



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS
TEMPRANAS QUE ACUDEN A GRUPOS DE APOYO: DESARROLLO DE
RESILIENCIA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A
ARACELI LARA ZENDEJAS

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. YOLANDA BERNAL ALVAREZ**

COMITÉ DE TESINA
MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS
MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ
LIC. MARÍA GUADALUPE OSORIO ÁLVAREZ
MTRO. RODOLFO ESPARZA MÁRQUEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Agosto, 2016



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.

DEDICATORIA

A Dios, gracias por darme salud para lograr mis objetivos, por su infinita bondad y amor.

A mi madre Josefina, por tu motivación en todo momento y por tu valentía para enfrentar la vida, gracias por todo tu amor.

A mi padre Adolfo (QEPD), por su bondad, alegría, amor al trabajo. Te recuerdo con mucho cariño.

A mi esposo David, gracias por tu apoyo; sin ti nada sería posible.

A mi hija Jose, gracias por tu valiosa ayuda, eres el motor de mi vida.

A mis hermanos, Isabel, Eduardo, Olga, Hugo, Enrique y Alejandro. Gracias por su apoyo, los quiero mucho.

A mis sobrinos, Mariana, Lilian, Daniel, David, Marco Antonio, Janis, Paulina y Astrid, les deseo mucho éxito

A mis maestros, Mtra. Yolanda Bernal Álvarez, por su apoyo y motivación para la culminación de mi trabajo, al Mtro. Rodolfo Esparza Márquez, a la Mtra. Margarita Molina Avilés, al Mtro. Jorge Álvarez Martínez y a la Lic. Guadalupe Osorio Álvarez, por el apoyo ofrecido en revisión de la tesina.

A la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, gracias por todos sus consejos, a la Dra. Corina Cuevas Renaud, gracias por su confianza, nos vimos poco tiempo, fue un valioso aprendizaje.

A mis amigas. Luz Ma. Ortiz Retana, gracias por tu cariño, paciencia, consejos, ayuda, eres una bella persona. A Rosa Ma. González Maravilla, eres como tu segundo apellido.

A mis tíos que se adelantaron en el camino, Arturo, Guadalupe, Teresa y Mario les voy a extrañar.

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	4
<i>ABSTRACT</i>	5
<i>INTRODUCCIÓN</i>	6
<i>CAPITULO 1. LA ENFERMEDAD DEL CANCER</i>	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Definición	13
1.3 Cáncer de mama en México	14
1.3 Autoexploración	15
1.5 Mastografía	16
1.6 Ultrasonido.....	18
1.7 Cáncer de mama en etapas tempranas	19
1.8 Tumores benignos y malignos.	22
1.9 Efectos Psicosociales.	22
1.10 Efectos Familiares.....	26
<i>CAPÍTULO 2 TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA</i>	32
2.1 Anatomía.....	32
2.2 Cirugía.....	34
2.3 Radioterapia.....	39
2.4 La quimioterapia.....	39
2.5 Hormonoterapia.	40
2.6 Vigilancia.....	41

2.7	Cómo se desarrolla y extiende el cáncer.	44
2.8	Alto riesgo para padecer cáncer de mama.....	46
2.9	Gen BRCA 1 BRCA 2 (Breast Cancer gene 1 y 2).....	47
2.10	HER2/neu: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano.....	48
<i>CAPÍTULO 3 CARACTERÍSTICAS DE RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....</i>		<i>49</i>
3.1	Antecedentes.	49
3.2	Definición de Resiliencia.	50
3.3	Estilos de Afrontamiento.	51
3.4	El Equilibrio.	57
3.5	La flexibilidad.	58
3.6	Creatividad.	59
3.7	Sentido del Humor	59
3.8	Espiritualidad.....	60
3.9	Valentía.....	60
3.10	Paciencia.....	61
<i>CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCION.....</i>		<i>64</i>
4.1	Introducción.....	64
4.2	Objetivo General	65
4.3	Objetivos Específicos.....	65
4.4	Población y Participantes.....	66
4.5	Escenario	66
4.6	Manual De Actividades	67

4.6.1 Sesión 1	67
4.6.2 Sesión 2	70
4.6.3. Sesión 3	73
4.6.4 Sesión 4	75
4.6.5 Sesión 5	77
4.7. Cartas Descriptivas	81
4.8. Grupo De Ayuda Mutua.....	88
<i>ALCANCES Y LIMITACIONES</i>	96
<i>REFERENCIAS</i>	98
<i>Anexo 1</i>	4
<i>Anexo 2</i>	17

RESUMEN

En la presente tesina, se realiza una revisión de antecedentes, definición, diagnóstico, tratamiento, así como estilos de afrontamiento para lograr el proceso de adaptación de la persona que ha sido diagnosticada con cáncer de mama. El proceso de resiliencia en la cual después de una etapa de intenso sufrimiento, la paciente que sobrevive a la enfermedad, reflexiona acerca de los desafíos médicos que ha logrado vencer y desarrolla una nueva identidad para la reintegración a la nueva situación de vida.

