



19
2eg.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGIA RADICAL Y
CONSERVADORA EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:
HERNANDEZ ALBARRAN TERESITA DE JESUS

ASESOR: LIC. HUMBERTO ISAAC CHAVEZ GUTIERREZ

CD. UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.,

1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES :

CLAUDIO Y BALBINA

Por el apoyo, amor y confianza que he recibido de ellos y por la herencia invaluable que me han legado: Mi profesión.

A MIS HERMANOS :

BLANCA ESTELA Y ROSA MARÍA
JOSÉ LUIS
ROSALBA
CLAUDIO
ELSA MARGARITA
MARÍA DEL REFUGIO
ALBERTO

Como un testimonio de eterno agradecimiento por el apoyo que me han brindado en mi desarrollo personal y profesional.

A R. GERARDO :

Por el inmenso y profundo amor que nos ha unido y que
ha sido el motivo para lograr mi meta.

A MIS AMIGOS :

JORGE — ROSARIO — JOSÉ LUIS

Por su sincera amistad y apoyo incondicional.

A ELVIRA Y TERE :

Por su valiosa colaboración.

A MI ASESOR :

LIC. HUMBERTO ISSAC CHÁVEZ GUTIERREZ

Y JURADO :

DR. JOSÉ LUIS LUNA AGUILAR

MTRA. GRACIELA CASAS TORRES

LIC. ORALIA ACUNA DÁVILA

LIC. MARÍA EUGENIA BERNAL VARGAS

Por su valiosa y acertada contribución para la
elaboración del presente trabajo.

AL DR. ROMERO JAIME, JEFE DE TUMORES MAMARIOS DEL HOSPITAL DE
GINECO OBSTETRICIA Nº 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", DEL I.M.S.S.
Y SU EQUIPO DE TRABAJO.

Por las facilidades que me brindaron para realizar la presente
investigación.

LO MÁS VALIOSO QUE TIENE UNA MUJER ES LA VIDA. EL
PODER SENTIR, RESPIRAR, PENSAR, LA CAPACIDAD DE
SER ÚTIL PARA LA SOCIEDAD. TENER UNA PAREJA,
FORMAR UNA FAMILIA Y CONVERTIR TODOS SUS
SUEÑOS EN REALIDAD; Y NO PORQUE LE FALTE
UNA PARTE DE SU CUERPO PIERDE SU VALOR
COMO SER HUMANO Y MENOS COMO MUJER.

GRACIAS A TODAS Y CADA UNA
DE LAS MUJERES QUE COOPERARON PARA
PODER LLEVAR A CABO ESTA INVESTIGACIÓN.

ÍNDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1: ANTECEDENTES GENERALES DEL CÁNCER DE MAMA EN MEXICO.	
1.1 EL CÁNCER DE MAMA	10
1.1.1 CONCEPTO Y ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	10
1.1.2 FACTORES DE RIESGO	12
1.1.3 TIPOS	16
1.1.4 ETAPAS	18
1.2 TRATAMIENTO	19
1.2.1 HORMONAL	19
1.2.2 QUIMIOTERAPIA	19
1.2.3 RADIOTERAPIA	19
1.2.4 QUIRÚRGICO	20
1.2.4.1 CIRUGÍA RADICAL (MASTECTOMIA)	20
1.2.4.2 CIRUGÍA CONSERVADORA (CUADRANTECTOMIA)	21
CAPITULO 2: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA (CaMa).	
2.1 GENERALIDADES	23
2.1.1 SOCIEDAD Y CULTURA	23
2.1.2 EDUCACIÓN, HÁBITOS Y COSTUMBRES	26
2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	30

2.2.1	FACTORES PSICOLÓGICOS	30
2.2.2	FASES PSICOLÓGICAS	32
2.2.3	EFFECTOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO	34
2.3	ASPECTOS SOCIALES	35
2.3.1	EFFECTOS ANTE LA SOCIEDAD	35
2.3.2	EFFECTOS FAMILIARES	36
2.3.3	EFFECTOS EN LA RELACIÓN DE LA PAREJA	39

CAPITULO 3: INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR
SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

3.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	42
3.2	DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	46
3.3	OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD	47
3.3.1	GENERAL	47
3.3.2	ESPECÍFICOS	48
3.4	FUNCIONES PARTICULARES	49
3.5	NIVELES DE ACCIÓN	55
3.6	DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO	56
3.7	OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO	59
3.7.1	GENERAL	59
3.7.2	ESPECÍFICO	59
3.8	FUNCIONES PARTICULARES	60
3.9	EL EQUIPO DE SALUD	61

CAPITULO 4: INVESTIGACIÓN
"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y
CONSERVADORA EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

4.1	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	65
4.2	OBJETIVOS	65
	4.2.1 GENERALES	65
	4.2.2 ESPECÍFICOS	65
4.3	HIPÓTESIS	67
	4.3.1 VARIABLES	67
	4.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS	68
4.4	METODOLOGÍA	69
	4.4.1 DISEÑO DE LA MUESTRA	69
	4.4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	71
	4.4.3 UNIVERSO DE TRABAJO	71
	4.4.4 UNIDADES DE OBSERVACIÓN	71
	4.4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	71
	4.4.6 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	72
4.5	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	73
4.6	ANÁLISIS DE RESULTADOS	111

CAPITULO 5: PROPUESTA DE UN INSTRUCTIVO DE OPERACION DEL
SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ATENCION
PSICOSOCIAL A MUJERES CON CANCER DE MAMA SOMETIDAS
A LA CIRUGIA RADICAL Y/O CONSERVADORA.

INTRODUCCION	118
1. OBJETIVO	118
2. POLITICAS	119
3. FUNCIONES DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL EN LOS NIVELES DE ACCION	119
3.1 NIVEL NORMATIVO	119
3.2 NIVEL CONTROL	120
3.3 NIVEL OPERATIVO	120
3.3.1 INVESTIGACION	120
3.3.2 ADMINISTRACION	121
3.3.3 ENSEANZA	121
3.3.4 ASISTENCIA	121
3.3.5 PROMOCION	122
4. PROCEDIMIENTOS DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL	123
4.1 ATENCION A LA PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA	123
4.2 ATENCION A LA PACIENTE EN LA INTERCONSULTA A TUMORES MAMARIOS	124
4.3 ATENCION A PACIENTES HOSPITALIZADAS	125
4.4 ATENCION AL EGRESO DE LA PACIENTE	126
4.5 ATENCION SOCIAL DE CASOS	127
4.6 ATENCION A LA PACIENTE EN GRUPO	128
5. APENDICE	130

5.1 INSTRUMENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL	130
5.2 INSTRUMENTO PARA EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO	135
CONCLUSIONES	136
SUGERENCIAS	139
ANEXOS	141
GLOSARIO	151
BIBLIOGRAFÍA	153

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama como el de cualquier otra parte del organismo, es un crecimiento irregular y sin control de las células, que da como resultado un tumor maligno.

En México hay una elevada incidencia de cáncer de mama en la población femenina, por lo que puede considerarse como un problema de salud pública. En las décadas pasadas el tratamiento era la cirugía radical, en la que era necesario extraer la mama y sin embargo, en la actualidad, debido a los programas de detección y el diagnóstico oportuno, indican que el 40% de la población con cáncer de mama se presenta en etapas tempranas; este grupo de pacientes puede ser beneficiado con la alternativa de la cirugía conservadora, donde sólo es necesario extraer una parte de la mama.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Hospital de Gineco Obstetricia n.º 4 "Luis Castelazo Ayala", atiende la mayor parte de la población con esta enfermedad, además de que es el único lugar donde se practican los dos tipos de cirugía.

Desafortunadamente, en dicha institución, sólo se ha realizado un estudio superficial sobre el aspecto social en este tipo de paciente, lo que hace importante y necesario ampliar el conocimiento sobre la problemática social, que beneficiará al trabajo social y al equipo de salud.

A través de los capítulos motivo de esta tesis se aborda lo siguiente:

En el capítulo primero, se presenta el concepto, factores de riesgo, tipos y etapas del cáncer de mama, así como su tratamiento hormonal, con quimioterapia, radioterapia y quirúrgico, donde se explica en que consiste la cirugía radical y conservadora.

En el segundo capítulo, se aborda de manera general como es nuestra sociedad y su cultura, y como influyen en la educación, los hábitos y costumbres; se explican los factores que influyen en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, en lo que se refiere a los aspectos psicológicos se explican las fases y los efectos asociados al tratamiento y en los aspectos sociales, se explican los efectos sobre la sociedad, la familia y la relación de pareja.

En el tercer capítulo, se explica la intervención profesional del trabajador social en el área de la salud, se menciona de manera general sus antecedentes históricos, se define al trabajo social en el área de la salud, se explica su objetivos, funciones particulares y niveles de acción, así como también se define al trabajo social hospitalario, sus objetivos y funciones particulares y por último se explica que es un equipo de salud.

En el cuarto capítulo, se presenta el desarrollo de la investigación: "Impacto psicosocial de la cirugía radical y conservadora en la mujer con cáncer de mama", el análisis de este trabajo se complementa con el apoyo de gráficas representativas que facilitan la interpretación de los datos.

En el último capítulo, se plantea una propuesta de un instructivo de operación del servicio de trabajo social para la atención psicosocial a mujeres con cáncer de mama sometidas a la cirugía radical y/o conservadora, donde se establecen las funciones y acciones profesionales del licenciado en trabajo social, para incorporar de una forma integral a su vida cotidiana, en sociedad y en su relación de pareja.

Finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias de la tesis.

CAPITULO I

ANTECEDENTES GENERALES DEL CÁNCER DE MAMA EN MEXICO

1.1 EL CÁNCER DE MAMA

1.1.1 CONCEPTO Y ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1.1.2 FACTORES DE RIESGO

1.1.3 TIPOS

1.1.4 ETAPAS

1.2 TRATAMIENTO

1.2.1 HORMONAL

1.2.2 QUIMIOTERAPIA

1.2.3 RADIOTERAPIA

1.2.4 QUIRÚRGICO

1.2.4.1 CIRUGÍA RADICAL (MASTECTOMIA)

1.2.4.2 CIRUGÍA CONSERVADORA (CUADRANTECTOMIA)

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES GENERALES DEL CÁNCER DE MAMA EN MÉXICO

1.1 EL CÁNCER DE MAMA.

1.1.1 CONCEPTO Y ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

El cáncer de mama (CaMa), como el de cualquier otra parte del organismo, es un crecimiento sin control de las células.

Los cánceres se originan en diferentes sitios o tienen diversos aspectos microscópicos, pudiendo presentar características muy distintas de crecimiento. Pueden ser de crecimiento lento o rápido y tener una consistencia dura o blanda. En general, un cáncer de mama aparece inicialmente como una pequeña tumoración indolora, con mayor frecuencia en el cuadrante superior externo. Si el crecimiento está localizado cerca de la superficie de la mama, puede notarse un "hoyuelo" en la piel que cubre el tumor. Cuando la lesión ha estado presente durante cierto tiempo, el pezón puede volverse aplanado y retraerse. En la mayoría de los casos, si la afección se descuida, la piel resultará afectada, y el dolor puede constituir una característica de la enfermedad¹.

A nivel mundial, el cáncer está reconocido como un importante problema de salud pública, debido a las frecuencia

¹ Clark, Rendolph, El libro de la Salud, Ed. Continental, México 1987, p. 567.

tan elevada que ha alcanzado, a su impacto económico y trascendencia social.

En México, El Instituto Nacional de Cancerología, en 1992 reportó 2853 casos, donde el cáncer del cérvix uterino ocupa el primer lugar con 685 casos (23.74%) y el cáncer de mama en segundo lugar con 467 casos (16.18%), presentándose con mayor frecuencia en el grupo de mujeres de 40 a 49 años de edad.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CÁNCER DE MAMA
EN MÉXICO 1992.

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
- 19	0	0	0	0
20 - 29	18	0	18	4
30 - 39	89	1	90	19
40 - 49	130	0	130	28
50 - 59	98	0	98	21
60 - 69	82	0	82	18
70 Y MÁS	49	0	49	10
TOTAL	466	1	467	100

FUENTE: Instituto Nacional de Cancerología, Archivo Clínico y Bioestadístico, México 1992.

1.1.2 FACTORES DE RIESGO.

En el siglo VIII D.C., Ramazzini observó que el cáncer de mama era más frecuente en las monjas y lo atribuyó erróneamente al celibato. En 1854 Rigoni-Stern estableció que el riesgo para adquirir cáncer del seno entre las monjas era 5 veces mayor que para otras mujeres, la causa aparente era la nuliparidad. En los últimos años es cuando realmente se han establecido los factores de riesgo para el carcinoma mamario.

1. LA RAZA. Se sabe que las mujeres blancas tienen una tasa mayor de cáncer de seno que las mujeres negras, aún cuando las que nacieron después de 1925 tienen una frecuencia similar sobre todo en las mujeres jóvenes. La disparidad entre estos grupos de mujeres no ha sido aclarada, pues se han involucrado varios factores como posibles causas, entre ellos cabe mencionar que las mujeres negras habitualmente llegan a tratamiento en etapas más avanzadas por deficiencia en los cuidados médicos fundamentalmente.

2. LA EDAD. El cáncer de mama se presenta entre la cuarta y sexta década de la vida.

3. EL SEXO. Clásicamente se ha considerado un factor de riesgo. Thomas, afirma que el carcinoma mamario en la mujer es 100 veces más frecuente que en el hombre. La razón de esto permanece aún obscura, sin embargo existe la hipótesis de que las hormonas sexuales femeninas tanto endógenas como exógenas juegan un papel importante en la etiología del cáncer del seno.

y aunque estas por si mismas no serian capaces de provocarlo se ha sugerido que en células epiteliales indiferenciadas podrian resultar errores en la división celular probablemente derivados de un daño en las moléculas del DNA causado por otros factores concomitantemente. Por otra parte, el incremento en las tasas de proliferación atrofia o diferenciación de la células intermedias ocasionarian un cambio mutagénico que culminaria en un carcinoma.

4. PREDISPOSICIÓN GENÉTICA. Lynch de la universidad de Craighton del Instituto para el Control y Manejo de Cáncer Familiar de Omaha, Nebraska, es quien más ha estudiado éste aspecto. Este autor ha definido para fines genéticos el cáncer mamario en:

a) Cáncer Mamario Esporádico: Este define a una paciente con manifestaciones de cáncer del seno, pero en su historia familiar hay ausencia de esta patología por lo menos en dos generaciones que involucren a hermanos, medios hermanos, hijos, padres, tíos, tías y abuelos por las dos ramas.

b) Cáncer Mamario Familiar: Es cuando se presenta en dos o más parientes de primero o segundo grado con cáncer del seno sin tomar en consideración su edad de aparición, bilateralidad o cáncer asociado. El cáncer del seno familiar es común y acontece en cerca del 25% del total de casos de cáncer que se estudian. Su etiología es multifactorial. Su frecuencia elevada en la población general sugiere que cerca de cada 10 mujeres de 70 años o mayor pueden desarrollar esta enfermedad.

El riesgo relativo para carcinoma del seno en este grupo de pacientes es 3 veces mayor que para la población general. En nuestro país este antecedente lo encontramos en 8.3% de las pacientes. Cifras relativamente bajas en comparación a la reportada por Linch. Se desconoce la causa.

c). Cáncer Mamario Hereditario: Es aquel en el cual existe transmisión autosómica, como el ovárico en el síndrome de cáncer seno/ovario. Estas familias se caracterizan por presentar carcinomas en edades tempranas, exceso de bilateralidad, múltiples primarios e integración de múltiples síndromes tumorales.

5. NULIPARIDAD. Algunos investigadores han reportado un efecto claro y benéfico de los embarazos llevados a término a edad temprana, por lo tanto la multiparidad está asociada a una tasa baja de carcinoma mamario. El riesgo de cáncer mamario tiene una relación paralela entre el intervalo de la pubertad y el nacimiento del primer hijo; por otra parte, únicamente el primer embarazo a término tiene un efecto favorable para la disminución del riesgo relativo de cáncer. Se ha visto que este riesgo se reduce a 1/3 cuando la mujer tiene su primer embarazo antes de los 18 años y tiene un efecto protector si ocurre antes de los 25. Si la primera gestación se presenta antes de los 20 años, el riesgo se reduce a la mitad en comparación con aquellas que lo presentan después de los 35 años. Mujeres quienes tienen su primer hijo a la edad de 30 a 35 años o más el riesgo del cáncer del seno es cuatro veces

mayor que en mujeres nulíparas del mismo grupo de edad y el doble de aquellas que tienen su primer hijo antes de los 20 años. Las mujeres con menarquia temprana tienen excreción mayor de estrógenos que las mujeres con menarquia tardía y esto juega un papel importante en la génesis del carcinoma mamario. La esterilidad por ciclos anovulatorios aumenta el riesgo de carcinoma mamario de 3.6 veces en mujeres de más de 55 años de edad. No obstante las alteraciones hormonales, únicamente explican un pequeño porcentaje de todos los cánceres del seno que ocurren en la población general.

6. **ESTROGENOS EXOGENOS.** La etiología del cáncer se encuentra en nuestros genes y a menudo el cáncer se inicia cuando un agente carcinogénico (radiación, productos químicos o virus), dañan al ADN de un gen de importancia crítica en una célula. La célula mutada se multiplica y sus descendientes acaban formando un agregado de células tumorales. En cuanto al uso de anticonceptivos orales, los numerosos estudios que existen no son concluyentes respecto a que si existe un riesgo mayor para carcinoma del seno y la última declaración del Fertility and Maternal Health Drugs Advisory Committee de la Food Drug Administration, de E.U.A., reunido el 5 de enero de 1969 presidido por la Dra. Bárbara Hulka menciona: "Los miembros del Comité Consultivo coinciden en general en que los estudios no establecen una relación causa-efecto entre los anticonceptivos orales y el cáncer de mama. Los miembros del comité consideran que los anticonceptivos orales podrían aumentar el riesgo en

algunos subgrupos de mujeres, como las que empezaron a utilizar tales productos en una edad temprana, pero dado que estos estudios aportan resultados contradictorios o incongruentes, es difícil extraer conclusiones. El comité no recomienda ninguna modificación en el empleo actual de los anticonceptivos orales ni considera necesario introducir cambios importantes en el etiquetado."

7. DIETA. Se ha sospechado que la dieta rica en grasas juega un papel muy importante en la etiología del cáncer mamario. Esta sospecha proviene de los estudios en animales, en los cuales se ha observado una correlación marcada entre el ingreso per cápita de grasas y la incidencia de cáncer en la mama.²

1.1.3 TIPOS

Como ya se mencionó el cáncer de mama es un crecimiento sin control de las células y se establece una neoformación que se denomina neoplasia o tumor.

Las neoplasias se dividen en benignas y malignas.

a). Las benignas se caracterizan porque:

- Las células son similares a las del tejido que le dio origen.

² Hernández E., Acosta A., Acosta H., "Factores de Riesgo del Carcinoma Mamario", Revista Mexicana de Mastología, Vol. 1 No. 3, México 1992, p. 24-34.

- La neoformación está bien delimitada con respecto al tejido sano, en algunos casos existe una cápsula que lo separa del tejido sano.
- No se observa degeneración celular.
- No afecta al estado general ni pone en peligro la vida del enfermo.³

b). Las neoplasias malignas se caracterizan porque:

- Ocorre cuando las células se reproducen de manera anormal, sin control formando masas que invaden los tejidos y órganos sanos, ocasionando su daño o destrucción.
- Las células malignas se desplazan a otras áreas del organismo y fijándose en el tejido de un órgano forman nuevos tumores que se llaman metástasis.⁴

La afección maligna más común en la mujer es la Enfermedad de Paget de pezón. Es metatásica secundaria a un tumor subyacente, generalmente afecta sólo a uno de los pechos y se caracteriza por un enrojecimiento, grietas o ulceración o inflamación del pezón, del cual sale con frecuencia una descarga anormal, y el área afectada del pezón no sanará.⁵

³ Sánchez Rosado, Manuel, Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Múndez Cervantes, México 1991, p. 110.

⁴ Sánchez Rosado, Manuel, Op. Cit. p. 111.

⁵ Clarck, Rendolph. Op. Cit. p. 567.

1.1.4 ETAPAS.

El cáncer de mama tiene las siguientes etapas; cada una con sus propias características, conforme se va avanzando en las etapas, el riesgo es mayor y la sobre vida es menor.

- ETAPA 0. El cáncer intraductal y lobulillar no es invasor, crece con lentitud y los ganglios axilares no han sido afectados.

- ETAPA I. El tumor crece con lentitud, mide pocos centímetros de diámetro, se encuentra dentro del tejido mamario y no se ha fijado en la piel, los ganglios axilares afectados sólo se descubren en la cirugía.

- ETAPA II. El tumor se ha agrandado en forma importante, ha infiltrado la piel y se palpan los ganglios axilares afectados.

- ETAPA III. El tumor toma gran parte de la mama con infiltración a piel y tejidos profundos y esta afectando a los ganglios supraclaviculares.

- ETAPA IV. Es la etapa más letal de la enfermedad; la apariencia del tumor incluye un engrosamiento de la piel sobre la mama e invade órganos importantes.⁶

⁶ Quiroz Gutiérrez, Fernando, Oncología, Ed. Interamericana, México 1991, p. 341.

1.2 TRATAMIENTO.

1.2.1 HORMONAL.

El crecimiento de muchos tejidos está influido por las hormonas y algunos tumores poseen receptores para ellas. Los pacientes con cáncer de mama que presentan receptores estrogénicos tienen una posibilidad superior al 50% de responder frente a agentes hormonales como el tamoxifeno.⁷

1.2.2 QUIMIOTERAPIA.

La quimioterapia coadyuvante consiste en la administración de fármacos tras el tratamiento quirúrgico cuando el tumor es pequeño y clínicamente indetectable y cuando es más probable que las células se estén dividiendo de forma activa.

El tratamiento neoadyuvante, consiste en la utilización de quimioterapia antes o inmediatamente después de la resección curativa de un tumor.

1.2.3 RADIOTERAPIA.

La radioterapia cuando se administra tras una mastectomía se suele denominar coadyuvante, mientras que la radioterapia que se administra tras la cirugía conservadora se suele denominar radioterapia primaria y consiste en la administración de radiaciones.

⁷ Harrison, Principios de Medicina Interna. Vol. II, Ed. Interamericana, México 1991, p. 1842 - 77.

1.2.4 QUIRÚRGICO:

1.2.4.1 CIRUGÍA RADICAL (MASTECTOMIA).

La cirugía radical o mastectomía, era usualmente empleada por el oncólogo para el tratamiento del cáncer de mama en etapas tempranas y avanzadas, consiste en remover una parte de piel, retirar la glándula mamaria completamente y la correspondiente porción de fascia del pectoral mayor, la operación es acompañada de disección de axila y posteriormente radioterapia; ahora sólo se emplea en etapas muy avanzadas.

