

71



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UNA MUJER CON ALTERACIONES NEOPLÁSICAS
EN MAMA, CON BASE EN LA TEORIA DE HILDEGARD
PEPLAU

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA :

ALFREDO LÓPEZ ORDAZ
Nó. DE CUENTA 920556

DIRECTOR DEL TRABAJO



R. Ruiz
Escuela Nacional de
LIC. RAÚL RUTILO GÓMEZ GÓMEZ, Obstetricia

Coordinadora de
Servicio Social

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F., NOVIEMBRE DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A quienes han dado sacrificio y amor, para el logro de este sueño: al Sr. Zacarías López mi papi, a la Sra. Guadalupe Ordaz mi mami, a Rocio y Roberto López mis hermanos.

A dos bendiciones que siempre van conmigo, mis abuelitas: Lidia Valadez Y Josefina Luna, con toda mi admiración por su gran ejemplo.

A mi hermano mayor y a su familia, Alejandro López su esposa Leticia y su lindísima hija Casandra, y en especial a nuestro pequeño Ángel que esta con nosotros y con Dios, Javier Alejandro (+).

A personas que son muy especiales para mí: Adriana Isidro, Eduardo Mendoza, Esmeralda Covarrubias, Nancy Matías, Evelin Gallegos, Mariana Mani, Angélica, Luis, y dos bellos Ángeles José Manuel y Karen.

A mis amigos: Ulises Nava, Fabián Infante, Ivonne, Israel F. Fabián Vega, Héctor Portillo, Rafael Lee, Aidee Nava, Dalia, Mónica H., Nancy, Rocío Cruz, Claudia Cruz, a Oscar Olvera Karina Silva y a mis modelos Profesionales: Mtra. Maria Elena G, Dr. Gustavo Mastreta y al Mtro. Raúl R. Gómez.

Y, a mis más grandes amores, porque está en mis sentimientos más ímpios: Carol Voytila (El Papa Juan Pablo II.) y a la UNAM y ENEO por ser los que me dieron una formación profesional y personal.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	6
2. METODOLOGIA DE TRABAJO	
3. MARCO TEORICO	7
3.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	7
3.2. POSTULACIÓN TEORICA DE HILDEGARD PEPLAU	16
3.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BAJO LA TEORIA DE HILDEGAR PEPLAU	40
4. PRESENTACIÓN DEL CASO	42
4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	42
4.2. APLICACIIN DE LA FILOSOFIA DE PEPLAU EN EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	44
4.3. SEGUIMIENTO DE EVALUACIÓN DE LA PACIENTE	50
5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	55
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS	57
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
8. ANEXOS	62
8.1. VISITA DOMICILIARIA	62
8.2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	65
8.3. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	70
8.4. FISIOPATOLOGÍA DE CÁNCER DE MAMA	74
CONCEPTO	
ETIOLOGÍA	
CUADRO CLÍNICO	
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO MÉDICO	
8.5. COMPLICACIONES	90

INTRODUCCIÓN

En nuestro país nos encontramos actualmente los profesionales del área de la salud relacionándonos con entidades de tipo infecciosos y parasitarias y entidades crónico degenerativas lo cual nos marca que como corresponsables del cuidado del proceso salud enfermedad no hemos obtenido los resultados adecuados puesto que no hemos podido reasar enfermedades que se consideran de países no desarrollados y al mismo tiempo ahora tenemos que trabajar con enfermedades de países desarrollados, esto personalmente hace reflexionar en torno a las características de el tipo de atención que se esta brindando puesto que estamos centrando nuestra atención más en aspectos biológicos que en algunos otros, a pesar de que en lo explícitado de manera objetiva nos encontramos con lo contrario, por lo cual me di a la tarea de intentar rescatar una postura teorica de enfermería para buscar la aplicación de la misma en el aspecto clínico como una medida de alternativa de solución a lo que ya antes mencione.

La teoria de Hildegar Pelau rompe con la idea de la búsqueda necesaria en primer lugar de expresión biológica de enfermedad, enfatizando en su lugar la importancia de la interacción entre dos individuos involucrados en un diferente rol en el proceso salud enfermedad. La idea de desarrollo del profesional de enfermería de acuerdo a la perspectiva de Peplau más que caer en usurpación de otro profesional es poder hacer objetivo el acompañamiento del profesional de enfermería a el individuo que se encuentra en un etapa especifica del proceso salud enfermedad, en donde la situación de empatia integral permitira que el individuo pueda transitar más armoniosamente y considero a lo mejor atrevidamente también con menos expresiones biológicas, lo cual a su vez revaloriza dos aspectos importantes uno la *posibilidad de toma de decisión del individuo y hace conciente la corresponsabilidad del cuidado de la salud.*

Para el aterrizaje de este estudio se tomo como referente lo que es el cancer de mama puesto que dentro de mi formación ví como topico de interes dada la altafrecuencia del mismo dentro de la realidad y dentro de las estadísticas del ultimo censo mundial realizado en 1998 y 1999, en donde el cáncer invasor del mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y constituye el 24 % de todas las neoplsias, en México en la tercer neoplasia más frecuente del total de canceres diagnosticados en la población general.

El presente estudio se realiza en una paciente que se encontraba en el 4o piso norte Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza del IMSS, por lo cual lo considero un tópico digno de ser retomado, ya que es un problema grave de salud pública, debido a su incidencia tan alta así como el aumento del índice de mortalidad 1322 por 1000.000 habitantes de acuerdo Surveillance Epidemiology and Resuts Seer. En México es alto el costo social y económico de su tratamiento sin considerar las condiciones de incapacidad interna que genera a quien lo padece; lo cual obliga al personal de Enfermería a actualizar sus conocimientos para no sólo brindar atención al paciente sino vislumbrar nuevas proposiciones de cuidado como es el caso de este estudio al determinar como modelo guía el postulado por Peplau, con lo cuál hacemos participe al paciente y a su familia del compromiso y cuidado a su salud.

El presente estudio está organizado en capítulos : Capítulo 1, se redactan los objetivos que se desean alcanzar con el presente trabajo. Capítulo 2, se explica la manera en como se va a desarrollar el trabajo. Capítulo 3, se explican los elementos bajo los cuales por una parte se van a sustentar las intervenciones de Enfermería y por otra el marco bajo el cual se debe de analizar el estudio. Capítulo 4, se desarrolla todo lo que corresponde a las intervenciones específicas de Enfermería ante el paciente. Capítulo 5, se redactan las conclusiones y sugerencias. Capitulo 6, se determina la explicación de los términos que sean poco conocidos. Capítulo 7, se tendrá el orden de todas las referencias bibliográficas utilizadas.

CAPITULO 1

OBJETIVOS

I. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería bajo la filosofía de Peplau como una alternativa de abordaje integral del cáncer mamario.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

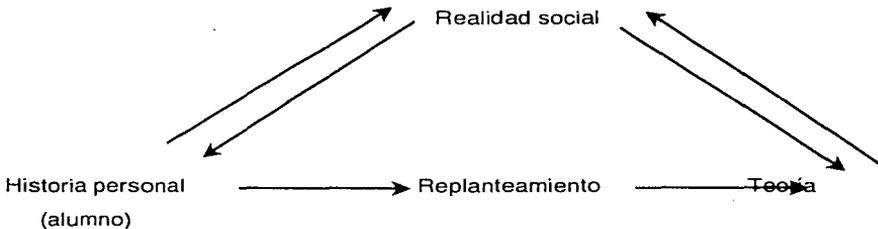
- Favorecer el ejercicio aplicativo del (Proceso Atención de Enfermería) en un caso clínico real.
- Promover hacia los pacientes una atención integral de Enfermería de mayor calidad.
- Determinar abordajes del ser humano que permitan el desarrollo de actividades multidisciplinares.

CAPITULO 2

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La propuesta metodológica pretende llevar a cabo la confrontación progresiva entre la realidad social, la teoría y la historia personal del individuo; elementos que favorecerán el fomento de la investigación por necesidad propia del proceso y la redefinición del concepto base de la realidad social.

Es por ello que, para obtener el alcance de la propuesta de seguir avanzando en la construcción del conocimiento es necesario tomar en cuenta el siguiente organizador previo:



El estudio que se realiza es de tipo exploratorio, debido a que considero que el problema de investigación ha sido poco elaborado desde la perspectiva de Hildegard Peplau, descriptivo ya que describe el comportamiento integral del caso clínico investigado, causal-explicativo porque está dirigido a conocer las causas y el actuar a partir de ello para poder trabajar cooperativamente con la paciente en estudio, transversal porque se desea poder obtener alternativas a seguir en un momento histórico determinado.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

3.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

El Proceso atención de Enfermería es el método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado; de acuerdo a palabras de Alfaro "es el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados".

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados en forma racional, lógico, y sistemática. (<http://teletel.terra.espersonal/duenas/pae.htm>) Consta de cinco etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Las funciones del Proceso Atención de Enfermería es ayudar a los Enfermeros a determinar cuidados de forma sistemática y organizada. Las funciones que cumple por una parte en las *instituciones* en las que se desarrollan la actividad enfermero (propagandística, racionalidad y políticas); y por otra las funciones que cumple para el propio sujeto que servirá dicho método de *intervención durante el desarrollo* de su propia profesión, esto es, para el profesional de Enfermería (satisfacer, logro, organizar y facilitar). (HERNÁNDEZ, 1999)

OBJETIVOS

Establecer planes de cuidados de Enfermería para individuos, familia y comunidad de la mejor calidad, calidez y eficiencia.

Identificar las necesidades reales o potenciales de los individuos y la coparticipación en sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Promover, mantener o recuperar la salud, o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica cuando su estado es terminal.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- **Valoración.** Consiste en la recogida de datos que concierne a la persona, familia y comunidad, (HERNÁNDEZ, 1999) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores. (ROSA LINDA A.,1995)

- **Diagnóstico.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración; (HERNÁNDEZ, 1999) determinar las capacidades y los problemas de salud reales y potenciales (que serán la base del plan de cuidados). También determinará qué problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de Enfermería y qué problemas requerirán actuaciones de otro profesional de los cuidados de la salud. (ROSA LINDA A.,1995)

- **Planificación.** Es el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. (HERNÁNDEZ, 1999) Una vez identificadas las capacidades y problemas, se desarrollará un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades:

Disposición de prioridades: ¿Qué problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿Qué problemas deben derivarse? ¿Y en qué orden planea hacer todo esto?.

Determinación de objetivos: ¿Qué es exactamente lo que usted y el paciente esperan conseguir y en qué momento esperan lograrlo?.

Decisión de las intervenciones de Enfermería: ¿Qué acciones de enfermería y actividades del paciente ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido?.

Anotación del plan de cuidados de Enfermería: otros Enfermeros necesitan conocer el plan de cuidados prescrito y los objetivos que se esperan lograr. (ROSA LINDA A.,1995)

- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados, (HERNÁNDEZ, 1999) lo que implica las siguientes actividades:

Seguir recogiendo información sobre el paciente para determinar cómo ha respondido a las acciones e identificar nuevos problemas.

Realizar las actividades prescritas durante la fase de planificación.

Anotar y comunicar el estado de salud del paciente en respuesta a las actividades de Enfermería.

- **Evaluación.** Comparar las respuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. (HERNÁNDEZ, 1999) El enfermero y el paciente deben decidir si el plan ha sido efectivo y si hay que hacer algún cambio en el mismo. Por lo que debe responder las siguientes preguntas:

¿El enfermero y el paciente han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación? si es así ¿se han desarrollado nuevos problemas que aún no se han orientado? ¿podría haber avanzado más de lo previsto en un principio? ¿debería fijar nuevos objetivos? ¿qué es lo que ha hecho que el plan funcionase? ¿podía haberse hecho alguna otra cosa para facilitar el plan?

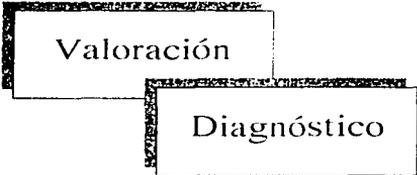
¿Se han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto? en tal caso ¿por qué no los han logrado? ¿los objetivos eran realistas? ¿el paciente estaba de acuerdo con ellos? ¿aún son importantes esos objetivos? ¿han surgido otros problemas que le hayan impedido progresar? ¿se prescribieron los cuidados adecuados? ¿se realizaron las intervenciones tal como estaban prescritas? ¿qué cambios va a introducir?.
(ROSA LINDA A.,1995)

RELACIONES ENTRE LAS ETAPAS DEL PROCESO

ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO. A medida que se trabaja con el Proceso Atención de Enfermería se encontrarán que las dos primeras etapas la valoración y el diagnóstico se solapan de forma significativa. Esto es, a medida que reúne los datos empieza a interpretar su significado, incluso aunque aún no tenga "una imagen global del conjunto".

Hay quien ve el diagnóstico como un paso dentro de la fase de valoración, e incluso usa los términos de forma indistinta. Estas personas pueden preguntarle ¿cuál es su valoración? en lugar de ¿cuál es su diagnóstico?, para nuestros propósitos, contemplaremos las fases de valoración y diagnóstico como dos etapas separadas pero estrechamente relacionadas y solapadas. La valoración consistirá en asegurarse de que dispone de todas las piezas correctas , del rompecabezas que son necesarias para identificar el estado de salud de un individuo. El diagnóstico consistirá en reunir todas las "piezas del rompecabezas" de forma que se evidencie una imagen clara del estado de salud. Fíjese como los siguientes diagramas muestran la estrecha relación entre la valoración y el diagnóstico.

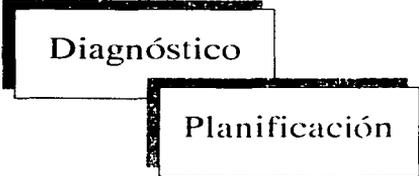


Valoración

Diagnóstico

DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN. El diagnóstico está estrechamente relacionado con la planificación porque los objetivos que se definen durante la etapa de planificación se derivan directamente de los problemas que ha diagnosticado. Los cuidados que se planifican están diseñadas para aliviar o prevenir los problemas, al tiempo que se usan los recursos.