En el tratamiento para el cáncer de mama, se hace necesaria la contención de la paciente, en el entendimiento de que no es un receptor pasivo, es activa en su tratamiento y para afrontar la enfermedad es necesario el conocimiento de las diferentes etapas y procedimientos a los que es sometida, con ayuda de Grupos de Ayuda Mutua, familiares, amigos y personal de salud de las instituciones en las cuales es atendida para lograr el restablecimiento de su salud.

Los problemas que se presentan en México con la enfermedad, es que el 70% de las mujeres llega en etapas avanzadas, siendo este un cáncer de mama metastásico el cual es incurable, según el Instituto Nacional de Cancerología (2015), es la primera causa de muerte por este tipo de tumor maligno. Las causas son: falla en diagnóstico precoz, desconocimiento de los profesionales de la salud de primer contacto de las manifestaciones de la enfermedad y de las pautas para su diagnóstico, falta de profesionales de alta especialidad, (Unger, 2014).

El cáncer de mama, es curable cuando es detectado de manera oportuna, es indispensable realizar campañas de prevención primaria, que incluye la información, orientación y educación a la mujer, de manera que esta enfermedad sea detectada en una etapa inicial y que la paciente participe activamente para obtener el tratamiento que la va a llevar a la remisión del cáncer de mama.

Palabras clave: cáncer de mama, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, contención, resiliencia, grupos de ayuda mutua

ABSTRACT

In this thesis is presented the background, definition, diagnosis, treatment and coping styles that help to achieve de adaptation process of the person who has been diagnosed with breast cancer. The resilience process in which after a period of intense suffering, the patient survives the disease, reflects on the medical challenges that the patient has overcome and develops a new identity for the reintegration into the new life situation.

In the breast cancer treatment is needed the containment of the patient, with the knowledge that she isn't a passive receptor, she is active in her treatment, and to cope with the disease, it becomes necessary to have the knowledge about the various steps and procedures in which the patient will be involved, with the help of Mutual-Help Groups, family, friends, and health professionals of the institutions in charge of the treatment, to achieve the health restoration

The problems encountered in Mexico with the disease, is that 70% of women arrive in advanced stages, this being a metastatic breast cancer, which is incurable. According to the Instituto Nacional de Cancerología (2015), it is the leading cause of death by this type of malignant tumor. The causes are: Failure in early diagnosis, lack of knowledge from the first contact health professionals of the disease symptoms and guidelines for diagnosis and lack of highly specialized professionals (Unger, 2014).

Breast cancer is curable when detected in a timely manner, it is essential to campaign for primary prevention, including information, counseling and education for the women, so that the disease is detected at an early stage and that the patient participates actively to get the treatment that will lead to the breast cancer remission.

Keywords: breast cancer, early detection, diagnosis, treatment, containment, resilience, mutual-help groups

INTRODUCCIÓN

Cuando a alguna persona se le diagnostica cáncer, su vida se detiene, cambia abruptamente. Hay un cúmulo de emociones y sentimientos del cual se tiene que sobreponer para tomar decisiones, acudir a citas médicas, pruebas clínicas, etc., con el fin de actuar con rapidez e iniciar el tratamiento.

El Cáncer es un término que agrupa las enfermedades en que las células que conforman los órganos del cuerpo se tornan anormales y se reproducen sin control, pudiendo invadir otros tejidos cercanos o desarrollar metástasis.

En México según el INEGI (2012), el número de muertes causadas por tumores malignos fue de 36,126 hombres y 37,113 mujeres. El cáncer es la tercera causa de muerte, ocupando el primer lugar las enfermedades del corazón, seguidas por la diabetes mellitus.

La Secretaría de Salud indica que la detección oportuna, un diagnóstico adecuado y el tratamiento eficiente de los tumores malignos, se ubican dentro de los primeros problemas que enfrenta el sistema de salud en el país.

Según el INEGI (2006), de cada 100 egresos hospitalarios femeninos por tumores malignos, 20 son de mama, 13 del cuello del útero, 12 de leucemia y 7 de ovario. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), considera que el cáncer de Mama se ha convertido en la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina de 25 años o más en nuestro país.

El cáncer de mama es un problema de salud prioritario debido a que se ha visto un incremento en el número de casos en México. Es curable y su tratamiento, es menos agresivo si se atiende oportunamente.

