad realizada en la fase de diagnóstico y

descrita con antelación. El programa se desarrolló mediante tres módulos que se describen a continuación.

Actividad	Contenido	Duración
Módulo 1	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de Cáncer de mama. • Definición Mastectomía. • Efectos secundarios. • Complicaciones. • Lluvia de ideas. 	3:30 horas
Módulo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Motivación y afrontamiento. • Autonomía. • Un paseo por el bosque. • La papa caliente. 	3:30 horas.
Módulo 3	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de duelo. • Acompañamiento: unión familiar. • Terapia de rehabilitación. • Proceso de solución de problemas. • Asamblea, evaluación y despedida. • Apoyo interdisciplinario 	4 horas

Enseguida se describen los resultados obtenidos, tomando el orden de los núcleos temáticos, de la siguiente manera:

a) Afrontamiento

Actitud y esfuerzo que expresa la paciente oncológica al aceptar su tratamiento, llevando a cabo lo necesario para su recuperación. En relación al afrontamiento las pacientes con cáncer de mama y su familia valoran la importancia de las decisiones tomadas para la recuperación de su salud. En el primer módulo del pro-

grama de educación, la paciente y su familia reconocieron la importancia de conocer la relación de la enfermedad y de los cuidados que derivan después del tratamiento de la mastectomía, al conocer los efectos secundarios, complicaciones y cuidados que requiere la paciente después de la mastectomía de manera específica, lo que permitió sensibilizar a la familia, al reconocer el esfuerzo que hace la paciente para salir adelante refiriendo lo siguiente:

...yo creí que ya estaba bien, pero con esto que nos está enseñando usted, sé que tengo muchas cosas que seguir haciendo para seguir sana... (E-4)

... creía que la solución era la mastectomía, pero ahora veo que hay cosas más importantes para sentirse bien... (E-5).

... sabíamos mi familia y yo que la cirugía era una opción de tratamiento y que mejoraría, pero no sabíamos que por un mal cuidado podría tener complicaciones que limitaran mi vida... (E-3)

El afrontamiento en la paciente mastectomizada depende del apoyo familiar, ya que al momento de su recuperación la gente con la que convive y puede apoyarla en el domicilio es únicamente su familia, excluyendo las visitas domiciliarias que el personal de salud pudiera dar. El desconocimiento del estado de salud de la paciente hace que la familia se aleje al creer que la solución es un procedimiento quirúrgico, sin saber las múltiples complicaciones que se pueden presentar posteriores a la cirugía, no sólo físicas sino también psicológicas.

b) Motivación

Acciones que impulsan a una persona a cumplir con sus objetivos y metas en la vida, la motivación para una paciente mastectomizada implica las fuerzas para seguir adelante y los deseos para seguir viviendo, los tratamientos que se brindan en esta patología, como lo es el cáncer de mama, generan complicaciones o efectos secundarios que deterioran la calidad de vida de la paciente y su salud emocional, en relación a la mastectomía, como el retiro o amputación de una mama, representa para la paciente un proceso de pérdida que modificará toda su vida. En

el segundo módulo se abordó el proceso de motivación no solo en relación con la familia, sino también de modo personal, abordando aspectos relacionados con la autoestima, motivación y afrontamiento, con la dinámica de un paseo por el bosque, la que permitió favorecer el reconocimiento propio y de los demás, fortaleciendo el amor hacia sí misma y dirigido a quienes la rodean, mejorando con ello la confianza y la comunicación en su núcleo familiar, refiriéndolo de la siguiente manera:

...no imagine ser tan importante para mi esposo (E-3).

...yo no creí que mi hija me viera de esa manera y que lo que estoy pasando fuera tan importante para ella, ahora sé que el dolor que yo siento también lo siente ella (E-4).

...nunca me hubiera imaginado que el dolor que yo siento lo trasmito a mis hijos (E-5).

La motivación es para la paciente mastectomizada importante siempre y cuando su autoestima este fortalecida, ya que la familia apoya con amor y atenciones, pero los deseos de sobresalir y de darse valor sólo se tienen de manera individual, en este módulo las pacientes reconocieron lo que les afecta y vulnera, permitiéndoles crear estrategias de comunicación para mejorar de manera personal y con su familia.

c) Independencia

La independencia como libertad y autonomía que tiene una persona para tomar todo tipo de decisiones que favorezcan su vida, su salud y su forma de vivir, cabe decir al respecto que la paciente mastectomizada presenta una pérdida de independencia que ha deteriorado su salud y su estado emocional al crear pensamientos que limitan su posibilidad de alcanzar sus sueños. En el módulo tres se implementó una terapia de rehabilitación que permitió la recuperación de la movilidad del miembro torácico afectado, y la disminución del dolor en quien lo presentaba, se les brindaron almohadillas que corrigieron la ausencia de su pecho de manera provisional y se les informaron las opciones de tratamiento para la reconstrucción

de su seno, la paciente posterior a esta dinámica y capacitación aumentó su independencia al realizar sus actividades en el hogar y reconoció que las limitaciones para realizar las actividades que hacía antes de la cirugía, las tenía por desconocimiento, la independencia representa en la mujer mastectomizada la utilidad como ser humano y el saber que si aún puede hacer las cosas es porque se está recuperando, en relación a esto algunas pacientes refirieron:

...el dolor que sentí al sacar de la escuela a mi hija por no tener dinero y no poder trabajar por mi enfermedad (E-5)

... tenía miedo a regresar al trabajo y pensar qué van a decir cuando me vean así, enferma, mal, la gente preguntaba, pero con morbo solamente (E-3)

...el no poder hacer las cosas de mis hijos y de mi esposo me hacía sentir inútil y más enferma... (E-4)

La independencia en la mujer mastectomizada no sólo depende de la paciente sino también de la seguridad que la familia le da para que las cosas puedan ser posibles, la sobreprotección de los familiares genera una sensación de dependencia que ocasiona que la paciente requiera de alguien para poder sentirse bien estando en su domicilio, la familia es responsable de fortalecer a la paciente mastectomizada si lo que buscan es que mejore su calidad de vida y tenga una recuperación más rápida.

d) Satisfacción personal y acompañamiento

Es el sentimiento de tranquilidad y plenitud que expresa una persona al cumplir un objetivo, meta o deseo. La satisfacción de la paciente mastectomizada será total cuando recupere su salud, es muy importante reconocer que el trabajo y esfuerzo que ellas realizan al aceptar cada tratamiento que se les indique para su recuperación es un logro y genera una satisfacción personal, pero en ocasiones no es algo que perdure, esto en relación a su estado de salud y a la esperanza puesta en un tratamiento; la mastectomía es un tratamiento de elección que tiene buen pronóstico, pero también es un tratamiento que no garantiza la recuperación o la

erradicación de la enfermedad, además de que implica el riesgo de complicaciones y efectos secundarios que dependen del cuidado de cada persona.

La insatisfacción de estas pacientes inicia desde el momento del diagnóstico y se fortalece a lo largo del tratamiento, siendo aún mayor cuando el núcleo familiar donde se desenvuelve la paciente no muestra el respeto y el apoyo para su enfermedad y recuperación, ligando la satisfacción personal con el acompañamiento como: el compartir con una persona o grupo diversas acciones de la vida, involucrándose y participando en las necesidades, deseos y satisfacciones del otro.