El diagnóstico y la planificación pueden solaparse porque hay veces en que debe actuarse de forma rápida desarrollando y ejecutando un plan mental de acción antes de tener tiempo de identificar todos los problemas. Por ejemplo, si identifica un problema que ponga en peligro la vida, debería trazarse con rapidez un plan mental para la acción inmediata. Una vez controlada la situación podrá analizar los datos con mayor profundidad. El siguiente diagrama ilustra la relación entre el diagnóstico y la planificación :

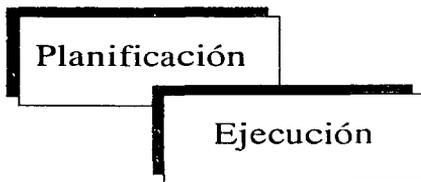


Diagnóstico

Planificación

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN. La planificación y la ejecución están estrechamente relacionadas por dos razones:

- 1.- Las acciones que realiza durante la ejecución están guiadas por el plan que se ha diseñado.
- 2.- Como ya he mencionado antes, habrá momentos en que tendrá que planificar y ejecutar rápidamente acciones de Enfermería, antes de haber desarrollado todo el plan. El siguiente diagrama muestra la relación entre la planificación y la ejecución:



EVALUACIÓN Y DEMÁS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. La evaluación está claramente relacionada con la etapa de planificación porque, asumiendo que los diagnósticos son exactos y los objetivos apropiados, la cuestión última a responder durante esta fase es: ¿se han logrado los objetivos marcados durante la fase de planificación?. No obstante, puesto que no podemos asumir que los diagnósticos son precisos y los objetivos apropiados, necesitamos identificar lo que ha ayudado o impedido el progreso; la evaluación implica todo lo siguiente:

- ❖ Realizar una valoración completa para determinar el estado actual de salud de la persona y para asegurarse de que no se ha olvidado ningún dato.
- ❖ Comprobar que los diagnósticos son correctos y completos (que ha nombrado correctamente los problemas y no ha omitido ninguno).
- ❖ Cerciorarse de que ha diseñado un plan de cuidados eficaz (que los objetivos y cuidados fueron los apropiados, y que ha usado y reforzado las capacidades).
- ❖ Decidir si el plan de cuidados realmente se llevó a cabo e identificar los factores que hayan facilitado o dificultado el progreso.
- ❖ Modificar o dar finalidad al plan según esté indicado, dependiendo de los resultados de las actividades anteriores.
- ❖ El diagrama siguiente ilustra como la evaluación está relacionada con todas las etapas previas del Proceso Atención de Enfermería. (ROSA LINDA A.,1995)

Evaluación

```
graph TD; A[Evaluación] --> B[Realizar una valoración para identificar el estado actual de salud y asegurarse de que tiene todos los datos.]; A --> C[Asegúrese de que la lista de diagnóstico es exacta y completa.]; A --> D[Comprobar si los objetivos y actividades fueron apropiados y hasta que punto se han cumplido los objetivos.]; A --> E[Determinar si el plan se realizó como se había prescrito e identificar los factores que dificultaron o facilitaron el progreso.];
```

Realizar una valoración para identificar el estado actual de salud y asegurarse de que tiene todos los datos.

Asegúrese de que la lista de diagnóstico es exacta y completa.

Comprobar si los objetivos y actividades fueron apropiados y hasta que punto se han cumplido los objetivos.

Determinar si el plan se realizó como se había prescrito e identificar los factores que dificultaron o facilitaron el progreso.

3.2. POSTULACIÓN TEORICA DE HILDEGARD PEPLAU RELACIONES INTERPERSONALES

ENFERMERIA PSICODINÁMICA: Peplau define la Enfermería psicodinámica debido a que su modelo se refiere sobre todo a este tipo de Enfermería. "La Enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia".

Peplau desarrolla su modelo describiendo los conceptos estructurales del proceso interpersonal, que constituyen las fases de la relación Enfermero - paciente. Considera esto como base de la Enfermería psicodinámica.

CREENCIALES Y TRAYECTORIAS

- A) Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931 después de obtener la diplomatura en Enfermería en la Hospital School of Nursing de Pottstown (Pasadena).
- B) En 1943 recibió el título de Especialidad en psicología interpersonal por el Bennington College, de Vermont.
- C) En 1947 obtuvo el Título de Maestría en Enfermería psiquiátrica; en 1953 se doctoró en educación Enfermera en el Teachers College, de la Universidad de Columbia, Nueva York.
- D) Ha desempeñado puestos en el ejército de los Estados Unidos, hospitales generales y privados, en investigación, docencia y práctica privada de Enfermería psiquiátrica

- E) La primera publicación del modelo de Peplau fue en 1952, en *Interpersonal Relation in Nursing*. Consideró a su libro como una teoría parcial para la práctica Enfermero. El libro se reimprimió en 1988.
- F) En el desarrollo de su modelo, Peplau estuvo entregada a la incorporación de un conocimiento concreto a su trabajo.
- 1.- Hizo incorporaciones de las ciencias de la conducta así como de los trabajos de Sigmund Freud, Erich Fromm, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller.
 - 2.- Integró en su modelo las teorías psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría Enfermero era algo relativamente novedoso.
 - 3.- Desarrolló el primer currículum conceptual para la licenciatura de ciencias en el programa de Enfermería de la Universidad de Rutgers.

FUENTES TEÓRICAS

La naturaleza de la ciencia de la Enfermería se refiere al ***"cuerpo de conocimientos comprobados que se encuentran dentro de la disciplina de la Enfermería..., (esto es) fundamentalmente los conocimientos de las ciencias biológicas y conductuales"***. La ***"síntesis, reorganización o extensión de los conceptos tomados de las ciencias básicas y aplicadas, que al ser reformados tienden a convertirse en nuevos conceptos"***, ha hecho crecer la ciencia de la Enfermería. De ello se deriva la evolución de la teoría de Peplau sobre las relaciones interpersonales. (SPRINGHOUSE 1997)

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual y de lo que podría denominarse *modelo psicológico*. El modelo psicológico "permite al Enfermo iniciar un alejamiento de la orientación a la enfermedad hacia otra orientación que permita estudiar e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de Enfermería. Esto da a los Enfermeros la oportunidad de enseñar a los pacientes como experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos". El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los Enfermeros para emplear estos conceptos. Harry Stack Sullivan, Percival Simonds, Abraham Maslow y Bela Mittleman y Neal Eigar Miller, son algunas de las principales fuentes que Peplau utilizó para desarrollar su sistema conceptual.

Algunas de las concepciones terapéuticas defendidas por estos teóricos parten directamente de los trabajos de Freud y Fromm. Peplau tuvo que incorporar conocimientos establecidos a su sistema conceptual, desarrollando así un modelo de Enfermería basado en la teoría.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES PRINCIPALES

RELACION ENFERMERO PACIENTE

Peplau describe cuatro fases de la relación enfermero -- paciente. Aunque son separadas, se superponen y se producen a lo largo de la relación.

1.- ORIENTACIÓN : Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad percibida" y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y a entender su problema, y a determinar su necesidad de ayuda.

Personas diferentes reaccionan de forma diferente ante la enfermedad. En esta indagación interesa lo que sucede cuando una persona enferma y un enfermero colaboran para resolver una dificultad experimentada en relación con la salud. En estos casos destacan dos factores básicos: 1) hay una necesidad experimentada; se ha planteado un problema de salud y esto está más o menos claro para el paciente. 2) se solicita una asistencia profesional que se considera útil. Estos dos factores indican que el paciente tiene la impresión de que necesita ayuda para afrontar el problema.

El buscar asistencia a partir de la experiencia de una necesidad es un aspecto importante de la fase de orientación. La forma en que se sienta el enfermero la acción de ayudar a los demás supone una considerable diferencia en el resultado de la asistencia desde el punto de vista de la expansión de la personalidad.

El solicitar asistencia en razón de una necesidad, sentida pero mal comprendida, constituye a menudo el primer paso de una experiencia dinámica de aprendizaje a partir de la cual puede darse un siguiente paso constructivo en el crecimiento personal y social. El considerar la enfermedad como una experiencia de aprendizaje no cambiara lo que el enfermero siente sobre la prestación de ayuda a las personas. Cada uno de los minutos de la jornada laboral de un enfermero constituyen experiencias vitales nuevas, problemáticas y, a menudo, dramáticas. Tanto a los pacientes como a los enfermeros se les prestan numerosas oportunidades de aprender.

El enfermo proporciona a menudo pistas sobre su forma de visualizar su dificultad y brindar al enfermero la oportunidad de reconocer carencias de información y comprensión. Con frecuencia el paciente formula preguntas del tipo: ¿qué me pasa? ¿porqué tuvo que sucederme a mí? ¿qué lo ha causado? ¿cómo saldré? ¿qué puede hacer el médico?.

Cada paciente busca a su modo estos tipos de ayuda. La interpretación de estas tareas a partir de la conducta del paciente es responsabilidad del profesional, y las percepciones que el paciente tiene de sus respuestas constituye una orientación para este, dirigidas a las nuevas experiencias de aprendizajes de la situación actual. El enfermero actúa participativamente con todos los miembros de un equipo profesional ayudando al paciente a realizar diferenciaciones orientativas. El paciente ha de advertir y comprender su dificultad y la magnitud de la necesidad de ayuda.

Esta orientación es esencial para la plena participación e integración del suceso de la enfermedad en el flujo de las experiencias vitales del paciente. Es la única prevención contra la represión o disociación del suceso que un enfermero puede practicar en beneficio del paciente. El problema del paciente se complica ante la necesidad de ignorar o negar aspectos de la situación planteada con el fin de sentirse cómodo en ella.

Todo paciente a de ser ayudado a liberar la energía que se deriva de la tensión y ansiedad asociado con las necesidades experimentadas, en relación con los medios positivos para definir, comprender y satisfacer el problema planteado. El paciente ingresado en un hospital puede quedar abrumado por la actividad que se sucede tras el momento de su ingreso. Si siente ansiedad, el enfermero puede pasarla por alto entre la multitud de detalles relativos a la orientación del paciente. No obstante, a menos que se otorgue una consideración real a este importante aspecto del periodo de orientación, el tono de todas las relaciones posteriores en la experiencia hospitalaria puede establecerse a un nivel inferior la necesario para integrar el suceso presente en el flujo de experiencias vitales del paciente.

Todo lo que se hace con el paciente o con su conocimiento exige una explicación orientación todo profesional debe presentarse o ser presentado cuando entra en contacto por vez primera con el paciente en la práctica de sus

funciones ordinarias. Toda petición o necesidad anticipada del paciente recién ingresado, si se afronta con interés y sincero deseo de servir al objetivo de la hospitalización como experiencia, ayudan al paciente a sentirse aceptado en la nueva situación.

Inicialmente, el paciente opera en relación con situaciones superpuestas. Es decir, se ve impulsado a volver a casa, donde está seguro de las respuestas familiares y, sin embargo, se ve obligado a permanecer en el hospital para resolver su problema. Tan pronto como el hogar y el hospital se fusionan en una idea que nos unifica, dirigiendo al paciente hacia la solución de su dificultad, este se sentirá más capaz de centrarse en las tareas que ha de realizar. Hay que orientar suficientemente al paciente en la situación hospitalaria de manera que las necesidades habitualmente satisfechas en familia puedan encontrar una salida en la nueva situación. Las necesidades de cuidado, comodidad, los objetivos compartidos, las relaciones de apoyo, los sentimientos de aceptación: estas necesidades se comparten temporalmente con la familia, cuando enfermero y paciente se centran en el problema médico planteado.

Durante el periodo de orientación el paciente clarifica su primera impresión global del problema; se amplían sus aspectos y se aclaran detalles a medida que las personas implicadas en la nueva situación psicológica actúan en relación con el paciente. El paciente participa en el proceso de orientación formulando preguntas, intentando averiguar lo que tiene que saber para sentirse seguro y observando la forma en que le responden los profesionales. El enfermo pide ayuda y recibe asistencia con lo que pronto empieza a sentirse como en su casa, pues sabe que se le permite que exprese sus deseos y que estos van a ser atendidos.

2.- IDENTIFICACIÓN : *El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (posibilidad de asociación). El enfermero facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que*

reorienta aquellos y fortalece las fuerzas positivas de la personalidad, además de proporcionar la satisfacción necesitada.

Cuando se aclara la primera impresión del paciente, y este cree conocer lo que puede ofrecerle la situación, responde selectivamente a las personas que parecen brindarle la ayuda que necesitan. Algunos pacientes se sienten como si perteneciesen y formaran parte de la aventura de afrontar un problema asociado con enfermedad. Adoptan las actitudes de afabilidad, optimismo y de solución de problemas al identificarse con enfermeras que son a su vez afables, optimistas y útiles para la solución de los problemas. Estos pacientes se sentirán más fuertes y menos impotentes frente a la enfermedad; a menudo hay una sensación de que las cosas van a ir muy bien.

Cuando un enfermero permite al paciente expresar lo que siente y brinda a demás la ayuda necesaria el paciente puede sentir la experiencia de la enfermedad como una experiencia que reorienta los sentimientos y fortalece los elementos positivos de su personalidad. Por lo general la enfermedad se experimenta como una amenaza para la seguridad, el poder, los sentimientos de dignidad y valía. La intensidad de estos sentimientos disminuye cuando el paciente se identifica con las personas que le ayudan a sentirse menos amenazado. La enfermería simboliza la aceptación de las personas como son y la asistencia en los momentos de estrés.

No todos los pacientes pueden identificarse y aliarse fácilmente con las personas que les aceptan. Con frecuencia, las relaciones interpersonales anteriores han sido traumáticas que el paciente le parece inconcebible que los demás le acepten tal como es. La enfermería puede desarrollarse y ofrecer experiencias nuevas y gratificantes y permitir al paciente identificarse lo bastante como para expresar sus sentimientos.

Algunos pacientes se identifican demasiado fácilmente con los enfermeros y esperan que estos atiendan todos sus deseos sin exigir nada a cambio. Estos pacientes pueden atravesar la etapa de orientación muy rápidamente, al interesarse poco por la participación en el proceso de afrontar problemas y formular soluciones. Dejan todo en manos de otras personas que cuiden de ellos. La pauta de hiperdependencia de fuerzas exteriores a sí mismos para la solución de problemas habituales y cotidianos es una cuestión social decisiva. En el actual nivel de logros culturales hay un gran número de personas que no parecen afrontar constructivamente la crisis.

Durante el período de identificación, en el que se proporciona cuidados de calidad, puede realimentarse al paciente con estos acontecimientos que psicológicamente le llevan a las experiencias infantiles. Se han identificado tres formas de respuesta del paciente durante esta fase: 1) sobre la base de la participación o las relaciones interdependientes con un enfermero; 2) sobre la base de la independencia o aislamiento respecto al enfermero, y 3) sobre la base del desamparo o dependencia de un enfermero.

Symonds señala que la identificación provoca sentimientos encontrados de amor y odio. La ayuda se percibe como algo útil, pero se envidia a la persona que tiene la facultad de ayudarlo. La expresión de sentimientos encontrados, en una situación en la que esto se permite, es ventajosa, según sugiere Kauffman. Los sentimientos de fuerza seguridad y poder personal surge a medida que el paciente desarrolla facultades que suponen un esfuerzo personal. Es importante la diferencia que existe entre pedir al paciente que deje al enfermero que haga las cosas en su lugar, que haga las cosas por sí mismo o que colabore con el enfermero en el cumplimiento de las tareas que requiere la situación del problema.

Los pacientes se identifican con los enfermeros sobre la base de los servicios que consideran útiles. También se identifican en orden de sus

experiencias anteriores; es como si, por debajo del nivel conciente, se percibiese una colección entre la conducta del enfermero y los sentimientos que experimenta el paciente. Cuando se concibe al enfermero como una figura, símbolo de una experiencia pasada, los valores y los sentimientos relativos a experiencias anteriores se reactivan y entran en las expectativas del paciente respecto al enfermero. La conducta de este - su aspecto, forma de actuar, gestos, modo de hablar - será evaluado en términos de la experiencia anterior del paciente. Cuando está ha incluido sentimientos de hostilidad e interferencias a la expresión de deseos y anhelos, el paciente puede incluirlos en sus prejuicios y expectativas respecto al enfermero.