Actualmente las campañas educacionales, los programas de detección y los progresos en el diagnóstico temprano, han cambiado radicalmente las características de las pacientes con carcinoma mamario si se comparan con las pacientes de las décadas anteriores. Apenas tres décadas antes, las pacientes que se presentaban para tratamiento por un tumor mamario de menos de dos centímetros, constituía la minoría mientras hoy más del 40% se presentan en etapas tempranas. Por otra parte, un grupo considerable de pacientes se niega rotundamente a perder su seno, las experiencias favorables de los estudios no controlados, las fallas en la cirugía radical y los nuevos conceptos acerca de la biología tumoral y de la historia natural del cáncer de mama llevaron a otros autores a desarrollar programas de cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer del seno.⁸

⁸ Romero J., Hernández E., Acosta H., "Cirugía Conservadora de la Mama", Revista Mexicana de Mastología, Vol. 1, No. 2, México 1990, p. 9.

1.2.4.2 CIRUGÍA CONSERVADORA (CUADRANTECTOMIA).

La cirugía conservadora o cuadrantectomía es un tratamiento acuñado por el autor Humberto Veronassi en 1973. a consiste en remover el cuadrante de la mama que contiene el cáncer primario; el termino incluye la remoción de una porción de piel, el tumor y una parte de la glándula mamaria normal alrededor del tumor y la correspondiente porción de fascia del pectoral mayor. la operación es acompañada de disección de axila. La cuadrantectomía es una técnica adecuada para remover un carcinoma el cual su diámetro sea de dos centímetros o menos. etapas I y II. el procedimiento fue asociado con radioterapia en el tejido mamario circundante a la resección. Este procedimiento se empezó a utilizar en el Instituto de Cáncer de Milan en 1970 como una alternativa quirúrgica de la mastectomía radical.⁹

⁹ Veronassi Humberto, Zulali Roberto, Vecchio Marcola.
"Tratamiento Conservador del Cáncer de Mama con
Cuadrantectomía, Disección Axilar y Radioterapia",
Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura del Tumori,
Milan Italy, World J. Surg. 9:676-681,1985.

CAPITULO 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL

CÁNCER DE MAMA (CaMa).

2.1 GENERALIDADES

2.1.1 SOCIEDAD Y CULTURA

2.1.2 EDUCACIÓN, HÁBITOS Y COSTUMBRES

2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

2.2.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

2.2.2 FASES PSICOLÓGICAS

2.2.3 EFECTOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO

2.3 ASPECTOS SOCIALES

2.3.1 EFECTOS ANTE LA SOCIEDAD

2.3.2 EFECTOS FAMILIARES

2.3.3 EFECTOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA

CAPITULO 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

2.1 GENERALIDADES.

2.1.1 SOCIEDAD Y CULTURA.

La sociedad está constituida por individuos, familias, grupos e instituciones que forman un sistema y subsistemas de los cuales emergen las normas y valores que guían las relaciones humanas diarias. Para fines prácticos se define como "el sistema de relaciones reales entre individuos en un conjunto dado, relaciones con un grado perceptible de regularidad y permanencia, en el cual la ley y la costumbre controlan el comportamiento de sus miembros".¹⁰ La sociedad no es, por lo tanto, una fuerza impersonal actuando sobre conjuntos pasivos de individuos o familias, sino una elaborada tela de araña de interacción y acción conjunta, regulada por la ley y la costumbre y basada en un sistema común de valores.

Si se considera la sociedad como un sistema de relaciones sociales, su cultura será, entonces, el contenido de esas relaciones, el modo peculiar de comportarse de sus componentes. Lo que aprendemos y lo que llegamos a hacer dependen por una parte de nuestro equipo biológico-genético y por otra parte, de la cultura en la que nos educamos. La sociedad y el grupo

¹⁰ M.W. Sussner, Medicina y Sociología, Ed. Atlanto, Madrid 1987, p. 47 - 50.

social tienen normas y modelos de ideas y de comportamientos que van moldeando la personalidad y la conducta individual. Instituciones sociales diferentes tienen efectos diversos sobre la personalidad. Los individuos actúan como transmisores de cultura por relaciones interpersonales y como portadores de la cultura de la sociedad; el individuo asimila las normas de la familia, las experiencias del grupo, los valores de la sociedad, en tal forma que la gente aprende, piensa y actúa en gran parte condicionada por el ambiente social; las variaciones se producen por adquisiciones e innovaciones. De todas las instituciones que actúan sobre nuestra personalidad, las que más influyen son la familia, la escuela y los grupos ocupacionales.

Cada individuo debe asimilar la cultura de su sociedad; esto es lo que llamamos socialización del individuo o desarrollo social de la personalidad. El principio general de la socialización establece que el desarrollo cultural sigue etapas durante la vida del individuo, desde la conducta indiferenciada del niño hasta la compleja y variada del adulto.

Las sociedades se perpetúan como entidades distintas mediante la preparación de los individuos que nacen en el grupo, a fin de que ocupen sus lugares en el seno de la estructura social. El éxito de la preparación del individuo para ocupar un sitio en la sociedad depende de la uniformidad de la conducta de los miembros de la sociedad.

La conducta estará determinada por pautas o patrones

culturales. Por cultura los antropólogos la definen como "la manera total de vivir de un pueblo, el legado social que el individuo recibe de su grupo, o bien, puede considerarse como aquella parte del medio ambiente que ha sido creada por el hombre".¹¹

La cultura como un todo, suministra a los miembros de una sociedad la guía indispensable para todos los momentos de la vida. Sin ella, ni los miembros ni la sociedad misma podrían funcionar de una manera eficaz. El hecho de que los individuos reaccionen a una situación dada en una misma forma capacita a cualquiera para predecir su conducta con un alto grado de probabilidad, aunque nunca con absoluta certeza. Esta capacidad de predicción es un prerequisite para todo tipo de vida social organizada, pues si el individuo va a dedicarse a hacer cosas para los demás tiene que estar seguro de que obtendrá algo a cambio. La existencia de los patrones o pautas culturales le proporcionan esa seguridad, ya que tienen como fundamento la aprobación social y representan el poder que tiene la sociedad de proporcionar a los que no se amoldan a ellos.

¹¹ Kluckhohn, Clyde, Antropología, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1987, p. 30.

2.1.2 EDUCACIÓN, HÁBITOS Y COSTUMBRES.

La educación consiste en una socialización de las generaciones es "una situación substancial con la naturaleza humana de carácter instintivo, y en su sentido tan inevitable como el cumplimiento de las grandes funciones biológicas. Si el niño es por excelencia el educado, el adulto por su parte es, por naturaleza, educador".¹² El hecho de que se distinga entre educación directa, por la acción voluntaria del medio sobre el niño, y educación indirecta, que el niño extrae personalmente del medio, nada cambia en esta situación de inevitabilidad.

La educación tiene por función suscitar en el individuo:
1^o Cierta ndmero de estados físicos y mentales que la sociedad a que pertenece considera igualmente que no debe estar ausente en ninguno de sus miembros; 2^o Algunos estados físicos y mentales que el grupo social particular (casta, clase, familia, profesión), considera igualmente que debe estar presente en todos aquellos que lo integran. De ese modo, son las sociedad en su conjunto y cada medio social particular, los que determinan ese ideal que la educación realiza. La sociedad no puede vivir a menos que exista entre sus miembros una suficiente homogeneidad fijando por adelantado en el niño las similitudes esenciales que reclaman la vida colectiva.

En cada uno de nosotros, puede decirse, que existen dos

¹² Gilbert, Roga, Las Ideas Actuales en Pedagogía, Ed. Grijalbo, México 1990, p. 190.

seres que, aunque sean inseparables salvo por abstracción, no dejan de ser distintos. Uno está hecho de todos los estados mentales que sólo se refieren a nosotros mismos y a los acontecimientos de nuestra vida personal, es el que se puede llamar el ser individual. El otro es un sistema de ideas, sentimientos, no nuestra personalidad, sino el grupo o los grupos diferentes de que formamos parte; tales son las creencias religiosas, las prácticas morales y las tradiciones nacionales o profesionales, las opiniones colectivas de toda clase. Su conjunto forman el ser social, constituir ese ser en cada uno de nosotros, es el fin de la educación.

El hombre a través de su vida está en continua educación, independientemente del lugar y situación en que se encuentra y del medio en que viva; interactúa con él ejerciendo una acción educativa. Dicho accionar educativo puede ser voluntario o involuntario, consciente o inconsciente, con finalidades explícitas o no. De este modo se puede hablar de una educación informal, cuando la acción educativa es involuntaria, inconsciente y sin finalidades explícitas; o bien, de educación formal, cuando la acción educativa es consciente, voluntaria y con finalidades explícitas.

La educación para la salud forma parte del proceso educativo general; su especificidad depende tan sólo del área en que se ubica la salud.

La educación higiénica, término con el que anteriormente se nombraba a lo que hoy conocemos como educación para la

salud, "comprende los conocimientos y vivencias que determinan que las personas y grupos humanos tomen conciencia sobre la salud y adopten conductas y hábitos favorables para la promoción, protección y restauración de la salud individual, familiar y educativa" ¹³

Su objetivo principal es la participación activa de cada individuo y de la comunidad en la promoción, protección y restauración de su salud y en la adquisición de cierta autonomía de acción frente a la medicina y al sistema de salud, en aquellos problemas que deberían ser de responsabilidad individual, como es el caso del cáncer de mama.

Las actividades de educación para la salud deben sustentarse, por lo tanto, en la realidad concreta de cada comunidad, de cada grupo, de cada familia y de cada individuo.

Los procedimientos que siguen en la educación para la salud se pueden agrupar en los tres siguientes:

1) individuales, 2) grupales, 3) medios de comunicación social.

Los procedimientos individuales comprenden a la entrevista, que puede realizarse expresamente para dar orientación sobre algún aspecto de salud, tiene la ventaja de que hay una relación directa entre el educador y el educando.

Los procedimientos grupales, son los que generalmente utiliza el personal de salud y en ellos se aplican las técnicas del trabajo con grupos, apoyados por los medios auxiliares

¹³ Sánchez Rosado, Manuel, Op. Cit., p. 139.

didácticos.

Los medios de comunicación social, la televisión, la radio, tienen la ventaja que permiten una gran cobertura y surge un efecto favorable en la población, si los mensajes enviados, se adaptan a nuestra realidad.

La sociedad mexicana, se caracteriza por ser tradicionalista, la educación, los hábitos y costumbres se mantienen por la influencia que se transmite de padres a hijos, de generación en generación, con valores morales y religiosos muy arraigados y con prejuicios.

La madre es la primera educadora de salud de la familia, es responsable de enseñar a sus hijos hábitos sanitarios básicos, y conforme crecen, el modo de cuidarse a sí mismos.

En los programas de educación para la salud en especial el de detección oportuna del cáncer de mama, es importante que la madre sepa realizar la autoexploración de las mamas para que pueda transmitir este conocimiento a sus hijos, sin prejuicios (vergüenza, desconfianza, miedo), y poder así prevenir la enfermedad y evitarse una serie de alteraciones físicas, psicológicas y sociales en su futuro.

2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

2.2.1 FACTORES PSICOLÓGICOS.

Existen dos aspectos importantes en el cáncer de mama que lo diferencia de la mayoría de otras enfermedades y determinan como los pacientes responden a su enfermedad. El primero es la pérdida de control del paciente sobre las diferentes modalidades terapéuticas: La cirugía radical o conservadora, la quimioterapia o la radioterapia no pueden realizarse por el paciente ya que implican dependencia hacia el especialista que realiza el tratamiento. Hay poco que el paciente puede hacer para manejar su enfermedad, esto limita severamente el sentimiento de control que el paciente pueda tener sobre su enfermedad. El segundo aspecto se refiere a la incertidumbre sobre el pronóstico al existir la posibilidad de una metástasis no descubierta o de una recurrencia imprevista.¹⁴

Entre los dos factores, la pérdida de control y la incertidumbre, hacen al cáncer de mama una enfermedad diferente provocando un sin fin de respuestas psicológicas que pueden alterar la estabilidad emocional de la paciente, de su familia y particularmente la relación con su pareja.

El cáncer de mama es una situación desastrosa bastante compleja. Su diagnóstico infiere un gran traumatismo, su tratamiento muchas veces es una agresión a la integridad física

¹⁴ Lara Muñoz, María del Carmen, "La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología", Revista de Salud Mental, Vol. 14, No. 1, México 1991, p. 6 - 10.

y a la identidad de la persona y su evolución suele constituir la catástrofe final: la noticia de la muerte.

Se identifican cuatro factores psicológicos que introducen una diferencia fundamental en la subsiguiente adaptación por las que una mujer pasa cuando se le ha diagnosticado cáncer de mama; se pueden comentar en sus aspectos negativos o positivos:

1). El primer factor se presenta como una particular variedad de defensividad. Esto se manifiesta en la conducta como la necesidad de negar los sentimientos de congoja. Se describe como una tendencia a aparentar serenidad en presencia de profunda pena interior. Enunciando de manera positiva, este factor representa la aptitud para compartir el infortunio con otras personas, existe una modalidad por lo cual esta ansiedad se alivia quejándose.

2). El segundo factor, en su aspecto negativo, se presenta como depresión. Enunciado de manera positiva, representa la aptitud para controlar la propia depresión. A veces aparece como decisión consciente de mantener en alto el estado de ánimo; a veces reaparece como reconocimiento de que los seres humanos tienen que aceptar cierta responsabilidad de sus pasiones y de que la depresión reactiva la congoja.

3). El tercer factor, en su aspecto negativo, aparece como apatía e inactividad. En su aspecto positivo aparece como mantenimiento de un alto nivel de actividad física y mental.

4). El cuarto factor, en su aspecto negativo se manifiesta como aislamiento físico y social. En su forma positiva aparece

como una vigorosa reacción interactiva con el mundo físico y material como decidida lidia con el ambiente por la satisfacción de necesidades y activo mantenimiento de la interacción social en todos los niveles, inclusive numerosos y deliberados encuentros casuales con extraños, gran cantidad de conocidos, amistades variadas y pocas y fructíferas relaciones sexuales.¹⁵

Estos son los factores que ayudan o entorpecen en el establecimiento, en la adaptación y recuperación de la paciente.

2.2.2 FASES PSICOLÓGICAS.

Se conocen tres fases principales por las que una mujer pasa cuando se le ha diagnosticado cáncer de mama:

1a. Fase.- Aturdimiento - El aturdimiento o shock emocional parece ser una reacción universal frente a una mala noticia abrumadora o a un giro de los acontecimientos que hacen peligrar la vida. Se caracteriza por confusa incapacidad para captar o encarar la realidad de la situación. Muchas veces se observa negación a esta realidad. Por lo general dura pocos días: el cuerpo está sepultado, las aguas de la inundación comienzan a replegarse, la realidad se abre camino y hay que volver a hacer frente a la vida una vez más. En el caso del

¹⁵ Kennedy, B.J., Cáncer de Mama, Ed. Médica Panamericana, Argentina 1988, p. 112-113.

cáncer de mama, la pareja juega un papel muy importante para proveer apoyo y confort.

2a. Fase.- Vigorosa respuesta emocional y depresión - La segunda etapa es el período reactivo de vigorosa respuesta emocional. Es un momento de depresión, abatimiento y hasta de desesperanza y postración. La depresión puede adquirir cualquier magnitud y llevar al suicidio en algunas ocasiones. Se expresa directamente con tristeza, lagrimeo y llanto; o en forma indirecta, con agitación, hiperactividad mal orientada o hermética apatía, o bien se oculta a veces tras una máscara de indiferencia o de sonriente optimismo que parece inapropiado o irreal. La aparición de resentimiento y hostilidad, en particular hacia el fin de esta fase, muchas veces es signo positivo que en ocasiones se puede aprovechar para sacar a la persona de su depresión y acabar con su apatía. Esta fase tiene una duración variable, en el duelo dura de 6 a 12 semanas. Además se disipa con extraordinaria rapidez, en particular si hay mucha motivación, cuando la fuerza del ego es buena y se hace intervención de apoyo.

3a. Fase.- Asimilación, integración y redefinición - A medida que la paciente sale de la depresión, se inicia la tercera etapa de asimilación e integración en un sentido muy real, esta etapa representa un nivel de adaptación cualitativamente distinto con respecto al estado que precedió al diagnóstico y dura por el resto de la vida. Suele acompañarse de una trascendental redefinición del yo y raras

veces requiere intervención. La persona que alcanza esta etapa, por lo general se despliega y sale en pos de otros que obtuvieron un nivel de adaptación similar, abandonando al resto de las personas por un tiempo.¹⁶

2.2.3 EFECTOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO.

A continuación se presentan algunos factores asociados al tratamiento:

a) Alteración de las respuestas cognitivas. El deterioro intelectual, el humor depresivo y la ansiedad pueden ocurrir en respuesta a los agentes quimioterapéuticos.

b) Respuestas condicionadas aversivas. Pueden asociarse a los efectos secundarios de la quimioterapia, particularmente náuseas y vómitos anticipatorios, que pueden determinar el abandono del tratamiento.

c) Presencia de dolor. El manejo del dolor ha sido un aspecto fundamental en oncología, lo cual tiene importantes implicaciones psicológicas y a la vez puede resultar en un incremento de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama.

¹⁶ Ibid., p. 110-111

d) Imagen corporal. Los trastornos de la imagen corporal pueden producir una disminución de la autoconfianza, alteraciones en el afecto y la función sexual, como en las relaciones interpersonales y en la actividad social, además de evitación fóbica de situaciones sociales.¹⁷

2.3 ASPECTOS SOCIALES.

2.3.1 EFECTOS ANTE LA SOCIEDAD.

Actualmente la mujer ocupa un papel importante en el progreso de nuestra sociedad, cada vez hay más mujeres preparadas que llegan a ocupar puestos importantes, que hace algunos años eran difícil de alcanzar, y sin embargo, sigue llevando la responsabilidad de cuidar casa, hijos, esposo, y sigue demostrando que es altamente productiva para la sociedad, pero cuando se le amputa una parte de su cuerpo, como en el caso de la mama, le trae como consecuencia una serie de trastornos que altera su vida social, laboral, familiar y la relación su pareja, ya sea de forma temporal o permanente.

El tratamiento de la paciente oncológica, requiere de una inversión de tiempo constante, que afecta las labores normales de la enferma. La paciente económicamente activa se ve seriamente afectada en su ingreso económico familiar a causa de la disminución de su capacidad física y anímica para realizar cierto tipo de actividades ocasionando por un lado, gastos en

¹⁷ Dávila Avila, Francisco, "Reacción Psicológica ante el Cáncer de Mama", Revista de Salud Mental, Vol. 12, No. 4, México 1990, p. 9.

cuanto a incapacidades e indemnizaciones a las que tiene derecho y por el otro, pérdidas en cuanto a los intereses de la empresa y en general para la sociedad, puesto que de ser una persona productiva pasa a ser una persona desempleada.

2.3.2 EFECTOS FAMILIARES.

Históricamente la sociedad ha presentado una base celular fundamental llamada "familia", la cual se define como un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos que viven bajo un mismo techo.

Dicha unidad presenta diferentes clasificaciones, como son: familia nuclear, familia extensa y familia extensa compuesta. La primera está formada por el padre, la madre y los hijos; la segunda por los miembros de la familia nuclear y algún pariente consanguíneo de línea directa ascendente o descendente; por último la familia extensa compuesta, está formada por los anteriores y por algún otro miembro que no tiene relación consanguínea pero que viven bajo el mismo techo.

Actualmente la familia presenta características específicas que emanan de su situación dentro de la sociedad industrializada.

Por lo general, los recursos económicos con los que cuenta para la satisfacción de sus necesidades provienen esencialmente del salario del padre y de otro miembro de la familia (madre, esposa, hijos, etc.). Los miembros trabajan fuera del núcleo familiar y por lo tanto pasan la mayor parte del tiempo lejos

unos de otros.

Este tipo de familia es, por lo tanto, cada vez menos una unidad de producción para situarse como una unidad de consumo. El hecho de que la familia sea económicamente una unidad de consumo ha provocado una pérdida considerable de sus funciones educativas.

En la actualidad, la producción está fuera del hogar presentándose cada vez más frecuente la independencia de los hijos respecto de los padres. Así la familia ha perdido en una amplia medida sus funciones de seguridad; debida esta situación por un lado, al alejamiento frecuente de los padres durante varias horas del día y por otro, al incremento de lugares públicos que sustituyen las funciones familiares (escuelas, centros recreativos, etc.).

Sin embargo, es importante señalar que por muchas que sean las funciones tradicionales que la familia pueda perder debido al ritmo de vida que impone la sociedad moderna, ningún grupo excepto el que forman marido y mujer, padres o hijos pueden satisfacer las necesidades sociales y psicológicas del individuo de una forma tan eficaz e integral.¹⁸

Ahora bien, el tener un miembro con una enfermedad crónica dentro del núcleo familiar trae consigo una serie de alteraciones en su dinámica en donde se ven afectados los roles establecidos antes de la presencia del padecimiento; esta nueva

¹⁸ Fromm, Horkheimer. La Familia, Ed. Península, Barcelona 1985, p. 280.

situación origina una serie de problemas que se reflejan en la dinámica familiar, en la que se ven alterados los roles desempeñados por cada integrante de tal forma que puede llegar a originar la desintegración familiar como consecuencia del desequilibrio psicológico y económico que se da en el interior de la familia.

Ahora bien, el que la madre tenga cáncer de mama, trae consigo una serie de alteraciones en su dinámica familiar en donde se ven afectados los roles establecidos antes de la presencia de la enfermedad y su tratamiento, de tal forma que puede llegar a la desintegración familiar como consecuencia del desequilibrio económico y emocional que se da en el interior de la familia.

Por ejemplo, la esposa que trabaja, quizá no pueda seguir manteniendo este rol, al igual que las labores domésticas y la educación de los hijos, entonces el esposo tiene que asumir estas responsabilidades y a veces delegarlas a los hijos mayores, tomando el rol de vigilancia y protección de los hermanos menores, lo que origina problemas relacionados con el rendimiento escolar.

2.3.3 EFECTOS EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

Se considera a la pareja como "el conjunto de dos personas de distinto sexo, el concepto entraña, por lo general en relaciones amorosas y/o sexuales entre un hombre y una mujer. El ideal de la pareja son las relaciones duraderas sobre la base del amor, comunicación, confianza y fidelidad".¹⁹

En nuestra sociedad la vida de la pareja heterosexual (atracción sexual hacia individuos del sexo opuesto), está regida por el matrimonio y supone la monogamia (matrimonio entre un solo hombre y una sola mujer).

El amor, en la pareja, está formado por dos componentes:

- 1) La compenetración física, que se refiere a la armonía que existe en las relaciones sexuales en cuanto a la satisfacción de ambos.
- 2) La compenetración psicológica, se refiere a tener gustos comunes, afinidades en diversos planos, centros de interés y terrenos de entendimiento común en que sea posible encontrarse.

La compenetración física y la compenetración psicológica son necesarias, ambas como base de la unión duradera. Ninguna se basta a sí misma, pero las dos se refuerzan y se valorizan mutuamente para el mejor desarrollo del amor.