En el tercer módulo del programa de intervención se brindó un acercamiento interdisciplinario que permitió la exposición de temas como: proceso de duelo, acompañamiento y unión familiar, proceso de solución de problemas, donde la paciente y su familia pudieron reconocer su proceso de duelo e identificar las necesidades que tenían como familia, se brindó apoyo de una psicóloga para llevar a mejor término su proceso de duelo, en el camino hacia la solución de problemas se consigue la expresión de cada uno de los familiares y las pacientes, donde éstas últimas expusieron esos aspectos que las lastiman y perjudican su recuperación, a lo que refirieron:

...el dolor al no tener a mi lado a mi esposo cuando lloraba (E-5).

...el dolor que me causó mi esposo cuando me dejó porque me enfermé de cáncer (E-2).

... él cree que como ya estoy operada ya me curé, y ya no necesito atenciones ni cuidados en la alimentación, la limpieza y otras cosas... (E-3).

El desahogo de las pacientes generó en los familiares la conciencia y el valor para pedir disculpas y construir las estrategias que mejoraran esos aspectos que para algunas pacientes eran importantes; se logró restablecer el acompañamiento de la familia y se reconoció que la falta de conocimiento les permitió creer que si la operaban ya no necesitaría más cuidados después de su recuperación; una vez que se tuvo el diálogo y se crearon las estrategias, la actitud de la paciente mastecto-

mizada reflejó mayores cambios, permitiéndole reconocer aspectos que la fortalecen para continuar en el camino de su recuperación en compañía de sus familiares refiriendo:

...nunca imaginé que mi físico dejó de ser importante para mi familia, yo me preocupaba mucho por eso (E-2).

...nunca creí que seguir aquí, aunque no esté curada, sea un orgullo para mis seres queridos... (E-1).

... creo que ahora ellos me entenderán mejor... (E-4).

3) Fase de evaluación

La fase de evaluación consistió en el análisis del pre-test y la aplicación y análisis del post-test, para identificar la mejora en las características de su estado emocional y el conocimiento adquirido a partir de la aplicación del programa educativo, a las pacientes y familiares o cuidadores principales, los cuales se muestran a continuación:

La información otorgada por las pacientes y su familia en las visitas domiciliarias, permitió evidenciar que la paciente y su familia reconocen las deficiencias en relación al conocimiento de su patología, tratamientos, cuidados y afrontamiento de su enfermedad, en el área emocional; haciendo referencia a la falta de capacitación por las diversas instancias hospitalarias, antes y después del tratamiento quirúrgico, favoreciendo con ello el desapego a los cuidados a realizar para su recuperación.

Con respecto a la falta de apoyo emocional después del diagnóstico de cáncer y antes del procedimiento quirúrgico y en las complicaciones que podrían presentarse después de la mastectomía, las usuarias expresaron que el personal de enfermería les brinda acompañamiento durante la estancia hospitalaria, pero las dudas mayormente le surgieron al egreso a domicilio, razón por la cual se presentaron

complicaciones mediatas o tardías, además del deterioro emocional por la pérdida de una mama.

Con esto es importante reforzar el acompañamiento del profesional de enfermería en la estancia hospitalaria, identificando necesidades integrales que requieren de atención inmediata antes del egreso hospitalario.

Las técnicas y procedimientos implementados ayudaron a identificar con mayor claridad las carencias, emocionales y educativas, que tienen las pacientes y sus familiares, permitiendo crear herramientas que apoyen su recuperación para un mejor desenvolvimiento en su vida familiar y social.

En la aplicación del pre-test la paciente refirió que no se brinda apoyo psicológico, en el diagnóstico, ni después del tratamiento, el acompañamiento del personal de enfermería está presente pero en ocasiones la situación de la paciente no es la ideal para recibir capacitación o información que en corto tiempo va olvidar, la estancia de las pacientes mastectomizadas en el hospital es muy corta de 24 a 48 hrs., esto no es tiempo suficiente para capacitarla y poder llevar a cabo los cuidados necesarios en domicilio y menos si se encuentra en un proceso de negación por la pérdida de una parte de su cuerpo o el diagnóstico de cáncer.

Aun cuando fue visible la efectividad del programa de intervención en la aplicación del post-test y en el desenvolvimiento de cada una de las pacientes y sus familias, observando cambios de actitudes, mejora en el conocimiento en relación a los cuidados, complicaciones, medidas de protección, alimentación y **afrontamiento**. En lo que refiere el proceso de duelo, se corrobora una vez más la importancia del afrontamiento como actitud y esfuerzo que expresa cada una de las pacientes al someterse a tratamientos con la necesidad de buscar su recuperación; **motivadas** por las acciones de su familia y entorno que las impulsan a alcanzar sus objetivos y metas, buscando su **independencia**, al poder realizar todo cuanto puedan

para no sentirse inútiles, esperando encontrar esa **satisfacción personal** que en algunas situaciones les cuesta mucho adquirir, a pesar de los esfuerzos que ellas y sus familiares realizan, en espera de esa tranquilidad y plenitud, por el **acompañamiento**, que brinda su familia y el personal de salud con el que conviven durante su tratamiento y recuperación dentro y fuera de su estancia hospitalaria.

Es importante destacar que las técnicas en relación al proceso de duelo fueron insuficientes, ya que en este tema las pacientes y sus familiares necesitan de mucho apoyo emocional y psicológico para poder aceptar la enfermedad, el tratamiento y la vida que tiene que experimentar en estos momentos, ya que ni el tiempo ha podido permitir que ese afrontamiento se lleve a cabo de manera exitosa, el tiempo en cada una de estas visitas fue insuficiente, después que la interacción que se presenta con cada uno de los integrantes de la familia es muy extensa, por la visión que cada uno tiene de lo que es esta enfermedad y el tratamiento.

La afectación no sólo se presenta en la paciente, sino también en el familiar o cuidador primario, lo que hace importante brindar atención a ambas partes, ya que el dolor de la paciente recae en la familia, favoreciendo con ello el desapego familiar, la pérdida de la pareja, la falta de seguimiento de estas pacientes posterior al egreso de la unidad hospitalaria, favorece la presencia de complicaciones que deterioran la calidad del cuidado personal que necesitan las pacientes, que repercute en lo físico y social.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación con el problema de investigación, se destaca la importancia de la información, orientación, educación y capacitación continua, así como el acompañamiento para una mejor recuperación de la paciente con cáncer de mama mastectomizada, valorando la interacción del paciente, de la familia y del personal de salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se confirma que las mujeres que pasan por una mastectomía desarrollan un sin fin de emociones negativas como insatisfacción, rabia, tristeza, miedo o temor, depresión y ansiedad, conllevando a un estado de estrés, debido a complicaciones y efectos secundarios, tales como el dolor y el cambio de imagen corporal; Fernández (2004), refiere que la imagen corporal es “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”.

La percepción de la paciente mastectomizada influye en su recuperación, ya que la baja de autoestima condiciona el desapego al tratamiento y a los cuidados que debe realizar para su restablecimiento. Manos (2005), describe que de todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal incluye insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la feminidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse menos atractiva con el resultado quirúrgico del tratamiento aceptado, generando sentimientos de insatisfacción, que influyen en el interés por mejorar su salud y preservar la vida.

El diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres es de gran impacto psicológico, presentando variadas reacciones, al ser un evento inesperado ocasiona gran confusión. Dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en primer término las mujeres deben aceptar la mastectomía, que es un proceso diferente en cada paciente, influenciado por distintos factores como feminidad, temor a las consecuencias, a la discriminación y a la posibilidad de someterse a una cirugía reconstructiva, entre otros, la mayoría de las veces las mujeres no están preparadas para enfrentar el problema, para ellas la mama es muy importante debido a que la sociedad considera esta parte del cuerpo como símbolo de la feminidad, relacionándolo con la belleza.