La observación durante la fase de identificación tiene dos objetivos principales: 1) el desarrollo de claridad sobre las preconcepciones y expectativas del paciente hacia el enfermero y hacia la enfermería, 2) el desarrollo de claridad sobre las preconcepciones y expectativas del enfermero y sus facultades para afrontar el problema. El paciente aprende a hacer uso de la relación enfermero paciente a medida que ambos llegan a conocerse y respetarse mutuamente, como personas con semejanzas y diferencias de opinión, en las formas de contemplar una situación y en la forma de responder ante los acontecimientos. El enfermero hace uso de uso forma profesional y de su habilidad de ayudar al paciente a llegar a un punto de ser capaz de hacer un uso pleno de la relación, a fin de resolver el problema médico. La enfermería eficaz tiene como consecuencia un mayor desarrollo de la personalidad

3.- APROVECHAMIENTO o EXPLOTACIÓN: *Durante la fase de aprovechamiento el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que ofrece a través de la relación. En esta fase pueden proyectarse nuevas metas que se alcanzarán mediante el esfuerzo personal, y la fuerza se desplaza del enfermero al paciente al tiempo que éste pospone la gratificación a fin de alcanzar las metas recién formuladas.*

Cuando un paciente se ha identificado con un enfermero que puede reconocer y comprender las relaciones interpersonales de la situación, el paciente atraviesa una fase en la que se hace un pleno uso de los servicios que se le ofrecen. La relación de acuerdo con su imagen de la situación van a ser explotados todos los diversos bienes y servicios existentes a su disposición, que ya conoce a partir de ahora, siempre con vista a sus intereses y necesidades. En ocasiones se observa que los pacientes en periodos de recuperación hacen más demandas al personal enfermero que los que están más graves. Otros pacientes son más autónomos y realistas acerca de la explotación de los servicios. De hecho, siempre hay que esperar cierta dosis de conducta de explotación - la plena explotación por el paciente de todo el servicio de enfermería que se le ofrece -, como si estuviera comprobando y asegurándose de que realmente se le ofrece. No obstante, al mismo tiempo comienza a identificar y orientarse hacia otras nuevas metas, como volver a casa, al trabajo, etc.

Es posible que en algunos pacientes esté indicado el reforzamiento de las represiones, a menos que el personal se encuentre preparado para afrontar la grave ansiedad que puede surgir si se hacen concientes los sentimientos asociados con las necesidades de carácter explotativo.

Los problemas de enfermería más complejos derivan de la explotación de la situación y no de la base de identificación positiva con los enfermeros y de la libertad de hacer uso de los servicios prestados, sino mediante una necesidad insaciable de dominar, de "obtener más que los demás" de lo que está disponible.

4.- RESOLUCIÓN : *Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan las nuevas. Éste es un proceso durante el cual el paciente se libera de su identificación con la enfermera.*

Tan pronto como se satisfacen por completo las antiguas necesidades, el propio paciente las pospone gradualmente de forma deliberada, y las aspiraciones se adaptan a las nuevas metas que se formularon mientras el paciente exploraba el uso del servicio de enfermería. Pronto abandona los antiguos lazos y dependencias, y se prepara para volver a casa.

Lógicamente, la etapa de resolución debería tener lugar cuando se ha resuelto el problema médico o quirúrgico. Sin embargo, como la resolución es más un fenómeno psicológico, no siempre coinciden la recuperación médica y el deseo real de concluir el episodio de enfermedad.

La fase de resolución implica la liberación gradual de la identificación con las personas que han proporcionado ayuda y la creación y fortalecimiento de la capacidad para actuar por uno mismo. Estos logros solo se alcanzan cuando se han satisfecho todas las fases anteriores en términos de "crianza psicológica": aceptación incondicional en una relación de apoyo que proporciona una total satisfacción de las necesidades; reconocimiento de -- y respuestas a -- las claves de crecimiento, por triviales que sean, de forma en el momento en que aparecen en el paciente; desplazamiento de poder del enfermero al paciente tan pronto como éste está dispuesto a posponer la gratificación de sus deseos y aplicar sus propios esfuerzos a alcanzar nuevas metas.

La resolución es básicamente un proceso de liberación; la enfermería ayuda al paciente a organizar sus actos en esta perspectiva durante toda la estancia hospitalaria con el fin de quede dispuesto y libre para aplicarse a una actividad social productiva y a relaciones elegidas libremente. La resolución es un proceso de liberación, pero su éxito depende de la cadena de acontecimientos precedentes.

ROLES DE ENFERMERÍA

Peplau describe seis funciones de la enfermería. distintas entre sí, que se manifiestan durante las diversas fases de la relación enfermera -- paciente.

1.- FUNCIÓN DE DESCONOCIDA. Es la primera función o papel que desempeña el enfermero. Peplau señala que, dado que enfermero y paciente se desconocen, el paciente debe recibir un trato cortés normal. En otras palabras, el enfermero no debe prejuizar al paciente, sino aceptarlo tal como es. Durante esta fase impersonal, la enfermera debe considerar al paciente como un individuo emocionalmente capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario. Esto coincide con la fase de identificación. (MARRINER, 1989)

Un extraño es un individuo desconocido para otro individuo. Cuando se encuentran dos extraños nada tienen en común. El principio es el respeto e interés positivo atribuido a un extraño es al principio impersonal e incluye las mismas cortesías habituales que se ofrecerían a un mismo invitado en cualquier situación. Este principio implica: 1) Aceptar al paciente tal como es, y 2) Tratar al paciente como a un extraño emocionalmente apto y relacionarse con el sobre esta base mientras la evidencia no muestre que es de otro modo.

Otro principio es: al comunicar con un nuevo paciente, que también es un extraño intente decir algo que desee que oiga el enfermo. Ya que tanto el enfermero, en algunas situaciones abrumado por una carga de trabajo excesiva puede hacer ocasionalmente una observación inadecuada que distorsione las relaciones interpersonales; al igual que el paciente cuando saluda al enfermero con observaciones de tipo: "¿ya le ha dicho el médico que tiene que hacerme? ¿cómo se siente el personal de enfermería con los extraños que tan rápida e impasiblemente amenazan su necesidad de sentirse una profesión capaz de resolver el problema del paciente?.

Quando un enfermero visita a domicilio es preciso que se acomode a la dirección de actividad de la situación que encuentre esperar al desarrollo de una buena relación y orientar luego a la familia de manera sencilla hacia el objetivo de visita y hacia los servicios ofrecidos. Cuando se consigue cierto grado de identificación, el conocimiento puede comunicarse y utilizarse; solo cuando hay respeto e interés mutuo entre dos personas puede influir una persona a la otra. Las afirmaciones simples, aras y orientar sobre la situación y el motivo por el que uno se encuentra en ella constituyen un procedimiento útil y proporcionan una base a los roles de participación que pueden presentarse en la relación.

2.- FUNCION DE PERSONA RECURSO. En esta función el enfermero ofrece respuestas específicas a las preguntas, en especial las relacionadas con la salud, y explica al paciente el plan médico o tratamiento al que será sometido. Estas preguntas pueden surgir en el contexto de un problema de mayor amplitud. El enfermero determina que tipo de respuestas es apropiada para el aprendizaje constructivo, bien sea una respuesta directa a los hechos, o de naturaleza orientativa. (MARRINER, 1989)

Es una fuente de suministro de conocimientos y procedimientos técnicas y han enseñado multitud de cosas necesarias para mejorar la salud del paciente y de la comunidad. Una persona recurso proporciona respuestas específicas a las preguntas habitualmente formuladas en relación a un problema mayor. Así como un paciente que tiene un problema médico puede preguntar "¿Cuál es la temperatura corporal normal?" y el enfermero le proporcionara la información pertinente.

Los detalles relativos a un problema suelen plantear cuestiones que un experto profesional puede resolver fácilmente, sobre la base de una profesionalización especializada.

Un incesante batería de respuestas y consejos pueden inhibir el deseo del paciente de combatir y entender su propio problema. Un enfermero competente sabe distinguir cuando es oportuno actuar y la forma adecuada de hacerlo, para conseguir un aprendizaje constructivo. Unos de los criterios es el nivel de logro que ha alcanzado el paciente. Otros son: la disposición psicológica del paciente para afrontar las dificultades que plantean dudas, la atmósfera psicológica de la situación y la importancia de la cuestión para el esclarecimiento del problema. Los enfermeros aprenden a enjuiciar las cuestiones en la práctica, distinguiendo de las que precisan respuestas precisas y objetivas de las que implican sentimientos y pueden precisar la aplicación de principios de asesoramiento.

3.- FUNCIÓN DE ENSEÑANTE. La función de enseñante viene a ser una combinación de todas las funciones, y "siempre procede de lo que el paciente sabe y . . . de lo que se desarrolla en su beneficio por querer usar . . . la información, así como su capacidad de hacerlo".

Separa esta función en dos categorías: la instructiva, que consiste primordialmente en proporcionar información y es el método explicado en la literatura educativa, y la de experiencia, que consiste en "utilizar la experiencia del que aprende como base a partir de la cual generar productos del aprendizaje". Los productos del aprendizaje son generalizaciones y valoraciones que el aprendizaje hace de sus experiencias. (MARRINER, 1989)

La enseñanza avanza siempre a partir de los que el paciente conoce y se desarrolla en torno a su interés por querer y ser capaz de utilizar la información médica adicional. Los métodos de enseñanza tradicionales implican la adquisición de conocimiento adquirida por alguien aceptado por la autoridad. El resultado es el desarrollo de hábitos similares a los de un autómatas. El aprender de la experiencia que es el tipo de aprendizaje que quieren fomentar los enfermeros, exige el desarrollo de nuevos planes y situaciones que puedan luego desplegarse y obtener unos resultados abiertos provechosos tanto para el paciente como para el enfermero.

Un método que ayuda a afrontar las dificultades que reaparecen a lo largo de la vida, el planteamiento de enfermería de resolución de problemas, exige una variedad de roles que, en su conjunto constituyen un aspecto de enseñanza en sentido amplia.

3.- FUNCIÓN DE LIDERAZGO. La función de liderazgo entraña un proceso democrático. El enfermero ayuda al paciente a cumplir con las tareas que debe realizar a través de una relación de cooperación y participación activa. (MARRINER, 1989)

En las situaciones clínicas los pacientes asignan a los enfermeros un papel de líderes; ya que se identifican y esperan que estos les proporcionen orientación para sus dificultades.

Los diferentes tipos de liderazgo crean diferentes tipos de atmósfera de grupo. El liderazgo democrático en situaciones de enfermería implica que va a permitirse al paciente ser un miembro activo de la elaboración de los planes de cuidado. Ya que el liderazgo democrático fomenta la participación de todas las personas implicadas en una empresa; son todos los miembros que fijan las estrategias y las metas; la agenda de trabajo se establece o por decisión del grupo; los cursos de acción son planificados en discusión abierta por los miembros; a todos los miembros se les acepta tal como son y el interés se centra en un problema.

En el liderazgo autocrático, las estrategias, metas y pasos para su realización son dictados por el líder. Symonds, afirma que la identificación ciega con este tipo de liderazgo se produce más expresamente en las situaciones en que los individuos se sienten inseguros y ven amenazada su confianza en sí mismo. los pacientes sobre valoran a menudo al enfermero y sustituyen sus propios deseos de lucha por las metas y logro de ésta. Fromm señala que esta tendencia a

entregar los propios sentimientos de independencia y a cobrar seguridad aliándose a una persona más fuerte es un mecanismo de miedo a la libertad.

Los enfermeros pueden aprender a reconocer esta sobre valoración por parte de los pacientes, aceptarlo como el aspecto de la forma de ser de un enfermo concreto y desempeñar las acciones de enfermería inmediatas: ser capas de sentarte frente a un paciente de observar de cerciorarse, como entiende la situación que le afecta, comprender lo que sucede en el interior del paciente y apreciar el desarrollo de la relación interpersonal entre ambos.

Un liderazgo liberal o *laissez - fair*, se caracteriza por la falta de participación activa por parte del individuo en el rol de liderazgo. Este tipo de líder no se considera una amenaza para las personas de la situación grupal excepto cuando la falta de interés activo se interpreta personalmente. Los pacientes recurren a los enfermeros buscando una asistencia correcta y puede no sentir la falta de participación de este. Otros enfermos que buscan la aprobación a fin de expresar la necesidad de fortalecer sus sentimientos en relación a los demás pueden experimentar una considerable privación cuando se proporciona materiales y no se muestra interés humano. El mostrar interés y respeto a los demás de una forma que no sea dominante y ausente solo es posible en las relaciones democráticas.

El liderazgo actúa dadas las situaciones. A veces este rol lo desempeñan otros profesionales, o bien un paciente puede participar en un determinado momento y ayudar a un grupo a conseguir nuevas orientaciones, para las actividades que llevan a cabo. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones es el enfermero el que implica su habilidad profesional para indicar nuevas posibilidades necesarias para su realización. La forma en que estas nuevas orientaciones pueden identificarse, analizarse y conducir a nuevas acciones depende a menudo de cómo el enfermero este rol y como se concibe a sí mismo.

4.- *FUNCION DE SUSTITUTO.* El paciente se proyecta en el enfermero que asume una función de sustituta o vicaria. Las actitudes y conductas del enfermero generan en el paciente registros emocionales que reactivan sentimientos surgidos en una relación anterior. La función del enfermero consiste en ayudar al paciente a reconocer similitudes entre ella y la persona que el paciente recuerda. Ayudará entonces al paciente a ver las diferencias entre su función y la de la persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como el enfermero definen áreas de dependencia, independencia, y, finalmente, de interdependencia. (MARRINER, 1989)

Los pacientes asignan a los enfermeros roles sustitutivos. Es decir, e31 paciente considera inconscientemente al enfermero como otra persona distinta no la concibe como la persona que es. Un enfermero puede simbolizar una figura materna, otra puede sustituir a un hermano, otra puede personificar a una figura cultural fuera de la constelación familiar - un maestro, una enfermera conocida antes -. En vez de relacionarse con el enfermero tal cual es, el paciente puede relacionarse con ella en términos de una relación anterior.

Las figuras sustitutivas surgen en la mente del paciente, cuando este se encuentra psicológicamente en una situación que reactiva los sentimientos generados a una relación anterior. Un paciente con sentimientos de desamparo, impotencia y fuertes deseos de dependencia tenderá a utilizar pautas de conducta que funcionarán durante los períodos en que estos sentimientos operan en un marco mucho más natural, como por ejemplo en la infancia. Las actitudes del enfermero, el tono efectivo que crea en el paciente, los instrumentos que utiliza - como por ejemplo el baño - pueda influir en la forma en que el paciente le percibe - la conducta del enfermero - su aspecto, forma de actuar, gestos, modo de hablar a menudo recuerda al paciente a una tercera persona. Sus relaciones con el enfermero, tiene más probabilidades de asimilarse a las relaciones con alguien que tiene en su mente.

Un enfermero puede ayudar al paciente a cobrar conciencia de las similitudes y diferencias ya percibirle como quien es. Si éste es capaz de aceptar al paciente tal cual es y considera estos sentimientos como una manifestación sincera de fuerzas que operan en el paciente, éste puede empezar a reflexionar sobre las diferencias que existen entre el enfermero y la persona con la que se asocia. La conducta anterior opero sobre la base de las semejanzas, por pasajeras y vagas que fuesen; la conducta actual puede empezar a operar sobre las bases de una racionalización de las diferencias.

El enfermero ayuda al paciente a advertir las similitudes y diferencias que existen entre las personas siendo ella misma tal cual es. Puede decirse que un enfermero es él mismo, en la medida en que es conciente de su conducta , de la forma de actuar en sus relaciones con los demás. Los enfermeros que no son concientes de este modo pueden considerar a los pacientes como réplicas de individuos que han conocido en el pasado, y relacionarse inconscientemente sobre esta base.