La fidelidad, este factor se desprende de los dos primeros. Sin un mínimo de entendimiento en todos los planos,

¹⁹ Alarcón Von Perfall, Claudio, Diccionario de la Sexualidad, Ediciones 29, Barcelos 1988, p. 277.

la fidelidad no es posible. Una de las bases es el fenómeno de la impregnación que es una especie de acondicionamiento psíquico que consiste en el establecimiento de conexiones nerviosas según ciertos esquemas que hacen que solo los estímulos visuales, auditivos, etc., procedentes del compañero de elección, provoquen el deseo y la emoción, o sea, reacciones amorosas hacia él, con exclusión de cualquier otro. Otra de las bases es la satisfacción sexual por ambas partes.²⁰

Cualquier tipo de cirugía en la mama nos lleva a exponer la vida, además de tratarse de un procedimiento externo que afecta un órgano relacionado con la autoimagen corporal, con un significado sexual simbolizada por la disminución de la autoimagen sexual por las mamas pequeñas y un orgullo sexual a través de las mamas grandes.²¹

Por lo tanto, la compenetración física y psicológica de la pareja se ve afectada porque ya no hay armonía en las relaciones sexuales en cuanto a la satisfacción de ambos, empieza a haber gustos diferentes, afinidades diversas, no hay entendimiento puesto que no hay comunicación y se llega a la infidelidad o abandono por parte de la pareja.

²⁰ Thibault, Odette, La Pareja, Ed. Guadarrama, Madrid 1982, p. 36-50.

²¹ Geiger Roma, Alejandro, "Problemas Sexuales del Paciente con Cáncer", Revista de Salud Mental, Vol. 16 No. 2, México 1992, p. 18.

CAPITULO 3

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

- 3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS
- 3.2 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.
- 3.3 OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.
 - 3.3.1 GENERAL
 - 3.3.2 ESPECÍFICOS
- 3.4 FUNCIONES PARTICULARES
- 3.5 NIVELES DE ACCIÓN
- 3.6 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO
- 3.7 OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO
 - 3.7.1 GENERAL
 - 3.7.2 ESPECÍFICO
- 3.8 FUNCIONES PARTICULARES
- 3.9 EL EQUIPO DE SALUD

CAPITULO 3
INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL ÁREA DE SALUD

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El establecimiento y desarrollo del trabajo social en el área de la salud, surgió debido "al reconocimiento por parte de los médicos del significado e importancia de los aspectos sociales y emocionales de la salud y de la enfermedad". De ahí, que la atención médica combine el tratamiento de los trastornos orgánicos con el tratamiento de los factores sociales que afectan la eficiencia de dicha atención y que contribuyen a aumentar la duración de la incapacidad.²²

El trabajo social en el área de la salud, tiene un antecedente importante en la labor de una sociedad fundada en Londres en 1880, llamada "Society for After Care of Poor Persons Discharged from Insane Asylum", cuya función consistía en atender a los pacientes de escasos recursos económicos que eran dados de alta de los hospitales para enfermos mentales. Para 1893 se reorganizó el trabajo de las denominadas "Damas Limosneras" de Londres (Ladies Almoners), de acuerdo con un plan publicado en 1892 por el Secretario de la "Sociedad de Caridad". En este plan se pedía que la caridad pública se

²² Hernández de Victorioso, Lidia C., Trabajo Médico Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires Argentina 1976, p. 5.

coordinara con la ayuda que necesitaban los enfermos que asistían a los dispensarios y que por razones económicas tenían que abandonar su curación. Fue en el Royal Free Hospital de Londres, en 1885, donde se empezó a trabajar de acuerdo con esta nueva filosofía.²³

En 1905 el Dr. Cabot creó la primera plaza de trabajo social en un hospital; en 1903 ejercía como médico de dispensario, durante su ejercicio se interesó por mejorar los métodos de diagnóstico utilizados en las instituciones a fin de elaborar al enfermo un diagnóstico científicamente establecido; durante el desarrollo de tales esfuerzos se encontró con una gran dificultad que consistió en que para tener un mejor conocimiento del paciente era necesario conocer su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus costumbres, etc., aspectos que no podía obtener con la sola visita al dispensario, por lo que sus diagnósticos seguían siendo superficiales e incompletos. Fue entonces cuando se dio cuenta de la necesidad de una inspectora social que estudiara más profundamente la enfermedad del paciente que atendía y su situación económica a fin de poder llevar a cabo el tratamiento adecuado, organizando los recursos de las instituciones de beneficencia, haciendo un llamado a la caridad voluntaria y utilizando las fuerzas de las diferentes asociaciones de caridad. Fue así como en 1905 hizo entrar en el Hospital

²³ Castéllanos, María C., "Manual de Trabajo Social", Ed. La Prensa Médica Mexicana, S. A., México 1985, p. 84.

General de Massachusetts a la primera inspectora social retribuida, destinada a trabajar en cooperación con él y otros médicos del dispensario. Esa primera inspectora social fue Miss Garnet Pelton que aunque era enfermera de profesión se destacó como pionera en la lucha antituberculosa; su función consistía en profundizar y ampliar el conocimiento del enfermo a fin de establecer un diagnóstico más completo, tratar de atender sus necesidades económicas, mentales y morales, ya fuera a través de la misma inspectora o recurriendo a grupos benéficos constituidos en organizaciones de caridad dentro de la comunidad. Miss Garnet ejerció durante 8 meses en colaboración con 13 voluntarias, entre ellas Miss Ida M. Cannon quien la sucedió y elevó el servicio a la categoría de Departamento; en 1918 creó la "Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios".

El Dr. Cabot entendía que la función primordial del trabajo social se centraba en la acción educativa y en la investigación, y señaló que "es importante que la Trabajadora Social sea reconocida como miembro esencial de la institución, pues es parte del equipo de salud y uno de los instrumentos para el diagnóstico y tratamiento". Pero para ello, la trabajadora social debe contar con ciertos conocimientos médicos que le permitan actuar como elemento del equipo de salud con una función específica sin invadir otros campos. ²⁴

²⁴ Kisnerman, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Ed. Humanitas, Argentina 1981, p. 119.

Otra pionera del trabajo social hospitalario fue Mary Ellen Richmond, quien indicó la importancia de la prevención y la educación en el tratamiento de la ceguera, el alcoholismo, la demencia y la debilidad mental. En 1922 señaló que el trabajador social es "el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población".²⁵ Richmond, al igual que Cabot, luchó por un trabajo social científico, basado en la investigación social.

En Estados Unidos, en 1930, los trabajadores sociales iniciaron trabajos de proyección a grupos masivos interviniendo en programas de salud y bienestar de manera interdisciplinaria que extendían sus beneficios a sectores más amplios de la población, esto les permitió adquirir conocimientos para valorar la importancia de preservar la salud en vez de actuar sobre los factores causantes de la enfermedad.

En América Latina, el Dr. Alejandro del Río, creó en Chile en 1925, la Escuela de Servicio Social, siendo la primera en esta parte del Continente Americano. Esta profesión surgió como una carrera paramédica, criterio que imperó hasta 1960.

En México, aún antes de que se crearan las escuelas de trabajo social, existían personas que se dedicaban dentro de los hospitales a ayudar a los enfermos cuyos recursos económicos les impedían proveerse de medicamentos, prótesis, etc. A partir de 1943, empezaron a ser contratados trabajadores sociales para desempeñar ciertas funciones de

²⁵ Kisnerman, Natalio, Op. Cit., p. 120.

orientación y ayuda a la población hospitalizada. Inicialmente su función consistía en fijar cuotas y de promover la ayuda material a los enfermos con mayores carencias, posteriormente el papel del trabajador social fue destacando, se le empezó a ubicar como el profesionista que mantenía la conexión entre el paciente y su hogar. Conforme avanza la práctica profesional en esta área se van delimitando sus funciones.

3.2 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

La salud es un elemento imprescindible del desarrollo. En una sociedad que tiene como principios la justicia y la igualdad social, es un derecho esencial de toda su población, tal como lo señala la Carta Magna de nuestro país.

La O. M. S. la define no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social. La salud descansa en la esfera de la interacción económica, social y cultural.

Dentro del acuerdo nacional para el mejoramiento productivo del nivel de vida, para conservar la salud del individuo y su familia se ha propuesto:

- Promover la salud como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad como propósito fundamental del Sector Salud.
- Impulsar vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual.

familiar y colectiva.²⁶

Es en este sector donde el profesional en trabajo social tiene un amplio campo de acción, que basado en sus conocimientos y habilidades puede atender las necesidades de salud de la población, ya sean colectivas, grupales o individuales.

Por lo que se define al "Trabajador Social en el Área de Salud, como el profesional del equipo de salud que a través del conocimiento de la problemática social y su impacto en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud"²⁷, tomando como marco los tres niveles de atención.

3.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL EL ÁREA DE SALUD.

3.3.1 GENERAL.

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

²⁶ Plan Nacional de Salud, México, S.P.P., p. 25.

²⁷ Terán Trillo, Margarita, "Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de Salud", Revista de Trabajo Social No. 37, México 1989, p. 41-43.

3.3.2 ESPECÍFICOS.

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto determinado.
2. Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades para que participen consciente y activamente en los programas de salud.²⁸
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

²⁸ Ibid., p. 44

3.4 FUNCIONES PARTICULARES.

Las funciones del trabajo social en el Área de Salud son las siguientes:

- a). Investigación.
- b). Administración.
- c). Educación.
- d). Asistencia.
- e). Enseñanza.
- f). Promoción social o comunitaria.
- g). Orientación legal y de medicina del trabajo.
- h). Sistematización (Teorización del trabajo social).

Las cuatro primeras son consideradas como funciones básicas en el área, tanto por su amplitud como por la regularidad de sus acciones, mientras que las funciones de promoción social o comunitario y las de orientación médico legal (en aspecto penal y del trabajo), están condicionadas a programas generales o bien a nivel de atención operativa. En cuanto a la función de sistematización aún no se encuentra desarrollada en el sector.²⁹

²⁹ Ibid., p. 44 - 51.

I N V E S T I G A C I Ó N

Diseñar protocolos específicos.

Identificar factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.

Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.

Determinar las necesidades sociales y los recursos para salud.

Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.

Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México.

Establecer el perfil de los usuarios de servicio.

Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional).

ADMINISTRACIÓN

Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.

Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.

Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.

Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.

Buscar la optimización de la eficiencia en recursos, intra-institucionales.

Controlar los procesos administrativos y servicio de trabajo social.

Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta.

Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.

Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social.

Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales.

Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestro y catástrofes).

Hacer acopio de material didáctico de difusión.

EDUCACIÓN

Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.

Impulsar la educación para la salud física y mental.

Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.

Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.

Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, del hogar, etcétera.

Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.

Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.

Diseñar material de apoyo didáctico.

ENSEÑANZA

Asesorar estudiantes y pasante de trabajo social.

Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.

Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.

Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de trabajo social.

Difundir las funciones y programas de los servicios de trabajo social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.

Promover la asistencia y participación personal a eventos de superación académica y profesional.

Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

A S I S T E N C I A

Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole tanto a pacientes como a familiares.

Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.

Promover servicios de apoyo (ambulancias, funerarios, etc.)

Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o derechohabiente de otra institución).

P R O M O C I Ó N S O C I A L O C O M U N I T A R I A

Participar en campañas comunitarias de salud.

Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.

Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.

Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.

Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.

Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

ORIENTACIÓN LEGAL

Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal.

Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.

Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.

Canalizar el caso.

S I S T E M A T I Z A C I Ó N

Analizar el conjunto de los casos atendidos para conformar indicadores del personal usuario.

Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.

Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.

Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos en la población atendida.

Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.

Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.

Teorizar sobre las formas de intervención específicas de trabajo social.

3.5 NIVELES DE ACCIÓN.

Se puede considerar al trabajo social en los siguientes niveles de acción:

- 1º Normativo y de decisión, encargado de dictar las orientaciones y normas generales y de elaborar los planes sobre las acciones a desarrollar por los servicios correspondientes. Aquí comprende la posibilidad de promover cambios en las políticas sociales y de investigación de la problemática general.
- 2º El segundo nivel es fundamentalmente de control (supervisión y evaluación básicamente).
- 3º Este corresponde al operativo; o sea, al nivel de aplicación caracterizado por actividades de programación y ejecución de acciones.

En cada nivel hay en proporción variable las actividades antes mencionadas.³⁰

³⁰ Sánchez Rosado, Manuel, Op., Cit., p. 246.

3.6 DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO.

En nuestra sociedad se gasta más en curar enfermedades y atender sus consecuencias psicosociales que en prevenirlas, de ahí la importante labor que tiene el profesional en trabajo social, por que a él se le puede ubicar en las dos partes, tanto en prevenir como atender las consecuencias psicosociales que trae consigo las enfermedades.

Por lo tanto, el Trabajo Social Hospitalario, lo define Margarita Terán como: "El conjunto de acciones metodológicamente orientadas mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de contribuir a su salud integral"³¹.

Los elementos que lo integran son los siguientes:

OBJETO DE INTERVENCIÓN	
Problemas psicosociales de los pacientes.	
SUJETOS SOCIALES PORTADORES DE SATISFACTORES	SUJETOS SOCIALES PORTADORES DE NECESIDADES Y CARENCIAS
Instituciones y dependencias públicas y privadas del sector salud.	Pacientes
SUJETO SOCIAL INTERMEDIARIO Licenciado en Trabajo Social	

³¹ Terán Trillo, Margarita, Op. Cit. p. 32.

Dando el Licenciado en Trabajo Social es un intermediario entre los problemas psicosociales (objeto de intervención), los pacientes (sujetos sociales portadores de necesidades y carencias) y las instituciones y dependencias públicas y privadas del sector salud (sujetos sociales portadores de satisfactores).

En la definición se plantea

QUE:

- El conjunto de factores sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad.
- La identificación de carencias y necesidades concretas.
- La identificación de recursos para la atención de la salud.

PARA:

- Contribuir a la salud integral de la población.
- Promover la educación, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.

COMO:

- Con una metodología de acción.
- A través de la investigación de la realidad social.
- Con la planeación y administración de programas.
- Por medio de la organización y participación de la población.

CON QUIEN:

- El equipo interdisciplinario.
- Directamente con los individuos, grupos y comunidades que

integran los diferentes tipos de análisis.

Con esta definición la autora ubica al trabajo social médico en el nivel operativo y de control en área de la salud, caracterizado por los siguientes procedimientos:

a) **Investigación.** Es la fase de la detección de la problemática presentada por los pacientes.

b) **Diagnóstico.** Jerarquización de la problemática, señalando las causas y los efectos.

c) **Pronóstico.** Efectos que se obtendrán como consecuencia de seguir con la problemática existente.

d) **Programación.** En base a los resultados obtenidos en la investigación se darán posibles alternativas de solución.

e) **Ejecución.** En esta etapa se realizará la fase operativa de la planeación, es decir, la consecución de las metas y objetivos fijados.

f) **Evaluación y Supervisión.** Se realiza a lo largo de todo el proceso, a través de informes periódicos de las actividades realizadas.

3.7 OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO.

3.7.1 GENERAL.

Ayudar a los individuos y a sus familias a superar los problemas psicosociales que representa la enfermedad, para que logren su reincorporación social en los términos más aceptables y desde el punto de vista del equipo interdisciplinario de salud.

3.7.2 ESPECÍFICOS.

- 1.- Capacitar al enfermo y a sus familiares para enfrentarse a la problemática del caso.
- 2.- Fomentar su confianza en sus propias capacidades para manejar la situación.
- 3.- Modificar estados emocionales negativos, así como actitudes ocasionadas por prejuicio y falsas ideas acerca de la enfermedad.
- 4.- Impulsar y estimular pensamientos y acciones que redunden en beneficio de la salud y/o de la superación de la problemática social de la familia del paciente.

3.8 FUNCIONES PARTICULARES.

Las funciones del trabajo social hospitalario son las siguientes:

- Elaborar los protocolos de investigación social y el diagnóstico situacional del departamento de trabajo social.

- Participar en los trámites legales de los pacientes hospitalizados.

- Realizar el estudio socioeconómico de los pacientes hospitalizados.

- Realizar visitas diarias con el equipo de salud a los pacientes hospitalizados para mantener la relación con éstos y su familia y atender sus problemas sociales inmediatos.

- Atender los casos con problemas socioculturales, que interfieren en el tratamiento y recuperación del paciente durante su estancia en el hospital.

- Informar al médico tratante de los antecedentes, evolución y resultados de los casos problema y acordar acciones futuras.

- Integrar a pacientes y/o familiares que requieran tratamiento social.

- Educar individual o grupalmente a los familiares o acompañantes para el manejo social del paciente durante su estancia hospitalaria.

- Impartir pláticas de educación para la salud y de orientación a los derecho habientes con base a los programas

establecidos como prioritarios.

- Realizar actividades extramuros con fines de investigación, seguimiento de casos y tratamiento social.

- Investigar los recursos asistenciales del área de influencia en la unidad hospitalaria para la formulación del catálogo de servicios.

- Asesorar al equipo de salud en aspectos sociales de los pacientes, grupo y comunidad donde interactúan.³²

3.9 EL EQUIPO DE SALUD.

Los objetivos del trabajador social en salud complementan las acciones del resto del equipo a través de programas a nivel interdisciplinario, ya que el trabajador social se integra al equipo de salud para conocer los problemas y detectar las necesidades sentidas y no sentidas de la población en estudio, el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas.

En sí, el trabajador social es un profesional que a través de un trabajo interdisciplinario capacita a las personas afectadas por situaciones problemáticas en el conocimiento de una realidad concreta, transfiriendo instrumentos, métodos, técnicas, etc., para que ellos puedan operar en la misma, ya

³² Instituto Mexicano del Seguro Social. Instructivo de Operación del Servicio de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias. México 1984, p. 17-19.

que sólo el conocimiento racional permite a los hombres encontrar alternativas viables y factibles para superar su realidad, y sólo su conocimiento, que los hombres entregan al trabajador social, permite a éste comprender la raíz, la esencia de la problemática que esos hombres plantean.

Es obvio que todo el equipo de salud, cualquiera que sea su función, específica individual, es y debe ser un educador para la salud. La acción educativa en salud implica un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.

Por lo que "el trabajo del equipo de salud", en el campo médico está creado en base a la mutua comprensión generada por dos o más personas que ofrecen servicios diferentes, aunque relacionados, a los individuos enfermos. Esta comprensión se basa en el reconocimiento del área particular de competencia en el que ha sido adiestrado el profesional para ofrecer un servicio específico y el conocimiento, comprensión y apreciación del valor que puedan tener de ese servicio los otros miembros con miras a su total recuperación".

Las características esenciales del trabajo de equipo se dan de las siguientes formas:

1. Los miembros de un equipo de salud comparten un propósito común que les une y guía sus acciones.

2. Cada miembro del equipo de salud tiene una clara comprensión de sus propias funciones y reconoce intereses comunes.
3. El equipo de salud trabaja agrupando conocimientos, técnicas y recursos; y todos los miembros comparten la responsabilidad de sus resultados.
4. La efectividad del equipo de salud está relacionada con su capacidad para llevar a cabo su trabajo y su habilidad para poder organizarse como grupo.

Para que el trabajo en equipo tenga éxito, hace falta más que un acuerdo de trabajar juntos, hay que hacer esfuerzos conscientes encaminados hacia la preparación del trabajo en equipo.³³

³³ Maestro Infante Gama, Vicente, "Educación", UNAM-ENTS., División de Estudios de Posgrado-1993, p. 10-20.

CAPITULO 4

INVESTIGACIÓN

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y CONSERVADORA EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

- 4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA
- 4.2 OBJETIVOS
 - 4.2.1 GENERALES
 - 4.2.2 ESPECÍFICOS
- 4.3 HIPÓTESIS
 - 4.3.1 VARIABLES
 - 4.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS
- 4.4 METODOLOGÍA
 - 4.4.1 DISEÑO DE LA MUESTRA
 - 4.4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN
 - 4.4.3 UNIVERSO DE TRABAJO
 - 4.4.4 UNIDADES DE OBSERVACIÓN
 - 4.4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN
 - 4.4.6 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN
- 4.5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
- 4.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPITULO 4
INVESTIGACIÓN

**"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y CONSERVADORA EN
LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"**

4.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto psicosocial de la cirugía radical y conservadora en la mujer con cáncer de mama ?

4.2 OBJETIVOS.

4.2.1 GENERALES.

- Investigar el impacto psicosocial de la cirugía radical y conservadora en la mujer con cáncer de mama.

4.2.2 ESPECÍFICOS.

- Determinar el conocimiento de las mujeres sobre su enfermedad.
- Conocer la reacción de las mujeres cuando se les informó que tenían cáncer de mama y deberían someterse a una cirugía.
- Conocer la reacción de las mujeres después de someterse a la cirugía radical y/o conservadora.

- Describir la reacción de las mujeres al tratamiento de quimioterapia o radioterapia.
- Identificar el estado actual de las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.
- Establecer la influencia de la apariencia física y en la convivencia cotidiana y en sociedad en las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.
- Analizar las alteraciones en la relación de pareja, en cuanto a las relaciones sexuales, convivencia cotidiana y en sociedad, desde el punto de vista de las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.
- Establecer la reacción de las parejas de las mujeres cuando se les informó que tenían cáncer de mama y deberían someterse a una cirugía.
- Identificar el tipo de apoyo que le brindó su pareja a las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.
- Analizar las alteraciones en la relación de pareja, en cuanto a las relaciones sexuales, en la convivencia cotidiana y en sociedad, desde el punto de vista de las parejas de las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.

4.3 HIPÓTESIS.

HI. Las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a la cirugía radical sufren un mayor impacto psicosocial que las mujeres que son sometidas a la cirugía conservadora.

Ho. No necesariamente las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a la cirugía radical sufren un mayor impacto psicosocial que las mujeres que son sometidas a la cirugía conservadora.

4.3.1 VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
Cirugía conservadora y cirugía radical en mujeres con Ca Ma.	Impacto psicosocial.

4.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE
-Cirugía conservadora	-Mujeres que se le extirpa una cuarta parte de mama.	-Variable Independiente -Cuantitativa
-Cirugía radical	-Mujeres que se les ha extraído totalmente la mama.	-Discontinua -Nominal
-Impacto psicosocial	-Reacción de la mujer antes y después de someterse a la cirugía conservadora y/o radical y alteraciones en la relación de la pareja manifestada en las relaciones sexuales, convivencia cotidiana y en sociedad, desde el punto de vista de la mujer y de su pareja.	-Variable Dependiente -Cuantitativa -Discontinua -Nominal

4.4 METODOLOGIA.

4.4.1 DISEÑO DE LA MUESTRA.

- El muestreo seleccionado es no probabilístico.

En el Hospital se realiza aproximadamente una cirugía conservadora y radical al día.³⁴

Se empleará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot P} \cdot \frac{1}{1 + \frac{1}{N} \cdot \frac{Z^2 \cdot q}{E^2 \cdot P}} - 1$$

donde:

Z² = Nivel de confianza para generalizar los resultados a toda la población incluida en la muestra.

p q = Variabilidad del fenómeno estudiado.

E² = Precisión con que se generalizan los resultados.

N = Total de la población.

Z² = 2.00 (95.5% de nivel de confianza).