A pesar de que las pacientes presentan este tipo de sentimientos, es importante señalar que trabajan por tener el control de la situación, conservando las expectativas de seguir viviendo y considerando que la enfermedad puede ser o será superada, así como lo señala Toledo (1993), la vulnerabilidad de un paciente depende de la cantidad de medios que dispone para hacer frente a la enfermedad, de la intensidad, habilidad y constancia con que los maneja; del grado de control que le confieren dichos medios para afrontar la enfermedad y de si son adecuados o no en la situación en la que los usa, el afrontamiento al cáncer y a un proceso de mastectomía depende del acompañamiento y la educación que el profesional de la salud, enfermera y médico, le ofrecen antes, durante y después de realizar el tratamiento, confirmando que el acompañamiento en la superación de esta enfermedad garantiza un pronóstico más favorable y con mejores perspectivas para la salud de la paciente y su familia, disminuyendo con el cuidado, complicaciones y efectos secundarios asociados a la mastectomía.

Considerando que el desempeño de funciones y roles en el estilo de vida de cada ser humano juega un papel importante se evidencia que cuatro de las entrevistadas cumplen el rol de madre y esposa, manifestando mayor unión y apoyo familiar,

así como también de amistades, lo que les motiva a querer incluir actividades que apoyen su calidad recuperación.

De acuerdo a lo que refiere la Dra. Watson sobre la práctica cotidiana, debe existir la ejecución de un sistema sólido en valores humanísticos, siendo un arte el momento en que la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona, permitiendo brindar un cuidado holístico que fortalezca su recuperación y que permita la interacción de manera positiva con la familia.

En relación a los resultados obtenidos en la investigación, se destacan las necesidades identificadas de cada una de las pacientes, lo que permite tomar en cuenta la importancia de su participación y la de su familia, fomentando la creación de un vínculo entre enfermera, paciente y familiar. Con ello, se puede afirmar que al final de la aplicación del programa de intervención las mejoras en la recuperación psicológica y física son notables, manteniendo un enfoque humanista como lo marca la teoría de cuidado humano, la meta de enfermería está relacionada con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, de la búsqueda del significado de las experiencias que ha vivido cada uno, del descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la curación.

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud, enfermedad, interacción persona, medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente) diferentes, pero con objetivos y metas en común.

CONCLUSIONES

- Los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama son: la *negación* ante el proceso de la enfermedad, y la incertidumbre de poder recuperar su salud, el *desconocimiento* a lo que implica el tratamiento quirúrgico, complicaciones, efectos secundarios, físicos y emocionales a mediano y largo plazo, *baja autoestima* por la pérdida de una parte de su cuerpo que las hace sentirse mujeres, *insatisfacción* por las decisiones tomadas para mantenerse vivas en relación a las otras personas, además de la mastectomía y *soledad*, por el desapego de la familia y el aislamiento social por miedo al qué dirán en los ámbitos que se desarrollan socialmente, la falta de *productividad*, se sienten inútiles ya que no pueden realizar las cosas que cotidianamente llevaban a cabo en casa o en el trabajo, a consecuencia de limitaciones físicas, como dolor, disminución de la movilidad, depresión y edema.
- Se elaboró y desarrollo el programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia, que contó con tres módulos. En el primero se abordaron temas como: cáncer de mama, mastectomía, sus efectos secundarios y complicaciones, dando respuestas a las inquietudes que la paciente y su familia presentaron en relación al padecimiento y a las acciones y cuidado que deben realizar para mantener una salud adecuada. En el módulo dos se desarrollaron temas como: autoestima, motivación y afrontamiento, autonomía, además de realizarse una dinámica con el nombre de un paseo por el bosque, dinámica que fue fundamental para la aplicación del programa ya que ésta permitió el reconocimiento de la familia ante el esfuerzo que la paciente realiza para poder seguir con vida, asimismo del empoderamiento de la paciente para reconocerse y reconocer lo que su familia realiza, para que juntos puedan superar su enfermedad. Finalmente, en el módulo tres se expusieron temas como:

proceso de duelo, acompañamiento, unión familiar, proceso de solución de problemas, también de una terapia de rehabilitación, donde se brindó material y técnicas que favorecieron la movilidad del miembro torácico afectado, postura y disminución de dolor, por último, se otorgó apoyo interdisciplinario (nutriólogo, psicólogo, enfermera), permitiendo un acercamiento a un proceso de duelo exitoso y la construcción de herramientas que fomenten una calidad de vida integral.

- La información que poseen las pacientes mastectomizadas y su familia en relación a su patología, tratamiento y cuidados domiciliarios es deficiente para una recuperación exitosa, por ello es de gran importancia el desarrollo del programa educativo de intervención en enfermería, dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia, ya que favorece el restablecimiento de la salud, en un marco familiar, mediante el acompañamiento holístico del profesional de enfermería.
- El programa de visitas domiciliarias requiere de ajustes continuos de acuerdo a la situación de cada una de las pacientes, reconociendo que dicho instrumento educativo tiene como finalidad la adquisición de nuevos conocimientos, el fortalecimiento de su estado emocional y el empoderamiento de la paciente mastectomizada, para así poder tener una mejor calidad de vida y menor riesgo de presentar complicaciones y reingresos hospitalarios.
- El tiempo que se programó para el desarrollo del programa educativo de intervención en enfermería fue insuficiente ya que la intervención es dinámica y marca la oportunidad de trabajar con un equipo interdisciplinario, (enfermera, medico, nutriólogo, psicólogo, tanatólogo, entre otros), para el apoyo en las visitas domiciliarias, atendiendo y acompañando a la usuaria y a su familia.

- El programa de intervención de enfermería debe impartirse desde que la paciente se encuentra en protocolo de atención de cáncer de mama, para así poder prepararla para un tratamiento como lo es la mastectomía, de una manera oportuna, generando acciones que disminuyen el riesgo de depresión y descuido en el ámbito domiciliario, asimismo las intervenciones domiciliarias deben programarse con mayor frecuencia al egreso del área hospitalaria.
- El supuesto planteado en la investigación fue aprobado ya que las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas que reciben una intervención educativa de enfermería oportuna dentro de su contexto familiar, aumentan su valor como personas y cambian su estado emocional, afrontando la vida con valor, disminuyendo las complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico no solo físicas si no también emocionales permitiéndoles reintegrarse a la sociedad en menor tiempo con una mejor calidad de vida.

SUGERENCIAS

- Se sugiere la implementación de un programa de intervención educativa de enfermería, mediante visitas domiciliarias para mujeres con cáncer de mama, desde el protocolo, el tratamiento de mastectomía y el seguimiento; que incluya a su familia y a los cuidadores primarios, proporcionando educación (información, orientación, guía y acompañamiento) oportuna, eficiente y clara, antes, durante y después de su tratamiento, fortaleciendo la cultura del autocuidado y preservando su salud emocional, al aceptar lo que significa vivir con cáncer y sin una parte de su cuerpo.
- Se sugiere la creación de un consultorio de enfermería en el área hospitalaria para brindar seguimiento a las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, que permita identificar las necesidades integrales (físicas, psicológicas y emocionales) de las personas con este padecimiento, de manera continua, mediante una programación de consulta desde el inicio de su tratamiento, así, el personal de enfermería será responsable de proporcionar la educación, cuidado, acompañamiento y las herramientas que requiera la usuaria y su familia; también, canalizarla oportunamente con otros profesionales de la salud, si así lo requiere.
- Se propone crear audios y conferencias que apoyen la motivación de las pacientes de una manera más dinámica para poder apoyarlas y que se encuentran viviendo lejos, los cuales se entregarían en el consultorio de enfermería una vez que la paciente esté por recibir tratamiento, estos audios o videoconferencias permitirán dar orientación desde lo que es cáncer hasta lo que implica una mastectomía y los cuidados que se requieren para poder preservar su salud, a lo largo del tratamiento se propone entregar material de acuerdo a las necesidades de cada una de las pacientes.