La edad representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer, a mayor edad, mayor riesgo; Las mujeres de entre 40 y 69 años deben de realizarse el examen de mastografía cada dos años para asegurarse de que no

hay ningún problema. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva CNEGSR (2010) considera que:

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama son:

1. Mujer mayor de 40 años
2. Historia personal o familiar de cáncer de mama
3. Nuligesta
4. Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
5. Antecedentes de patología mamaria benigna.
6. Vida menstrual de más de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
7. Obesidad

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2006), informa de la probabilidad de curación según la etapa en la que se encuentra el cáncer.

Etapa	Probabilidad de Curación
0	95%
I	88%
II	66%
III	36%
IV	7%

El diagnóstico del cáncer de mama es realizado, a grandes rasgos, mediante una biopsia; si el tejido es maligno, se procede al retiro de la mama, o cirugía conservadora, o, quitar parte de la mama y quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal, según lo indique el médico tratante.

En el curso de la enfermedad se presentan cambios fisiológicos tales que impactan en la feminidad de la paciente, a lo largo del tratamiento, que puede durar años, hay cambios indeseables y molestos. Se presenta depresión y ansiedad ya que ningún tratamiento es garantía de que el cáncer ha desaparecido. Después de que la paciente sea dada de alta, deberá estar en vigilancia durante cinco años.

Los hombres, aunque en una menor cantidad, también padecen cáncer de mama y en el año de 2015, ocurrió la primera muerte de cáncer de mama en un hombre. En la mujer embarazada el cáncer de mama tiene un tratamiento especial.

Los aspectos psicológicos del diagnóstico de cáncer de mama, son angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación; es necesario que la paciente los exprese y reciba labor de contención, para continuar con el tratamiento.

Existen grupos de apoyo que facilitan la adaptación a la situación que se presenta. Los grupos están compuestos por voluntarias, en el caso de cáncer de mama las mujeres son sobrevivientes de la enfermedad. Su reunión es periódica, en ocasiones, bajo la supervisión de un profesional. Barrón (1996). Se reúnen para compartir experiencias, estrategias, habilidades de afrontamiento, identificar recursos para la retroalimentación, etcétera.

El grupo funciona hasta que los miembros afrontan la realidad, se forma una energía positiva que ayuda a la recuperación del paciente. El grupo está generalmente respaldado por una Institución y un profesionalista.

La resiliencia es la habilidad de un individuo para recuperar el nivel de funcionamiento antes de que una adversidad se presentara. También se habla de resiliencia cuando pasando el evento adverso, la persona presenta mínimas reacciones psicológicas que resulten insanas.

En el cáncer de mama es fundamental que la enfermedad no se disemine, por lo que es necesario hacer énfasis en que, si se detecta cualquier anomalía, por pequeña que parezca, se debe acudir de inmediato al médico.

La familia del paciente también sufre, la enfermedad representa un gran desgaste físico, emocional y de recursos económicos. El cuidado que la paciente requiere cambia totalmente la dinámica familiar, dejando de lado el estilo de vida previo.

Los estilos de afrontamiento representan una predisposición general que las personas tienen para manejar eventos estresantes, de acuerdo a sus rasgos de personalidad. Algunas deciden hablar de la enfermedad mientras que otras reservan sus problemas para sí mismas.

Se estudiarán los estilos de afrontamiento existentes para que las pacientes lleven a cabo su tratamiento.

Objetivo General: El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte de mujeres en México, si es detectado en etapas tempranas es curable, pero desafortunadamente en nuestro país, la mayoría de las muertes son debidas a que es detectado en etapas avanzadas, dicha detección tardía es causada por la dificultad de acceso a los servicios de salud y falta general de información a la población femenina, así como un desconocimiento de la enfermedad de algunos médicos.

En la Psicología, como en gran parte de las ciencias de la salud, existe un gran interés para la detección oportuna del cáncer de mama; así como la contención para las mujeres que ya lo padecen. Para lograr el objetivo en el capítulo Uno, se revisarán los tópicos referentes a las características del cáncer, antecedentes, su prevalencia en México. La triada autoexploración, mastografía y ultrasonido; definición del cáncer de mama en etapas tempranas, Identificación de los tumores malignos y tumores benignos, y finalmente, efectos psicosociales y familiares del cáncer de mama.

La descripción de los distintos tratamientos se realizará, en el capítulo II, finalmente en el capítulo III, se explicarán las características de la resiliencia y los estilos de afrontamiento. En el capítulo IV, se presenta la propuesta de intervención, en la enfermedad del cáncer de mama.

CAPITULO 1. LA ENFERMEDAD DEL CANCER

*El cáncer aparece, “como el emperador de todos los males,
el rey de los terrores”*

Siddhartha Mukherjee (2014) El Emperador de todos los males.