E² = 10%

³⁴ Información proporcionada por el Jefe de Tumores Mamarios del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4.

$$p = 0.6$$

$$q = 0.4$$

N = 160 mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora en el periodo comprendido de enero - agosto de 1993.

$$n = \frac{\frac{(2.00)^2 (0.4)}{(0.10)^2 (0.6)}}{1 + \frac{1 + (2.00)^2 (0.4)}{160 + (0.10)^2 (0.6)} - 1}$$

$$n = \frac{266.66}{2.66}$$

$$n = 100.24$$

Por lo tanto, la muestra es de 100 mujeres divididas en dos grupos:

- 50 mujeres sometidas a la cirugía radical.
- 50 mujeres sometidas a la cirugía conservadora.

Se pretendió tomar la misma muestra para las parejas de las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora, pero por circunstancias que se presentaron en el desarrollo de la investigación (se explicarán posteriormente en la presentación de los resultados), se tomó la muestra de 60 parejas divididas en dos grupos:

- 30 parejas de las mujeres sometidas a la cirugía radical.
- 30 parejas de las mujeres sometidas a la cirugía conservadora.

4.4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es descriptiva y comparativa.

4.4.3 UNIVERSO DE TRABAJO:

Mujeres con cáncer de mama.

4.4.4 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Mujeres con cáncer de mama sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.

4.4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres con cáncer de mama sometidas a la cirugía radical y/o conservadora entre los meses de enero - agosto de 1993, en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Con Tratamiento coadyuvante.

- Asisten a la consulta externa.
- Edad de 30 a 60 años.
- Con pareja cuando se sometieron a cirugía.

4.4.6 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN:

1a. Etapa.- Investigación documental (bibliográfica y hemerográfica).

Para sustentar el marco teórico se realizaron:

- Fichas bibliográficas.
- Fichas hemerográficas.
- Fichas de cita textual, de contenido y de resumen.
- Revisión de historias clínicas que permitió hacer una clasificación de los sujetos de estudio.

2a. Etapa.- Investigación de campo.

A partir de los objetivos e hipótesis de la investigación, se elaboró y aplicó dos instrumentos de trabajo con preguntas abiertas y cerradas, se empleó la entrevista estructurada.

El primer instrumento fue dirigido a las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora, se aplicó en la consulta externa.

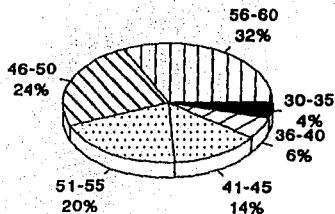
El segundo instrumento fue dirigido a las parejas de las mujeres sometidas a la cirugía radical y/o conservadora, la entrevista se realizó en la consulta externa, en la visita domiciliaria y por correo.

4.5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

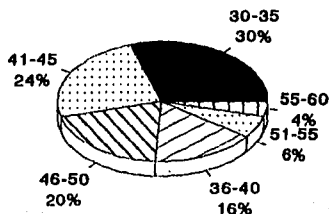
Se elaboraron gráficas de pastel y de barras con la información más representativa, para hacer la comparación entre los dos grupos de mujeres.

EDAD DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA

CIRUGÍA RADICAL



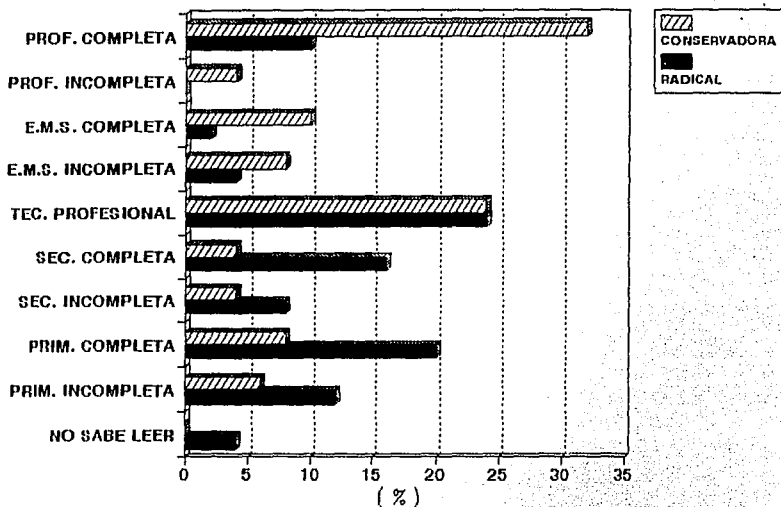
CIRUGÍA CONSERVADORA



FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" N° 4 del I.M.S.S. Agosto, 1993, México, D. F.

1.- De la muestra estudiada lo que se refiere a la edad de las mujeres con cirugía radical, el 10% es de 30 a 40 años y el 90% de más de 40 años; en lo que respecta a la edad de las mujeres con cirugía conservadora, el 46% es de 30 a 40 años y el 54% de más de 40 años. Se observa que el cáncer de mama se presenta con más frecuencia en la cuarta década de la vida, además que la cirugía conservadora se practica con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes, debido a la detección oportuna.

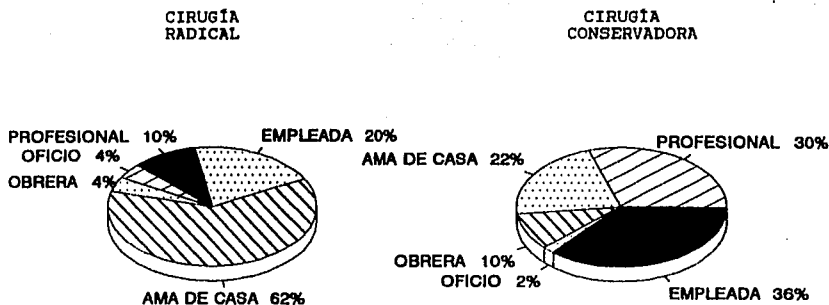
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA



FUENTE: Idem.

2.- En lo que se refiere a la escolaridad de las mujeres con cirugía radical sólo el 10% es profesionista, en cuanto a las mujeres con cirugía conservadora el 32% es profesionista; por lo que es evidente que existe una mayor preparación por parte de las mujeres con cirugía conservadora, lo cual no quiero decir que el cáncer de mama ataca con mayor frecuencia a las mujeres con menor preparación, sino que se debe a los factores de riesgo a los que está sujeta cada mujer.

OCCUPACIÓN DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA

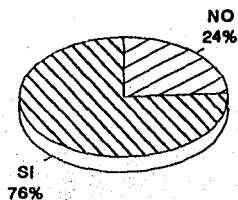


FUENTE: Idem.

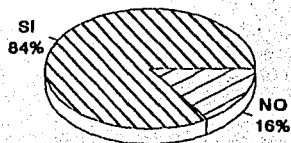
3.- En cuanto a la ocupación, se encontró que el 62% de las mujeres con cirugía radical son amas de casa, el 20% son empleadas y el 18% restante son profesionistas, obreras o desempeñan un oficio; con respecto a las mujeres con cirugía conservadora, se encontró que el 36% son empleadas, el 30% ejercen su profesión, el 22% son amas de casa y el 12% restante son obreras o desempeñan un oficio. Cabe señalar que la ocupación que desempeñan los dos grupos de mujeres está de acuerdo a su grado de escolaridad.

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE SU ENFERMEDAD

CIRUGÍA
RADICAL



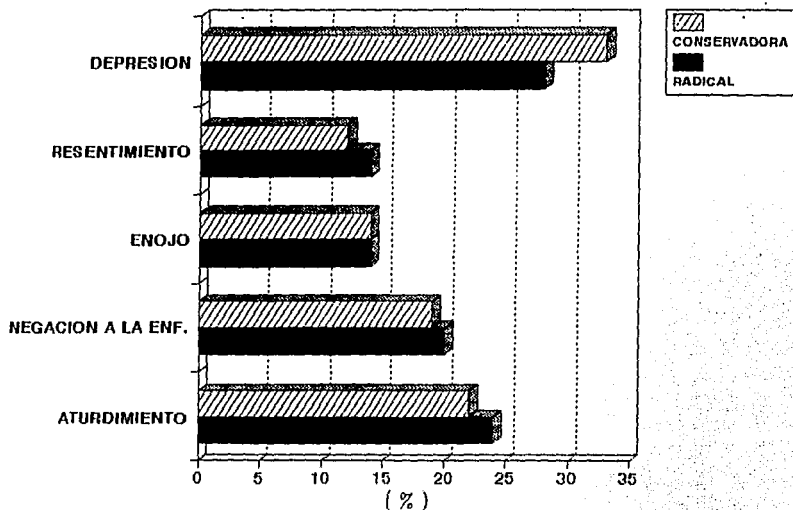
CIRUGÍA
CONSERVADORA



FUENTE: Idem.

4.- De la información obtenida se encontró que el 76% de las mujeres con cirugía radical sí tiene conocimiento sobre su enfermedad y el 24% no lo tiene; mientras que el 84% de las mujeres con cirugía conservadora sí tiene conocimiento sobre su enfermedad y el 16% no lo tiene. Se observó que las mujeres que manifiestan tener conocimiento sobre su enfermedad expresan una profunda preocupación, lo que les motivó a investigar y saber más al respecto; y las mujeres que manifiestan no tener conocimiento es por que de alguna forma niegan o rechazan a la enfermedad.

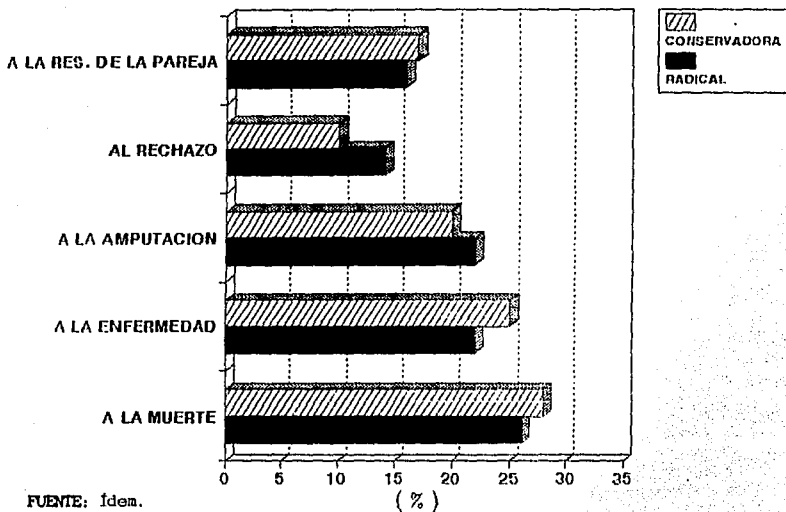
REACCIÓN DE LAS MUJERES CUANDO SE LES INFORMO Ca. Ma. Y
DEBERIAN SOMETERSE A UN CIRUGIA



FUENTE: Idem.

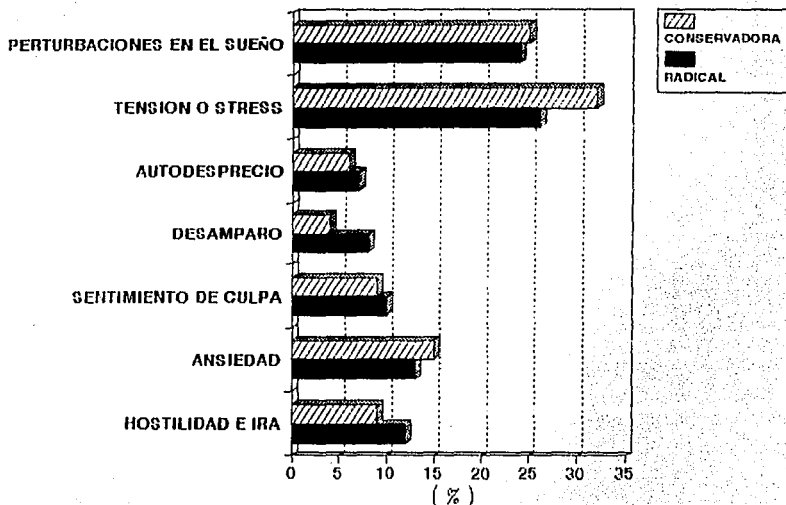
5.- Con respecto a la reacción de las mujeres con cirugía radical, cuando se les informó que tenían CaMa y deberían someterse a una cirugía, el 20% presentó depresión, el 24% aturdimiento, el 20% negación a la enfermedad, el 14% enojo y el 14% resentimiento. En relación a las mujeres con cirugía conservadora, el 33% presentó depresión, el 22% aturdimiento, el 19% negación a la enfermedad, el 14% enojo y el 12% resentimiento. Se observa que en los dos grupos está presente la depresión en un mayor porcentaje como una forma de manifestarse.

TEMOR DE LAS MUJERES CUANDO SE LES INFORMO QUE TENIAN CaMa



6.- En cuanto al temor de las mujeres con cirugía radical cuando se les informó que tenían CaMa, el 26% presentó temor a la muerte, el 22% a la amputación, el 22% a la enfermedad, el 16% a la respuesta de su pareja y el 14% al rechazo; de las mujeres con cirugía conservadora, el 28% presentó temor a la muerte, el 25% a la enfermedad, el 20% a la amputación, el 17% a la respuesta de pareja y el 10% al rechazo. Se concluye que en los dos grupos hay un mayor porcentaje de temor a la muerte y es debido al sinónimo que tienen las mujeres del cáncer.

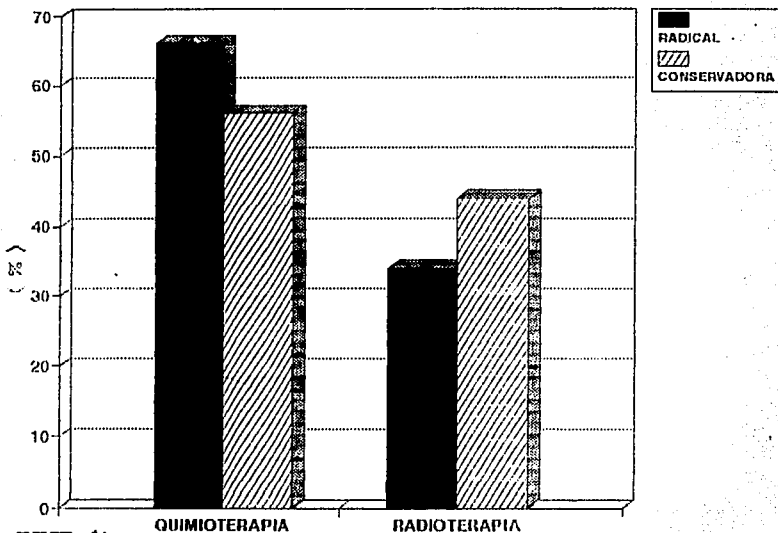
REACCIÓN DE LAS MUJERES DESPUÉS DE SOMETERSE A LA CIRUGÍA



FUENTE: Ídem.

7.- Después de que las mujeres se sometieron a la cirugía radical, se encontró que el 26% presentó tensión o stress, el 24% perturbaciones en el sueño, el 13% ansiedad, el 12% hostilidad e ira, el 10% sentimiento de culpa, el 8% desamparo y el 7% autodesprecio; mientras que las mujeres que se sometieron a la cirugía conservadora, el 32% tuvo tensión o stress, el 25% perturbaciones en el sueño, el 15% ansiedad, el 9% hostilidad e ira al igual que sentimiento de culpa, el 6% autodesprecio y el 4% desamparo. Se aprecia que existe un mayor porcentaje en los dos grupos en relación a la tensión o stress, perturbaciones en el sueño y ansiedad.

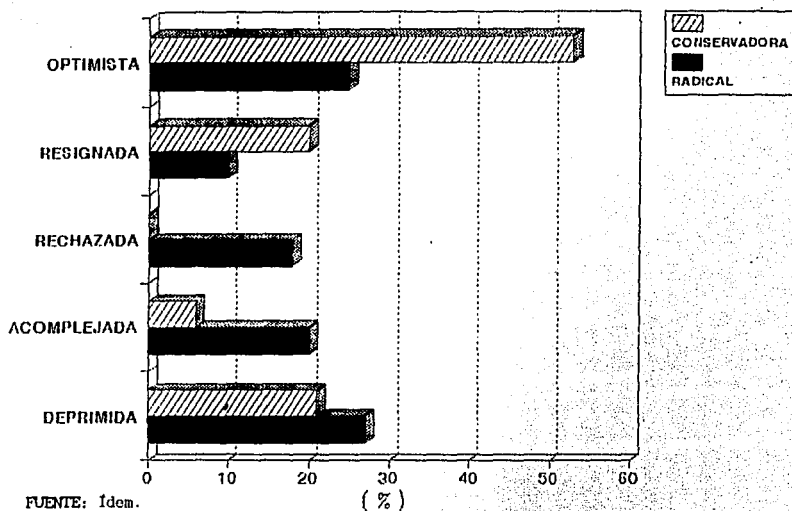
TIPO DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO QUE RECIBIERON LAS MUJERES CON CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA



FUENTE: ídem.

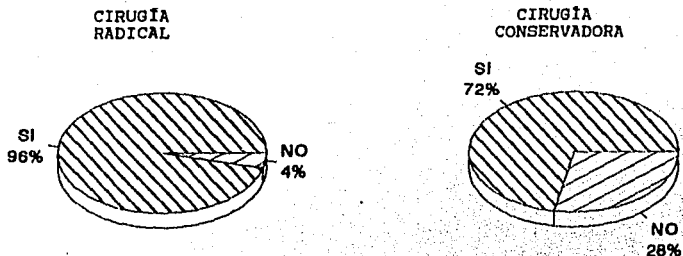
B.- En cuanto al tipo de tratamiento complementario que recibieron las mujeres después de someterse a la cirugía radical el 66% se les indicó quimioterapia y al 34% radioterapia, mientras que a las mujeres con cirugía conservadora al 56% se les indicó quimioterapia y al 44% radioterapia. Al grupo de mujeres que recibieron quimioterapia, manifestaron tener molestias físicas tales como: náuseas, vómito, debilidad, caída de cabello, uñas negras y se les alteraron los nervios. Las mujeres que recibieron radioterapia manifestaron tener: manchas en la mama, insensibilidad, piel dura, comezón, inflamación y ardor en el brazo. Cabe mencionar que estas molestias provocan temor a la recurrencia de la enfermedad en un alto porcentaje, además de que se ve afectada la relación de pareja de los dos grupos de mujeres, en un mayor porcentaje que las mujeres con cirugía conservadora y esto se debe al tipo de cirugía que se les practicó a los dos tipos de mujeres.

ESTADO ACTUAL DE LAS MUJERES CON CIRUGIA
RADICAL Y/O CONSERVADORA



9.- En relación al estado actual de las mujeres con cirugía radical, el 27% confirmó encontrarse deprimida, el 25% optimista, el 20% acomplejada, el 18% rechazada y el 10% resignada, mientras que las mujeres con cirugía conservadora, el 53% se encontró optimista, el 21% resignada al igual porcentaje deprimida, el 6% acomplejada y ninguna mujer manifestó rechazo. Se aprecia que hay un mayor porcentaje de mujeres deprimidas con cirugía radical y un mayor porcentaje de mujeres optimistas con cirugía conservadora.

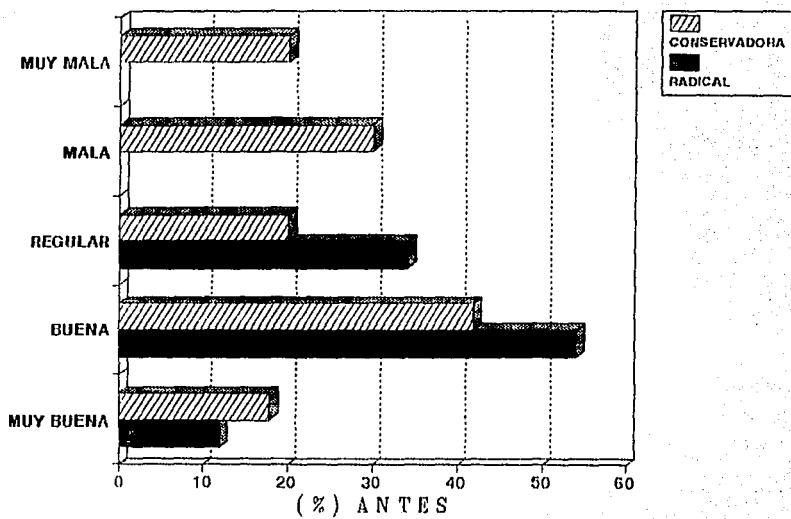
INFLUENCIA DE LA CIRUGÍA EN LA APARIENCIA FÍSICA DE LAS MUJERES



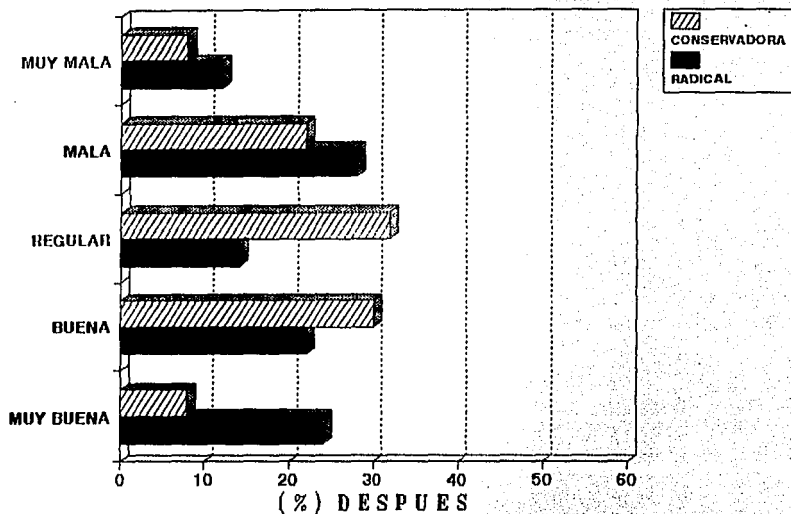
FUENTE: Idem.

10.- La gráfica muestra que el 96% de las mujeres con cirugía radical afirma que sí influyo en su apariencia física; mientras que el 72% de las mujeres con cirugía conservadora también lo manifiesta. Por lo que se observó que en los dos grupos le dan un significado a los senos tal como: "es importante estéticamente por el trato que se tiene con la gente", "es importante para las relaciones sexuales", "es la vanidad y la belleza de una mujer", por todo lo que significan los senos para las mujeres, existe un alto porcentaje que se ha llegado a sentir mal por la falta de un seno o tener sólo una parte de él, por eso la gran mayoría usa prótesis que se confeccionan ellas mismas (de alpiste, algodón y tela), o las compran de acuerdo a sus posibilidades. Por otro lado, un porcentaje de mujeres manifestaron que influye la cirugía en cuanto a la convivencia cotidiana y en sociedad en relación al trato de lástima y compasión que recibieron por parte de sus amigos y compañeros de trabajo; sin embargo a otras mujeres se les brindó apoyo y comprensión y otro porcentaje menciona que recibieron un trato normal porque la gente con la que convive no se enteró de la cirugía debido a que ellas lo ocultaron para no inspirar lástima, compasión, rechazo y curiosidad.