- Se propone realizar sesiones académicas y/o mesas de trabajo con el equipo de salud, con la finalidad de crear conciencia y sensibilizarlos sobre el trato humanístico e integral que debe recibir la paciente al momento de su diagnóstico o de la programación de su tratamiento, toda vez que las entrevistas refirieron que el personal médico debe comprender que tener cáncer no es tener cualquier enfermedad, y por esa razón exigen un mejor trato al dar un diagnóstico de manera brusca y ofensiva.
- Al implementar el programa de intervención se sugiere la integración de un equipo de trabajo que esté capacitado para poder llevar a cabo las visitas domiciliarias, así como de poder llevar a la práctica cada uno de los módulos que conforman el programa, reconociendo con ello la mejora y fortalecimiento de la temática que incluye el programa para una mejor eficiencia con las pacientes.
- Elaborar trípticos para un acercamiento más profundo a lo que implica el cáncer de mama y los tratamientos, en este caso la mastectomía, complicaciones y riesgos, así como lo relacionado al proceso de duelo, que pudieran ser proporcionados desde el momento del diagnóstico en el consultorio de enfermería y médico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliográficas

1. Branden, N. (2003). *El poder de la autoestima. Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. 3ª ed. Edit. Paidós, México, pp 117.
2. Beltrán, J., Álvarez, J.A. (2005). *Psicología de la Educación*, Boixareus Universitaria, España, pp 223.
3. Bruce, A, Thomas, J, Dan, L. (2009). *Harrison Manual de Oncología*. McGraw-Hill interamericana editores, S.A. de C.V. México, D.F. pp 611.
4. Cárdenas, L. Arana, B. (2010). *Cuidado profesional de enfermería*. México FEMAFEE. pp 183.
5. Duane, P. Schultz. (2009). *Teorías de la personalidad*. 9ª. ed. Edit. Cengage Learning, pp 560.
6. Granados, M, Herrera, A. (2010). *Manual de oncología*. México, 4°. Edic. McGraw Hill. pp 1315.
7. Guillen, C. Molina, M. (2015). *Que es, como funciona y tipos de quimioterapia*. Marzo, pp 17.
8. Gross R. (2005). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*, El manual moderno, 3ª. ed., México Santafé de Bogotá, pp 785.
9. Grupo de Cuidado. (2010). *El arte y la ciencia del cuidado*. Universidad nacional de Colombia. pp 385.
10. Rich, R.M. (2000). *Trastornos de la imagen corporal*. RaichRM, editor. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid. Edic. Pirámide. pp 27-64.

Hemerográficas

11. Al-Ghazal S., Fallowfield L., Blamey R. (2000). *Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple*

- mastectomy and breast reconstruction. European Journal of Cáncer*, 36: 1938-1943.
12. Al-Ghazal S, Sully L, Fallowfield L, Blamey R. (2000). *The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. Eur J Surg Oncol*, 26:17–19.
 13. Álvarez, J.L., et al. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias)*. 29.
 14. Ardila, R. (2013). *Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913*, Revista Latinoamericana de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia. vol. 45, núm. 2, pp. 315-319.
 15. Baile, J.I. (2003). *¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2: 53-70.
 16. Barreto P., Martínez E. (1987). *¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer? .Boletín de Psicología*, 14: 125-146.
 17. Barreto, M. P., Ferrero, J. y Toledo, M. (1993). *La intervención psicológica en pacientes de cáncer. Clínica y Salud*, 4(3): 253- 262.
 18. Bayés R. (1985). *Psicología oncológica*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
 - Beisecker, A., Cook, MR., Ashworth, J. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6(2):85–93.
 19. Camacho, J.M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Fundacionforo.com. pp.1-17.
 20. Carmona, P.A., Villegas, M.J. (2008). *Intervención psicológica para la depresión desde la terapia cognitiva basada en los fundamentos de Beck*. Revista Grafías, Disciplinarias de la UCPR. Universidad Católica Popular del Risaralda. pp 51-66.
 21. Carver C., Smith R., Antoni M., Petronis V., Weiss S., Derhagopian R. (2005). *Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment*

- predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. Health Psychology 24 (5): 508–516.*
22. Compas B., Luecken L. (2002). *Psychological adjustment to breast cancer. Current Directions in Psychological Science, 11(3): 111-114.*
23. Cotton S., Levine E., Fitzpatrick C., Dold K., Targ E. (1999). *Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life and psychological adjustment in women with breast cancer. Psycho-oncology, 8: 429-438.*
24. Cruzado J.A. (2006). *La formulación clínica en psicooncología: un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama. Psicooncología, 3 (1): 175-187.*
25. Fernández, A.I. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Revista Psicooncología. Vol.1, nums.2-3., pp 169-180.*
26. Fobair P., Stewart S., Chang S., D'Onofrio C., Banks P., Bloom J. (2006). *Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psycho-oncology, 15: 579-594.*
27. Fuentes, E. (2014). *Aplicación del Proceso Atención Enfermería en México: un análisis epistemológico. Tesis, Toluca, México, 216 pp.*
28. Ganz P., Desmond K., Leedham B., Rowland J., Meyerowitz B., Belin T. (2002). *Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. Journal of the National Cancer Institute, 94 (1): 39-49.*
29. García-Viniegras C., González M. (2007). *Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana, 27: 72-80.*
30. Gómez, Y., González, M., Gudiño, S., et al. (2010). *Repercusión emocional en las mujeres que padecen cáncer de mama que acuden a la institución fundamama, Universidad Centro occidental "Lisandro Alvarado" decanato de ciencias de la salud programa de enfermería investigación del cuidado humano, Barquisimeto, junio, 85 pp.*

31. Greer, S. (1992). Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama. The Royat Mardsen Hospital. Boletín de psicología, n° 36, septiembre. pp 71-83.
32. Gutiérrez, E. (2014). *Programa educativo dirigido a pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia ambulatoria en el centro oncológico estatal ISSEMYM*. Tesis, Toluca, México, 165 pp.
33. Manos D., Sebastián J., Bueno M.J., Mateos N., De la Torre A. (2005). *Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer*. Psicooncología 2 (1): 103- 116.
34. Martínez, M. (2014). *“Programa Educativo, como intervención de enfermería; en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama y cervicouterino”*. Tesis, Toluca, México, 140 pp.
35. Martínez, A.E. et al. (2014). *Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía*. Revista gaceta mexicana de oncología. 13(1): 53-58.
36. Meyerowitz, B. (1980). *Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment*. Psychological Bulletin, 8:108-31.
37. Reyes, R. (2014). *Programa de intervención educativa en enfermería, a pacientes con tratamiento de quimioterapia, que ingresan al servicio de atención medica continua del Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM*. Tesis, Toluca, México, 112 pp.
38. Schover L., Yetman L., Tuason L., Meiser E., Esselsfym C., Hermann R., Grundfest- Broniatowski S. and Dowden R. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cáncer*, 75 (1): 54-64.
39. Sebastián J., Manos D., Bueno M.J., Mateos N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial*. Clínica y Salud, 18 (2): 137-161 pp.
40. Skrzypulec V., Tobor E., Droszol A., Nowosielski K. (2007). *Biopsychosocial functioning of women after mastectomy*. Journal of Clinical Nursing, 18: 613–619.