La relación entre el enfermero y el paciente siguen un continuo. En el punto del primer contacto un paciente puede asignar al enfermero el rol de madre. Si el paciente sufre una enfermedad grave y precisa unos cuidados maternales continuos, este rol sustitutivo puede ser lógico que ha de desempeñar el enfermero. Sin embargo todo enfermero tiene la responsabilidad de ejercer su pericia profesional ayudando a que la relación avance a lo largo del continuo, de forma que puedan desarrollarse las relaciones de persona a persona compatibles con los niveles cronológicos de edad. Los roles sustitutivos están determinados por factores psicológicos de edad que operan en razón de detenciones del desarrollo, sentimientos que se han reactivado sobre la base de la enfermedad o demandas formuladas por los individuos en una situación concreta.

A medida que el enfermo va analizando sus actitudes hacia las personas llega un momento en que reconoce su filosofía de la vida y los principios que orientan su conducta en las diversas situaciones.

El permitir al paciente que vuelva a experimentar antiguos sentimientos en situaciones de desesperanza nuevas, pero con aceptación profesional y atención que fomenten el desarrollo de la personalidad, exige una relación en la que el enfermero reconozca y responda a distintos roles sustitutivos.

El enfermero necesita saber que el rol de padre, al avanzar desde el continuo de desde la aceptación y atención incondicionalmente hasta la relación de persona a persona, pasando por todas las fases intermedias. La percepción del papel que el paciente asigna al enfermero, la identificación de la dificultad que se está resolviendo y el mantenimiento de una relación operativa que desarrolle en el paciente conciencia de cómo se siente son habilidades propias de enfermería. Los roles sustitutivos están determinados por necesidades psicológicas; dan lugar a tareas psicológicas que los enfermeros han de afrontar en situaciones de enfermería.

5.- FUNCIÓN DE CONSEJERA. Peplau considera que la función orientadora es la de mayor importancia en enfermería psiquiátrica. En la relación enfermera – paciente, el asesoramiento funciona de acuerdo con el modo con que el enfermero responde a las exigencias del paciente. Peplau dice que el propósito de las técnicas interpersonales es ayudar “al paciente a recordar y comprender íntegramente lo que le está sucediendo en la situación que vive, de tal forma que la experiencia pueda ser integrada y no disociada de otras experiencias que haya vivido”. (MARRINER, 1989)

Los procesos de autorrenovación, autorreparación y autoconciencia surgen en el individuo. La conducta concreta que hace posible estos procesos está iniciada por le si mismo (self). Las condiciones interpersonales de la situación a

menudo pueden mejorarse de manera que el paciente receptivo deseará descubrir sus problemas y revelar sus dificultades, así mismo y a los demás, en vez de suprimirlos o distorsionarlos. Como ha señalado Wertheimer, los individuos aprenden sólo a medida que recrean las fases, reexperimentan los sentimientos y contemplan sus dificultades desde una perspectiva. El facilitar estas acciones dirigidas a sí mismo es función del asesoramiento.

Las funciones de asesoramiento en enfermería están determinadas por la finalidad de todas las relaciones Enfermero - paciente, a saber, la promoción de las experiencias que conducen a la salud. Esta finalidad se consigue mediante una serie de objetivos inmediatos. El ayudar a un paciente a cobrar conciencia de las condiciones necesarias para la salud, procura estas condiciones cuando sea posible, ayudarle a identificar las amenazas para la salud y utilizar el acontecimiento interpersonal en desarrollo para facilitar el aprendizaje son algunos de los pasos que llevan a la consecución de los objetivos.

El enfermero no puede actuar de asesor del mismo modo que un psicoterapeuta o un asesor no directivo. El terapeuta ocupa, por regla general, un lugar específico en el que se desarrollan las secciones terapéuticas, una hora específica que se asigna a un paciente y técnicas avanzadas que se utilizan para identificar e iluminar una dificultad interpersonal central que afronta un paciente y que tiene amplias ramificaciones en sus relaciones con los demás. La terapia es una relación que procura la satisfacción de las necesidades no satisfechas en el pasado mediante la cual se hace posible un crecimiento continuo.

El asesoramiento en las situaciones clínicas tiene que ver con la forma en que los enfermeros responden a las demandas. El proceso consiste sustancialmente en ampliar experiencias apenas inteligibles al paciente en un primer momento, a fin de que lleguen a ser mejor comprendidas por él y por el enfermero: las experiencias relacionadas con la forma en que el paciente se siente consigo mismo, como persona enferma, como trabajador que ha visto amputado

un miembro vital para proseguir con el trabajo elegido, como padre cuyos hijos pueden sufrir a causa de una enfermedad con frecuencia, un asistente social puede ser útil a la familia del paciente consiguiendo medidas que alivien la tensión de éste, pero la forma en que los enfermos se sienten en relación a lo que le sucede - por el hecho de depender de otros para el ejercicio de sus facultades en beneficio de sus responsabilidades exige el desempeño de roles de asesoramiento por parte de los enfermeros.

La forma en que el paciente se concibe a sí mismo y la experiencia de estar enfermo, formada a partir de la primera impresión de una multitud de experiencias detalladas con enfermeros y otras personas, determina que la experiencia sea disociada, desligada de la conciencia o que se integre en el arsenal de otras experiencias útiles anteriores. Los pacientes disocian las experiencias que no pueden permitirse recordar, que no quieren recordar conscientemente. Con frecuencia los sentimientos asociados a la experiencia son desplazados de la conciencia, siendo el propio acontecimiento objeto de evocación o recuerdo activo.

El asesoramiento en enfermería está relacionado con la ayuda al paciente para que este recuerde y comprenda plenamente lo que le sucede con el fin de que sea capaz de integrar la experiencia de la vida, en vez de disociarla. Los sentimientos no experimentados conscientemente fueron soterrados pero nunca distorsionaron su gozo vital y sus relaciones con los demás; los sentimientos que se reconocen y analizan conscientemente pueden luego ser apartados a voluntad tan pronto se hacen planes para aceptar la vida tal como es.

Cuando el paciente dice: "estoy preocupado por la operación de mañana", está iniciando una expresión de los sentimientos ligados a él. Si el enfermero dice: "¡esta usted preocupado por la operación!", deja la puerta abierta para una comunicación ulterior de lo que el paciente siente. Si dice "va, va, no hay nada de que preocuparse" niega expresión de los sentimientos del paciente relacionados con el suceso anticipado; estos han de ser resueltos por el paciente solo o bien

ser disociados de la conciencia. Además, la sensación de impotencia vinculada al hecho de ponerse en manos de un cirujano y de enfermeros se refuerza cuando el paciente no puede discernir cuáles son sus preocupaciones reales. No es sencillo consentir psicológicamente a la manipulación o destrucción parcial del propio cuerpo y aun así integrar al acontecimiento como una experiencia vital entre otras muchas experiencias en las que se han aprendido algo de valor. Aunque el paciente haya hablado de la operación con el cirujano, cuando se enfrenta directamente a los preparativos de la intervención quirúrgica surgen nuevos sentimientos que han de ser resueltos mientras se rasura, desinfecta y prepara su abdomen para la operación.

Los problemas médicos y las intervenciones quirúrgicas relacionadas con zonas erógenas - zona oral, anal y genital - exige una preparación psicológica completa. Una preparación minuciosa consiste en ayudar al paciente a identificar , formular y aceptar sus sentimientos reales acerca del evento quirúrgico a que se va a someter; comprender lo que significa para él y avanzar hacia el objetivo a conseguir. Cuando hay una patología que afecta las zonas oral, anal y genital, el papel de los sentimientos del paciente y el pleno consentimiento cobran una importancia extraordinaria para la plena integración y aceptación de este acontecimiento. Los pacientes dicen: "no me importa lo más mínimo", "no tiene ninguna importancia para mí", "apenas recuerdo la operación", puede dar pie a que el enfermero se pregunte: ¿ha disociado el acontecimiento? ¿qué efecto a largo plazo tendrá esta actitud sobre su funcionamiento general?.

La forma en que el enfermero lleve a cabo las tareas antes descritas y el tipo de técnicas de asesoramiento que utilice en sus relaciones con los pacientes dependerá sustancialmente de su filosofía de las personas y de las técnicas que seleccione para compatibilizar con esta filosofía

De escucha sustancialmente no directiva y no moralizante, el paciente descubrirá gradualmente facetas de sí mismo que antes no advertía: una serie de

descubrimientos de este tipo en el curso de cualquier enfermedad puede resultar esclarecedor y terapéutico para algunos pacientes. Cuando el enfermero enfrenta al paciente a algunos "verdad" sobre él mismo en su interpretación personal, el paciente puede experimentar una gran ansiedad, pánico o rabia. Los pacientes pueden descubrir y utilizar nuevas ideas relativas a sí mismo cuando se les proporcionan la forma de determinar si desean revelar sentimientos y problemas subyacentes que sirven para distorsionar sus relaciones con las demás personas. La enfermería proporciona condiciones y métodos mediante los cuales el paciente puede convertirse en una persona más productiva. Los principios o preconcepciones, que guían los roles de asesoramiento están determinados por la personalidad del enfermero y el conocimiento que ha acumulado y reformulado durante su formación profesional básica.

EL MODELO DE PEPLAU Y LOS CUATRO CONCEPTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO

PERSONA

Se define como un individuo; Peplau no incluye a las familias, grupos ni comunidades.

Se describe como un organismo en desarrollo que se esfuerza por reducir la ansiedad provocada por las necesidades. Vive en equilibrio inestable.

ENTORNO

Peplau no lo define de forma explícita.

Explica que la enfermera debe tener en cuenta la cultura y los valores cuando ubicando al paciente en el entorno hospitalario, pero no trata las posibles influencias ambientales sobre el paciente.

SALUD

Se describe como un concepto que implica un movimiento dirigido de la personalidad y otros procesos propios del hombre hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y en comunidad.

Consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Es promovida a través del PROCESO INTERPERSONAL.

ENFERMERIA

- I. Es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud.
- II. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.
- III. Consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema.
- IV. Contempla el proceso de Enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas.
- V. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; Según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación.
- VI. Avanza desde lo genérico a lo específico en la recogida de datos y la clarificación de problemas, y se vale de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro. (SPRINGHOUSE, 1997)

3.3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BAJO LA TEORÍA DE HILDENGARD PEPLAU

PACIENTE		ENFERMERA		PAE
ORIENTACIÓN	■	ASESORIA	■	■ VALORACIÓN
IDENTIFICACIÓN	■	DX	■	■ DIAGNOSTICO
APROVECHAMIENTO	■	INTER	■	■ PLANEACION
RESOLUCIÓN	■	EVALUACIÓN	■	■ EJECUCIÓN
				■ EVALUACION

HILDEGARD
PEPLAU

VALORACION



✓ Identificación

DX



✓ Necesidades
Biológicas y
Sociales

PLANEACION /
EJECUCION



✓ Orientación
✓ Aprovechamie
nto

EVALUACION



✓ Resolución

Etapas de
Enfermería

✓ Asesoría
✓ Intervención
(Operativo)

✓ Evaluación

Tradicionalmente el Proceso Atención de Enfermería se ha determinado como una herramienta teórico metodológica, que incluye ciertos apartados como:

- Valoración
- Diagnostico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

Lo cual en ocasiones hacia difícil la posibilidad de compatibilidad de esta estructura, para con la visión de ciertas teorías en enfermería, esto en un intento de poder determinar la congruencia de la teoría de Hildegar Peplau y la estructura del PAE tradicional se esquematizo (ver esquema). El esquema nos muestra como no existe una incongruencia entre ambas posturas puesto que podemos nosotros especificar, se cuenta con las mismas etapas en ambas formas de acercamiento al objeto de estudio lo cual de acuerdo a la visión formativa de la postura teórica de enfermería en este caso paplau semánticamente hace modificaciones de dichas etapas.

Cabe aclarar que si es más enfatizada la importancia de Hiledegar Paplau en la etapa de planeación y ejecución que en las demás lo cual nuevamente nos permite inferir la muy particular visión de la autora.

Este trabajo permite hacer objetivo un aterrizaje clínico de la postura de Hildegar Peplau lo cual considero es un avance del manejo de la teoría pues la autora dentro de su postura no nos marca aspectos de aplicabilidad dentro de la realidad específica de un paciente, a pesar de cómo ya lo había mencionado hacer énfasis de la etapa de planeación y ejecución.

CAPITULO 4. PRESENTACIÓN DEL CASO

4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Persona femenina de nombre VSM, adulto mayor de 37 años de edad, cronológicamente mayor de acuerdo a la apariencia, tiene tres hijos de sexo masculino, el primero de 9 años, el segundo de 6 años y el tercero de 1 año. Es ama de casa, de religión católica, nacionalidad mexicana, su lugar de procedencia es Tecama Edo. de México, con domicilio actual en calle primera cerrada de Diez de febrero, colonia Primero de marzo. Esta casada con el señor APS, con ocupación de obrero, gana dos sueldos mínimos, siendo este el único ingreso de la familia,

Vive en una zona urbana, con casa propia: 6 habitaciones, con tres recamaras, una sala, un baño y una cocina; cuenta con todos lo servicios intra domiciliarios, agua, luz, drenaje y baño con regadera; recogen la basura cada tercer día o a veces ellos la queman, refiere fauna positiva, con un perro.

Tiene sueño fisiológico con un horario de 22:00 a 9:00 horas y en ocasiones presenta insomnio, también refiere sentirse deprimida. Su dinámica social ha disminuido por su enfermedad, su comportamiento es de aislamiento, depresión, inseguridad y miedo a afrontar la muerte.

En su rutina cotidiana, realiza aseo del hogar, llevar a los hijos a la escuela, comida y reposo. Su padecimiento actual es postoperada de mastectomia, debido a una neoplasia maligna en el primer estadio.

Antecedentes familiares patológicos: abuelos finados desconoce causas, padre vivo desconoce paradero, madre viva y 4 hermanos aparentemente sanos, los demás familiares interrogados y negados.

Antecedentes ginecológicos: menarca a los 14 años, ciclo de 27 x 7 días, dos parejas sexuales, gesta 3, para 3, inicio de vida sexual a los 15 años, niega enfermedades de la infancia, cirugías, transfusiones, luteicos y alergias negadas.

Paciente femenino la cual refiere inicio de padecimiento de 4 meses de evolución al referir después de su parto la aparición de un nódulo acude la médico el cual le dio tratamiento para mastitis, por lo cual acude a esta Institución para tratamiento ya que el primero no dio mejorías. La participación de la paciente cada vez va en aumento, la depresión va disminuyendo ya que cuenta con el apoyo de su esposo

EXPLORACION FÍSICA

Inspección: Aspecto físico Ligera palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas. Presenta lesión eritema tosa en mama izquierda, así como aumento de volumen y temperatura local con salida de secreción sanguinolento por el pezón y retracción de pezón

Palpación: Se palpa tumoración a nivel de mama izquierda en el cuadro superior izquierdo dura móvil no dolorosa a la palpación

Percusión: Sonido submate (No se realiza en la glándula mamaria)

Auscultación: ruidos pulmonares y cardiacos sin sonidos agregados

Medición: diámetros mayores y menores de la tumoración o estudia Tumoración de 5 cm de diámetro. Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) Ubicada en sus 3 esferas espacio, lugar y tiempo, refiere necesidad de estar sola

4.2. APLICACIÓN DE LA FILOSOFIA DE PEPLAU EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Paciente femenina adulta madura casada ama de casa originaria de Tecama de 33 años de edad cronológica y mayor de acuerdo a apariencia intranquila ubicada en sus 3 esferas espacio, lugar y tiempo refiere necesidad de estar sola ligera palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas, glándula mamaria izquierda con perdida de la continuidad en el cuadrante superior derecho con salida de secreción purulenta, edema en miembros inferiores con pulso distales presentes, biótico endomorfica en posición libremente encogido.