1.1 Antecedentes

Adentrándonos un poco en la historia, según relata en su libro Mukherjee, (2014); Hipócrates en la época 400 a. C., le dio nombre a esta enfermedad, la llamó Cáncer, *karkinos* “cangrejo” en griego. Hipócrates imaginaba a un tumor con el racimo de vasos sanguíneos inflamados en su entorno y le parecía un cangrejo enterrado en la arena con las patas extendidas en círculo. Tiempo después, médicos y demás personas hicieron una analogía, el tumor parecía una superficie dura y apelmazada como el cuerpo del cangrejo, se movía por debajo de la carne y la repentina punzada de dolor era como quedar atrapado en las pinzas del cangrejo.

El cáncer que describe Hipócrates no se parece al que existe actualmente ya que él incluía todas las formas de hinchazón, nódulos, forúnculos, pólipos, protusiones, tubérculos, pústulas y ganglios, tumores malignos y benignos.

En la época de los griegos no existían los microscopios, por lo que no conocían las células, y no sabían que el cáncer era un crecimiento sin control de las células.

Hipócrates decía que el cuerpo estaba compuesto de cuatro fluidos básicos llamados humores, éstos son: Sangre, color rojo, bilis negra, bilis amarilla, y flema, de color blanco, En un cuerpo normal los cuatro fluidos se encuentran en equilibrio, el exceso de alguno perturba a los demás.

Claudio Galeno, médico griego 160 d.C. retomó la teoría de Hipócrates clasificando todas las enfermedades en función del desequilibrio de los fluidos, la inflamación se atribuía a una abundancia de sangre, los tubérculos, las pústulas, el catarro y los nódulos linfáticos, eran exceso de flema. La ictericia abundancia de bilis amarilla, el cáncer era la bilis negra, untuosa y viscosa.

La bilis negra era melancolía, su origen proviene de las palabras griegas *melas*, “negro” y *khole*, “bilis”. Galeno sostenía que lo mejor era no tratar el cáncer quirúrgicamente ya que así se preservaría la vida del paciente y al ser extirpado éste surgiría nuevamente.

La historia del descubrimiento del cáncer de mama, se remonta al siglo 2625 a.C., se le atribuye a un gran médico egipcio llamado Imhotep. El describe en papiros 48 casos médicos con un lenguaje científico, en un papiro aparece descrito el cáncer de mama como “masas abultadas en el pecho”, éstas se habían diseminado por debajo de la piel, en cada caso el médico da una cura, sin embargo, en este caso indica que no existe ninguna.

Heródoto 440 a.C., relata la historia de la reina de Persia Atosa, la cual tenía un bulto en el pecho que sangraba, ella lo envolvió en una sábana y se encerró en sus habitaciones, hasta que uno de sus esclavos, Democedes le cortó el seno y la reina vivió, no se sabe el tiempo que sobrevivió a la enfermedad.

En México (Viesca) 2006, relata en su artículo El cáncer en la medicina Novohispana a fines del siglo XVI, que existían pocos médicos que trataban esa enfermedad, uno de ellos Farfán, publicó su libro Tratado Breve de Medicinas y de Todas las Enfermedades (1592), observó que el cáncer en los pechos de los hombres era extremadamente raro y que era visto frecuentemente en doncellas añosas y aquellas que habían tenido alteraciones menstruales; de las que generalmente decía “las que les baja mal la regla”. El médico menciona en la historia natural de los tumores que inician como una lenteja, son indoloros, van creciendo, la mama se pone dura y su tratamiento por consiguiente se hace difícil, el pezón se retrae y el pecho toma un color amoratado.

Para Farfán, igual que para López Hinojosa, los médicos que operaban los tumores tenían que tener “manos liberales” y saber tomar las pinzas para “sacar entero” el tumor. Antes de la operación se purgaba a la paciente dos veces, una cada día, además que se le pedía “que se confiase y haga lo demás que a su alma conviene”. La técnica, decía Farfán, era acostar a la enferma de espaldas sobre una mesa. Con una frazada doblada bajo ella y con la cabeza sobre una almohada baja, con poca lana. Cuatro hombres la sujetarán con fuerza, uno para cada uno de los brazos y las piernas, el médico deberá tomar el cáncer con la mano izquierda y abrir con la mano derecha, una vez descubierto el tumor, deberá separarlo de los tejidos adyacentes, para Farfán lo importante era “sacar el tumor entero”, esta cirugía quirúrgica se hacía en México a finales del siglo XVI.

Para concluir en el siglo XVI, los médicos mexicanos y criollos incorporaron al tratamiento del cáncer plantas medicinales, las cuales contaban con excelente reputación.

1.2 Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como la condición de todo ser vivo que goza de absoluto bienestar físico, mental y social. Por el contrario, enfermedad se refiere al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando aparece una afección que altera su bienestar.

El cáncer es un grupo de células, por lo general derivadas de una sola célula, que han perdido sus mecanismos normales de control, produciéndose un crecimiento descontrolado. Las células cancerosas pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido en cualquier órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido enfermo llamada tumor, que invade y destruye tejidos normales adyacentes. El tumor puede ser canceroso o no canceroso. Las células del tumor primario inicial pueden extenderse o hacer metástasis por todo el cuerpo.