41. Tirado, L.L. et al. (2003). Panorama epistemológico del cáncer en México. *Revista especializada en ciencias de la salud*. 6(1):9-13.
42. Tish M. (2006). *The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors*. *The Oncologist*, 11: 96–110.
43. Toledo M, Ferrero J, y Barreto MP. (1996). *Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global*. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 18: 43- 46.
44. Toledo, M., Barreto, M.P. y Ferrero, J. (1993). *Cáncer de mama. Repercusiones psicosociales*. *Información Psicológica*, 51: 71- 76.
45. Torras M., Pedregosa M., Catalá M. et al. (2005). *Depresión y cáncer de mama, ¿hay alguna relación entre ellos?* *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73: 20-23 pp.
46. Urra, M.E. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidado transpersonal. *Revista científica en enfermería*. XVII, (3):11-22.
47. Wong-Kim E., Bloom J. (2005). *Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer*. *Psycho-Oncology* 14: 564–573.

Mesográficas

48. González, R., Contreras, M.G. (2012), s/p. ([http://www.ship.edu/cgboeree/perscontents.html](http://media.wix.com/.../4f3c42_cfba5be0ae0a984d19cddb22b12942d5.pptx?...http://www.ship.edu/cgboeree/perscontents.html). <http://kepler.uag.mx/temasedu/CarlR.htm> <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/rogers.htm>.) [Consultada 29 de febrero del 2016, 12:46].
49. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. (https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq#section/_24) [consultada 15 de octubre del 2016, 22:30].

50. INEGI. (2014). *Población, hogares y viviendas*. (<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>) [Consultada 29 de mayo del 2016, 10:14].
51. INEGI. (2015). *“Mortalidad ¿De qué mueren los mexicanos?”* (<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>) [consultada 08 de agosto del 2016, 12:30].
52. Massó, F., (s/f). *Autoestima*. 47, 56 pp. (<es.salut.cnecta.it/pdf/injuvel/lguianrexia-4.pdf>) [Consultada 14 de mayo del 2016, 10:34].
53. Nápoles, M. (2011). *“Qué es la personalidad “En: Psicología, Apuntes para la asignatura*. Ed. EIEFD, La Habana, Cuba, Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - Nº 123. Agosto de 2008 (<http://www.efdeportes.com/>) [consulta 10 de febrero del 2016, 13:00].
54. OMS. (2016). *Programa de las Naciones Unidas de acción para la terapia contra el cáncer*. (<http://www.who.int/cancer/treatment/es/>) [Consultada 28 de mayo del 2016, 11:34].
55. OPS. (2012). *“Cáncer de mama”* (<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/10/19/aun-tardia-la-deteccion-de-cancer-de-seno-en-mexico-expertos-7688.html>) [Consultada 22 de mayo del 2016, 12:04].

ANEXOS

Anexo No. 1


UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

CONSTANCIA

Registro de Protocolo de Tesis

Toluca, México, a 11 de mayo de 2017

Número de Registro: MEFTIN-0217

Nombre del Programa Académico: Maestría en Enfermería (Terapia Intensiva)

Tema de Tesis de Grado: intervención educativa de enfermería en mujeres mastectomizadas, en un contexto familiar.

Nombre del Alumno: Benhumea Jaramillo Liliana Inés

No. de cuenta: 0820225

Comité de Tutores

Tutor Académico: Dra. Lucila Cárdenas Becerra

Tutores Adjuntos: Dra. María de Lourdes García Hernández
Dra. Beatriz Arana Gómez


DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
DRA. CARMEN ÁLVAREZ LOBATO
DIRECTORA DE ESTUDIOS AVANZADOS




Anexo No. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitada a participar en el estudio de investigación titulado:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN MUJERES MASTECTOMIZADAS, EN UN CONTEXTO FAMILIAR.

Investigadora: L.E. Liliana Inés Benhumea Jaramillo.

Donde los objetivos principales son:

- Identificar los factores emocionales que influyen en la recuperación integral de las mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, en el Centro Oncológico Estatal del ISSEMYM.
- Impartir un programa educativo de intervención en enfermería dirigido a mujeres mastectomizadas y a su familia.
- Evaluar los resultados de la aplicación de un programa educativo y de acompañamiento para el restablecimiento de la salud integral de las mujeres mastectomizadas, en un marco familiar.

Es importante señalar que su participación será de manera voluntaria, apegándose a lo establecido en el principio de la Declaración de Helsinki en lo referido a la custodia y protección de datos y a el *Art. 20 y 21 del reglamento de la Ley General de Salud*, respetando los aspectos éticos de la investigación y la libre elección del participante, así mismo se garantiza que la información obtenida tendrá la confidencialidad correspondiente.

Con base en la información anterior, otorgo mi consentimiento para participar en este estudio de investigación.

Firma de quien participa

Fecha: _____

Anexo No. 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nº-E	Edad	Escolaridad	Procedencia	Procedimiento	Diagnóstico	Tratamiento
E-1	26	Licenciatura	Colonia del Parque # 206 Toluca.	PO mastectomía con Halsted	Ca de mama izquierda.	Quimioterapia y cirugía
E-2	52	Primaria	San Mateo el Viejo, Temascalcingo.	PO mastectomía radical modificada.	Ca de mama derecho.	Quimioterapia y cirugía.
E-3	49	Magisterio	Aculco Estado de México	PO mastectomía radical modificada.	CA mama izquierda III B	Quimioterapia, radioterapia y cirugía.
E-4	49	Primaria	El Terrero, Tonalco, Estado de México	PO mastectomía radical modificada.	CA mama derecha II B	Quimioterapia y cirugía.
E-5	60	Primaria trunca	Calle nopales # 16 San Martin las Rosas, municipio de Lerma.	PO mastectomía radical modificada.	Ca de mama derecha	Quimioterapia y cirugía.

Anexo No. 4

GUÍA DE ENTREVISTA

(Fase diagnóstica)

1. ¿Recuerda qué sintió cuando le dijeron su diagnóstico y le comentaron sobre el tratamiento que le darían?
2. ¿Qué significó para usted el que le quitaran una o ambas mamas?
3. ¿Quién estuvo con usted acompañándola, desde el diagnóstico hasta que le hicieron la mastectomía?
4. ¿Cuáles fueron sus principales emociones y sentimientos al respecto?
5. ¿Qué acciones ha realizado para superar estas emociones y seguir viviendo en aceptación y plenitud?
6. ¿Qué necesidades de apoyo y de cuidado ha tenido?
7. ¿Quién(es) le ha(n) ayudado a satisfacer esas necesidades?
8. ¿Cómo se siente ahora?
9. ¿Cómo han sido los cambios en su imagen corporal?
10. ¿Presenta o presentó dolor, le afecta emocionalmente?

Anexo No. 5

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
Entrevista (E-)		
Nombre de la Paciente:		
Diagnóstico:		
Tiempo de enfermedad:		
Edad:		
Profesión:	No. de Cama:	Estado civil:
Número de teléfono:		
Horario de visita:	Domicilio:	
Visita domiciliaria hora / fecha /duración	Tema educativo	Observaciones

Anexo No. 6

Pre-test

INSTRUCCIONES: Lea el contenido de las preguntas y coloque una X en la respuesta de su elección.