DX

Necesidad de estar sola relacionado con la alteración anatomofisiológica manifestado por falta de respuesta verbal.

OBJETIVO

Favorecer que exista una mejor comunicación e inter actuación de la paciente con la gente que la rodea.

PLANEACION EJECUCIÓN

ROL DE ASESORAMIENTO: Orientación a la pareja sobre lo que es el cáncer mamario así como la participación de la paciente y su familia.

EVALUACION

La pareja considera que tiene un nivel mayor de información para favorecer adecuada participación dentro de su estancia en el hospital considero una *evaluación positiva*.

DX

Necesidad psicológica de conflicto relacionado con una neoplasia maligna expresado por intranquilidad.

OBJETIVO:

Disminuir el grado de intranquilidad a través de la orientación de la situación intrahospitalaria así como la disipación de dudas específicas de la paciente.

PLANEACION EJECUCIÓN:

ROL DE ASESORAMIENTO: Orientación a la pareja sobre la elevada importancia de su participación y posible estrategia a seguir.

EVALUACIÓN:

El esposo de la paciente logra comprender la participación del tratamiento a su mujer por lo tanto, considero una *evaluación positiva*.

PLANEACION EJECUCIÓN:

ROL DE ASESORAMIENTO: Canalización al Psicólogo a sí como a grupo de apoyo.

EVALUACIÓN

Al preguntar al Psicólogo sobre su evaluación el refiere que los elementos de la pareja son adecuados para manejar la situación biológica, por lo tanto la *evaluación es positiva*.

DX

Necesidad biológica de mastectomía izquierda radical relacionado por una neoplasia maligna manifestado por una tumoración en la mama izquierda.

OBJETIVO

Realización de los procedimientos preoperatorios específicos.

PLANEACION EJECUCIÓN:

ROL DE ASESORAMIENTO PERSONA RECURSO: Orientar a la paciente sobre la situación de su estancia hospitalaria así como la comunicación previa antes de realizarle un procedimiento para su mayor tranquilidad.

EVALUACIÓN

La pareja conoce el tratamiento que seguirá en su estancia hospitalaria así como los trámites y observaciones que debe seguir.

Por lo tanto considero que la *evaluación es positiva*.

PLANEACION EJECUCIÓN:

ROL DE ASESORAMIENTO Y LIDERAZGO: Preparación integral de la paciente para la realización del proceso quirúrgico.

EVALUACIÓN

Se realiza la preparación preoperatorio, se traslada a quirófano sin ningún problema. Por lo tanto considero la *evaluación positiva*

VALORACIÓN

Paciente femenina adulta madura casada ama de casa originaria de Tecama de 33 años de edad cronológica y mayor de acuerdo a apariencia cursando sus primeras horas de postoperatorio de mastectomia radical ubicada en sus 3 esferas espacio, lugar y tiempo con palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas, herida quirúrgica a nivel 5 espacio intercostal seca y cubierta con gasa, drenovac a derivación, sonda foley a derivación edema en miembros inferiores, pulso distal, biotipo endomorfica en posición semifowler.

DX

Necesidad psicológica de tranquilidad relacionado con la falta de información sobre su enfermedad expresado con aislamiento.

OBJETIVO

Orientar sobre dudas específicas de acuerdo a la realidad de la paciente y su familia.

PLANEACION EJECUCIÓN

ROL DE DOCENTE Y DE LIDERAZGO: Participación con la paciente para ubicar su transito intra- hospitalario en relación a su situación Personal.

EVALUACIÓN

Se logra de acuerdo a lo que refiere la pareja comprensión de los eventos que sucederán en el hospital considero una ***evaluación positiva***.

DX

Necesidad psicológica de conflicto personal relacionado con una operación quirúrgica expresado por ansiedad.

OBJETIVO

Orientar sobre los eventos posquirúrgicos así como elementos de expresión biológicos característicos.

PLANEACION EJECUCIÓN

ROL DE ASESORAMIENTO: Orientación a la pareja sobre la elevada importancia de su participación y posible estrategia a seguir.

EVALUACION

El esposo de la paciente comprende el tratamiento posquirúrgico por lo tanto, considero una *evaluación positiva*.

PLANEACION EJECUCIÓN

ROL DE ASESORAMIENTO: Orientar sobre las expresiones comunes dadas posterior a la cirugía. Así como alternativas posibles que permitan disminuir la ansiedad.

EVALUACIÓN

Se logre la tranquilidad por parte de la paciente ante las expresiones biológicas postoperatorias por lo tanto lo considero *positiva la evaluación*.

DX

Necesidades biológicas de herida limpia, relacionado con una mastectomía radical relacionado con pérdida de la continuidad.

OBJETIVO

Manejo integral de herida quirúrgica de postmastectomía radical izquierda.

PLANEACION EJECUCIÓN

ROL DE LIDERAZGO Y PERSONA RECURSO: Brinda atención integral de enfermería a una paciente con herida quirúrgica posmastectomía.

EVALUACIÓN

Se da una atención integral a la paciente para el manejo posquirúrgico de una paciente mastectomía radical coordinándose con el equipo de salud obteniéndose una mejoría y su posterior alta del servicio, por lo tanto considero una *evaluación positiva*.

4.3. SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DE LA PACIENTE

Basándonos en las cuatro fases de la relación enfermera-paciente que determina PEPLAU los resultados obtenidos son los siguientes:

ORIENTACIÓN : Día *21 de noviembre del 2001*, el primer contacto que se tiene con la paciente es a partir de la realización de procedimientos y cuidados de enfermería preoperatorios puesto que la paciente ingresa programada para cirugía al día siguiente, en primer instancia la paciente denota una tendencia al aislamiento y a mantenerse al margen de cualquier comunicación, lo cual interpreto como posibles elementos que nos hablan de una depresión al conocer integralmente el caso por tanto inicio con una actitud dentro de mi trabajo con la paciente en donde le hablo y en ocasiones no recibía respuesta pero dejo en claro que existe un interés personal sobre lo que le sucede a la paciente *Con esto intento rebasar situaciones que no ayudan a la paciente con frases de "haber una sonrisa", ¡ Vamos, animo! Puesto que no existe todavía un establecimiento de comunicación que permita poder obtener un vinculo de relación significativa.*

El mismo día conozco a la pareja de la señora la cual se muestra interesada y preocupada por la situación que va a vivir la paciente, incluso "pide disculpas por el trato en ocasiones grosero que da la paciente a las personas que se acercan a ella" lo cual hacemos hincapié en que este tipo de pacientes sufren un tipo de retardo en el pensamiento, sentimiento y acción debido a que encuentran afectados por una depresión, indicándole que la participación de todos los elementos que son vínculos de importancia para la paciente favorecerán su mejoría, *con esto intento empezar a ser copartcipe a los individuos que rodean a la paciente de su evolución, hecho que permite incrementar lo niveles de entendimiento por parte del familiar de lo que le sucede a la paciente.*

22 de noviembre de 2001. Solicitud que la paciente quede nuevamente a mi cargo para continuar participando integralmente con la misma, el contacto se realiza en este segundo día de manera más amistosa amable y comprensiva, nuevamente evitando intentos de exhortaciones prejuiciosas con lo cual se logra al estar participando con la paciente la mejora de la relación al poder iniciar una conversación con la misma, se apuntala este hecho con evitar el dejar decisiones al criterio de la paciente (retardo en pensamiento, sentimiento y acción), y usar un enfoque más positivo que apoye a la paciente, ejemplo ¿quiere bañarse? Por "el baño ya esta listo la voy a ayudar a bañarse".

En lo que respecta a su pareja la comunicación existente se mejora rotundamente al él poder tener mayor confianza con mi persona por ser del mismo sexo y reconocer que se siente desubicado en que es lo que tiene que realizar para apoyar a su pareja, para lo cual continua explicando que es necesario la utilización por su parte de palabras tranquilizadoras y alentadoras y progresivas que apoyen un programa de apoyo a la paciente, favoreciendo la satisfacción de aspectos cotidianos entre ambos, como son, el poder proporcionar ropa limpia, utensilios de belleza, que favorezca una apariencia personal que retome experiencias vividas satisfactorias.

Con lo cual puedo observar que existe una razón de ser de la presencia del familiar dentro de la estancia hospitalaria de la paciente.

IDENTIFICACIÓN PARCIAL E IDENTIFICACIÓN: El día **23 de noviembre de 2001.** La paciente al volver a tener contacto conmigo y muestra la misma que empieza a ser más efectiva y diversa las vías de comunicación, al poder ella hacer patente la tensión y angustia personal por "el ahora y el mañana" para lo cual tomo acciones interdisciplinarias puesto que favorezco por una parte que ella continué con la realización de actividades habituales que permitan animarla y estimulen expectativas de objetivos a corto plazo en búsqueda de la mejoría a través de su programa terapéutico: se levante a

bañarse, camine, evite el únicamente estar dentro de su cuarto etc. Otra parte de mi actividad se centro en realizar los procedimientos y cuidados específicos de una paciente postoperada de mastectomía.

Formalizo por otra parte los vínculos correspondientes para que la paciente tenga acceso a información por parte de otras instancias necesarias para su terapéutica como son grupos de apoyo, al mismo tiempo que aviso al médico la necesidad de información de la paciente en lo que respecta a alternativas estéticas.

La pareja de la paciente al identificar que puede apoyarse en el personal de enfermería para ayudarlo a su familiar con mas confianza expresa todas las dudas que tiene, para lo cual se determina los factores biológicos que son considerados para categorizar su adecuada evolución: drenaje, herida quirúrgica etc adecuados por lo cual es próxima su salida de hospital, hecho que permite sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reorienta la actividad cotidiana pero fortalece las fuerzas positivas de la personalidad.

Es en este momento en donde aprovecho para poder informar y solicitar su apoyo para la realización de mi trabajo de titulación puesto que por las condiciones de la paciente y el que se atraviesa el fin de semana para que puede regresar al hospital interfiere en que pueda tener un nuevo contacto con la paciente y su pareja, con lo cual se formaliza un compromiso de visita domiciliaria.

* La paciente es dada de alta el día 25 de noviembre del 2001.

APROVECHAMIENTO Y RESOLUCIÓN PARCIAL: El día 1 de diciembre aprovechando que es fin de semana, voy al domicilio de la paciente para continuar con el seguimiento del caso. en primera instancia me encuentro con un ambiente que me permite pensar que la actividad de los que ahí viven

se encuentra con intereses propios a los que tiene cualquier familia de manera cotidiana. El contacto con la paciente es amable y con gusto al recibimiento pues ella refiere que pensaba que ya no tendríamos otro contacto, iniciamos por una platica informal de aspectos de la vida de la paciente y la mía, la siguiente parte de la entrevista de esa visita fue dirigida a intentar sondear las características que presentaba la paciente en donde de manera biológica nos encontramos con una herida quirúrgica cicatrizada sin datos de infección, por otra parte encontramos a la señora con una ubicación dentro de la realidad que vive puesto que ella menciona que es importante el que ella continúe adelante por sus seres queridos, también comenta que al momento de regresar al hospital para ser retirados sus puntos realizo una cita informal con el cirujano platico para su próxima intervención protésica, siente el apoyo de los seres que conviven con ella puesto que es aceptada por los mismos, destaca el apoyo que ha sentido por parte de su pareja durante todo este trance, en ese momento llega el esposo de la señora, después de haber salido de su trabajo, intente no interferir con sus actividades cotidianas pero se me dio la apertura para poder continuar con la visita domiciliaría.

El esposo refiere que la orientación fue parte fundamental para él identificar en que iba ayudar a su pareja y como realizarlo, hecho que también por otra parte ayudo a mejorar la comunicación que existía entre ambos pues también se hace presente el hecho de la confianza en transes difíciles.

En este momento como parte de mi compromiso en esta visita domiciliaria propongo el poder buscar a mayor profundidad información sobre lo que son las prótesis mamarias costos y todo lo relacionado, propiciando una siguiente visita para dárselos.

RESOLUCIÓN : El día **8 de diciembre del 2001**. Llegó para la realización de la visita domiciliaria en un horario más tarde al anterior para favorecer el que encuentra ya, a los dos integrantes de la pareja, la comunicación se realiza

entre los tres y se encuentran presentes sus hijos también donde la señora refiere que no existe ninguna molestia en el área donde se realizó la cirugía y que por otra parte deseaba conocer lo investigado por mí, para poder realizarse la cirugía protésica o estética lo más pronto posible por ella y por su familia.

El esposo refiere que la información que me comprometí a traer le será de gran ayuda y a esta acción agradece lo que yo realice.

Por mi parte les doy la información con respecto a las prótesis mamarias y también les comento que debido a situaciones de tiempo y el ver la mejoría existente de la señora y su familia daría por terminada mi relación con ellos de manera formal, dejándoles todos mis datos por si podía ayudarlos en otra situación.

De acuerdo a las diferentes etapas en la cual se desarrollo la relación enfermero – paciente, puede concluir que existe una mejora del compromiso y de la toma de decisión en lo que respecta sus salud con los pacientes que tienen una adecuada orientación del evento orgánico que presentaba y sus diferentes expresiones.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El poder trabajar conjuntamente la postura del Proceso Atención de Enfermería y la Filosofía de Peplau dentro de una realidad clínica me permitió poder caer en cuenta que en ambas se determina la búsqueda de la atención integral del paciente solo que con diferentes etapas de abordamiento e incluso se puede decir que es solo cuestión de semántica la diferencia. Se observó en el proceso de atención de enfermería que el cáncer es un padecimiento crónico de tratamiento difícil, que en ocasiones parece tan agresivo como la enfermedad misma, el estado clínico temprano del cáncer es curable en un 40%, 50% de los casos, en el tratamiento óptimo se requiere estrecha colaboración entre paciente familiar y equipo de salud.

La Filosofía de Peplau dentro del Proceso Atención de Enfermería permite que no ocurra lo que tradicionalmente se hacía: Centrarse en aspectos meramente biológicos, dejando de lado otros aspectos y perdiendo con ello la integridad de la atención.

Por otra parte, considero que este estudio ejemplifica la interruptibilidad que debe existir en el cuidado de un paciente, pues Peplau actúa con el mismo antes de lo biológico para coparticipar en su tratamiento y apoyo de la búsqueda de su salud, este cuidado por tanto no se ve limitado a lo que sucede en el hospital sino que flexibiliza el poder con otros instrumentos abordar lo clínico en la sociedad.

Se toma en cuenta que los síndromes o síntomas más frecuentes en el cáncer son ansiedad, depresión, trastornos del sueño y dolor, el paciente suele mostrar mezcla de sentimientos y pensamientos como sensación de tristeza, soledad, aislamiento e incapacidad.