El tejido canceroso establece competencia con los tejidos normales por los elementos nutritivos, las células cancerosas siguen proliferando conforme pasa el tiempo, por lo que pronto necesitan prácticamente todos los productos nutritivos disponibles en el cuerpo y como consecuencia, los tejidos normales sufren gradualmente de muerte por desnutrición.

1.3 Cáncer de mama en México

En el Consenso Mexicano Sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario (2015), indica que el riesgo de padecer cáncer es superior en países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir por dicha enfermedad es mayor en los que habitan en países pobres, por no tener servicios de salud.

En México fue llevado a cabo un estudio en diversas instituciones de Salud en el 2010 y el principal problema es el diagnóstico tardío, relacionado con la ausencia de servicios especializados dedicados a la evaluación diagnóstica, es decir, las mujeres presentan síntomas clínicos o imágenes anormales en la mastografía y no existe quien atienda este diagnóstico temprano, por tal motivo mueren las mujeres.

El cáncer de mama ocupa el primer lugar de muerte por tumores malignos. En México a partir de 2006 la tasa de mortalidad es de 18.7 por 100 mil mujeres de 25 años y más, existió un incremento del 49.5% en las últimas 2 décadas.

En un último informe de Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), 2003 se registran 13,648 nuevos casos y se reportaron 5142 casos por muertes de cáncer de mama en México.

Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública y es necesario implementar programas efectivos tanto para su detección como para su tratamiento.

1.3 Autoexploración

El Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratado de cáncer mamario (2015), recomienda lo siguiente:

- Autoexamen mamario mensual a partir de los 18 años 7 días (después de terminada la menstruación).
- Examen clínico mamario anual a partir de los 25 años.
- Mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los 40 años
- El Ultrasonido mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de 35 años con patología mamaria.

La Fundación para el cáncer de mama, FUCAM (2015), recomienda

- Observa bien tus mamas, frente al espejo y busca posibles alteraciones de color forma o textura que creas que son anormales.
- Durante la ducha levanta un brazo y sigue revisándote, presionándote la mama con las yemas de los dedos, recuerda hacerlo en movimientos circulares y con diferentes presiones empezando de abajo hacia arriba.
- Luego presiona el pezón entre los dedos y observa si existe alguna secreción.
- Recostada con un brazo levantado, explora también las axilas, revisando que en esta zona no haya bultos, asegúrate de hacerlo para ambas mamas y es mejor si lo haces una vez por mes.

1.5 Mastografía

Hartmann y Loprinzi (2010), mencionan que la mastografía se realiza para llevar a cabo un escrutinio o bien para lograr hacer un diagnóstico si se sospecha de la presencia de cáncer de mama. La mastografía de escrutinio es aquella en la que se buscan masas sospechosas o cambios en el tejido mamario en personas sin signos ni síntomas de cáncer de mama; a la primera mastografía de escrutinio se le llama basal. Los médicos radiólogos son los especialistas en realizar e interpretar estos estudios y los compararán con futuros estudios.

Una mastografía diagnóstica, es aquella utilizada para evaluar los signos y síntomas del cáncer de mama, localizar con precisión o evaluar una anomalía visible y para un seguimiento en pacientes que han tenido cáncer de mama previo.

Se complementa este estudio con el ultrasonido de la mama, en él se evalúa con profundidad algún hallazgo sospechoso. El ultrasonido es menos invasivo que una biopsia. El reporte de la mastografía se concluye con el reporte de *BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)* Sistema de Datos y Elaboración de Informes de Imágenes de Mama.

Los inconvenientes que presenta la mastografía son:

1. Falsos negativos: Término utilizado para el resultado de una prueba que se reporta como normal cuando existe cáncer. Los falsos negativos se reportan en mujeres jóvenes debido a una mayor densidad en sus glándulas mamarias.
2. Falsos positivos. Es un resultado que reporta la presencia de cáncer cuando en realidad no existe. Los falsos positivos se dan en mujeres jóvenes a las que se les realizaron biopsias previas, a las que tienen familiares con cáncer de mama y pacientes que toman estrógenos.

Según Hartmann y Loprinzi (2005), la mastografía detecta tumores de 5 a 10 milímetros y algunos tan pequeños como 1 mm. pero ciertos tipos de cánceres

crecen muy rápidamente y se expanden a otras partes del cuerpo entre una mastografía y otra. La tabla 1 indica la clasificación BIRADS de una mastografía.