RELACIÓN DE LA PAREJA ANTES Y DESPUES DE LA CIRUGIA



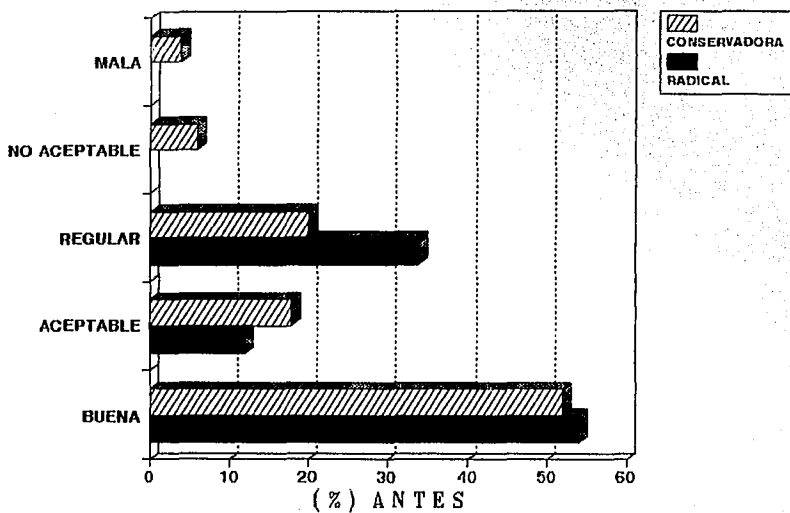
FUENTE: Idem.



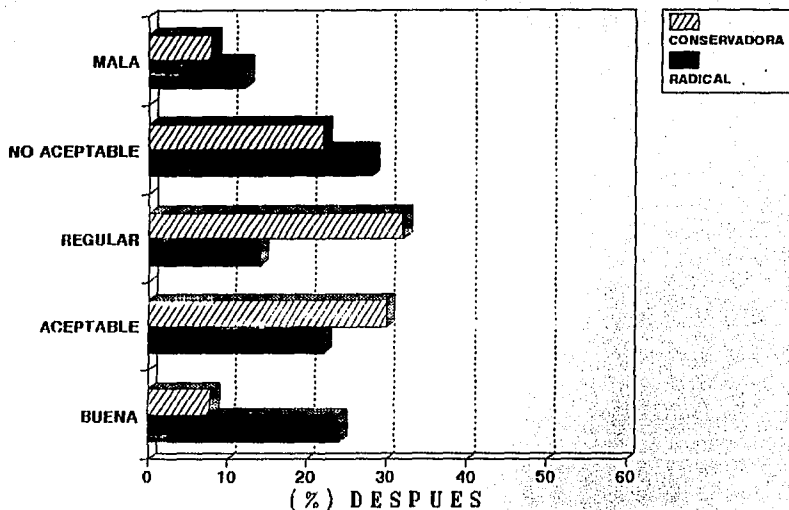
FUENTE: Idem.

11.- Desde el punto de vista de las mujeres, el 54% con cirugía radical consideró buena la relación de pareja, al igual que el 42% con cirugía conservadora; sin embargo, después de someterse a la cirugía, el 28% de las mujeres con cirugía radical la consideró mala y el 32% de las mujeres con cirugía conservadora la consideró regular. Se observa que si hay cambios en la relación de pareja en los dos grupos: en el primer grupo, la mayoría de las mujeres la consideró buena y después mala, en el segundo grupo, la mayoría de las mujeres la consideró buena y después regular.

COMUNICACIÓN DE LA PAREJA ANTES Y DESPUES DE LA CIRUGÍA



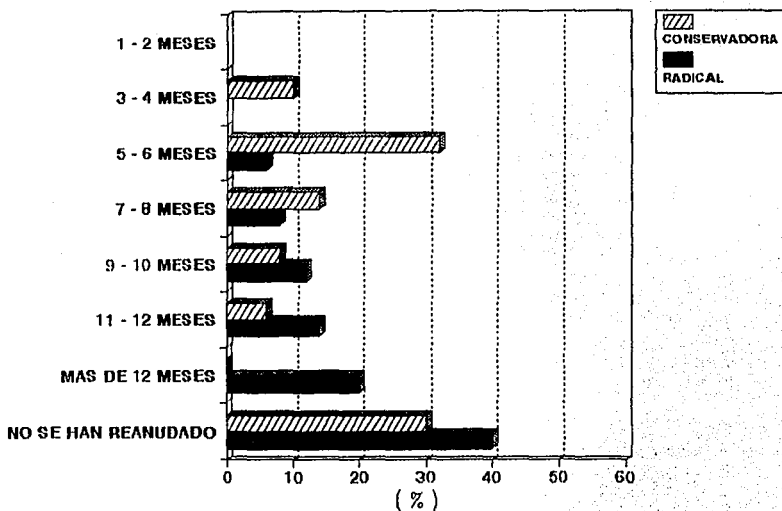
FUENTE: Idem.



FUENTE: Idem.

12.- En lo que se refiere a la comunicación de las mujeres con su pareja antes de la cirugía, el 54% con cirugía radical manifestó que era buena, al igual que el 52% con cirugía conservadora; pero después de que las mujeres se sometieron a la cirugía se encontró que el 20% con cirugía radical manifestó que no era aceptable y el 32% con cirugía conservadora manifestó que era regular. Se observa que sí hay cambios en la comunicación de la pareja en los dos grupos: en el primer grupo, la mayoría de las mujeres manifestaron que era buena y después considerable; en el segundo grupo, la mayoría de las mujeres manifestaron que era buena y después regular. Son quizás, las primeras señales de que empiezan los cambios en los dos grupos, puesto que la comunicación es la base de una buena relación de pareja.

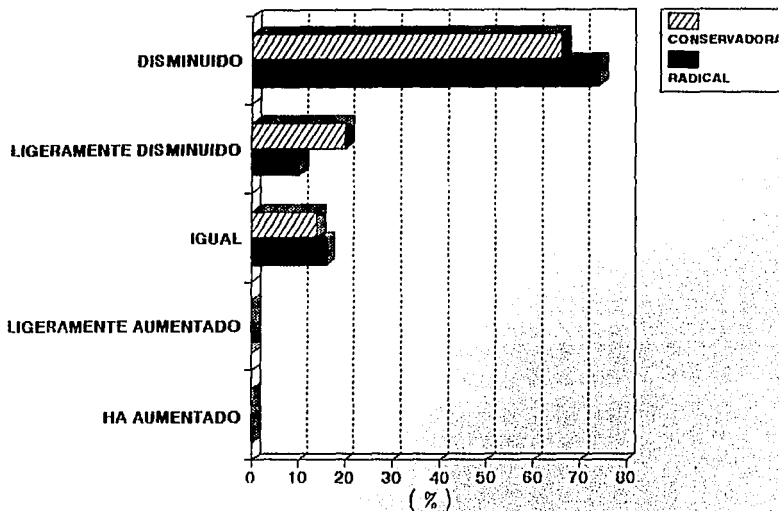
**TIEMPO EN QUE LAS MUJERES REANUDARON SUS
RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA**



FUENTE: Idem

13.- En relación al tiempo en que las mujeres de ambos grupos reanudaron sus relaciones sexuales con su pareja, el 70% no las reanudaron la principal causa fue porque su pareja las abandonó (40% con cirugía radical y 30% con cirugía conservadora). ellas manifiestan que cuando intentaron iniciar la relación sexual no funcionó, por lo que recibieron insultos, maltrato físico o les exigían que se cubrieran la cicatriz de la cirugía. Mientras que el 20% de las mujeres con cirugía radical tardaron en reanudar sus relaciones sexuales más de 12 meses, el 32% de las mujeres con cirugía conservadora de 5 a 6 meses; un alto porcentaje de estas mujeres afirmaron que cuando reanudaron sus relaciones reaccionaron con pena al mostrar la cicatriz de la cirugía, por lo que, por iniciativa la cubrían por temor al rechazo de la pareja.

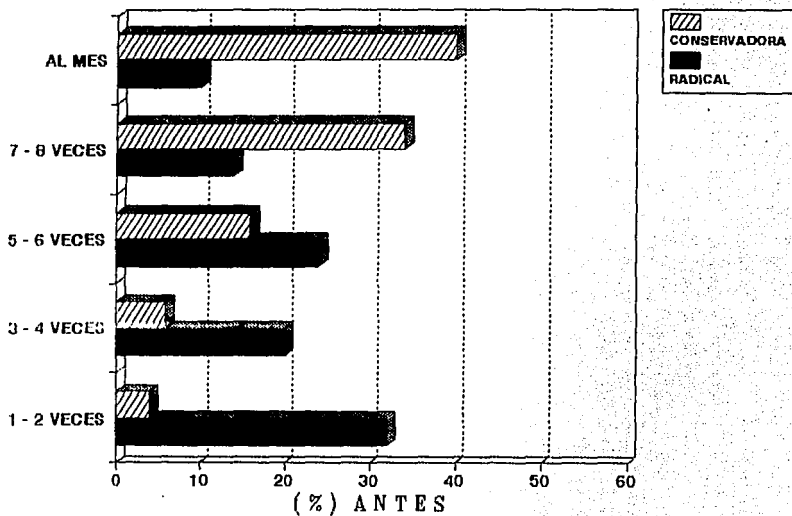
VARIACIÓN EN EL DESEO SEXUAL DE LAS MUJERES



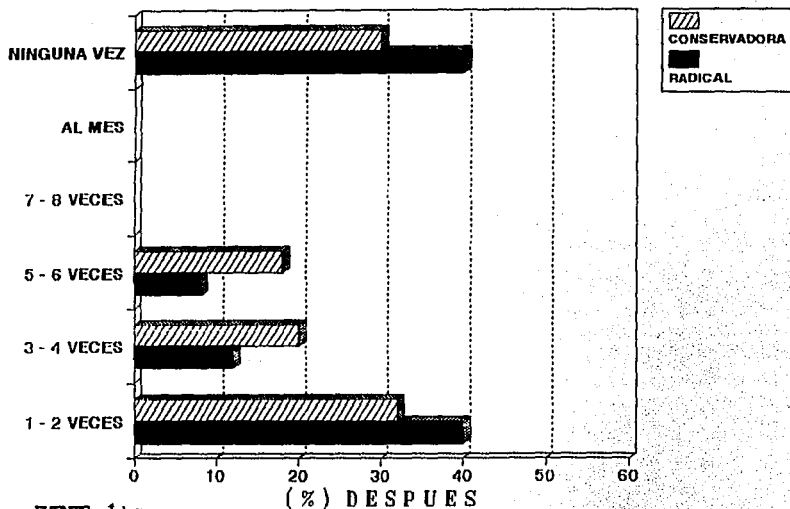
FUENTE: Idem.

14.- En cuanto a la variación en el deseo sexual de las mujeres, el 74% con cirugía radical confirman que disminuyó, al igual que el 66% con cirugía conservadora; por lo tanto, hay un alto porcentaje de mujeres que confirman no tener satisfacción sexual con su pareja, ellas lo justifican como reacción al tratamiento de radioterapia o quimioterapia que recibieron.

FRECUENCIA MENSUAL DE LAS RELACIONES SEXUALES CON
SU PAREJA ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA



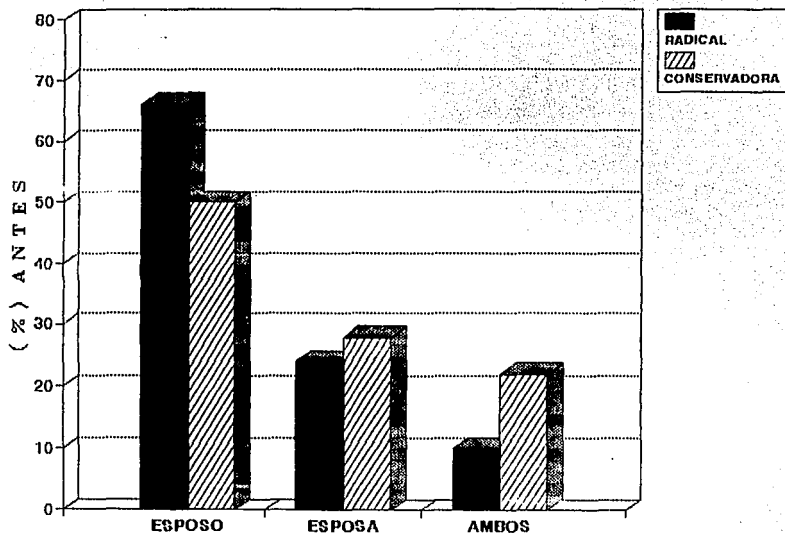
FUENTE: Iden.



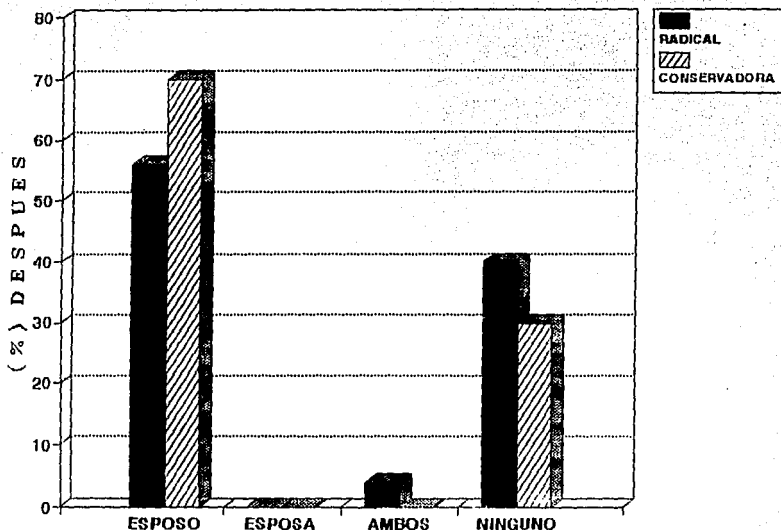
FUENTE: Ídem.

15.- En relación a la frecuencia de las relaciones sexuales con su pareja antes de la cirugía, el 32% de las mujeres con cirugía radical, era de 1 a 2 veces al mes; mientras que el 40% de las mujeres con cirugía conservadora eran más de 8 veces al mes. Sin embargo, después de someterse a la cirugía, el 40% con cirugía radical ya no tuvieron relaciones, el 40% de 1 a 2 veces al mes y el 32% de las mujeres con cirugía conservadora tienen relaciones de 1 a 2 veces al mes y el 30% ninguna vez. Se observa que hay una marcada diferencia en los dos grupos, antes y después de la cirugía.

INICIATIVA EN LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DE LA CIRUGÍA



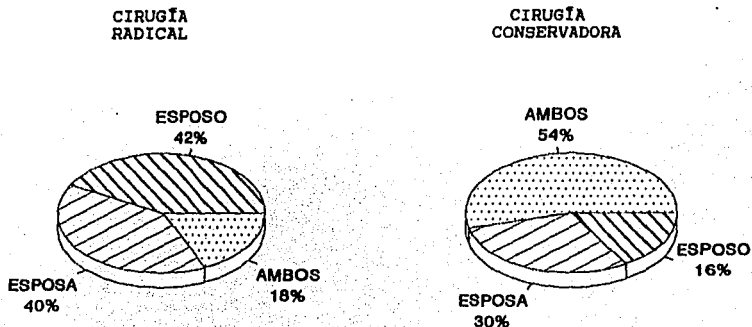
FUENTE: Idem.



FUENTE: Idem.

16.- En lo que se refiere a la iniciativa en las relaciones sexuales antes de la cirugía, el 66% de los esposos de las mujeres con cirugía radical llevaban la iniciativa, al igual que el 50% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora. Después de la cirugía, los esposos de ambos grupos siguieron llevando la iniciativa. Ellas mencionan que después de la cirugía no tomaban la iniciativa porque en esas cuestiones es el hombre quien debe de tomar la iniciativa y si antes de la cirugía no la tomaban, después de ésta menos, por temor a ser rechazadas.

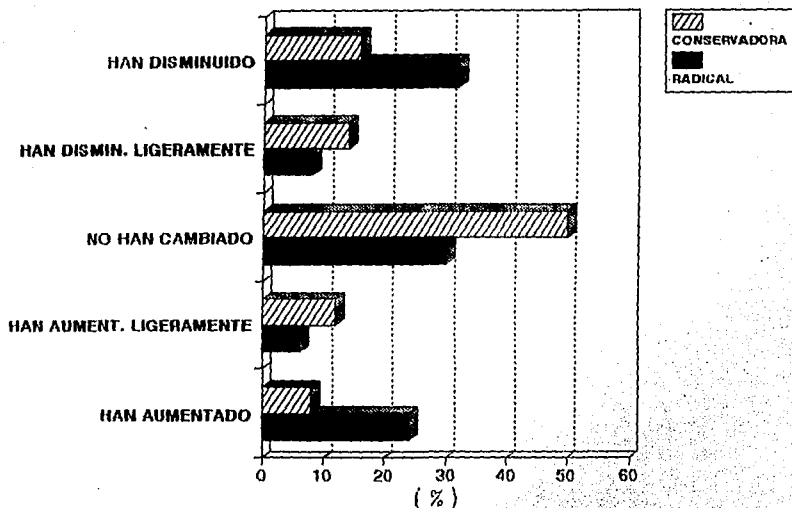
TOMA DE DECISIONES IMPORTANTES POR LA PAREJA



FUENTE: Idem.

17.- En la toma de decisiones importantes en diferentes situaciones, es el 42% de los esposos de las mujeres con cirugía radical quienes las toman, el 40% la esposa y el 18% ambos. En cambio, el 16% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora toma las decisiones, el 30% la esposa y el 54% ambos. Lo que refleja que en el grupo de las mujeres con cirugía radical, los esposos toman las decisiones y en el grupo de las mujeres con cirugía conservadora ambos toman las decisiones. En el primer grupo las mujeres mencionan que sus esposos no las dejan tomar las decisiones porque la cirugía a la que se han sometido les quita la capacidad para ello, al igual que la autoridad ante sus hijos.

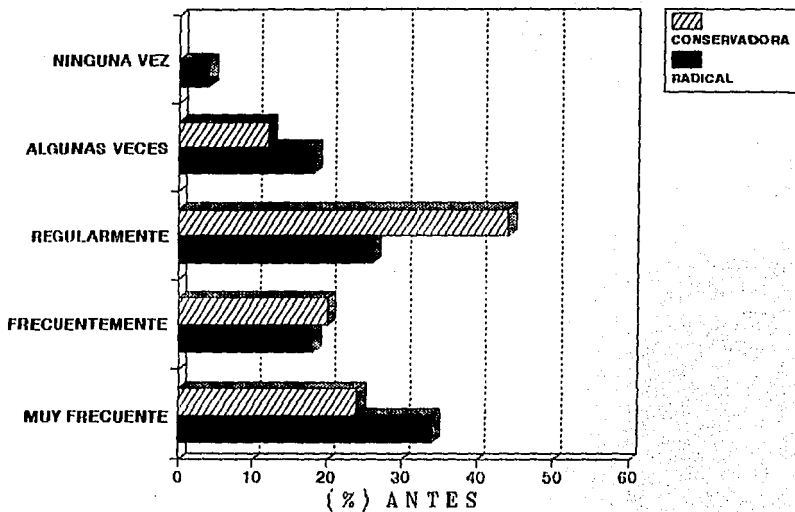
VARIACIÓN EN LOS SENTIMIENTOS HACIA LA PAREJA
DEBIDO A LA CIRUGÍA



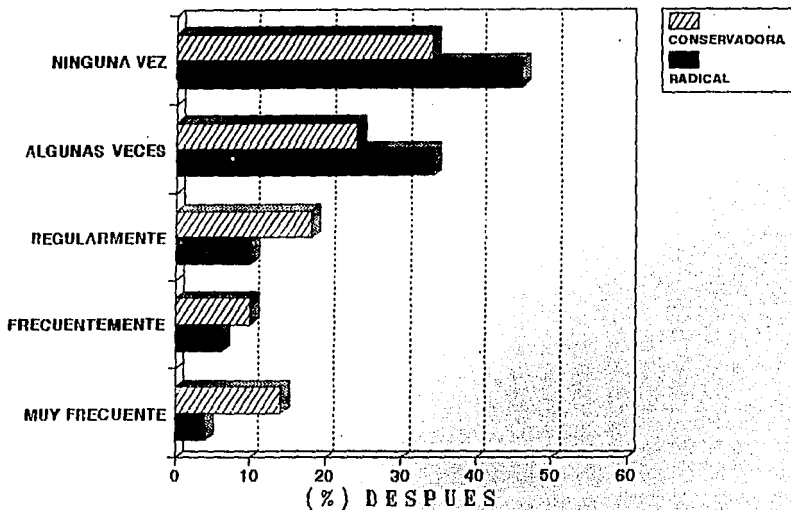
FUENTE: Ídem.

18.- En relación a la variación en los sentimientos hacia la pareja debido a la cirugía, en el 32% de las mujeres con cirugía radical han disminuido porque un gran porcentaje fue abandonada por su pareja cuando más lo necesitaban, han sido infieles o han cambiado el trato y actitudes hacia ellas; en cambio, el 50% de las mujeres con cirugía conservadora, afirman que no han cambiado porque han recibido apoyo por parte de su pareja.

FRECUENCIA A EVENTOS SOCIALES Y RECREATIVOS
ANTES Y DESPUES DE LA CIRUGÍA



FUENTE: Idem.

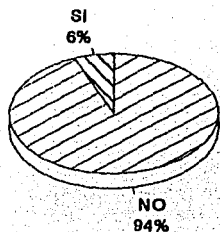


FUENTE: Ídem.

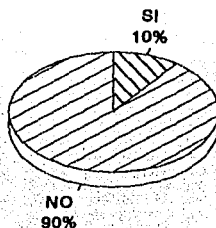
19.- Con respecto a la asistencia en pareja a eventos sociales y recreativos antes de la cirugía, en el 34% de las mujeres con cirugía radical era muy frecuentemente y el 46% de las mujeres con cirugía conservadora era regularmente. Después de la cirugía, el 46% de las mujeres con cirugía radical ya no asistía a los eventos sociales y recreativos al igual que el 34% de las mujeres con cirugía conservadora. Ellas mencionan que es porque sienten que la gente se les queda viendo por lo que se sienten incómodas o piensan que se les va a caer la prótesis y van hacer el ridículo y además han perdido la seguridad en sí mismas, por lo que les quita el ánimo para salir y prefieren quedarse en casa, cuidando nietos, atendiendo a sus hijos, bordando, tejiendo, etc., y las mujeres que trabajan, su trabajo es su refugio y las que no, su refugio es la religión, su fe en Dios.

ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL A LA PAREJA ANTES DE LA CIRUGÍA

CIRUGÍA
RADICAL



CIRUGÍA
CONSERVADORA

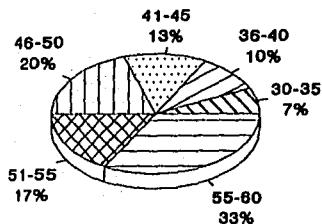


FUENTE: Ídem.

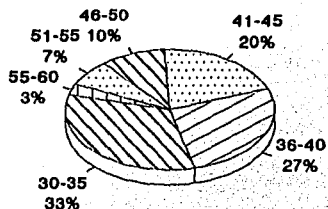
20.- En lo que se refiere a la orientación psicosocial a la pareja antes de la cirugía, el 94% de las mujeres con cirugía radical y el 90% de las mujeres con cirugía conservadora no recibió este tipo de orientación. Pero a la mayoría, sí les gustaría recibir en la clínica un servicio de este tipo.