Nº	PREGUNTAS	Si	No
1	¿Recibió apoyo psicológico después del diagnóstico de cáncer y antes del procedimiento quirúrgico?		
2	¿Recibió capacitación sobre las complicaciones asociadas a su procedimiento quirúrgico (mastectomía)?		
3	¿Mantuvo un acompañamiento por el personal de enfermería y/o sus familiares durante su estancia hospitalaria?		
4	¿El personal de enfermería respondió a sus necesidades, inquietudes y las de su familia de manera profesional e integral, dentro y fuera del área donde se encontraba hospitalizada?		
5	¿Presentó alguna complicación durante la cirugía o posterior a la misma?		
6	¿Cuál?		

Sugiera algún tema de interés para capacitación relacionado a sus necesidades personales _____

Anexo No. 7

Post-test

INSTRUCCIONES: Lea el contenido de las preguntas y asigne un valor a cada una de acuerdo a las estimaciones de la escala que aparece a continuación, además de responder el cuestionamiento final con toda la libertad posible, gracias.

1-3	4-6	7-10
REGULAR	BUENO	EXCELENTE

Nº	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN
1	¿Cómo considera la experiencia de las visitas domiciliarias en su familia?	
2	¿Considera que fue suficiente el tiempo para compartir con usted aspectos relacionados a su salud?	
3	¿Mejóro su estado de ánimo con el acompañamiento que le brindó el profesional de enfermería?	
4	¿El personal de enfermería respondió a sus necesidades, inquietudes y las de su familia, de manera profesional e integral?	
5	De acuerdo a su experiencia en este programa de visitas domiciliarias, ¿qué recomendaciones y sugerencias realizaría para mejorar su acompañamiento?	

Anexo No. 8

RECOMENDACIONES

- Alimentarse de manera saludable
- Realice actividad física
- No consuma tabaco, ni bebidas alcohólicas
- Realícese autoexamen de mama mensualmente
- Acuda al establecimiento de salud para examen clínico de mamas cada año
- Acuda al establecimiento de salud para realizarse mamografía cada año, después de cumplir los 40 años
- Consulte para atención médica oportuna por cualquier cambio que observe en las mamas

Estadio I
El tumor mide hasta 2 cm y no se ha extendido más allá del tejido mamario.

Estadio II
El tumor mide hasta 5 cm y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio III
El tumor mide más de 5 cm y puede haberse extendido a los ganglios linfáticos cercanos y a otros tejidos cercanos.

Estadio IV
El tumor puede ser de cualquier tamaño y puede haberse extendido a otros órganos del cuerpo.

E.M.T.I LILIANA INES BENVHUEA JARAMILLO

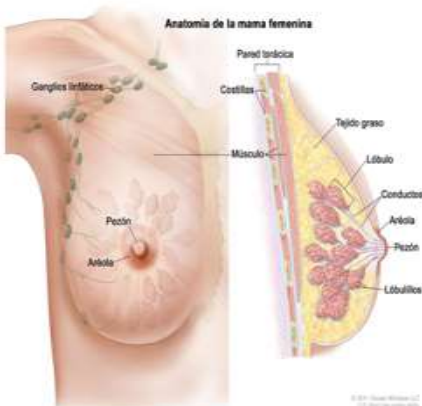
NUMERO DE TELEFONO: 7221338035
CORREO ELECTRONICO: lil_benve@colinas.com

CANCER DE MAMA

La detección temprana aumenta la posibilidad de cura

Que es el cáncer de mama

Es un tumor maligno que se desarrolla en la mama y puede invadir los tejidos que están alrededor y otros órganos



¿A quiénes afecta?

Puede afectar a cualquier mujer y muy raramente a algunos hombres (de cada 100 casos, sólo 1 es hombre).

Las posibilidades de que aparezca un cáncer de mama aumentan con la edad, especialmente a partir de los 50 años. Además, cuando existen antecedentes de cáncer en familiares sobre todo en mujeres jóvenes, puede haber una mayor predisposición a enfermar.

¿Cómo se detecta tempranamente la enfermedad?

Por medio de la mamografía, que es una radiografía de las mamas. Con este estudio es posible encontrar el cáncer cuando es muy pequeño y todavía no se toca. Eso permite que haya más posibilidades de curación.

Se recomienda que **todas las mujeres entre los 50 y 70 años se realicen una mamografía cada dos años.**

¿Se puede prevenir el cáncer de mama?

Un estilo de vida saludable disminuye las posibilidades de tener cáncer de mama. Por eso es importante: hacer ejercicio físico, no fumar, comer alimentos que tengan un bajo contenido en grasas, incorporar muchos vegetales a la dieta, tomar poco alcohol y mantener el peso dentro de los límites normales.

¿Qué hago si me palpo "algo" en la mama?

No todos los nódulos que se palpan son cáncer, por lo cual, es siempre importante consultar al médico. **Los estudios** que se hacen, ya sea la mamografía o la biopsia, pueden ser molestos pero **no son peligrosos ni agravan la enfermedad.** No hay que tener miedo de consultar para saber qué está pasando. El cáncer de mama siempre tiene tratamiento.

Anexo No. 9

¿Es dolorosa la mastografía?

No todas las mujeres sienten lo mismo, para algunas, resulta molesto y para otras es doloroso, ya que los senos deben ser mantenidos firmemente en posición y comprimidos, para tomar una buena radiografía.

¿La mastografía previene el cáncer de mama?

No, este examen de mamas sólo ayuda a encontrarlo si está presente.

¿Cuándo tendrá los resultados?

Una vez que se haya tomado la mastografía, el personal de salud le informará cómo recibirá sus resultados y aproximadamente cuánto tiempo tardarán, o en qué forma se lo harán saber. Antes de salir, asegúrese de contar con esta información y no olvide dejar sus datos correctos de localización, para que la busquen en caso de tener que repetir la mastografía o hacer estudios adicionales.

**L.E LILIANA INES BENVUEA
JARAMILLO**

Teléfono: 7221336030

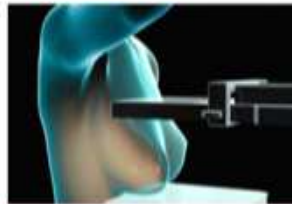
Correo: ln_arenta@hotmail.com

¿Y si necesito tratamiento?

La volveremos a citar para que acuda a la unidad médica correspondiente, donde personal especializado la atenderá, asegurándole que la atención será de calidad.

Los tratamientos contra el cáncer de mama mejoran y se estudian constantemente. Como parte del proceso de atención, el tratamiento del cáncer de mama se proporciona de manera gratuita en la Secretaría de Salud a las mujeres sin seguridad social, especialmente si están inscritas al Seguro Popular.

- Cinco pasos por la salud de tus mamas
- Hazte la mastografía
- Observa y toca tus mamas y reporta cualquier cambio a tu médico
- Solicita al médico la exploración clínica anual y que te informe sobre los factores de riesgo
- Consume agua, verduras y frutas
- Ejercita tu cuerpo y evita el sobre peso



UN HACERCAMIENTO CON LA MASTOGRAFÍA



*"Hagamos de la mastografía
una oportunidad de vida"*

¿Qué es?