Tabla 1. Clasificación BIRADS

Categoría		Recomendaciones
0	Insuficiente para un diagnóstico 13% sospecha de malignidad.	Se requieren imágenes radiológicas adicionales como RM.
1	Negativo Ningún hallazgo que reportar.	Mastografía anual a partir de los 40 años.
2	Hallazgos benignos	Mastografía anual a mujeres a partir de los 40 años.
3	Hallazgos probablemente benignos, Menos de 2% de probable malignidad.	Requiere seguimiento cada seis meses, del lado dudoso, por 2 o 3 años.
4	Hallazgos de sospecha de malignidad	Requiere Biopsia
5	Clásicamente maligno	Requiere Biopsia
6	Con diagnóstico histológico de malignidad	En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta al tratamiento.

1.6 Ultrasonido.

Es un complemento que se utiliza conjuntamente con la mastografía para detectar lesiones en la mama.

Existen otras pruebas como la resonancia magnética, que se usa para valorar lesiones sospechosas que hay en la mastografía o determinar la diseminación del cáncer.

Indica Randolph (2000), las razones por las cuales las mujeres no se realizan una mastografía de tamizaje:

- El médico no ofrece la recomendación, porque como no hay síntomas, no hay la necesidad de pruebas.
- Falta de conciencia acerca de la mamografía anual y el examen clínico.
- Falta de seguro de salud.
- Miedo a la exposición de la radiación.
- Miedo a la detección del cáncer.
- Miedo al dolor asociado con el procedimiento de la mastografía.
- Poca cultura, para la prevención de las enfermedades.
- Falta de apoyo social para la prueba de tamizaje.
- Inconvenientes asociados con las responsabilidades de las mujeres, trabajo, cuidado de los hijos, cuidado y labores del hogar.

Cuando se sospecha de hallazgos malignos, se procede a hacer una biopsia, la cual, de acuerdo con Macarulla, Ramos y Tabernerero (2009), es el procedimiento de extracción de una muestra de tejido, para examinarla al microscopio, además existen diversos tipos de biopsias:

- Biopsia Excisional. Es la extirpación completa de un órgano o un tumor durante la cirugía.

- Biopsia Incisional. Es la extirpación de un trozo de tejido, masa o tumor, la desventaja, dado que la extirpación es incompleta, es que deben ser realizados otros tratamientos como quimioterapia, radioterapia, cirugía.
- Biopsia Estereotáxica. Es la obtención de biopsias guiadas por pruebas de imagen que indican las coordenadas del espacio donde se encuentra la lesión.
- Biopsia por aspiración, es la aspiración por medio de aguja fina.
- Biopsia con aguja de corte y corte aspiración. Es el método para lesiones no palpables, se realiza bajo anestesia local, su principal aplicación es la biopsia de calcificaciones.
- Biopsia de nódulo centinela, se inyecta una tinta o una solución radioactiva dentro del área del tumor primario para determinar cuál de ellos es el primero en recibir el drenaje del área del cáncer (nódulo centinela). Estos nódulos son examinados en busca de células cancerosas.

El patólogo es el profesionalista que se encarga de dar un informe detallado de la muestra, sitio de donde se tomó, descripción, aspecto, tamaño, consistencia y enumerará detalles en caso de que se encuentre cáncer, dichos detalles ayudarán al médico en la decisión del tratamiento a seguir.

1.7 Cáncer de mama en etapas tempranas

Después de completada la biopsia, el método utilizado para determinar las etapas del cáncer es el llamado TNM, creado por el *American Joint Committee on Cancer*.

Este sistema tiene tres componentes

- T (tumor) Cuál es el tamaño del tumor, si se ha diseminado a la piel o a los músculos de la pared torácica.
- N (Nódulos) Si se han diseminado a nódulos linfáticos.
- M (metástasis) Si se ha diseminado el cáncer a otras áreas distantes del cuerpo.

Una vez que se hace la clasificación TNM, se determina la etapa del cáncer con un número romano.

- Estadio 0
Cáncer de mama muy temprano (*in situ*), no se ha diseminado dentro de la mama ni a otras partes del cuerpo.
- Estadio I
Esta etapa se refiere a un cáncer de mama que tiene 2 cm o menos de diámetro, sin invasión a ganglios linfáticos.
- Estadio II, subdividido en II A y II B.
Es un cáncer de 5cm o menos que se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- Estadio III
Los cánceres de mama se subdividen en tres clasificaciones III A, III B y III C, esta clasificación tiene varios criterios y no existe evidencia de haberse diseminado (metástasis), a sitios distintos.
- Estadio IV
El cáncer se ha propagado a varias partes del cuerpo como hígado, huesos, pulmones o cerebro.