Se observó la percepción ambivalente ante la muerte como característica del miedo al sufrimiento físico, moral y mental.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en la extensión a la comunidad fueron muy positivos, ya que pasamos de una situación prejuiciosa de " va a estar bien " a el seguimiento y corroboración de que esto es así, dentro de la misma se volvió a enfatizar las actividades realizadas con la pareja y se inicio el apoyo de otros integrantes de la familia.

SUGERENCIAS

El apoyo psicoterapéutico es fundamental en este nivel mediante la terapia personal familiar y en grupo recordemos que la lucha contra el cáncer es una lucha de equipo.

Es de suma importancia sugerir al personal de Enfermería que tiene un papel fundamental en la detección de los tumores malignos mamarios a través de la investigación asistida a la paciente y compromiso para la enseñanza y prevención, la participación de la enfermera en la enseñanza de la glándula mamaria y por consiguiente de lo que es el cáncer de mama a todas las pacientes, es una clave para disminuir la proporción de mortalidad por esta enfermedad.

CAPÍTULO 6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anaplasia	Pérdida de la diferenciación de la célula y de su orientación mutua respecto a la configuración de normalidad.
Adenocarcinoma	Carcinoma del tejido glandular o aquel en que las células tumorales forman estructuras glandulares identificables.
Ablación	Extirpación o destrucción de una región del cuerpo especialmente de una incisión.
Biopsia	Extirpación de tejido o de otra materia de un cuerpo vivo para examen general.
Braquiterapia	Tratamiento de radiación ionizante cuya fuente se aplica a la superficie del cuerpo o la zona del tumor primario.
Carcinógeno	Cualquier sustancia que provoca cáncer.
Carcinoma	Tumor maligno formado por células epiteliales.
Climaterio	Cese de la función hormonal adecuada.
Mamografía	Procedimiento para obtención de imagen de la mama.
Mastectomía	Extirpación quirúrgica de la mama.

Mastectomia radical modificada

Mastectomia total con disección de ganglios axilares pero conservando el músculo pectoral.

Metaplasia

Cambio en el tipo de las células adultas en un tejido hacia una forma que no es normal para ese tejido.

Neoplasia

Nuevo crecimiento que puede ser benigno o maligno.

Radioterapia

Tratamiento de radiación.

Remisión

Disminución de los síntomas de la enfermedad.

Resección

Extirpación de una parte o todo un organismo o estructura.

CAPITULO 7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ANTHONY S. FAUCI, ET AL HARRISON Principios de la Medicina Interna 14ª. Edición, editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España, 1998.
- 2.- BRUNNER, A. Enfermería Medico quirúrgico. 8ª edición, Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, Págs. 132, México, D.F. 1997,
- 3.- DAUFORTH Tratado de Obstetricia y Ginecología 6ª. edición Interamericana, 1209 Págs., Méx. 1997
- 4.- GEOFFEY R. Weiss, Oncología Clínica . Edt. El manual Moderno, 1ª. Edición, Págs. 542, 1997.
- 5.- GERARD J. TORTORA Principios de Anatomía y Fisiología 7ª. Edt. Harla, Edición, 993 Págs., México, D.F. 1999.
- 6.- HERANANDEZ, Conesa J. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método, Edt. Mc Graw – Hill Interamericana, Págs. 152, 1999 España.
- 7.- [Http://teleline.Terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://teleline.Terra.es/personal/duenas/pae.htm)
- 8.- L. RIOPELLE, L. GRONDIN, M. PHANEUF Cuidados de Enfermería editorial Mc Graw-Hill- Interamericana. Año 1997.
- 9.- MARRINER, Ann, Modelos y teorías de Enfermería, Edt. ROL. S.A. 1989.
- 10.- MARTINEZ RUIZ El Arte de Liberar la Ansiedad edición privada México, Págs. 120, D.F. 1998.
- 11.- MONDRAGÓN C. Ginecología Básica Ilustrada 8ª. Edt. Trillas, Págs. 478 México D.F. 1995.
- 12.- MONDRAGÓN, Castro H. Ginecología Básica Ilustrada Editorial Trillas, Págs. México, 1997.
- 13.- N. L. WULFSOHN Cuidados Pre y Postoperatorios editorial Continental, México, 1981
- 14.- REEDER Enfermería Materno Infantil edición internacional 7ª. Edición, Págs.1279 Méx. 1992.
- 15.- ROSA LINDA A. Proceso de Enfermería, 1995.
- 16.- SALOMÓN P. Manual de Psiquiatría . Edt. Manual moderno, Págs 466, Méx. 1996.

- 17.- SEIDEL, Henry, Manual "Mosby de Exploración Física, Edt. Harcourt Brace, Ed. 3ra, 1997, Págs. 930, España.

A N E X O S

CAPITULO 8. ANEXOS

8.1. GUIA PARA LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVO: Contar con un instrumento que le permita al alumno planear las actividades de promoción, prevención y tratamiento oportuno de los problemas de salud que afectan al binomio madre-hijo.

1.- **PLANEACION.**

Informarle sobre:

- a) Objetivos de la visita.
- b) Ficha de identificación.
- c) Síntesis del cuadro clínico y necesidades de salud detectadas.
- d) Actividades a realizar
- e) Metodología de las actividades.

2.- **INTRODUCCION AL HOGAR.**

El éxito de la visita estriba en la confianza y simpatía que el estudiante brinde a la familia, por lo que la presentación deberá hacerse con corrección y prestancia.

Para ello se utilizaron ciertos instrumentos de investigación como son:

Fichas de trabajo: es un valioso método para la recopilación de toda la información relativa al marco teórico, tanto de las apreciaciones conceptuales de autores como las propias vivencias del autor y la del estudio clínico.

Entrevista: mediante esta técnica fue posible obtener los testimonios orales de las personas entrevistadas, así como también sus reacciones personales de la paciente y sus familiares.

Exploración física: a través de ésta técnica se pudo hacer la percepción somática y psicológica del caso clínico estudiado, evitando las cuestiones relativas a los prejuicios personales y las cuestiones subjetivas propias de solo utilizar la percepción visual.

Guía de visita domiciliaria: instrumento que permite poder llevar un ordenamiento lógico de la participación dentro de la extensión a la comunidad del hospital, vinculando con ello el espacio clínico y epidemiológico.

3.- EJECUCION DE LA VISITA.

3.1 Procedimientos a realizar que implican el desarrollo de actividades previamente programadas.

3.2 Enseñanza del individuo en el hogar, enfocando la orientación a las necesidades detectadas.

3.3 Resúmenes sintetizados de la visita especificando el alcance de los objetivos trazados con oportunidad.

3.4 DESARROLLO DE LA TEORIA EN LA APLICACIÓN CLÍNICA para entender mejor al paciente en su interacción con el entorno este será determinado como un sistema, por lo cual se intenta considerar todas las variables que afectan simultáneamente al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, evolutivas, socioculturales y espirituales. Por lo cual se determino como preguntas significativas aquellas que nos permitiesen conocer al paciente en el sentido de:

- 1) Las fuerzas intrapersonales que se dan dentro del individuo (respuestas condicionadas).
- 2) Las fuerzas interpersonales que se dan entre uno o más individuos (expectativas de rol).

- 3) Las fuerzas extrapersonales que se dan fuera del individuo (circunstancias económicas).

Esto describe al enfermero/a como un participante activo junto con el paciente y como alguien "relacionado con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores específicos .

El empleo del modelo por los enfermeros/as facilita la adopción de métodos para el cuidado del paciente, dirigida por objetivos, unificada e integral.

El diagnóstico de enfermería consiste en obtener una base de datos amplia y comprensible sobre las desviaciones del bienestar que puedan ser determinadas.

4.- DESPEDIDA.

La cortesía y amabilidad son los aspectos fundamentales para que la familia valore el esfuerzo realizado; si la visita debe renovarse se le hará saber a la familia.

5.- INFORME.

La realización del informe incluirá una breve síntesis de las actividades realizadas incluyendo conclusiones y sugerencias de la misma.

8.2. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

I) HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: V.S.M Servicio: Oncología

No. de cama: 198 Fecha de ingreso: 21 - 11 - 01

Edad: 37 años Sexo: Femenino Estado civil: Casada

Escolaridad: Primaria Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica Nacionalidad: Mexicana

Lugar de procedencia: Tecama, Estado de México

Domicilio: Calle primera cerrada diez de febrero

Col. Primero de marzo

Persona responsable: Esposo, APS

Ocupación: Obrero

Domicilio: Mismo domicilio

2.- PERFIL DEL PACIENTE: AMBIENTE FÍSICO

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc.) En la casa hay 4 ventanas y 1 foco por habitación

Propia familiar, rentada, otros Propia

Tipo de construcción Urbana

Número de habitaciones 6 (3 recamaras, 1 baño, la sala y la cocina

Animales domésticos Un perro

Servicios sanitarios:

Agua (Intra domiciliaria, hidrante público, otros) Cuenta con agua intra domiciliaria

Control de basuras Por lo regular la recogen cada tercer día en ocasiones
la queman ellos

Eliminación de desechos (Drenaje, fosa séptica, letrina, otros) Cuenta con
drenaje y baño intra domiciliario

Iluminación Cuenta con energía eléctrica

Sueño (horario y características)

Sueño fisiológico, su horario es de 22:00 a 9:00 horas, en ocasiones
presenta insomnio

Diversión y/o Trabajo

Se encuentra la paciente deprimida

Otros Negados

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
ESPOSO	38 AÑOS	OBRERO	ES EL QUE APORTA TODOS LOS GASTOS
HIJO	6 AÑOS	ESTUDIANTE	NINGUNA
HIJO	9 AÑOS	ESTUDIANTE	NINGUNA
HIJO	10 MESES	NINGUNA	NINGUNA

DINAMICA FAMILIAR

La interrelación familia a disminuido, ya que la señora se encuentra internada,
y ella es quien dirige y coordina todas las actividades del hogar

DINAMICA SOCIAL

A disminuido por la enfermedad de la señora

COMPORTAMIENTO (Conducta)

Su comportamiento de ella es de aislamiento, depresión, inseguridad y miedo a afrontar la muerte

RUTINA COTIDIANA

Realizar aseo del hogar, envío de hijos a la escuela, comida, reposar

3.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO:

Problema o Padecimiento por el que se presenta
Ca de mama, post operada mastectomia

Antecedentes personales patológicos

Ago antecedentes ginecológicos menara a los 14 años, ciclo 28x7 días, 2 parejas sexuales G2 P3 IVSA 15 años, niega enfermedades de la infancia, quirúrgicos (-), Transfusiones (-), alergias (-), luteicos (-), Restos negados

Antecedentes familiares patológicos

Abuelos finados desconoce causas, padre vivo desconoce paradero del mismo, madre viva de 56 años, hermanos 4 aparentemente sanos

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento

Paciente femenino la cual refiere inicio de padecimiento de 4 meses de evolución al _____ referir después de su parto la aparición de un nódulo acude la médico el cual le dio tratamiento _____ para mastitis, por lo cual acude a esta Institución para tratamiento ya que el primero no dio mejorías

Participación del paciente y la familia del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

La participación de la paciente cada vez va en aumento, la depresión va disminuyendo ya que cuenta con el apoyo de su esposo

I) EXPLORACION FÍSICA

Inspección:

1- Aspecto físico Ligera palidez de tegumentos mucosas orales deshidratadas. Presenta lesión eritema tosa en mama izquierda, así como aumento de volumen y temperatura local con salida de secreción sanguinolenta por el pezón y retracción de pezón

2) Palpación Se palpa tumoración a nivel de mama izquierda en el cuadro superior izquierdo dura móvil no dolorosa a la palpación

3) Percusión Sonido submate (No se realiza en la glándula mamaria)

4) Auscultación: ruidos pulmonares y cardiacos sin sonidos agregados

5) Medición: diámetros mayores y menores de la tumoración o estudio Tumoración de 5 cm de diámetro. Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) Ubicada en sus 3 esferas espacio, lugar y tiempo, refiere necesidad de estar sola

**DATOS COMPLEMENTARIOS
EXAMENES DE LABORATORIO**

TIPO	CIFRAS		OBSERVACIONES
	NORMALES	DEL PACIENTE	
QUÍMICA SANGUÍNEA	GLUCOSA 70 A 110 MG UREA 15.0 A 40.0	G - 91 U - 35	LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO SE ENCUENTRAN EN PARÁMETROS NORMALES
	CREATININA 0.4 mg/dl	CREATININA 0.5 mg/dl	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	LEUCOCITOS 3.000 - 1000 LINFOCITOS 20 A 40%	LEUCOCITOS 6 000 LINFOCITOS 27	
	MONOCITOS 2 A 5	MONOCITOS 3	
	SEGMENTADOS 55 A 70	SEGMENTADOS 69	
	ENBANDA 1 A 7 %	EN BANDA 1	

EXAMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
MASTOGRAFÍA Y ULTRASONIDO DE MAMA	SE OBSERVAN LESIONES EN LA MAMA IZQUIERDA, SE SOSPECHOSA MALIGNIDAD
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTALIZADA	SE OBSERVA TUMORACIÓN EN LA MAMA IZQUIERDA DE APROXIMADAMENTE 4 CM.

8.3. ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA

"Las glándulas mamarias son glándulas sudoríparas modificadas de tipo alveolo tubular que producen leche. (TORTORA, 1997) Constituye un órgano par situado en la pared torácica anterior, superficialmente sobre los músculos pectoral mayor y serrato. Se localiza centralmente y está rodeado por la areola; se extiende desde la segunda y tercera costilla hasta la sexta y séptima, desde el borde esternal hacia la línea axilar media. (SEIDEL, 1997)

La mama tiene una forma cónica protuberante distintiva y singular: en otros primates las mamas son comparativamente planas, incluso en la preñes y la lactancia, esta forma cónica es más pronunciada en las mujeres nulípara jóvenes y ha medida que avanza la edad las mamas suelen aplanarse un poco y tornarse péndulas semi-esféricas y menos firmes. (MONDRAGÓN, 1995)

La mama se divide en cinco segmentos: cuatro cuadrantes y una cola. Casi todo el tejido glandular se encuentra en el cuadrante supero externo. El tejido mamario se extiende desde este cuadrante hacia la axila, formando la cola de Spence.

La glándula mamaria esta compuesta por tejido glandular y fibroso, así como por grasa subcutánea y retromamaria. El tejido glandular está dispuesto en 15 o 20 lóbulos por mama, que irradia desde el pezón. Cada lóbulo está formado a su vez por 20 a 40 lobulillos integrados por las células acinares productoras de leche que desemboca en los conductos galactoforos. Estas células son de pequeño tamaño e incospicuas en la mujer no gestante y no lactante.

La capa de tejido fibroso subcutáneo proporciona apoyo para la mama. Los ligamentos suspensores (ligamentos de Cooper), se extiende desde el tejido conjuntivo a través del tejido mamario hasta insertarse en la fascia muscular subyacente, proporcionando así un apoyo adicional para la mama. Los músculos

que forman el suelo de la mama son el pectoral mayor, el pectoral menor, el serrato anterior, el latissimus dorsi, el subescapular, el oblicuo externo y el recto del abdomen.

La grasa subcutánea retro mamaria que rodea el tejido glandular constituye la mayor parte de la masa de la mama. Las proporciones de cada uno de los tejidos integrantes de la mama varían con la edad, el estado nutricional, la gestación, la lactancia y la predisposición genética.

El sistema de conductos madura, se produce un extenso depósito de grasa y la areola y el pezón crecen y se pigmentan; Las glándulas mamarias experimentan una nueva apariencia en la ovulación y la formación del cuerpo amarillo.