La mastografía es un examen radiográfico de las mamas; se realiza con un aparato llamado **mastógrafo**. Este examen ayuda a detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales, cuando aún no es posible que se pueda palpar por el médico o por usted misma.

Existen dos tipos de mastografía:

La de detección que se dirige a mujeres sin síntomas o signos y está indicada en todas las mujeres de 50 a 69 años de edad y en las de 40 a 49 años con factores de riesgo. La de diagnóstico que se realiza cuando la mujer tiene síntomas o signos de enfermedad en los pechos y debe efectuarse lo más pronto posible.

¿Por qué necesito una mastografía?

El cáncer de mama es la primera causa de enfermedad y muerte por un tumor maligno y cada vez es más frecuente en la mujer mexicana, a mayor edad mayor riesgo de enfermar. El examen radiológico puede ayudar a encontrar un tumor o bolita antes de que haya algún signo o síntoma. Si los cambios son encontrados en una etapa temprana, el cáncer es curable.



¿Todas las mujeres deben hacerse una mastografía?

El riesgo de enfermar de cáncer de mama aumenta en la medida que la mujer envejece.

Invitamos a todas las mujeres entre los 50 y 69 años de edad a la toma de su mastografía. Acuda a realizarse su examen radiológico aún cuando no tenga síntomas o algún cambio en sus senos. Solicite en su centro de salud una cita para la toma de su mastografía.



¿Dónde me harán la mastografía?

Se realiza en un hospital, centro de salud o unidad móvil donde se cuente con **mastógrafo**.

Por favor, el día de su cita tome un baño y no utilice desodorante, perfume, aceite, crema o talco en las axilas y en sus mamas, ya que, las partículas de estos productos pueden alterar los resultados del estudio y de preferencia, para su comodidad, ese día use ropa de dos piezas.

¿Qué ocurre durante la mastografía?

Este estudio se lleva a cabo en pocos minutos.


Le darán una bata y le pedirán que se quite la ropa de la cintura para arriba, una vez que esté cómoda, el personal especializado para realizar este examen, le explicará cómo es la mastografía. La colocará de pie frente al **mastógrafo** y pondrá sus senos, uno a la vez, entre dos placas especiales, cada uno de sus senos será comprimido durante algunos segundos y le tomarán las radiografías, como se muestra en la fotografía.




Autoexamen de mama.

Practícalo sin falta una vez al mes 10 días antes o 10 días después de tu período. Si estás en edad menopáusica escoge un día fijo. 4 minutos que pueden salvar toda tu vida.


1 Con los brazos alado, fíjate si alguna de tus mamas está deformada, si hay cambios en el color o si el pezón está desviado o hundido.




2 Coloca las manos en las caderas y presiona firmemente, inclínate un poco hacia adelante y busca alguno de los cambios mencionados.




3 Ahora observa los cambios con los brazos extendidos, hacia arriba.




4 De pie con una mano detrás de la cabeza, explora toda la mama con movimientos circulares, empezando por la axila hasta terminar el pezón.




5 Efectúa todos los movimientos anteriores, pero ahora acostada y con una almohada bajo tu espalda.





6 Termina tu exploración apretando el pezón y observa si hay salida de líquido anormal.





Recomendaciones vitales a las que debes estar alerta


1  **Asimetría**


2  **Hundimiento del pezón**


3  **Protruberancias**


4  **Vena cretente**


5  **Hendidura**


6  **Erosiones en la piel**


7  **Huecos en la piel**

8  **Fiel de naranja**

9  **Endurecimiento de las mamas**

10  **Fluido desconocido**

11  **Enrojecimiento o ardor**

12  **Bulto interno**

Anexo No.11

Factores que integran la autoestima



La autoerótica: como un proceso que incluye el reconocimiento a los propios errores.

La responsabilidad: aceptar que la propia vida es consecuencia de las decisiones personales y salir del rol de víctima.

El respeto hacia sí misma y hacia el propio valor como persona: Para ejercer la igualdad primero hay que tener bien en claro que la propia valía, de que no se es menos que nadie y eso "nadie" también incluye a los hombres.

El límite de los propios actos y el de los actos de los demás: relacionado con el respeto está la cuestión del principio que debe regir los actos y es el de no dañar al otro y el de no permitir que el otro nos dañe.

La autonomía: como la búsqueda de espacios para la autorrealización y la independencia, es tan importante como los otros aspectos aquí reseñados y quizás se consigue luego de haber transcurrido un buen camino de ese trayecto al que se denomina autoestima.

Claves para alcanzar una buena autoestima

- El juicio personal
- La aceptación de uno mismo
- El aspecto físico
- El patrimonio psicológico
- El entorno socio-cultural
- Evitar la envidia o compararse con los demás
- Desarrollar la empatía, el ponerse en el lugar del otro.
- Hacer algo positivo por los demás.



L.E. LILIANA INES BENVHUEA JARAMILLO
Teléfono: 72 21 33 50 30
Correo electrónico: lir_arenta@hotmail.com

Autoestima

"Tu vida es importante. Respétala. Lucha por alcanzar tus más altas posibilidades."

Nathaniel Branden,

TÓMATE UN MOMENTO PARA
APRECIAR LO INCREÍBLE QUE ERES.



QUE ES LA AUTOESTIMA

Es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias.

Más concretamente, podemos decir que la autoestima es lo siguiente:

- La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida
- La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos."

"Reír es de sabios." Marco Valerio Marcial, poeta romano, siglo I d.C.



La resiliencia es la capacidad de un sujeto para superar circunstancias de especial dificultad gracias a sus cualidades mentales, de conducta y adaptación, según Krelslar (1998).

LAS SEIS PRÁCTICAS DE LA AUTOESTIMA SEGÚN BRANDEN

La práctica de vivir conscientemente: Vivir de manera consciente significa estar conectados con nuestros actos, nuestras motivaciones, valores y propósitos y comportarnos de manera razonable.

La práctica de la aceptación de sí mismo: conlleva la idea de compasión, de ser amigo de mí mismo.

La práctica de la responsabilidad de sí mismo: Es asumir que uno es la responsable de su propia vida, logros fracasos y consecuencias de sus actos y de los comportamientos que asume frente a los demás.

La práctica de la autoafirmación: La autoafirmación significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad.

La práctica de vivir con propósito: Vivir con propósito es fijarse metas productivas en consonancia con nuestras capacidades. Fijarse metas concretas y actuar para conseguirlas.

La práctica de la integridad personal: Tiene que haber una coherencia entre nuestros valores, nuestros ideales y la práctica de nuestro comportamiento. Nuestra conducta debe reconducir a nuestros valores. Significa cumplir con nuestros compromisos, con nuestra palabra y generar confianza en quienes nos conocen.

AUTOESTIMA BAJA

Se consideran no aptos para enfrentar los desafíos de la vida. Sienten la carencia, el "no puedo", el "no soy capaz".

Características:

Tendencia a la generalización: se toma la excepción por regla, empleándose términos categóricos a la hora de valorar lo que les sucede del estilo: "a mí todo me sale mal o nunca tengo suerte con "

Pensamiento dicotómico o absolutista: Rojas define este concepto como: "binomio extremo de ideas absolutamente irreconciliables".

Filtro negativo: se da cuando los pensamientos de la persona giran en torno a un acontecimiento negativo sin prestarle atención a las situaciones positivas y favorables de su vida.

Autoacusaciones: consiste en la tendencia de la persona a culpabilizarse por cuestiones en las que no es clara su responsabilidad o directamente no tiene responsabilidad alguna.