Hartmann y Loprinzi (2010) consideran que el cáncer puede ser invasivo (infiltrante), o no invasivo (*in situ*), El cáncer invasivo se disemina más allá del conducto del lóbulo de la mama, de ahí es capaz de viajar y hacer metástasis a otras partes del cuerpo. El cáncer no invasivo se queda en el sitio, aunque puede transformarse en invasivo. El pronóstico para el cáncer *in situ* es mejor que para el invasivo. Si el cáncer hace metástasis en pulmones, hígado, huesos o cerebro se

le llamará cáncer de mama con metástasis al órgano que afectó, ya que las células cancerosas son originarias de la mama.

Flores (2011) hace mención de algunos tipos de cáncer de mama.

- Carcinoma ductal invasor (CDI). Este cáncer se inicia en un conducto, rompe la pared del conducto e invade el tejido conectivo o graso de la mama, puede tener acceso a vasos sanguíneos e invadir otras partes del cuerpo.,
- Carcinoma lobular invasor (CLI). Inicia en las glándulas productoras de leche (lobulillos), pasa al tejido conectivo o graso de la mama y puede diseminarse a otras partes del cuerpo.
- Carcinoma ductal *in situ* (CDIS). En este caso las células anormales no se han esparcido, pero las células malignas deben retirarse porque se puede hacer invasivo.
- Carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS). Esta enfermedad no se considera en realidad un cáncer porque las células no se han desarrollado más allá de los lobulillos, pero puede volverse un cáncer de mama invasor y debe vigilarse estrechamente.
- Cáncer de mama inflamatorio. El cáncer se ha diseminado al tejido conectivo fibroso dentro de la mama y a los vasos linfáticos localizados en la piel. Sus síntomas incluyen coloración roja, morada, rosa o moretones en el seno, inflamación que hace que el seno se sienta y se vea más grande, una sensación caliente en la mama, comezón, textura de la piel agrietada o con hoyuelos, semejante a la piel de naranja, inflamación de los nódulos linfáticos en uno o más de los siguientes sitios: Axilas, arriba o por debajo de la clavícula.
- Carcinoma papilar. Este cáncer se detecta en mujeres ancianas que han tenido antecedentes de una lesión o nódulo que permanece sin modificación durante hasta 20 años. Tiene una baja tendencia de producir metástasis.

- Carcinoma mucinoso. Compuesto por acumulaciones de moco entre las que “flotan” células neoplásicas. Este cáncer tiene un buen pronóstico a pesar de ser invasivo.
- Carcinoma medular. Formación nodular bien delimitada que se puede confundir con un tumor benigno tal como un fibroadenoma, pero al analizarlo es diagnosticado como cáncer, tiene buenos pronósticos de curación.
- Carcinoma tubular. Este cáncer se presenta mayormente en mujeres, aunque también se presenta en varones, se caracteriza por un crecimiento desordenado de estructuras tubulares. Tienen un buen pronóstico de curación.
- Enfermedad de Paget, Caracteriza por una lesión eccematoide del pezón, de larga evolución, asociada a prurito erosivo del pezón y secreción por el mismo, en ocasiones se puede palpar una masa.

1.8 Tumores benignos y malignos.

Fibroadenomas, calcificaciones, fibrosis quística, son sólo algunos ejemplos de tumores benignos; el patólogo se encarga de informar en su reporte los resultados de la biopsia realizada, en el caso de que el tumor analizado sea benigno, Flores (2011), aconseja brindar tratamiento y posteriormente un seguimiento.

1.9 Efectos Psicosociales.

Alvarado, Diez, Zapata y Herrera (2010), afirman que el cáncer al ser una enfermedad crónico-degenerativa, es un padecimiento catastrófico, ya que afecta a toda la familia y al ser un difícil tratamiento, en ocasiones éste es más agresivo

que la enfermedad misma. No solo es un problema para la persona que padece cáncer, también constituye un problema de salud pública. Se recomienda realizar una valoración y tratamiento de aspectos de índole psicológicos, sociales, culturales, espirituales, religiosos, económicos, legales y sexuales, en los tratamientos que se aplican a pacientes oncológicos; durante el tratamiento existen reacciones secundarias, con las cuales nada o poco se pueden hacer.

En el proceso de la enfermedad y tratamiento oncológico se presentan tres reacciones psicológicas:

- Fase inicial o choque: Se manifiesta incredulidad, rechazo o impacto ante la noticia del diagnóstico.
- Fase de disforia: Presenta síntomas depresivos y ansiosos, insomnio, anorexia, alteraciones en la concentración, incapacidad para el funcionamiento cotidiano, pensamientos irracionales relacionados con la enfermedad y la muerte.
- Fase de adaptación en el largo plazo: Se caracteriza por la utilización de diferentes estrategias y estilos de adaptación.