Las etapas del desarrollo mamario se describen como etapas de Tanner 1 a 5. La etapa 1 describe una mama prepuberal; la etapa 2 una mama primordial, o primer signo de la pubertad en la mujer; la etapa 3 comprende el crecimiento del tejido mamario y la areola (tejido oscuro que rodea al pezón), y la etapa 4 ocurre cuando el pezón y la areola forman una elevación del tejido mamario. La etapa 5 consiste en una glándula mamaria más grande con un solo contorno". (MONDRAGÓN, 1995)

El pezón es una papila situada en el centro de la areola; en su vértice se observa de 15 a 25 orificios por donde se desembocan los conductos galatoforos, el área sub areolar contiene fibras musculares lisas dispuestas en forma circular y radial formando círculos concéntricos la mayor parte del pezón consiste en fibras musculares lisas dispuestas en forma circular y longitudinal, ambos responden a los cambios climáticos y orgánicos con contracciones: erección y relajación, flacidez, dentro de los datos que se consideran presuncionales para un embarazo se encuentra la hiperpigmentación del areola y el crecimiento y fácil visualización de los tubérculos de Montgomery. (TORTORA, 1997)

La glándula mamaria dentro de su constitución anatómica hace distinguir 3 aspectos importantes, la glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura célula adiposa y su envoltura cutánea.

La glándula está formada por ácinos secretores, conductores excretores y tejidos conjuntivo intersticial siendo en conjunto una glándula tubo acinosa;

- A) Los ácidos secretores se agrupan en número de 10 a 100 ó más, en torno de un conducto colector, dando origen al lobulillo. Los ácidos se encuentran revestidos por una capa de células mio epiteliales que proveen un mecanismo muscular para expulsar la leche desde los ácinos y conductillos. La agrupación de ácinos va a dar origen a los lóbulos, que en número de 20 a 25 desembocan cada uno en un conducto excretor propio, que termina en el pezón.
- B) Los conductos colectores se inician en los conductores intra lobulares que van a desembocar a conductos ínter lobulares, los cuales desembocan en los conductos galactóforos que al llegar a la base del pezón, se agrandan para formar los senos lactíferos, los cuales se dilatan y sirven de depósitos para la leche en el amamantamiento.
- C) El tejido conectivo forma parte de la envoltura celular adiposa que le da sostén a la glándula. La envoltura cutánea está formada por la piel que cubre totalmente la cara anterior de la glándula y posee tres zonas. Una cubre el pezón, otra a la areola y el resto constituye la zona periférica.

La glándula se halla irrigada por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales. " Las venas que nacen de las redes capilares forman una red subcutánea que al nivel de la areola origina el círculo venoso de Haller; estas redes superficiales se unen con la red abdominal superficial para desembocar a las venas satélites de las arterias de origen". (TORTORA, 1997)

Cada mama cuenta con su eje de drenaje linfático que se extiende radialmente y hacia las capas más profundas en dirección a los conductos linfáticos subyacentes. Los linfáticos superficiales se encargan del drenaje linfático de la piel y los profundos del drenaje de los lóbulos mamarios. (SEIDEL, 1997)

Los nervios de la glándula proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical Superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos aerolares, vasos sanguíneos y la misma glándula. (MONDRAGÓN, 1995)

Del pezón, en que desembocan los conductos galactoforos, están situados en la zona central de la mama y rodeado por la parte pigmentada conocida como areola. El pezón esta formado por tejido epitelial infiltrado de fibras, de músculo liso circulares y longitudinales. Las contracciones de este músculo liso, inducidas por estímulos táctiles, sensoriales o automicos producen la erección del pezón y hacen que los conductos gá lactoforos se vacien. La erección del pezón está asistida adicionalmente por la congestión venosa de tejido vascular eréctil. En la superficie de la areola pueden observarse pequeñas glándulas sebaceas (tubérculos o folículos de Montgomery). En el perímetro de la areola también pueden observarse algunos folículos pilosos. (SEIDEL, 1997)

La principal función de las mamas es proporcionar alimento y protección contra cierto tipo de enfermedades a la descendencia, mediante la producción de leche. La leche materna es la principal fuente de nutrición para casi todos los recién nacidos.

Para comprender mejor los eventos asociados para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia, la dividiremos en mamogénesis o desarrollo mamario, lactogénesis o iniciación de la secreción láctea, y la galactopoyesis, o mantenimiento de la producción láctea.

Mamogénesis: El tejido mamario presenta una serie de cambios estructurales desde el nacimiento hasta la senectud. Como mencionamos previamente, es posible observar cierta actividad secretoria de la glándula al nacimiento, condicionada por el estímulo hormonal del embarazo, tiempo después de involución e inactividad hasta la pubertad, donde se desarrolla de manera acentuada.

“ **Lactogénesis:** Durante el embarazo se reúnen las condiciones hormonales que son necesarias como un paso previo a la lactancia: aumento en los niveles circulantes de estrógenos, progesterona, prolactina y lactógeno placentario, los cuales alcanzan su nivel máximo al término de la gestación. Con la expulsión de la placenta, se produce una caída brusca en la concentración sanguínea de éstas hormonas, lo que aunado al estímulo del pezón producido por el recién nacido al iniciarse el amamantamiento, conducirá finalmente a la síntesis y secreción de la leche”.

Galactopoyesis: El mantenimiento de la producción de leche después del parto depende de la acción conjunta de factores de la hipófisis anterior (prolactina) y posterior (oxitocina). (MONDRAGÓN, 1995)

8.4. FISIOPATOLOGIA DEL CANCER DE MAMA

A lo largo de la escala biológica los procesos reproductivos se van haciendo cada vez más complejos, en la mujer, desde la formación del ovario en el embrión, queda definitivamente determinado el número de folículos que habrán de formarse (unos 400.000 al nacimiento). Durante la infancia existen pequeños brotes de maduración folicular que no llegan a su completo desarrollo pero que definitivamente van disminuyendo la riqueza folicular del ovario en forma tal que al llegar a la pubertad solo queda la mitad de los folículos originales; de allí en adelante seguirá disminuyendo en un número constante para cada ciclo, al llegar a

la fecundación interna con oviparidad y posteriormente a la viviparidad, se modifica la relación recíproca entre el volumen del soma y el de la gónada que se va haciendo más grande a favor del primero pero, al mismo tiempo la gónada adquiere la capacidad de producir esteroides que modifican y regulan muchas funciones somáticas independientes de la reproducción, cuya alteración puede repercutir seriamente en la salud del organismo como un todo. " (MONDRAGÓN, 1995)

Finalmente cuando quedan ya muy pocos la función ovárica declina en un grado suficiente para considerar que ha dejado de producir sus elementos característicos, tanto óvulos como hormonas foliculares (estrógenos). A veces la suspensión de la función ovárica es brusca y no paulatina, como en el caso de la castración quirúrgica o radioterápica indicada por diversas razones. Por lo tanto se puede hablar de menopausia espontánea y menopausia artificial. Al hablar de la menopausia es necesario referirnos al climaterio debido a que son fenómenos relacionados la mayoría de las veces, ya que esta última comprende una época previa a la desaparición de las reglas y una época posterior a esta. Para ubicarnos en primera instancia es necesario conocer que la menopausia es la fecha en que se presenta la menstruación por última vez en la vida de la mujer, después de la cual no vuelve a aparecer normalmente ningún sangrado genital. Suele presentarse en nuestro medio en una edad que oscila entre los 40 y 45 años. La menopausia no solo indica el final de la edad reproductiva, sino que además suele ocurrir aproximadamente al mismo tiempo en que los hijos de la mujer salen del hogar y toman su propio camino, principio de la época de abuela y en un momento en que los padres de la mujer mueren, también es época en que ocurre un cambio en las relaciones sexuales del matrimonio (desecho de temores ó pérdida progresiva de interés), existe también un mayor tiempo que abocan a darse cuenta de la disminución de sus capacidades.

En segunda instancia el climaterio (latín climatericus = escalón) es la época en la cual disminuye la actividad ovárica hasta desaparecer y en la que el

organismo debe alcanzar un nuevo equilibrio al disminuir drásticamente la producción de esteroides, dentro de ella no existe una correlación absolutamente comprobada de esto con la edad, número de hijos, etc.

Cabe destacar que la mujer parece ser la única hembra que sobrevive un período importante después del cese de la función ovárica aproximadamente 70 años o más (mas de una tercera parte de su vida total) actualmente, tomándose por ejemplo el hecho de que la supervivencia era cerca de 23 años en la época romana.

Aunque existen estudios aislados de hembras de varias especies mantenidas en cautiverio y bien observadas en que hay cierta supervivencia a diferencia de en estado libre donde parece que la hembra sucumbe poco tiempo después del cese de su capacidad reproductiva.

Por lo tanto parece que el climaterio, como tal, es privativo de la especie humana, actualmente mas acentuado debido a que la pirámide poblacional se invierte con un mayor número de habitantes dentro de edades avanzadas debido al avance de la ciencia y la tecnología, por lo cual se hace necesario tomar más en cuenta y ocuparse de las implicaciones fisiológicas y psicológicas de este suceso biológico.

Siendo el climaterio un fenómeno fisiológico, con frecuencia se presentan alteraciones en su desarrollo que dan lugar a la aparición de síntomas molestos que son motivos de consulta y deben ser correctamente manejados para impedir que se agraven o para evitar que, por error, se establezcan terapias inadecuadas o innecesarias.

Conforme se ha mencionado anteriormente la función de los estrógenos va mucho mas allá de intervenir en los procesos reproductivos y tiene una gran

influencia en el equilibrio homeostático del organismo en su conjunto. Para poder entender lo que produce la falta de estrógenos es necesario recordar brevemente cuales son las acciones normales de estos dentro de la economía, enlistándose brevemente de la siguiente manera:

INFLUENCIA DE LOS ESTROGENOS SOBRE EL METABOLISMO GENERAL.

A) Sobre el metabolismo proteico:

- 1.- Hacen retener nitrógeno.
- 2.- Aumentan la proteína de los huesos.
- 3.- Aumentan la proteína de la dermis.
- 4.- Aumentan la proteína transportadora de corticoides (transcortin).
- 5.- Aumentan la incorporación de "unidades monocarboxilicas" en los aminoácidos.

B) Sobre el metabolismo de los lípidos:

- 1.- Favorecen la producción de grasas neutras.
- 2.- Disminuyen el colesterol circulante.
- 3.- Disminuyen las B - lipoproteínas.
- 4.- Aumentan las lipoproteínas.
- 5.- Retardan la aterosclerosis.
- 6.- Producen distribución "feminoide" de la grasa corporal.

C) Sobre el metabolismo de los carbohidratos:

- 1.- En ratas tienen efecto diabetogénico.
- 2.- En la mujer es dudoso un efecto anti-diabético.
- 3.- Parecen favorecer la tendencia a la cetosis.

D) Sobre el metabolismo del agua y electrolitos:

- 1.- Retienen sodio.
- 2.- Hacen perder potasio.
- 3.- Retienen agua.
- 4.- Retienen calcio.
- 5.- Retienen fósforo.

E) Sobre diversas enzimas y cofactores:

- 1.- Aumentan el monofosfato de adenosina (AMP) y se "activan" los carboxilos de los aminoácidos.
- 2.- Aumentan la actividad de la deshidrogenosa isocítrica.
- 3.- Aumentan la actividad de la deshidrogenosa láctica.
- 4.- Aumentan los requerimientos de AMP y ATP.

INFLUENCIA DE LOS ESTROGENOS EN EL APARATO GENITAL.**A) Sobre ovario:**

- 1.-Aumentan la vascularización.
- 2.-Inhiben la fijación de la gonadotropina luteinizante sobre el folículo.
- 3.-No parecen modificar la función del cuerpo lúteo preformado.

B) Sobre la trompa de Falopio:

C) Hacer crecer el epitelio.

D) Aumentan la secreción de mucina.

E) Causan contracciones rítmicas.

F) Sobre el útero:

- 1.- El estrógeno se concentra en el tejido.
- 2.- Aumenta la inhibición acuosa (¿modificación de membranas?).
- 3.- Aumenta la síntesis de ácido ribonucleico (1 hora después de su inyección)
- 4.- Aumenta la utilización de aminoácidos (alanina, serina, lisina, triptófano).
- 5.- Aumenta la síntesis de ácido desoxirribonucleico (a las 72 horas de su inyección).
- 6.- Aumenta la utilización de oxígeno.
- 7.- Aumenta la utilización de fósforo.
- 8.- Aumenta la reactividad de la oxitocina.
- 9.- Hacen proliferar el endometrio.

G) Sobre el endocervix:

- 1.- Inducen la proliferación del epitelio.
- 2.- El moco cervical se vuelve: abundante, filante, transparente, arborizante.
- 3.- Aumentan la producción del cloruro de sodio.
- 4.- Aumentan el ácido cíalico en el moco.

H) Sobre la vagina:

- 1.- Se concentran en el espesor de la pared.
- 2.- Inducen proliferación del epitelio (12 horas)
- 3.- Inducen la producción de glucógeno.
- 4.- Aumenta la fosfatasa alcalina.
- 5.- Favorecen la queratinización.
- 6.- Son bloqueados localmente por andrógenos y antiestrógenos (¿competencia de sustrato?).

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

I) Sobre la glándula mamaria (en presencia de hipófisis):

- 1.- Desarrollo solo de conductos, en la perra.
- 2.- Desarrollo de conductos y unos cuantos acini, en los roedores y en la mujer.
- 3.- Desarrollo alveolar completo con producción de leche en la cobaya, mona, cabra, vaca y oveja.

**INFLUENCIA DE LOS ESTROGENOS SOBRE LAS GLANDULAS
ENDOCRINAS.**

A) Sobre la hipófisis:

- 1.- Se concentran en las células acidófilas.
- 2.- Pueden producir a largo plazo adenoma cromóforo.
- 3.- Pueden producir adenoma acidófilo.
- 4.- Disminuyen el número de células gonadotrópicas.
- 5.- Hacen bajar la producción de FSH.
- 6.- Hacen aumentar la producción de LH y TSH.
- 7.- Disminuyen la liberación de LTH.
- 8.- Disminuyen la producción de STH.

B) Sobre la glándula tiroides:

- 1.- Producen un discreto grado de hiperplasia.
- 2.- Aumentan el contenido de medio del coloide.
- 3.- Aumentan a captación de I-131.
- 4.- Aumentan el yodo proteico del plasma.
- 5.- No se modifica el metabolismo basal.

C) Sobre la corteza suprarrenal:

- 1.- Hacen aumentar el peso total.
- 2.- Hacen desaparecer la "zona X".
- 3.- Aumentan los "corticoides" plasmáticos.
- 4.- Disminuyen levemente los 17 – cetosteroides urinarios.

CONCEPTO : CANCER DE MAMA

Es una formación exagerada, anormal, progresiva, sin control de las células en el tejido mamario, cuyo crecimiento excede y no esta coordinado con los tejidos normales y persiste igualmente de un modo excesivo después del cese de estímulos que provocan el cambio.

Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad desde la tercera hasta la quinta década de vida y alcanza un segundo máximo a los 65 años, lo que hace pensar que el cáncer de mama en mujeres premenopáusicas puede guardar una cierta relación con la función hormonal ovárica y en las posmenopáusicas con la función suprarrenal.