**EDAD DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA
RADICAL Y/O CONSERVADORA**

**CIRUGÍA
RADICAL**



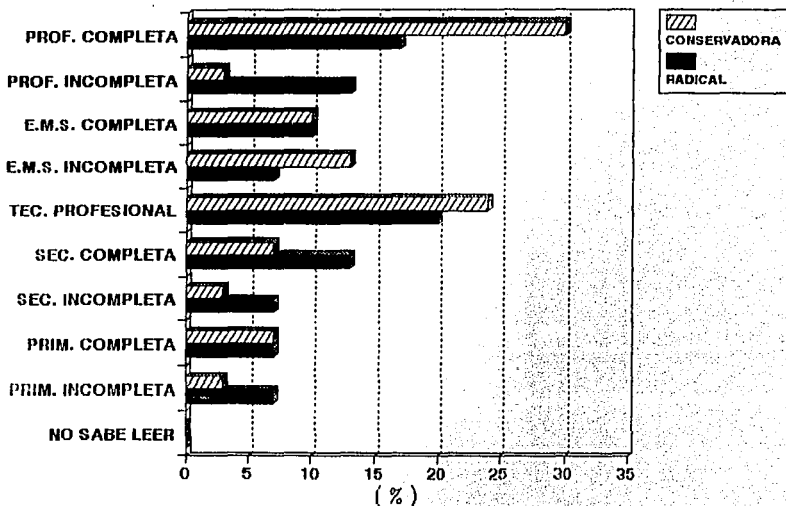
**CIRUGÍA
CONSERVADORA**



FUENTE: Ídem.

21.- De los 30 esposos entrevistados, las parejas de las mujeres con cirugía radical, el 17% es de 30 a 40 años y el 83% de más de 40 años y de las parejas de las mujeres con cirugía conservadora el 60% es de 30 a 40 años y el 40% de más de 40 años. Se observa que las parejas de las mujeres con cirugía conservadora son más jóvenes.

**ESCOLARIDAD DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA
RADICAL Y/O CONSERVADORA**

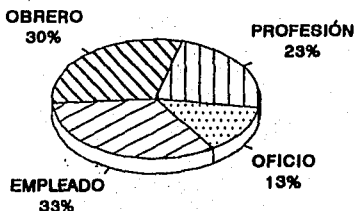


FUENTE: Idem.

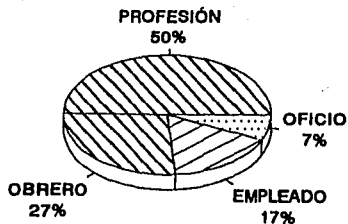
22.- En lo que se refiere a la escolaridad de las parejas con cirugía radical, el 20% es técnico profesional y el 30% de las parejas con cirugía conservadora son profesionistas. Se observa que existe una clara diferencia sobre el nivel de estudios entre los dos grupos de parejas.

OCUPACIÓN DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES CON CIRUGÍA
RADICAL Y/O CONSERVADORA

CIRUGÍA
RADICAL



CIRUGÍA
CONSERVADORA

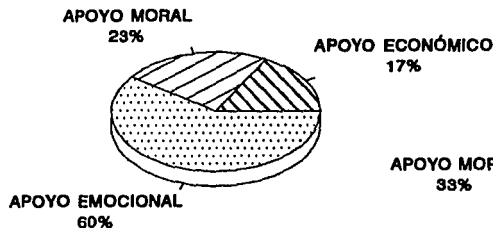


FUENTE: Idem.

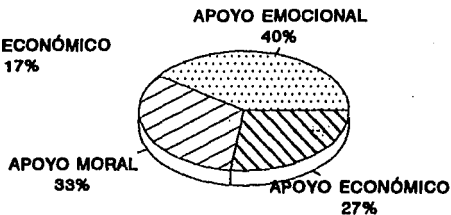
23.- La ocupación de las parejas de las mujeres con cirugía radical, el 33% son empleados, el 30% obreros, el 23% que son 7 parejas, son profesionistas, y el 13% tienen un oficio. En relación a las parejas de las mujeres con cirugía conservadora, se encontró que el 50% son profesionistas, el 27% obreros, el 17% empleados y el 7% tienen un oficio. Se observa que la ocupación de las parejas va de acuerdo a su grado de escolaridad.

TIPO DE APOYO QUE LE BRINDÓ A LA PAREJA

CIRUGÍA RADICAL



CIRUGÍA CONSERVADORA

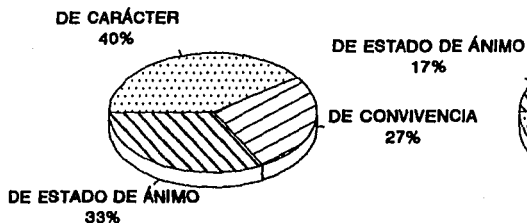


FUENTE: Idem.

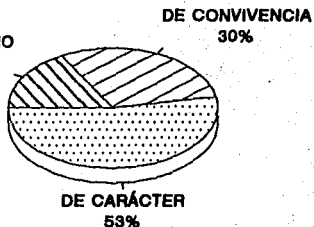
24.- En lo que se refiere al tipo de apoyo que le brindó a su pareja, el 83% de los esposos de las mujeres con cirugía radical les brindó apoyo emocional al igual que el 73% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora; los demás brindaron apoyo moral y económico, a pesar de que mencionan que les afectó el recibir la noticia de que su pareja tenía cáncer de mama y debería someterse a una cirugía, al grado que afectó en el rendimiento en su trabajo, mal humor, tres se volvieron alcohólicos y a uno le dio un infarto.

CAMBIOS EN LA PAREJA DESPUES DE LA CIRUGIA

CIRUGIA RADICAL



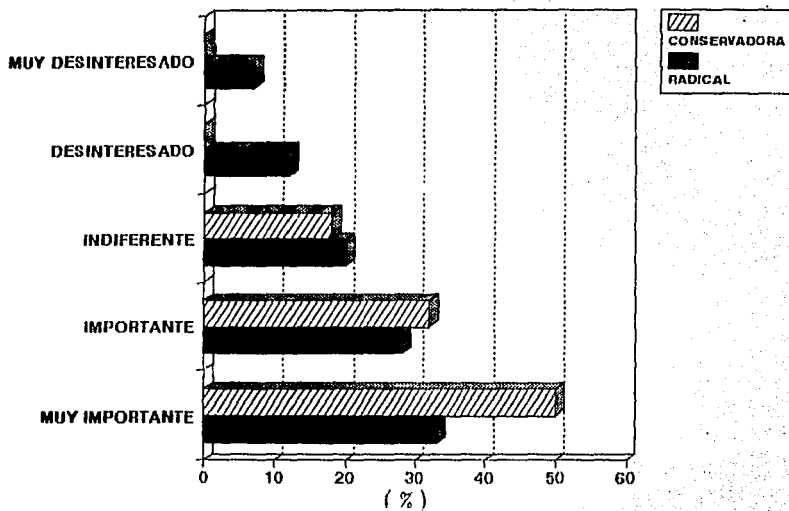
CIRUGIA CONSERVADORA



FUENTE: Idem.

25.- En relación a los cambios en la pareja después de la cirugía, el 40% de los esposos de las mujeres con cirugía radical notaron cambios en el carácter, al igual que el 50% de esposos de las mujeres con cirugía conservadora, lo que afectó en la convivencia y la comunicación, dando lugar a que un alto porcentaje buscara apoyo emocional fuera de su familia, como el tener una aventura como ello lo llaman o una amante y pensando abandonar a su pareja.

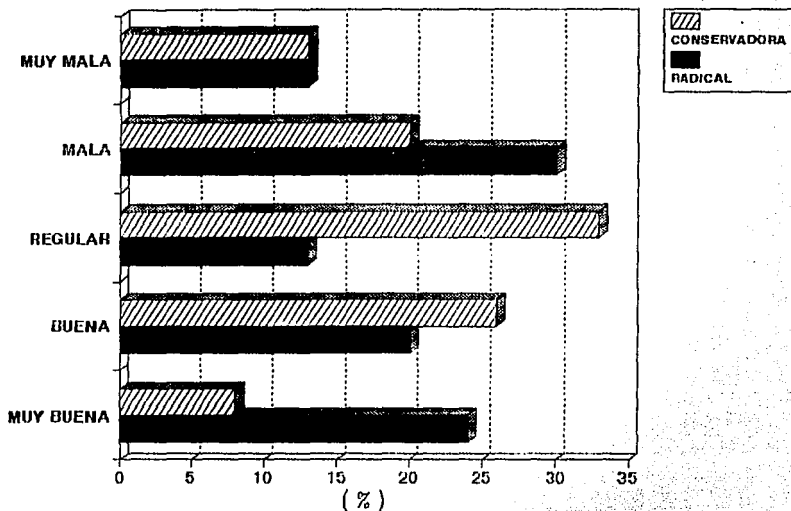
IMPORTANCIA DE LA FALTA DE UN SENO O SÓLO PARTE DE EL



FUENTE: Idem.

26.- En lo que se refiere a la importancia que tienen los senos para las parejas de las mujeres con cirugía radical, el 33% al igual que el 50% de las parejas de las mujeres con cirugía conservadora, indican que para ellos son muy importantes en las relaciones sexuales, porque es lo que más atrae de una mujer y el que a su pareja le faltó un seno o parte de él, les ha llevado a sentir vergüenza, el que sus amigos lo sepan.

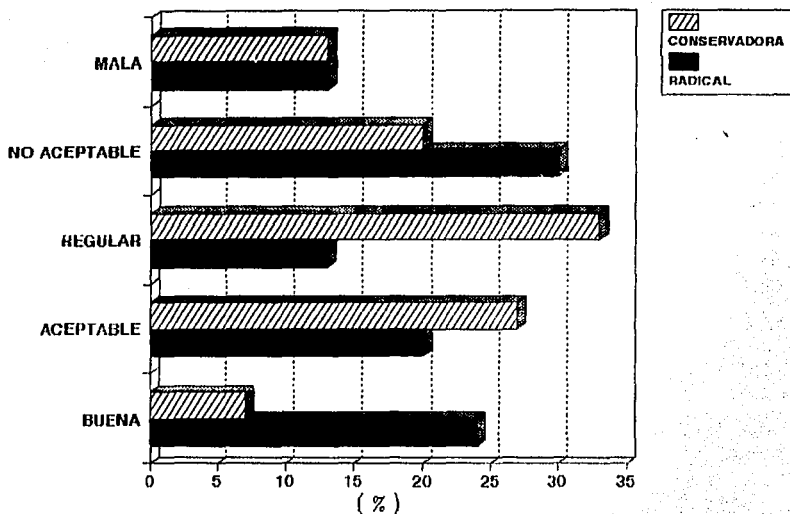
RELACIÓN DE PAREJA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL ESPOSO



FUENTE: Idem.

27.- Lo que se refiere a la relación de pareja desde el punto de vista de los esposos de las mujeres con cirugía radical el 30% la consideran mala y el 33% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora la consideran regular. Al hacer la comparación con la información que proporcionan las mujeres, no hay una diferencia tan grande; por lo que tanto ellos como ellas están conscientes de que su relación de pareja está afectada debido a la cirugía.

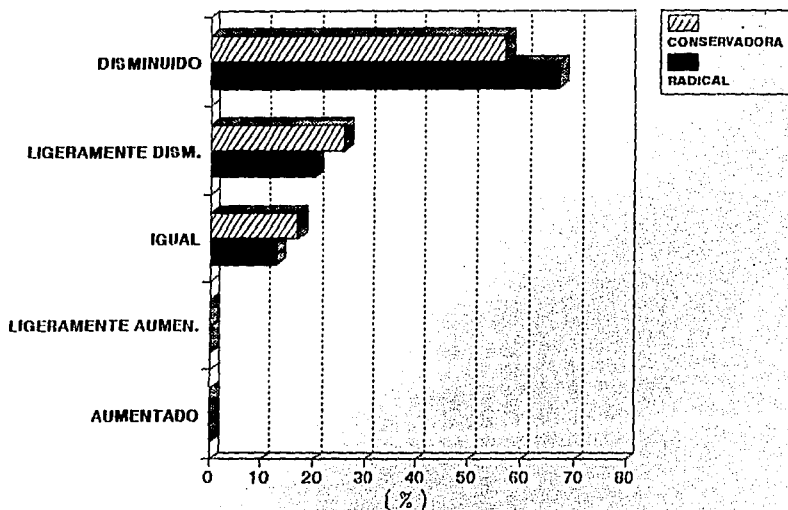
COMUNICACIÓN CON LA PAREJA



FUENTE: Idem.

28.- En relación a la comunicación con la pareja, el 30% de los esposos de las mujeres con cirugía radical la considera no aceptable y el 33% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora la considera regular; dando lugar a la alteración en la relación de pareja.

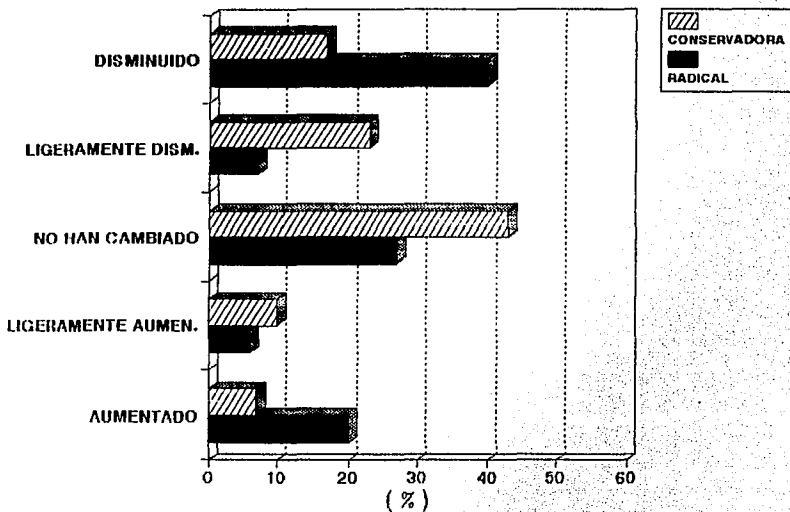
VARIACIÓN EN EL DESEO SEXUAL DEBIDO A LA CIRUGÍA



FUENTE: Ídem.

29.- Con respecto a la variación en el deseo sexual debido a la cirugía, el 67% de las parejas de las mujeres con cirugía radical mencionan que ha disminuido su deseo sexual, al igual que el 57% de las parejas de las mujeres con cirugía conservadora, lo que da lugar a que un alto porcentaje de los dos grupos no tiene contacto sexual por que les da temor lastimar a su pareja o ver su herida y no sienten la motivación para llevar a cabo la relación sexual.

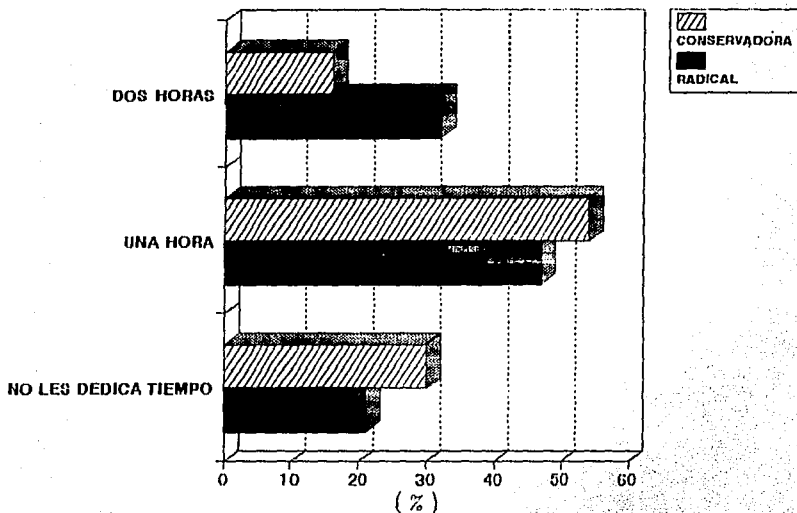
**CAMBIOS EN LOS SENTIMIENTOS HACIA LA PAREJA
DEBIDO A LA CIRUGÍA**



FUENTE: Idea.

30.- La variación en los sentimientos hacia la pareja debido a la cirugía, el 40% de los esposos de las mujeres con cirugía radical afirman que ha disminuido, al igual que el 43% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora. Ellos mencionan que es debido al estado de ánimo de ellas y por esto tienen la culpa.

TIEMPO DEL DÍA DEDICADO A LA FAMILIA

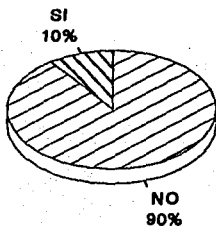


FUENTE: Ídem.

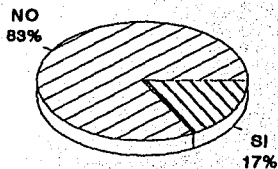
31.- En relación al tiempo dedicado a la familia por parte de las parejas de las mujeres con cirugía radical el 47% les dedica 1 hora del día a las esposa e hijos, al igual que el 54% de las parejas de las mujeres con cirugía conservadora. Ellos mencionan que es por el trabajo, pero que la mujer es la que pasa más tiempo con los hijos y en especial con ellas no salen de casa por que ellas no quieren, por lo que sólo una vez al año salen de vacaciones y a diferentes lugares menos a la playa.

ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL A LAS PAREJAS
POR MOTIVO DE LA CIRUGÍA

CIRUGÍA
RADICAL



CIRUGÍA
CONSERVADORA



FUENTE: Idem.

32.- En cuanto a la orientación psicosocial a las parejas por motivo de la cirugía, el 90% de los esposos de las mujeres con cirugía radical afirman no haberla recibido, al igual que el 83% de los esposos de las mujeres con cirugía conservadora, sin embargo, ellos consideran que sí es necesario el que en la clínica se les proporcione este tipo de servicio.

4.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Después de realizar un análisis individual se realizó un análisis general, donde se encontró, que del total de las mujeres estudiadas, se coincide con otros autores que el cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia en la cuarta década de la vida y que se debe a los factores de riesgo a los que está sujeta cada mujer ya que la enfermedad no hace distinción en la escolaridad ni en la ocupación.

En lo que se refiere al aspecto psicológico el 24% de las mujeres con cirugía radical no tienen conocimiento sobre su enfermedad al igual que el 16% de las mujeres con cirugía conservadora. La mayoría de las mujeres con cirugía conservadora, son más jóvenes y tienen un nivel de estudio más elevado y tienen conocimiento sobre su enfermedad, porque han investigado al respecto; por el contrario, las mujeres que manifiestan no tener conocimiento es por que de alguna manera es una forma de negar o rechazar la enfermedad.

Con respecto a la reacción de las mujeres cuando se les informó que tenían cáncer de mama y deberían someterse a una cirugía, las mujeres que se sometieron a la cirugía radical presentaron un mayor porcentaje de depresión, aturdimiento, negación a la enfermedad, enojo y resentimiento, que las mujeres que se sometieron a la cirugía conservadora, además en los dos grupos está presente un alto porcentaje de temor a la muerte y es debido a que las mujeres asocian al cáncer con ésta.

En cuanto al tipo de tratamiento de quimioterapia o radioterapia, en los dos grupos de mujeres presentan molestias físicas que las limitan para hacer sus tareas diarias, además les provocan temor a la recurrencia de la enfermedad.

En relación al estado actual de las mujeres con cirugía radical, el 27% confirmó encontrarse deprimidas y un 53% de mujeres con cirugía conservadora confirmó encontrarse optimistas. Lo que muestra que las mujeres con cirugía radical se encuentran psicológicamente más afectadas por la pérdida de su seno ya que ellas se perciben incompletas física y sexualmente, mientras que las mujeres con cirugía conservadora se muestran optimistas, pues ellas valoran su vida entre morir o vivir sin una parte de su seno; finalmente, al hacer la comparación entre los dos grupos, las mujeres con cirugía conservadora están en el proceso de resignación, mientras que las mujeres con cirugía radical, todavía se encuentran en la depresión.

En lo que respecta a la influencia de la cirugía en la apariencia física, en los dos grupos de mujeres dan un alto valor a los senos, tanto estética como sexualmente y la falta de uno de ellos o sólo parte de él, las hace sentir mal emocionalmente, por lo que la gran mayoría de las mujeres con cirugía radical usan prótesis. Por otro lado, las mujeres manifiestan que la cirugía influye en cuanto a la convivencia cotidiana y en sociedad en relación al trato de lástima y compasión que recibieron de sus compañeros y amigos de trabajo;

sin embargo, otras mujeres prefirieron ocultar que se sometieron a la cirugía para no inspirar lástima, compasión, rechazo o curiosidad.

En lo que se refiere a la relación de pareja, desde el punto de vista de las mujeres, se encontró que su relación era buena antes de la cirugía, pero después se ve alterada en cuanto a la comunicación y las relaciones sexuales, al grado que se registró un alto porcentaje de abandono por parte de sus parejas, lo que muestra que su relación ya estaba afectada y la cirugía ocasionó el rompimiento. Además se registra variación en el deseo sexual, frecuencia e iniciativa en las relaciones sexuales, en la toma de decisiones, frecuencia a la asistencia a eventos sociales y recreativos, lo que da lugar a que los sentimientos afectivos de las mujeres se vean disminuidos por el trato que han recibido de sus parejas, encontrándose afectadas en un mayor porcentaje el grupo de las mujeres con cirugía radical.

Sin embargo, para que la investigación fuera más completa, se realizó la entrevista solamente a 30 parejas, 15 parejas de las mujeres con cirugía radical y 15 parejas de las mujeres con cirugía conservadora, esto es, a que hubo un alto porcentaje de abandono de las mujeres por parte de su pareja en ambos grupos y era obvio lo difícil para su localización, unos presentaron como excusa su trabajo y otras definitivamente se negaron a la entrevista, y los que si la aceptaron, manifestaron que respecto al tipo de apoyo que les brindaron a sus parejas, fue

apoyo emocional a pesar que también les afectó el recibir la noticia de que sus esposas tenían cáncer de mama y deberían someterse a una cirugía, al grado que, disminuyó el rendimiento en su trabajo, estaban de mal humor, el 10% de ellos se volvieron alcohólicos y a un 3% le ocasionó un infarto. Lo primero que ellos notaron después de la cirugía fueron los cambios en el estado de ánimo de sus parejas, lo que afectó en la relación y por lo tanto en las relaciones sexuales, puesto que no hubo satisfacción, ya que ellos consideran los senos como parte fundamental para llevarlas a cabo. Se manifestaron, en las mujeres más jóvenes celos y por parte de su pareja una búsqueda de apoyo emocional fuera de la familia al grado de que alguna vez pensaron abandonarla, ya que afirman que sus sentimientos afectivos han disminuido por lo que ven la necesidad de buscar apoyo en otras personas. También se encontró que la mayoría de ellos, dedica una hora de su tiempo libre a su familia y solo una vez al año salen de vacaciones, por lo que se deduce que puede ser una causa de que no hay buenas relaciones familiares y económicas.