Personalización: se trata de interpretar cualquier queja o comentario como una alusión personal.

Reacción emocional y poco racional: el argumento que desencadena una emoción de signo negativo es errático, ilógico y la persona tiende a extraer conclusiones que la

Anexo No. 12

RECUERDA

- NO SALTAR TIEMPOS DE COMIDA
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
- PESATE
- MIDETE



L.N EDGAR FRANCISCO
VILLARREAL RODRIGUEZ
Teléfono: 72 25 10 37 60
Correo electrónico:
edgar_nutri@hotmail.com

L.E. LILIANA INES BENHUMEA
JARAMILLO
Teléfono: 72 21 33 50 30
Correo electrónico:
lin_arenita@hotmail.com

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES



**"JUNTOS PODEMOS
PREVENIR,
DETECTAR OPORTUNAMENTE
Y TRATAR CON ÉXITO EL
CANCER
YO PUEDO
NOSOTROS PODEMOS!!!!!!"**

"ALIMENTACION CORRECTA"

La **buena alimentación** o nutrición es especialmente importante en caso de que padezca de cáncer debido a que tanto la enfermedad, como su tratamiento, pueden cambiar la forma en que come. El **cáncer** y su **tratamiento** también pueden afectar la manera en que su cuerpo tolera ciertos alimentos, así como su capacidad de emplear los nutrientes:



Alimentarse bien significa comer una variedad de alimentos para obtener los nutrientes que su cuerpo necesita para luchar contra el cáncer. Estos nutrientes incluyen proteínas, carbohidratos, grasa, agua, vitaminas y minerales.

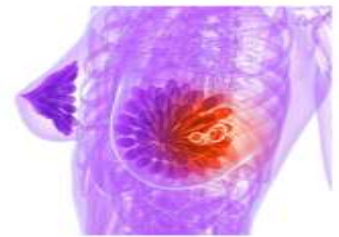
Las necesidades de nutrientes varían para cada persona. Su equipo de atención médica puede ayudarle a identificar sus metas de nutrición y planear algunas formas para ayudarle a conseguirlas. Comer bien podría ayudarle a:

- Sentirse mejor.
- Mantener un nivel elevado de fuerza y energía.
- Mantener su peso y las reservas de nutrientes de su cuerpo.

Tolerar mejor los **efectos secundarios relacionados con el tratamiento**.

- Reducir su riesgo de infecciones.

Sanar y recuperarse más rápidamente.



RECOMENDACIONES:

- TODAS LAS FRUTAS
- TODAS LAS VERDURAS
- DISMINUIR CONSUMO DE LACTEOS
- CONSUMIR CEREALES INTEGRALES
- DISMINUIR CONSUMO DE GRASA
- EVITAR ENLATADOS Y EMBUTIDOS
- CONSUMA AL MENOS 2.5 LT DE AGUA AL DIA.

Anexo No. 13

Las 5 etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación es el recorrido que se transita para sanar la pérdida de un ser querido, según Elisabeth Kübler-Ross”.

PRIMERA ETAPA DEL DUELO: LA NEGACIÓN: Cuando una persona se entera de la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora.

SEGUNDA ETAPA DEL DUELO: LA IRA: Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

TERCERA ETAPA DEL DUELO: LA NEGOCIACIÓN: En esta etapa surge la esperanza de que se puede posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

CUARTA ETAPA DEL DUELO: LA DEPRESIÓN: En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos.

QUINTA ETAPA DEL DUELO: LA ACEPTACIÓN: Es el momento en donde hacemos las paces con esta pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

DUELO Y LUTO		2 CONCEPTOS DISTINTOS	
	DUELO		LUTO
DEFINICIÓN	Reacción emocional tras la pérdida de alguien u algo significativo.		Expresión externa del dolor por la pérdida de un ser querido.
CARACTERÍSTICAS	Proceso individual marcado por las características personales del sujeto por el vínculo con el fallecido.		Determinado por normas sociales, culturales y religiosas de cada sociedad.
MANIFESTACIONES	Manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, somáticas, físicas, etc.		Vestimenta, tiempo de duelo, ceremonias de despedida, conductas para expresar el dolor, etc.
OBJETIVO	Llegar a un acuerdo con la pérdida e integrar el significado de esta en la vida.		Identificar a quienes están en duelo. Mostrar respeto hacia el difunto. Hacer públicos sus sentimientos.

L.E. LILIANA INES BENHUMEA JARAMILLO
CORREO: lin_aranita@hotmail.com
TELEFONO: 7221335030

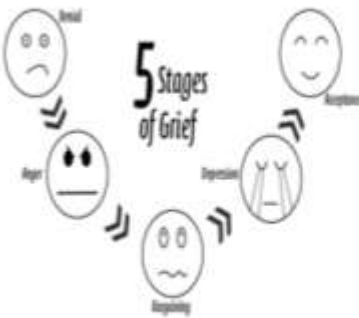
PROCESO DE DUELO



“¿Qué sería de la vida, si no tuviéramos el valor de intentar algo nuevo?”
— Vincent van Gogh

¿QUE ES EL DUELO?

El duelo es un proceso normal que se inicia ante la pérdida de un ser querido, cosa, parte del cuerpo, o empleo, a este proceso subyace un sentimiento de tristeza muy profundo y se piensa que nada será igual. Pueden aparecer entonces, alteraciones **TEMPORALES** en la conducta (pérdida del interés por las actividades que antes se realizaba, intensas ganas de llorar, etc), malestares físicos (falta de apetito alteraciones del sueño, etc) y emociones diversas como cólera, culpa, entre otras. Es importante vivenciar estos sentimientos para recuperar las ganas de vivir y recordar al ser querido con afecto.



¿POR QUE NO SE ACEPTA LA PÉRDIDA?

Existen diversas razones: la interrupción del vínculo afectivo, una vida que nos deja sin saber dónde dirigir nuestro afecto y esto es doloroso; continuar con la vida cotidiana cuando ya no está el ser querido genera muchos sentimientos de culpa.



¿QUE SUCEDE SI UNO NO ACEPTA LA PÉRDIDA?

Podemos llevar muchos años buscando reemplazar lo perdido tal como creímos que fue. Idealizamos y negamos todo el tiempo la realidad. Nos saturamos de actividades y hacemos todo lo posible por evitar el dolor, esto nos desgasta y perdemos la capacidad de disfrutar. Es muy difícil aceptar que un ser querido ya no está y otra manera de defendernos del dolor es pensar y actuar como si él continuara vivo. Tal vez creas que esta es la mejor opción, pero lamentablemente, al final, el dolor saldrá a la superficie.

¿COMO SUPERAR EL DOLOR DE LA PÉRDIDA DEL SER QUERIDO (cosa, parte del cuerpo o sentimiento)?

Solo lo superaremos aceptando su ausencia. El dolor es parte de esa aceptación y evitarlo no nos ayudara a retomar nuestras vidas.

La sensación de dolor irá desapareciendo en la medida que se facilite la expresión de sentimientos a través de la palabra, contando con la escucha adecuada de personas que uno considere confiables, o acudiendo a una psicoterapia de apoyo.



¿QUE FUNCIÓN TIENE LLORAR?

El llanto es una función orgánica importante para el ser humano que se produce como una respuesta frente a una situación de mucho dolor o extrema alegría, estas experiencias producen una carga emocional que nuestro organismo no puede tolerar, por lo que requiere expulsarla y lo hace a través de las lágrimas. Llorar es una manera de estar en contacto con nuestros afectos.

Anexo No. 14