ETIOLOGIA :

No hay una sola causa específica para el desarrollo del cáncer de mama. Más bien para que ocurra contribuyen una serie de eventos genéticos, hormonales y posiblemente ambientales. Las hormonas esteroides producidas por los ovarios desempeñan una función importante en el cáncer de mama. Se altera el ambiente celular de dos hormonas clave, estradiol y progesterona, lo cual puede afectar los factores de crecimiento de cáncer de mama.

FACTORES DE RIESGO:

- **Historia familiar de Cáncer de mama.** El riesgo se incrementa dos veces si la madre fue afectada por el padecimiento antes de los 60 años; el riesgo se incrementa de cuatro a seis veces si ocurrió en dos familiares en primer grado.
- **Nuliparidad y primer embarazo tardío.** Las mujeres que tuvieron su primer hijo después de los treinta años corren el doble de riesgo de desarrollar cáncer de mama que las que lo tuvieron antes de los 20.
- **Menarquía temprana.** El riesgo de cáncer de mama se incrementa en mujeres cuya menstruación se inició antes de los 12 años.
- **Exposición a radiaciones ionizantes.** Después de la pubertad y antes de los 30 años duplica el riesgo.
- **Menopausia tardía.** La menopausia después de los 50 años incrementa el desarrollo como factor de riesgo de cáncer de mama.
- **Obesidad.** Leve riesgo en mujeres posmenopáusicas
- **Opáusicas.** No obstante las mujeres obesas a quienes se diagnostica la enfermedad presentan una tasa de mortalidad más alta, con mucha frecuencia relacionada con diagnósticos tardíos.
- **Tratamiento de sustitución de hormonas.** Las mujeres de edad que toman complementos de estrógeno durante largo tiempo (de 10 a 15 años) corren un riesgo mayor.
- **Ingestión de alcohol.** El riesgo se incrementa ligeramente en las mujeres que toman aunque sea una copa diaria. El riesgo se duplica si beben tres diariamente.

CUADRO CLÍNICO:

El cáncer de mama casi siempre se desarrolla en el cuadrante superior externo donde hay mayor cantidad de tejido. Es más común en la mama izquierda. En general las lesiones no tienen sensibilidad más que ser dolorosas; están fijas, más que móviles y son duras, con bordes irregulares más suaves y encapsulados. El dolor difuso y la sensibilidad que se presenta durante la menstruación en general se relaciona con enfermedades benignas, aunque un dolor tardío marcado puede tener relación con el cáncer de mama." (WEISS GEOFFEY 1997)

Los síntomas iniciales, en la mayoría de los casos detectados por la propia paciente, son la aparición de un pequeño nódulo indoloro, con engrosamiento o retraimiento cutáneo o piel de naranja y retracción del pezón. A medida que la lesión progresa puede haber dolor, ulceración, secreción por el pezón y aumento de tamaño de los ganglios axilares, además de hoyuelos en la piel sobre una área de la mama, retracción del pezón y eritema.

HISTOPATOLOGÍA:

Se origina la mayoría en el interior del epitelio ductal.

La presencia de anomalías histológicas de los conductos mamarios sugiere la posibilidad de cáncer mamario a través de las siguientes etapas:

- Hiperplasia.
- Metaplasia.
- Displasia.
- Anaplasia.
- Neoplasia no invasora (carcinoma ductal in situ) o (carcinoma intraductual)
- Neoplasia con alto potencial metastásico.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

- 1.- Historia Clínica completa.
- 2.- Aspiración con aguja fina. En general se aplica al detectar una lesión mediante mamografía o palpación. Después de la inyección del anestésico local, se dirige una aguja fina al sitio que se va a usar para muestra, se coloca un aspirador a la jeringa, y se aspira tejido o líquido por la aguja.
- 3.- Biopsias quirúrgicas. Es el procedimiento usual para cualquier masa palpable en la mama. Se extirpa toda la lesión y algo de tejido circundante. En casos de cáncer potencial es necesario manipular adecuadamente la muestra de tejido para valorar con exactitud los receptores de estrógenos y progesterona.
- 4.- Mamografía. Radiografía de los tejidos blandos de la mama que permite la identificación de diversos procesos neoplásicos benignos y malignos.

CLASIFICACIÓN POR ETAPAS DEL CÁNCER DE MAMA:

" El sistema más utilizado en clínica es la clasificación TNM (tumor, nodos, metástasis), que valora el tamaño del tumor, el número de nodos implicados y la prueba de metástasis alejada." (WEISS GEOFFEY 1997)

ESTADIO

SIGNOS CLINICOS Y PATOLOGICOS

- | | |
|---|---|
| O | La lesión es mínima y esta bien localizada, nódulo sin ganglios axilares, sin metástasis. |
| I | Consiste en tumores pequeños, menores de 2 cm, con ganglios linfáticos negativos y metástasis no detectables. |

- II** Consiste en tumores mayores de 2cm pero menores de 5 cm, con ganglios linfáticos negativos o positivos y metástasis no detectables.
- III** III A Tumores mayores de 5 cm, o tumores con nódulos linfáticos axilares agrandados fijos a uno u otro tejido adyacente.
- III** III B Lesiones más avanzadas con nódulos satélites fijación a la piel o pared torácica, ulceración, edema o con afección ganglionar de apariencia clínica supraclavicular o infraclavicular.
- IV** Consiste en tumores de cualquier tamaño con nódulos linfáticos positivos o negativos con metástasis distantes.

TIPOS DE CÁNCER MAMARIO:

A) Intraconductal:

2. Invasivo. Masa solitaria, palpable y dura
3. No invasivo. Puede ser palpable, puede haber supuración del pezón.
4. Inflamatorio. Eritema, sensibilidad, edema localizado y doloroso.

B) Lobular:

1. Invasivo. Bilateral, multicentrico, tiende a diseminarse a hueso y meninges.
2. In situ. Bilateral y multicentrico. no palpable.

ESTADIO 0 (CARCINOMA INTRADUCTAL)

Remover la enfermedad local es el objetivo principal.

Mastectomía radical modificada.

Aquí no se requiere de disección axilar (aún no afecta ganglios linfáticos axilares).

No se usa Quimioterapia (Q.T) coadyuvante (previene recurrencia local y cánceres primarios).

TRATAMIENTO MEDICO

CONSTA DE DOS FASES:

- 1.- Extirpación del tumor primario de ser posible.
- 2.- Erradicar la enfermedad sistémica, por terapia coadyuvante como la:
 - ❖ Quimioterapia.
 - ❖ Radioterapia.
 - ❖ Terapia Hormonal.

CIRUGIA

- ❖ " Se utiliza para los estadios 0, I, II.
- ❖ Más pacientes se curan por este tratamiento.
- ❖ La cirugía que más se práctica es la mastectomía radical modificada.
- ❖ Después la mastectomía radical modificada seguida con radioterapia, para tumores menores de 4 cm. Los índices de recurrencia local son más altos en esta cirugía a menos que se administre Radioterapia local. (BRUNNER 1997)

MASTECTOMÍA RADICAL.

Resección quirúrgica de toda la mama, los músculos pectorales, los ganglios linfáticos axilares y toda la grasa, fascia y tejidos adyacentes. El período postoperatorio es física y emocionalmente doloroso: La mejor manera de preparar a la paciente es dándole antes de la intervención explicaciones realistas. El edema homolateral del brazo es la norma, ya que durante la intervención se resecan todas las estructuras linfáticas axilares que drenan a la linfa de este miembro. Si no se realizan respiraciones profundas y se facilita la tos, es posible que aparezcan atelectasias. La inflamación dolorosa es un signo patológico.

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA.

Intervención quirúrgica en la que se elimina por completo una mama con el pectoral menor subyacente y algunos de los ganglios linfáticos vecinos. No se extirpa el pectoral mayor. La operación se realiza para el tratamiento de neoplasias malignas precoces y bien localizadas de la mama.

MASTECTOMÍA SIMPLE.

Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación completa de mama, dejando intactos los músculos subyacentes y los ganglios linfáticos adyacentes. Este procedimiento puede realizarse para extirpar pequeñas neoplasias malignas de la mama o como medida paliativa para eliminar un carcinoma ulcerado avanzado.

MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA.

Intervención quirúrgica que, consiste en la extirpación de todo el tejido mamario dejando intactos la piel, la areola y pezón. Tampoco se extirpan los ganglios linfáticos adyacentes ni los músculos pectoral mayor, pectoral menor. Tras la operación se realiza una reconstrucción mamaria con la colaboración de un cirujano plástico mediante la introducción de una prótesis para restablecer el contorno normal de las mamas. (BRUNNER 1997)

RADIOTERAPIA:

Su función es:

⇒ La erradicación de la micro metástasis de la mama y se usa en:

- Tratamiento del tejido mamario metastásico.
- Controla recurrencias locales.
- Lesiones óseas dolorosas.
- Lesiones estructurales riesgosas.

QUIMIOTERAPIA

El cáncer de mama responde favorablemente a este tratamiento, se utiliza para:

- Erradicación de enfermedad micrometastásica.
- Enfermedad metastásica.
- Intenta demorar la progresión del cáncer y aquí se utilizan dosis altísimas.
- No tiene potencial curativo para una recurrencia sistémica.

Agentes citotóxicos mas frecuentemente usados por presentar mejores resultados:

- Ciclofosfamida.
- Methrotexate.
- 5 Flúor acilo.
- Fenilanaína.
- Adriamicina.
- Vincristina.
- Prednisona.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

- Neutropenia.
- Náuseas y Vómito.
- Alopecia.
- Mucositis.
- Dermatitis.
- Fatiga.
- Aumento de peso.
- Depresión de la médula.

TERAPIA HORMONAL

Utilizada para las mujeres que tienen tumores primarios positivos en Receptores de Estrógeno y Receptores de Progesterona.

- 1.- Tamoxifén.** (10mg. 2 veces al día). Está indicado en pacientes Premenopáusicas de alto riesgo después de la Quimioterapia adyuvante. En pacientes posmenopáusicas con receptores de estrógeno positivos y ganglios axilares positivos.
- 2.- Megestrol.** Sus posibles efectos colaterales son aumento del apetito y ganancia ponderal.
- 3.- Dietilestilbestrol.** Suprime la liberación de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante, por tanto disminuye la producción ovárica de estrógeno y enlaces de estrógeno; sus efectos colaterales son: aumento ponderal, retención de líquidos y náuseas.

4.- Aminoglutetimida. Este fármaco inhibe la aromatasas, que es la enzima responsable de convertir los andrógenos en estrógenos. Entre sus efectos colaterales se encuentra la irritación. Como suele suprimirse la función suprarrenal, se vigila a la pacientes para detectar signos de hipofunción corticosuprarenal; para prevenir los efectos indeseables de está se administra hidrocortisona.

Cuándo existen receptores estrogénicos en los tumores de mama están indicados la extirpación ovárica, la adrenalectomía o hipofisectomía, a fin de reducir el nivel endógeno de hormonas estrogénicas.

COMPLICACIONES: METASTASIS

Metástasis : El carcinoma que se inicia dentro de un conducto e invade el tejido linfático circundante rápidamente afecta un vaso linfático. Esto ocurre primordialmente debido a la estrecha posición periductal de los linfáticos, la propagación a través de la mama puede ocurrir por:

- 1.- Extensión intraductal.
- 2.- Extensión directa dentro del tejido mamario.
- 3.- Extensión y embolización dentro de los linfáticos periductales intramamarios.

Se supone que la propagación a través de los linfáticos ocurre localmente en la mama y drena a los linfáticos axilares simultáneamente con otras rutas de metástasis. La afección ganglionar por tumores localizados en los cuadrantes internos de la glándula incluye comúnmente a los ganglios mediastinales, los ganglios rotter entre los músculos pectorales, o la cadena mamaria interna. Los

tumores de la mama en los cuadrantes externos pueden afectar la cadena axilar. es factible que émbolos de células malignas logren pasar la cadena axilar y den primero metástasis a los ganglios linfáticos infraclaviculares o supraclaviculares. Los sitios restantes de metástasis y su respectiva frecuencia son los siguientes:

- Esqueleto, vértebras, costillas, huesos pélvicos y craneales 70%.
- Pulmón 66%.
- Hígado 61%.
- Piel 34%.
- Sistema nervioso central 25%.
- Riñones 13%.
- Tiroides 20%.
- Esófago, estómago e intestino 16%.

Las células tumorales llegan al hueso a través del sistema de las venas vertebrales y por lo tanto pueden presentarse sin metástasis pulmonares. Una vez que las células tumorales entran al pulmón, puede establecerse metástasis al hígado y cerebro a través del sistema arterial.

Cuando el cáncer afecta pulmón, hueso o hígado, aumenta la posibilidad de que también se encuentre invadidos sitios más bajos.

ALTERACIONES PSICOSOCIALES. El impacto psicológico de un diagnóstico de cáncer tiene un profundo efecto sobre cualquier paciente. La respuesta puede ir desde una leve **ansiedad** hasta una profunda **depresión y suicidio**, el grado de respuesta tiende a correlacionarse con los sentimientos de identificación con el área enferma o la cantidad de pérdida de la función impuesta por la enfermedad o sus tratamientos.

INTENTO DE SUICIDIO : " Schneidman y Farberow clasifican a quienes se suicidan en 4 grupos principales: aquellos cuyas creencias los inducen a

considerar al suicidio como una transición hacia una mejor vida o como una forma de salvar la reputación (ejemplo, el hara-Kiri); aquellos que están ancianos, desolados o con dolor físico, que consideran al suicidio como una liberación; los que están psicóticos y que se suicidan en respuesta a alucinaciones o ideas delirantes y aquellos que se suicidan por despecho con la creencia de que la gente se afligirá y que ellos mismos en algún modo se encontrarán todavía por ahí para atestiguar su aflicción." (**SALOMON P 1996**)

LA ANSIEDAD : " La ansiedad es normal y acompaña la vida como un impulso, como una motivación que activa al individuo, más allá de estas situaciones la ansiedad puede ser continua y excesiva e interferir en el ritmo del comportamiento y puede recibir el término experiencial de conducta ansiosa. Existe un alarmogeno en el organismo pero objetivamente no se reconoce. "La ansiedad es la reacción emocional frente aun estímulo indefinido inespecifico con manifestaciones fisiológicas del Sistema Nervioso autónomo, sudoración, aumento de la presión arterial, temblores, la mayoría de los pacientes hospitalizados presentan estas reacciones: pensamientos, sentimientos, nerviosismo, incapacidad para concentrarse y desamparo." (**MARTINEZ RUIZ 1998**)

DEPRESIÓN : " La persona deprimida tiene un inicio paulatino, hay pérdida de intereses, no hay alegría, su estado de ánimo está muy deprimido, su llanto es fácil, tiene una conducta antisocial, cursa con disminución o aumento del apetito, sufre alteraciones en el sueño, también cursan con perdida persistente del interés sexual, pérdida de energía, fatiga, ansiedad, inquietud, entre otros. Estas alteraciones son comunes en hijos de padres deprimidos, la atención de estos hacia sus hijos y su incidencia es más en mujeres que en hombres, en la prepubertad es más común en niños, y después de la pubertad es más común en niñas; en ancianos es común a los 65 años y el estado civil también influye ya que en mujeres separadas, divorciadas o viudas es mayor el riesgo, que en hombres que nunca se han casado, divorciados o viudos y el grupo demás susceptibles son las mujeres solteras y hombres casados " (**SALOMON P. 1996**)