Finalmente al hacer la comparación de la relación de pareja, se encuentra que la mujer culpa al hombre, y el hombre a la mujer, de que sus relaciones no marche bien, y es principalmente por el estado físico (relaciones sexuales) y psicológico (sentimientos afectivos y afinidades) en el que se encuentran ambos. Por lo que es necesario que reciban ayuda psicosocial por parte del equipo de salud.

CAPITULO 5

PROPUESTA DE UN INSTRUCTIVO DE OPERACIÓN DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA SOMETIDAS A LA CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

INSTRUCTIVO DE OPERACIÓN DEL
SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL PARA
LA ATENCIÓN PSICO-SOCIAL A
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA
SOMETIDAS A LA CIRUGÍA RADICAL
Y/O CONSERVADORA.

1994.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. OBJETIVO

2. POLÍTICAS

3. FUNCIONES DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL EN LOS NIVELES DE ACCIÓN

3.1 NIVEL NORMATIVO

3.2 NIVEL CONTROL

3.3 NIVEL OPERATIVO

3.3.1 INVESTIGACIÓN

3.3.2 ADMINISTRACIÓN

3.3.3 ENSEÑANZA

3.3.4 ASISTENCIA

3.3.5 PROMOCIÓN

4. PROCEDIMIENTOS DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL

4.1 ATENCIÓN A LA PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

4.2 ATENCIÓN A LA PACIENTE EN LA INTERCONSULTA A TUMORES MAMARIOS

4.3 ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADAS

4.4 ATENCIÓN AL EGRESO DE LA PACIENTE

4.5 ATENCIÓN SOCIAL DE CASOS

4.6 ATENCIÓN A LA PACIENTE EN GRUPO

5. APENDICE

5.1 INSTRUMENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL

5.2 INSTRUMENTO PARA EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO

INTRODUCCIÓN

La elaboración del instructivo, surge a raíz de la investigación realizada en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", en el servicio de Tumores Mamarios, que permitirá en forma clara y sistematizada, establecer las funciones y acciones profesionales del licenciado en trabajo social, en los tres niveles de atención: normativo, control y operativo, para incorporar de una forma integral a su vida cotidiana en sociedad y en su relación de pareja, a las mujeres con cáncer de mama que han sido sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.

Este instructivo no pretende ser un documento teórico de trabajo social hospitalario, sino una guía práctica y aplicable en forma general para el desarrollo de la actividad profesional del trabajador social, a fin de que se eleve la calidad humana con la paciente oncológica, no pretende cambiar las normas establecidas por la institución.

1. OBJETIVO.

Establecer las funciones y acciones profesionales del licenciado en trabajo social para la atención psicosocial a mujeres con cáncer de mama sometidas a la cirugía radical y/o conservadora.

2. POLÍTICAS.

- Atender a la paciente con oportunidad, calidad y un alto sentido humano en los problemas psicosociales que interfieren en su atención.
- Mantener activamente la participación consciente y reflexiva de la paciente y de la familia.
- Conservar una comunicación abierta con la paciente y su familia.
- Considerar al equipo de salud (Trabajador Social, Médico Oncólogo, Enfermera), como elemento esencial para lograr con eficiencia las actividades del licenciado en trabajo social.

3. FUNCIONES DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL EN LOS NIVELES DE ACCIÓN.

3.1 NIVEL NORMATIVO.

- Asesorar a los niveles directivos sobre lo que es el trabajo social, sus objetivos, funciones y como puede participar con el equipo de salud.
- Asesorar a los directivos sobre los aspectos sociales del cáncer de mama.
- Elaborar los planes y programas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer de mama así como para la población afectada que presenta problemas psicosociales.
- Coordinarse con las instituciones que en forma directa o indirecta pueden contribuir al logro de los objetivos del trabajo social.
- Determinar la participación del trabajador social en la formación de los profesionales del equipo de salud.
- Establecer los lineamientos teórico-prácticos para

- capacitar al equipo de salud.
- Investigar sobre la validez de la aplicación de nuevos métodos, técnicas e instrumentos de trabajo social.
 - Difundir entre el equipo de salud la información obtenida de las investigaciones realizadas sobre el cáncer de mama.
 - Asesorar, supervisar y evaluar las actividades de trabajo social realizadas en el nivel de control y operativo.
 - Evaluar el efecto de las actividades de trabajo social institucional y comunitario.

3.2 NIVEL CONTROL

- Colaborar en los programas de trabajo social.
- Coordinar a los responsables del programa: "Prevención del cáncer de mama", y "Atención psicosocial a las pacientes con cáncer de mama", tanto a nivel institucional como a nivel comunitario.
- Diseñar sistemas de recolección e información de las actividades de trabajo social a nivel operativo.
- Diseñar y ejecutar programas de formación en los diferentes aspectos del cáncer de mama, para el equipo de salud.
- Coordinar las investigaciones sobre los diferentes aspectos del cáncer de mama con el nivel operativo, tanto en la institución como en la comunidad.
- Mantener una coordinación constante con el nivel normativo.
- Evaluar los resultados de los programas de formación del equipo de salud.

3.3 NIVEL OPERATIVO

3.3.1 INVESTIGACIÓN.

- Identificar las necesidades sentidas en la sala de la consulta externa y tumores mamarios.
- Intervenir con el equipo de salud en el diagnóstico psicosocial de la paciente.

- Investiga los recursos institucionales y familiares con que se cuenta para el tratamiento de la paciente.
- Determinar el perfil de las pacientes de la consulta externa y tumores mamarios.

3.3.2 ADMINISTRACIÓN.

- Elaborar el informe del diagnóstico psicosocial de la paciente.
- Realizar los trámites necesarios para el ingreso y egreso de la sala de hospitalización.
- Elaborar expedientes de las pacientes que requieran atención social de caso y de grupo.
- Elaborar programas específicos para la atención social de caso y de grupo.
- Establecer la coordinación con Instituciones o dependencias para continuar el tratamiento psicosocial de la paciente.
- Elaborar informe de los resultados obtenidos del trabajo TSC, TSG.

3.3.3 ENSEÑANZA.

- Participar en las sesiones con los médicos oncólogos para mantener una retroalimentación sobre el aspecto médico y social del cáncer.
- Participar en eventos científicos y académicos con el equipo de salud sobre el cáncer.
- Presentar temas en lo que se relaciona en las condiciones y determinantes socio culturales de la paciente oncológica.

3.3.4 ASISTENCIA.

- Proporcionar orientación médico y social a la paciente oncológica y su familia.
- Realizar estudios y seguimiento del caso para contribuir a la atención psicosocial de la paciente.
- Asesorar al equipo de salud sobre la situación psicosocial de la paciente.

- Canalizar a la paciente, si así lo requiere, a instituciones que puedan intervenir en la solución del problema.

3.3.5 PROMOCIÓN.

- Promover la participación de las pacientes para que sean promotoras, en base a su experiencia para la detección oportuna del CaMa.
- Organizar grupos de familiares para capacitarlos en la aceptación y manejo de la paciente con CaMa.

4. PROCEDIMIENTOS DEL LIC. EN TRABAJO SOCIAL.

4.1 ATENCIÓN DE LA PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA:

ACTIVIDADES

Responsable: Trabajador Social

1ª Visita diariamente por la tarde la sala de espera de la Consulta Externa, se presenta al grupo de mujeres que son remitidas por su médico familiar al Hospital de Gineco-Obstetricia N° 4 "Luis Castelazo Ayala".

2ª Proporciona la siguiente información:

- La paciente debe colaborar con el Médico Oncólogo para elaborar su historia clínica y en la exploración física para que quede integrado el expediente y la programa para cita de primera vez indicando claramente fecha y hora.

- La paciente debe presentarse a su cita puntualmente vestida con ropa que no sea difícil de abotonar.

- La enfermera la recibirá en el consultorio, le proporciona una bata que sólo después de descubrirse la parte de arriba del cuerpo, deberá ponérsela sobre los hombros para que tenga libertad para mover los brazos cuando el médico realice la exploración física de las mamas.

3ª Sólo si el médico lo cree necesario se le realizará en el mismo consultorio una prueba que consiste en introducir una aguja en una o ambas mamas para absorber un poco de líquido que posteriormente la enfermera procederá a mandar al laboratorio para analizarlo y/o indicará una mastografía que es la radiografía de las mamas.

4ª El médico realiza sus notas pertinentes en el expediente y programa una nueva cita indicando fecha y hora.

5ª Se le orienta a la paciente en donde está ubicado el laboratorio y la sala de rayos x para que antes de entrar a la cita pase a recoger el resultado de su estudio.

6ª La paciente se presenta con sus estudios a su cita, el médico procederá a revisarlos y le explicará claramente su diagnóstico y tratamiento a seguir.

7ª En caso de ser necesario el médico le programará una interconsulta a Tumores Mamarios, ubicado en el tercer piso del mismo hospital.

**4.2 ATENCIÓN A LA PACIENTE EN LA INTERCONSULTA A TUMORES
MAMARIOS.**

ACTIVIDADES Responsable: Trabajador Social
Después de que el médico oncólogo:
1ª Reciba a la paciente, revise su expediente, sus estudios y confirme el diagnóstico.
2ª Explique claramente a la paciente que es necesario una intervención quirúrgica, y proceda a programarla.
3ª Explique el tipo de cirugía a la que debe ser sometida la paciente: cirugía radical o conservadora.
El trabajador Social:
1ª Proporciona ayuda a la paciente para asimilar la situación que se le está presentando y la prepara para afrontar la fase de aturdimiento cuando se le ha diagnosticado CaMa.
2ª Explica que hay posibilidad de curarse totalmente.

4.3 ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADAS.

ACTIVIDADES

Responsable: Trabajador Social

- 1ª Recibir a la paciente para el ingreso a la sala de hospitalización.
- 2ª Brinda orientación para que se adapte al medio hospitalario.
- 3ª Brinda apoyo emocional a la paciente y que se encuentra en la fase de depresión.
- 4ª Proporciona a la paciente orientación sobre los posibles cambios que se le van a presentar en el futuro en cuanto a la convivencia cotidiana, en sociedad y en su relación de pareja.
- 5ª Motiva a la paciente a:
 - No perder la confianza en sí misma.
 - Valorarse por lo que es y no por las partes de su cuerpo.
 - Eliminar cualquier tipo de temor relacionado con la enfermedad
 - Ser optimista.
 - A ver el futuro.
 - Enfrentar la vida.
 - Fomentar la unidad con su pareja y con la familia.
- 6ª Realizar las notas del diagnóstico psicosocial en el expediente
- 7ª Pasar visita con el equipo de salud e informar su situación psicosocial, para que tomen medidas pertinentes para el desarrollo de sus labores con la paciente.
- 8ª Realiza contacto a la hora de visita con el esposo o pareja actual de la paciente y sensibilizarlo sobre la situación en la que se encuentra la paciente, para que pueda brindarle su apoyo y comprensión y enfatizar que va haber cambios en su relación de pareja, principalmente en el aspecto sexual y que deben enfrentarlo los dos, teniendo principalmente una muy buena comunicación.
- 9ª Realiza contacto con los demás miembros de la familia e informa sobre la magnitud y trascendencia de la enfermedad de su familiar para que estén conscientes de la realidad y la puedan ayudar a enfrentar la situación.

4.4 ATENCIÓN AL EGRESO DE LA PACIENTE.

ACTIVIDADES

Responsable: Trabajador Social

1^a Comunica a la paciente y a los familiares la fecha y hora de la alta indicada por el médico.

2^a Proporciona instrucciones a la paciente y a los familiares sobre el tratamiento a seguir con quimioterapia y radioterapia indicando en que consiste cada uno y por cuanto tiempo debe seguirlo y las posibles reacciones físicas y psicológicas.

3^a El médico oncólogo programa cita para la consulta externa para dar seguimiento al caso.

4.5 ATENCIÓN SOCIAL DE CASOS.

ACTIVIDADES Responsable: Trabajador Social
ESTUDIO DE CASO
1 ² Revisa el expediente de la paciente para enterarse de su situación general.
2 ² Entrevista a la paciente, a su pareja y a los demás miembros de la familia para orientar la atención del caso y poder establecer el diagnóstico.
3 ² Elabora la síntesis de la información obtenida en la investigación.
4 ² Interpreta la situación de acuerdo con el estado psicológico de la paciente, la dinámica familiar, la relación de pareja.
DIAGNÓSTICO
5 ² Estructura el diagnóstico Social.
6 ² Correlaciona el diagnóstico Social con opciones de solución y en caso necesario solicita la ayuda del equipo de salud.
TRATAMIENTO
7 ² Promueve la participación de la paciente en el análisis de su problemática y en la búsqueda de opciones de solución.
8 ² Determina las acciones de participación en el tratamiento del caso.
9 ² En caso de ser necesario canaliza a la paciente a Instituciones que puedan coadyuvar a la solución del caso.
10 ² Prepara a la paciente para integrarla al grupo de personas que se encuentran en la misma situación.
11 ² Coordina el tratamiento social e informa al equipo de salud sobre la evolución del caso.
12 ² Elabora el informe de resultados, mismos que determinan la continuidad o cierre del caso y lo da a conocer al equipo de salud.

4.6 ATENCIÓN A LA PACIENTE EN GRUPO.

ACTIVIDADES Responsable: Trabajador Social
<p style="text-align: center;">INVESTIGACIÓN</p> <p>1º Detecta casos que requieren tratamiento social en grupo.</p> <p>2º Promueve la integración de grupos en la consulta externa y en tumores mamarios.</p> <p>3º Revisa expediente de los miembros del grupo.</p> <p>4º Realiza entrevistas individuales a cada miembro del grupo.</p>
<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO</p> <p>5º Elabora el perfil del grupo con base a la información obtenida: Número de miembros, diagnóstico médico y psicosocial, edad, escolaridad, nivel socio-económico, y de forma general sus expectativas.</p>
<p style="text-align: center;">PROGRAMACIÓN</p> <p>6º Prepara los instrumentos de control que permitan modificaciones de actitud a los que se comprometen, que se observan en el paciente.</p> <p>7º Programa la cita para la primera reunión del grupo, indicando a cada uno de los miembros fecha, hora y lugar.</p>

EJECUCIÓN

8º Recibo al grupo e informa el objetivo de la reunión, el papel que va a desempeñar la Trabajadora Social y ella misma como miembro del grupo, aplica la Técnica para el proceso de integración.

9º Explica a los participantes lo que se espera de ellos y como se pretende lograrlo.

10º Acuerda con el grupo la actividad que se va a desarrollar en la siguiente reunión.

11º Elabora la crónica y la integra en el expediente del grupo.

12º Prepara y realiza las reuniones subsecuentes propiciando la participación de cada uno de los integrantes del grupo en:

- Exposición de su problemática desde el momento en que se le diagnóstica CaMa y debería someterse a una cirugía.
- Principales temores.
- Reacción después de someterse a la cirugía.
- Estado actual.
- Repercusiones en su vida cotidiana, convivencia cotidiana y en sociedad.
- Repercusiones en la familia.
- Repercusiones en el trabajo.
- Aportación de ideas o sugerencias para solución de la problemática de los demás miembros del grupo.
- Exposición de las propias modificaciones de conducta que se pueden realizar.
- Participación de la evolución de los cambios de los demás.

EVALUACIÓN

13º Valorar con el grupo de que participen otros miembros de la familia (esposo o hijos) y elementos del equipo de salud.

14º Evaluar con los miembros del grupo el logro de los objetivos individuales y de grupo.

5. APENDICE

5.1 INSTRUMENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PSICO-SOCIAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA Nº 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

La elaboración del diagnóstico psicosocial tiene por objeto investigar las condiciones en las que se encuentra la mujer cuando se le diagnostica cáncer de mama y es necesario someterse a una cirugía radical y/o conservadora, teniendo como base principal la relación interpersonal y la influencia para cambiar la conducta humana.

I. FICHA DE TRABAJO SOCIAL

Se debe de anotar claramente los datos personales para que en caso de ser necesario consultarlos y verificarlos.

NOMBRE DE LA PACIENTE EN ESTUDIO _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

TIPO DE CIRUGÍA _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

MOTIVO DEL ESTUDIO (INVESTIGACIÓN) _____

II. CONDICIONES PSICOLÓGICAS

Identificar los factores psicológicos en los aspectos, así como la fase en la que se encuentra la paciente, para poder ubicar en un contexto general la situación que esta viviendo.

- | ASPECTOS NEGATIVOS | ASPECTOS POSITIVOS |
|---------------------------------------|---|
| 1. () DEFENSIVIDAD | () COMPARTIR LA SITUACIÓN |
| 2. () DEPRESIÓN | () MANTENER EN ALTO
EL ESTADO DE ANIMO |
| 3. () APATÍA, INACTIVIDAD | () MANTENER EL ALTO NIVEL
DE ACTIVIDAD FÍSICA Y
MENTAL |
| 4. () AISLAMIENTO FÍSICO
Y SOCIAL | () VIGOROSA REACCIÓN
INTERACTIVA CON EL MUNDO
FÍSICO Y MATERIAL. |

IDENTIFICACIÓN DE LAS FASES PSICOLÓGICAS.

1. () 1ª FASE: ATURDIMIENTO
2. () 2ª FASE: DEPRESIÓN
3. () 3ª FASE: ASIMILACIÓN, INTEGRACIÓN, REDEFINICIÓN.

III. CONDICIONES SOCIALES

Investigar la estructura familiar (familia nuclear, extensa, extensa compuesta), como es su convivencia y lazos afectivos.

1. ESTRUCTURA FAMILIAR.

2. CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO.

Ubicar la posición económica así como la convivencia con sus compañeros de trabajo y su jefe.

3. PROBLEMÁTICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

Investigar los dos componentes en la relación de pareja en lo que se refiere a la compenetración física (la armonía que existe en las relaciones sexuales en cuanto a la satisfacción) y la compenetración psicológica (gustos comunes, afinidades en diversos planos).

3.1 ASPECTO SENTIMENTAL

3.2 ASPECTO SEXUAL

3.3 COMUNICACIÓN

3.4 DECISIONES

3.5 RECREACIÓN

IV. DIAGNÓSTICO

Se integra toda la información obtenida de manera clara, precisa y concreta.

V. PLAN SOCIAL (TRATAMIENTO)

Se plantean las alternativas de solución a la problemática.

VI. EVALUACIÓN

Se vigila periódicamente que tan efectivo es el plan social a seguir.

VII. CIERRE DEL CASO

El caso se cierra cuando el plan social ha cumplido sus objetivos.

FECHA

LIC. EN TRABAJO SOCIAL

5.2 INSTRUMENTO PARA EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4 "LUIS CASTELAZO AYALA"

La trabajadora social es el líder orientador, auxiliar o agente de cambio; ayuda a los pacientes, por medio de experiencias intencionadas en equipo a mejorar su comportamiento social y a enfrentar de una manera más efectiva sus problemas personales, de grupo o comunidad.

I. Investigación

1. Formación del grupo con pacientes que tienen un interés común.

II. Realizar un sondeo para elaborar un diagnóstico del grupo.

III. Realizar y ejecutar un programa con los siguientes puntos:

- Exposición de la problemática individual y cómo la vive.
- Experiencias positivas y negativas.
- Repercusiones en la familia y en el trabajo.
- Aportaciones de ideas para la solución de la problemática de los demás.
- Exposición de las propias modificaciones de conducta que se puedan realizar.
- Valorar con el grupo la conveniencia de que participen otros miembros de la familia o elementos del equipo de salud.

IV. Evaluar con el grupo, en la última reunión, los logros de cada uno de los integrantes, los del grupo y los del programa.

CONCLUSIONES

Después de realizar la investigación:

"Impacto psicosocial de la cirugía radical y conservadora en la mujer con cáncer de mama". Se realizó un análisis que proporciona elementos para comprobar la hipótesis:

"Las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a la cirugía radical, sufren un mayor impacto psicosocial que las mujeres que son sometidas a la cirugía conservadora".

Definida para fines de la investigación como:

"La reacción de las mujeres antes y después de someterse a la cirugía radical y/o conservadora y las alteraciones en la relación de pareja, manifestada en las relaciones sexuales, la convivencia cotidiana y en sociedad, desde el punto de vista de la mujer y de su pareja".

Por lo que se concluye que:

1. El cáncer de mama es una enfermedad que no hace distinción, por tener cierta escolaridad y ocupación, pero la edad es importante por ser un factor de riesgo ya que ésta se presenta en la cuarta década de la vida.
2. La cirugía conservadora se realiza generalmente en mujeres de 40 años de edad, esto es debido a la detección oportuna, mientras que la cirugía radical se realiza en mujeres que tienen el cáncer muy avanzado y por lo general son mayores de esta edad.
3. Las mujeres que se les diagnóstica cáncer de mama y se someten a la cirugía radical presentan en un mayor porcentaje: depresión, aturdimiento, negación a la enfermedad, enojo y resentimiento, que las mujeres que son sometidas a la cirugía conservadora, en los dos grupos de mujeres existe el temor a la

muerte y es debido a la asociación que se le hace a la enfermedad con ésta.

4. El tratamiento de quimioterapia o radioterapia provoca en los dos grupos de mujeres una serie de molestias físicas que afectan la realización de las tareas diarias y el temor a la recurrencia de la enfermedad.

5. Actualmente las mujeres con cirugía radical se encuentran en la fase de depresión, mientras que las mujeres con cirugía conservadora están en la fase de resignación (se encuentran optimistas).

6. La cirugía radical y conservadora influye tanto estética como sexualmente en las mujeres por lo que la mayoría usa prótesis elaboradas por ellas mismas, que de algún modo les proporciona seguridad.

7. La pérdida total o parcial de la mama afecta la convivencia cotidiana y en sociedad puesto que es motivo de inspirar lástima, compasión, rechazo, o curiosidad por lo tanto se ven afectadas las relaciones interpersonales de las mujeres en el ámbito donde se desarrollan.

8. La relación de pareja, desde el punto de vista de las mujeres se altera en cuanto a la comunicación, las relaciones sexuales, la toma de decisiones, y la frecuencia a la asistencia a eventos sociales y recreativos; por lo que se encuentran afectados los sentimientos afectivos por el trato que han recibido de su pareja, al grado que son abandonadas más frecuentemente las mujeres con cirugía radical.

9. La relación de pareja, desde el punto de vista de los esposos o pareja actual de las mujeres. Ellos emocionalmente están afectados por la noticia de que su compañera tenga cáncer.

de mama y se someta a una cirugía radical y/o conservadora, al grado que su rendimiento laboral es bajo, sin embargo les brindan apoyo emocional. Por el estado de ánimo en que se encuentran ellas, manifestándose por celos, afectan sus relaciones sexuales; no sintiendo satisfacción ya que ellos consideran a los senos como parte fundamental para tener relaciones sexuales, por lo que los hombres jóvenes buscan apoyo emocional fuera de la familia afectando así la dinámica familiar.

10. Para que exista una buena relación de pareja debe de haber una compenetración física, que se refiere a la armonía que existe en las relaciones sexuales en cuanto a la satisfacción de ambos y una compenetración psicológica, que se refiere a tener gustos comunes como afinidades en diversos planos y centros de atención.

11. Es necesario que los dos grupos de mujeres y hombres, reciban atención psicosocial por parte del equipo de salud desde el momento que es remitida la mujer a consulta externa hasta el egreso y posteriormente la atención por caso individual o de grupo.

12. Por todo lo expuesto anteriormente la hipótesis nula queda comprobada.

13. Actualmente en nuestra sociedad se están realizando campañas de prevención para los principales problemas de salud, en especial el de detección oportuna del cáncer de mama, donde el trabajador social juega un papel muy importante como educador, sin embargo la población femenina que se encuentra afectada por esta enfermedad presenta toda una serie de alteraciones psicosociales ya mencionadas, y el indicado para atender esta problemática es el Licenciado en Trabajo Social al frente de un equipo de salud.

de mama y se someta a una cirugía radical y/o conservadora, al grado que su rendimiento laboral es bajo, sin embargo les brindan apoyo emocional. Por el estado de ánimo en que se encuentran ellas, manifestándose por celos, afectan sus relaciones sexuales; no sintiendo satisfacción ya que ellos consideran a los senos como parte fundamental para tener relaciones sexuales, por lo que los hombres jóvenes buscan apoyo emocional fuera de la familia afectando así la dinámica familiar.

10. Para que exista una buena relación de pareja debe de haber una compenetración física, que se refiere a la armonía que existe en las relaciones sexuales en cuanto a la satisfacción de ambos y una compenetración psicológica, que se refiere a tener gustos comunes como afinidades en diversos planos y centros de atención.

11. Es necesario que los dos grupos de mujeres y hombres, reciban atención psicosocial por parte del equipo de salud desde el momento que es remitida la mujer a consulta externa hasta el egreso y posteriormente la atención por caso individual o de grupo.

12. Por todo lo expuesto anteriormente la hipótesis nula queda comprobada.

13. Actualmente en nuestra sociedad se están realizando campañas de prevención para los principales problemas de salud, en especial el de detección oportuna del cáncer de mama, donde el trabajador social juega un papel muy importante como educador, sin embargo la población femenina que se encuentra afectada por esta enfermedad presenta toda una serie de alteraciones psicosociales ya mencionadas, y el indicado para atender esta problemática es el Licenciado en Trabajo Social al frente de un equipo de salud.

SUGERENCIAS

1. Es necesario seguir promoviendo las campañas de prevención contra el cáncer de mama para una detección oportuna de la enfermedad.
2. Se debe sensibilizar a las autoridades de la institución para que asignen trabajadores sociales al servicio de tumores mamarios.
3. Se debe promover lo que es el trabajo social y sus funciones dentro de la institución, a través de material informativo, para que el derechohabiente sepa a quien acudir en caso de ser necesario y no sólo para realizar trámites administrativos.
4. Fomentar el trabajo en equipo en el servicio de tumores mamarios en beneficio de la paciente oncológica.
5. Capacitar al equipo de salud en el aspecto psicosocial de la paciente oncológica para poder brindarle una atención integral.
6. El equipo de salud debe elaborar y ejecutar programas prácticos dirigidos a la paciente, la pareja y la familia en general, en temas tales como el área afectiva, emocional, personalidad, imagen corporal.
7. Capacitar a la paciente oncológica para que sea una educadora para su comunidad en base a su experiencia para poder así prevenir el cáncer de mama.
8. Fomentar el trabajo social de caso y grupo donde participe el equipo de salud para una mejor atención a la paciente.

9. Trabajar de forma coordinada y organizada con otras instituciones para que en caso de ser necesario canalizar a la paciente para que reciba atención más especializada.

10. Sistematizar las experiencias del equipo de salud, para superar las posibles deficiencias en beneficio de la paciente y del mismo equipo.

11. Fomentar la participación del licenciado en trabajo social en la investigación en otros aspectos del cáncer de mama, tales como: la paciente en la fase terminal, la calidad de vida, desarrollo laboral, etc.

A N E X O S

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA EN
LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

FICHA DE CONSULTA A EXPEDIENTES

NOMBRE DE LA PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

TIPO DE CIRUGÍA _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4
 "LUIS CASTELAZO AYALA"

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA EN
 LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

NOMBRE _____

I. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

1. ¿POR QUÉ PADECIMIENTO FUE ENVIADA AL HOSPITAL?

2. ¿CUÁL FUE SU REACCIÓN CUANDO LE INFORMARON QUE TENÍA CÁNCER EN EL SENO Y QUE DEBÍA SER SOMETIDA A UNA CIRUGÍA?

- 1. ATURDIMIENTO
- 2. NEGACIÓN A LA ENFERMEDAD
- 3. ENOJO
- 4. RESENTIMIENTO
- 5. DEPRESIÓN

3. ¿CUÁL FUE SU TEMOR?

- 1. TEMOR A LA MUERTE
- 2. TEMOR A LA ENFERMEDAD
- 3. TEMOR A LA AMPUTACIÓN
- 4. TEMOR AL RECHAZO
- 5. TEMOR A LA RESPUESTA DE SU PAREJA

4. ¿CUÁL FUE SU REACCIÓN DESPUES DE SOMETERSE A LA CIRUGÍA?

- 1. HOSTILIDAD E IRA
- 2. ANSIEDAD
- 3. SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD
- 4. DESAMPARO
- 5. AUTODESPRECIO
- 6. TENSIÓN O STRESS
- 7. PERTURBACIONES EN EL SUEÑO

5. ¿QUE TIPO DE TRATAMIENTO SE LE INDICÓ?
() 1. QUIMIOTERAPIA
() 2. RADIOTERAPIA
6. ¿QUE MOLESTIAS FÍSICAS LE OCASIONA EL TRATAMIENTO?

7. ¿ALTERAN SU RELACIÓN DE PAREJA?
() 1. SI () 2. NO
8. ¿AHORA QUE YA HA PASADO UN TIEMPO CONSIDERABLE CÓMO SE SIENTE?
() 1. DEPRIMIDA
() 2. ACOMPLEJADA
() 3. RECHAZADA
() 4. RESIGNADA
() 5. OPTIMISTA
9. ¿LA CIRUGÍA INFLUYE EN SU APARIENCIA FÍSICA?
() 1. SI () 2. NO
10. ¿QUE TRATO HA RECIBIDO DE SUS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO?

11. ¿PARA USTED CUÁL ES EL SIGNIFICADO MÁS IMPORTANTE QUE TIENEN SUS SENOS?

12. ¿SE HA LLEGADO A SENTIR MAL POR LA FALTA DE SU SENO O TENER SÓLO UNA PARTE DE EL?
() 1. SI () 2. NO
13. ¿USA USTED PRÓTESIS?
() 1. SI () 2. NO

II. RELACIÓN DE PAREJA

14. ¿ANTES DE LA OPERACIÓN CÓMO ERA SU RELACIÓN DE PAREJA?
() 1. MUY BUENA
() 2. BUENA
() 3. REGULAR
() 4. MALA
() 5. MUY MALA

15. ¿AHORA CÓMO CONSIDERA SU RELACIÓN DE PAREJA?
() 1. MUY BUENA
() 2. BUENA
() 3. REGULAR
() 4. MALA
() 5. MUY MALA
16. ¿ANTES DE LA OPERACIÓN CÓMO ERA LA COMUNICACIÓN CON SU PAREJA?
() 1. BUENA
() 2. ACEPTABLE
() 3. REGULAR
() 4. NO ACEPTABLE
() 5. MALA
17. ¿AHORA CÓMO CONSIDERA LA COMUNICACIÓN CON SU ESPOSO?
() 1. BUENA
() 2. ACEPTABLE
() 3. REGULAR
() 4. NO ACEPTABLE
() 5. MALA
18. ¿HA REANUDADO USTED SUS RELACIONES SEXUALES?
() 1. SI () 2. NO
19. ¿CUÁNTO TIEMPO TARDARON EN REANUDAR SUS RELACIONES SEXUALES?
() 1. ALGUNOS DÍAS
() 2. UNA SEMANA
() 3. UNA A DOS SEMANAS
() 4. UN MES
() 5. MAS DE UN MES
20. ¿CUÁL FUE LA REACCION ANTE SU ESPOSO AL REANUDAR SUS RELACIONES SEXUALES?
-
21. ¿TIENE SATISFACCIÓN SEXUAL CON SU PAREJA?
() 1. SI () 2. NO
22. ¿DEBIDO A LA OPERACIÓN HA TENIDO ALGUNA VARIACIÓN EN SU DESEO SEXUAL?
() 1. HA AUMENTADO
() 2. LIGERAMENTE AUMENTADO
() 3. IGUAL
() 4. LIGERAMENTE DISMINUIDO
() 5. DISMINUIDO

23. ¿ANTES DE LA OPERACIÓN CUÁNTAS VECES AL MES TENÍAN RELACIONES SEXUALES?
() 1. UNA A DOS VECES
() 2. TRES A CUATRO VECES
() 3. CINCO A SEIS VECES
() 4. SIETE A OCHO VECES
() 5. MÁS
24. ¿AHORA CUÁNTAS VECES AL MES TIENEN RELACIONES SEXUALES?
() 1. UNA A DOS VECES
() 2. TRES A CUATRO VECES
() 3. CINCO A SEIS VECES
() 4. SIETE A OCHO VECES
() 5. MÁS
25. ¿ANTES DE LA OPERACIÓN QUIÉN LLEVABA LA INICIATIVA?
() 1. ESPOSO
() 2. ESPOSA
() 3. AMBOS
26. ¿AHORA QUIÉN LLEVA LA INICIATIVA EN LAS RELACIONES SEXUALES?
() 1. ESPOSO
() 2. ESPOSA
() 3. AMBOS
27. ¿HA NOTADO USTED ALGÚN CAMBIO EN SUS SENTIMIENTOS HACIA SU ESPOSO?
() 1. HAN AUMENTADO
() 2. HAN AUMENTADO LIGERAMENTE
() 3. NO HAN CAMBIADO
() 4. HAN DISMINUIDO LIGERAMENTE
() 5. HAN DISMINUIDO
28. ¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES IMPORTANTES EN DIFERENTES SITUACIONES?
() 1. ESPOSO
() 2. ESPOSA
() 3. AMBOS
29. ¿SE LE HA RESTADO AUTORIDAD ANTE SUS HIJOS?
() 1. SI () 2. NO () 3. A VECES
30. ¿ANTES DE LA OPERACIÓN CON QUÉ FRECUENCIA ASISTÍAN JUNTOS A EVENTOS SOCIALES Y RECREATIVOS?
() 1. MUY FRECUENTEMENTE
() 2. FRECUENTEMENTE
() 3. REGULARMENTE
() 4. ALGUNAS VECES
() 5. NINGUNA VEZ

31. ¿AHORA CON QUÉ FRECUENCIA ASISTEN A EVENTOS SOCIALES Y RECREATIVOS?

- () 1. MUY FRECUENTEMENTE
() 2. FRECUENTEMENTE
() 3. REGULARMENTE
() 4. ALGUNAS VECES
() 5. NINGUNA VEZ

32. ¿QUÉ TIPO DE DIVERSIONES TIENE FUERA DE CASA?

33. ¿CON MOTIVO DE SU OPERACIÓN USTED Y SU ESPOSO HAN RECIBIDO ALGUNA ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL?

- () 1. SI () 2. NO
¿POR QUIÉN? _____

34. ¿LE GUSTARÍA QUE EN ESTA CLÍNICA SE LE PROPORCIONARA UN SERVICIO DE ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL?

- () 1. SI () 2. NO

OBSERVACIONES GENERALES

ENTREVISTA REALIZADA POR:
TERESITA DE J. HERNÁNDEZ ALBARRAN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA N° 4
 "LUIS CASTELAZO AYALA"

"IMPACTO PSICOSOCIAL DE LA CIRUGÍA RADICAL Y/O CONSERVADORA EN
 LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA"

NOMBRE _____

EDAD _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. NO SABE LEER | <input type="checkbox"/> 1. OBRERO |
| <input type="checkbox"/> 2. PRIMARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> 2. EMPLEADO |
| <input type="checkbox"/> 3. PRIMARIA COMPLETA | <input type="checkbox"/> 3. OFICIO |
| <input type="checkbox"/> 4. SECUNDARIA INCOMPLETA | <input type="checkbox"/> 4. PROFESIONAL |
| <input type="checkbox"/> 5. SECUNDARIA COMPLETA | |
| <input type="checkbox"/> 6. TÉCNICO PROFESIONAL | |
| <input type="checkbox"/> 7. E. MEDIA SUP. INCOMPLETA | |
| <input type="checkbox"/> 8. E. MEDIA SUP. COMPLETA | |
| <input type="checkbox"/> 9. PROFESIONAL INCOMPLETA | |
| <input type="checkbox"/> 10. PROFESIONAL COMPLETA | |

1. ¿CUÁL FUE SU REACCIÓN CUANDO LE INFORMARON QUE SU ESPOSA TENÍA CÁNCER EN EL SENO Y QUE DEBÍA SER SOMETIDA A UNA CIRUGÍA?
- _____
- _____

2. ¿QUE TIPO DE APOYO LE HA BRINDADO A SU ESPOSA?

1. APOYO EMOCIONAL
 2. APOYO ECONÓMICO

3. ¿QUÉ CAMBIOS NOTO EN SU ESPOSA DESPUES DE LA CIRUGÍA?

1. CAMBIO DE CARÁCTER
 2. CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO
 3. CAMBIO EN LA CONVIVENCIA

4. ¿SE HA AVERGONZADO DE SU ESPOSA POR LA FALTA DE UN SENO O TENER SÓLO PARTE DE EL?

1. SI 2. NO

5. ¿PARA USTED CUÁL ES EL SIGNIFICADO MÁS IMPORTANTE QUE TIENEN LOS SENOS DE LA MUJER?
- _____
- _____

6. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SUS SENTIMIENTOS HACIA SU ESPOSA, DEBIDO A LA CIRUGÍA?
() 1. HAN AUMENTADO
() 2. HAN AUMENTADO LIGERAMENTE
() 3. NO HAN CAMBIADO
() 4. HAN DISMINUIDO LIGERAMENTE
() 5. HAN DISMINUIDO
7. ¿USTED HA RECIBIDO APOYO EMOCIONAL FUERA DEL MATRIMONIO?
() 1. SI () 2. NO
¿DE QUIÉN? _____
8. ¿USTED PENSÓ EN ABANDONAR A SU ESPOSA DEBIDO A LA OPERACIÓN?
() 1. SI () 2. NO
9. ¿COMO CONSIDERA SU RELACIÓN DE PAREJA?
() 1. MUY BUENA
() 2. BUENA
() 3. REGULAR
() 4. MALA
() 5. MUY MALA
10. ¿CÓMO CONSIDERA LA COMUNICACIÓN CON SU ESPOSA?
() 1. BUENA
() 2. ACEPTABLE
() 3. REGULAR
() 4. NO ACEPTABLE
() 5. MALA
11. ¿CUÁL FUE LA REACCIÓN ANTE SU ESPOSA AL REANUDAR SUS RELACIONES SEXUALES?

12. ¿CUÁL FUE SU TEMOR AL REANUDAR SUS RELACIONES SEXUALES?

13. ¿TIENE SATISFACCIÓN SEXUAL CON SU ESPOSA?
() 1. SI () 2. NO
14. ¿DEBIDO A LA CIRUGÍA HA TENIDO ALGUNA VARIACIÓN EN SU DESEO SEXUAL?
() 1. HA AUMENTADO
() 2. LIGERAMENTE AUMENTADO
() 3. IGUAL
() 4. LIGERAMENTE DISMINUIDO
() 5. HA DISMINUIDO

15. ¿QUE TIEMPO DEL DÍA LE DEDICA A SU ESPOSA E HIJOS?
() 1. NO LES DEDICA TIEMPO
() 2. UNA HORA
() 3. DOS HORAS
16. ¿QUE TIPO DE DIVERSIONES COMPARTI CON SU ESPOSA?

17. ¿QUE TIPO DE DIVERSIONES TIENE FUERA DE CASA?

18. ¿CUÁNTAS VECES AL AÑO SALE DE VACACIONES CON SU FAMILIA?
() 1. NO SALEN
() 2. UNA VEZ
() 3. DOS VECES
() 4. MAS DE DOS VECES
19. ¿USTED Y SU ESPOSA HAN RECIBIDO ALGUNA ORIENTACIÓN PSICO-
SOCIAL CON MOTIVO DE LA CIRUGÍA?
() 1. SI () 2. NO
¿DE QUIÉN? _____
20. ¿LE GUSTARÍA QUE EN ESTA CLÍNICA SE LE PROPORCIONARA UN
SERVICIO DE ORIENTACIÓN PSICOSOCIAL?
() 1. SI () 2. NO

GLOSARIO

ABATIMIENTO.- Depresión espiritual, como un estado temporario de una persona normal.

ADAPTABILIDAD.- Aptitud para producir respuestas adecuadas ante circunstancias cambiantes o modificadas.

ADAPTACIÓN.- Cambio en la estructura o conducta, que tiene valor perdurable. - Cambio benéfico para enfrentar las exigencias del ambiente.

ADAPTACIÓN SOCIAL.- La aceptación y observación de las exigencias habituales de la sociedad, y de las relaciones personales, sin fricción o esfuerzo indebidos. - Proceso por los cuales un grupo o una institución se relaciona con su medio para perdurar y prosperar.

ANSIEDAD.- Condición emocional desagradable en la que un deseo o impulso presente, fuerte y continuado parece no lograr su objetivo, hay un sentimiento de amenaza, especialmente temible, miedo acentuado y continuo sin que la persona pueda expresar exactamente que es lo que atenta contra ella. Se manifiesta con agitación, poca capacidad de concentración, problemas con el sueño o comportamiento compulsivo. A menudo se confunde la sensación subjetiva del dolor con el dolor físico real o con un empeoramiento.

APATÍA.- Falta de sentimiento o interés, desaliento, indiferencia, en situaciones que usualmente provocan tales reacciones.

ATURDIMIENTO.- Perturbación de los sentidos por efecto de un golpe o una noticia.

COMPLEJO.- Contenido compatibles con la psique consciente que son reprimidos y permanecen como cuerpos extraños en el inconsciente, para asociarse a vivencias cargadas de igual tono sentimental.

HOSTILIDAD E IRA.- Son reacciones que se manifiestan típicamente por una desviación de la ira hacia los médicos o personas allegadas. Los pacientes y sus familiares echan a menudo la culpa de la enfermedad a que no han cuidado debidamente de su salud.

OPTIMISMO.- Actitud o rasgo general de la personalidad que ve lo bueno en la mayoría de las cosas y los hechos y espera que el resultado sea favorable.

RECHAZO.- Proceso o acto de considerar algo como sin valor, de desechar o de rehusar admitir alguna cosa en una cierta categoría.

RESENTIMIENTO.- Cólera moderada o controlada a causa de que ha sido violado el sentido de justicia o de imparcialidad de una persona.

RESIGNACIÓN.- Actitud matizada emocionalmente expresada de conformidad.

SENO.- Popularmente llamados así para referirse a las glándulas mamarias.

SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD.- Se pone de manifiesto al buscar un culpable. Pacientes y familiares dan vueltas a las posibles causas de la enfermedad y a su experiencia con el tratamiento. Siento que si no hubiera hecho tal o cual cosa, la situación no sería tan mala.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aman U. Buzar, M. D. "Avances Recientes en el Tratamiento del Cáncer Temporal y Avanzado de la Mama". Revista Mexicana de Mastología, Vol. 1. No. 3, México 1992, p. 45.
2. Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Ed. Ecro, 1974, 280 pp.
3. B. Lowitz Barry. Aspectos Psicosociales en el Tratamiento del Cáncer. Ed. Médica Panamericana, Argentina 1989, 263 pp.
4. C.H. de Victoriosos, Lidia. Trabajo Médico Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1976, 59 pp.
5. Clarck, Rendolph. El Libro de la Salud, Ed. Continental, México, 1987, 1609 pp.
6. Dávila Avila, Fco.. "Reacción Psicológica ante el Cáncer de Mama, Revista de Salud Mental", Vol. 12, No. 4, México, 1990, p. 9.
7. Valero Aida. "La Metodología del Trabajo Social". Revista de Trabajo Social No. 18, ENST-UNAM, México 1984, p. 53-68.
8. Terán Margarita. "Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de la Salud", Revista de Trabajo Social No. 37, ENTS-UNAM, México 1989, p. 41-43.
9. Fromm Horkheimer. La Familia, Ed. Península, Barcelona, 1985, 421 pp.
10. Geiger Roma, Alejandro. "Problemas Sexuales del Paciente con Cáncer", Revista de Salud Mental, Vol. 16 No. 2, México 1992, p. 18.
11. Gilbert Roga. Las Ideas Actuales en Pedagogía, Ed. Grijalbo, México, 1990, 290 pp.
12. Harrison. Principios de Medicina Interna, Vol. II, Ed. Interamericana, México 1991, 3235 pp.

13. H.B. English. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, Ed. Paidós, Buenos Aires 1987, 900 pp.
14. Hernández E., Acosta A., Acosta H. "Factores de Riesgo del Carcinoma Mamario", Revista Mexicana de Mastología, Vol. 1 No. 3, México 1992, p. 24-34.
15. I.M.S.S., Instructivo de Operación del Servicio de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias, México 1984, p.17-19
16. Kennedy, B. J., Cáncer de Mama, Ed. Médica Panamericana, Argentina 1988, 215 pp.
17. Kisherman Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Ed. Humanitas, Argentina, 1981, 246 pp.
18. Kiuckhohn y Clyde, Antropología, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1987, 355 pp.
19. Lara Muñoz, Ma. del Carmen, "La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología", Revista de Salud Mental, Vol. 14, No. 1, México, 1991, p. 6 - 10.
20. Maestro Infante Gama, Vicente, "Educación", UNAM-ENTS, División de Estudios de Postgrado 1993, p.10-20
21. Mw. Susser, Medicina y Sociología, Ed. Atlante, Madrid, 1987, 360 pp.
22. S.P.P., Plan Nacional de Salud, México, 1988-1994.
23. Quiroz Gtz, Fernando, Oncología, Ed. Interamericana, México 1991, p. 341
24. Rojas Soriano, Raúl, Guía para Realizar Investigaciones Sociales, Ed. UNAM, México 1985, 280 pp.
25. Romero J. Hdez. E., Acosta H., "Cirugía Conservadora de la Mama" Revista Mexicana de Mastología, Vol. 1, No. 2, México 1990, p. 9.
26. Romero J. Hdez E., Acosta H., "Mastopatía Fibroquistica", Revista Mexicana de Mastología, Vol.2 No.4 México 1992 p. 7.

27. Sánchez Rosado, Manuel, Elementos de Salud Pública, Ed. Francisco Méndez Cervantes, México 1991, 308 pp.
28. Thibault, Odette, La Pareja, Ed. Guadarrama, Madrid 1982, 207 pp.
29. Veronessi Humberto, Zulali Roberto, Vecchio Marcela, "Tratamiento Conservador del Cáncer Mama con Cuadrantectomía, Disección Axilar y Radioterapia". Instituto Nazionale per lo Studio e la Cura del Tumori, Milan Italy, World J. Surg. 9, 676-681, 1985.