El paciente con cáncer presenta síntomas de ansiedad y depresión que son generados por la misma enfermedad; síndrome de cancerofobia, disfunción familiar, disfunción de pareja y alteraciones de la sexualidad. La ansiedad es generada porque el paciente tiene la ilusión que recibir el procedimiento quirúrgico, la quimioterapia y radioterapia sea suficiente para la remisión de la enfermedad. Si bien es cierto que los tratamientos para combatir el cáncer evolucionan y mejoran constantemente, los resultados no siempre son los esperados y en ocasiones ocurren recaídas en la enfermedad. Dichas recaídas aumentan la ansiedad y desilusión del paciente hasta que se adapta al nuevo diagnóstico del cáncer.

Beers et. al (2003) mencionan que el cáncer genera depresión -que puede estar relacionada con otros síntomas de la enfermedad-, miedo a morir y pérdida de independencia. Otro tipo de depresión se da cuando el cáncer produce sustancias y éstas afectan directamente al cerebro.

Según el Consenso Mexicano de Cáncer Mamario (2015), indica que otro padecimiento que presenta la paciente a la que le han aplicado quimioterapia es la fatiga, la cual va de moderada a severa y persiste de 6 a 12 meses después de que concluye el tratamiento, inclusive perdura por años. También con la aplicación de la quimioterapia se presentan disfunciones cognitivas, que afectan de manera importante a la paciente y a las personas que la rodean ya que perciben que la paciente actúa de manera diferente, describiendo que “no es la misma”, contra este síntoma no hay tratamiento en la actualidad.

Hartmann y Loprinzi (2005), han investigado que en algunas mujeres la aplicación de quimioterapia y radiación conlleva problemas en la memoria y la concentración, y en dosis mayores afecta más a dichas funciones, a este problema se le llama “quimio cerebro”. La causa y el grado de los cambios no está muy clara; las personas que reciben la quimioterapia describen afectaciones tales como el manejo borroso de los números, problemas para encontrar la palabra correcta, disfunciones en la memoria a corto plazo y agudeza mental que se deteriora. El problema de memoria puede iniciarse durante el tratamiento, o al término del mismo, y puede perdurar por meses e inclusive años.

Existen actualmente estrategias de autoayuda que recomiendan Hartmann y Loprinzi (2010), para aliviar la fatiga:

1. Ingerir un buen desayuno y tomar colaciones cada tres horas, eliminar las grasas y azúcares, ya que provocan lentitud en el organismo.
2. Reducir el estrés, no hacer todo y aprender a decir “no” a algunas cosas.
3. Llevar un ritmo de trabajo tranquilo, tomar siestas y descansos cuando se necesiten.
4. Intentar técnicas de relajación
5. Tomar suficientes líquidos, la deshidratación contribuye a la fatiga.
6. Para los problemas de memoria y concentración se sugiere utilizar un cuaderno, para mantenerse organizada.
7. Revisar cuentas en una calculadora.

Hartmann y Loprinzi (2005), consideran que el cáncer de mama afecta el centro de la identidad de una mujer, ya que su apariencia física se altera abruptamente. Puede sentirse insegura en sus relaciones más íntimas y los planes que tenía tal vez no los lleve a cabo, es un tiempo de dolor y pérdida; el cáncer cambia totalmente la vida. Para manejar esta crisis el afrontamiento debe de ser positivo, puede la persona llevar un diario y describir la experiencia que está sintiendo, puede usar el arte y la escultura o buscar grupos de apoyo.

La paciente con cáncer de mama que es tratada con quimioterapia presenta síntomas de trastorno de sueño, insomnio, bochornos, sudores nocturnos, cambios emocionales y disminución de la libido.

Las consecuencias de la pérdida del seno según Hartmann y Loprinzi (2005) son: Un gran duelo por la mastectomía, ya que la cirugía le recuerda a diario a la paciente la enfermedad, la autoimagen sexual y la imagen femenina se ve afectada severamente; estos síntomas pasan con el tiempo. Otro síntoma es la percepción de estar más pesada de un lado, en particular las mujeres con senos grandes se sienten desequilibradas, a esta sensación se logran adaptar algunas pacientes, para otras es necesaria la reconstrucción del seno, o la reducción del seno contralateral. Existen sensaciones como dolor crónico a la palpación, o alrededor de la cicatriz que puede ser intermitente o con algún movimiento que realice la paciente.

Cullen y Gossfeld (2000), consideran que los posibles efectos secundarios que se presentan en las áreas de la sexualidad y en fertilidad, ante los tratamientos parara combatir el cáncer de mama, son:

- Cambios en el concepto que la paciente tiene de sí misma
- Pérdida de la autoestima
- Pérdida de la feminidad.
- Miedo al rechazo.
- Alteraciones en la imagen corporal
- Cambios psicológicos.

- Dolor en la reconstrucción.
- Disminución de la sensibilidad en el seno y el pezón.
- Evitación de las relaciones sexuales.
- Disminución del deseo sexual.
- Pérdida de la zona erótica
- La fertilidad alterada por la quimioterapia.

Ante una reconstrucción de seno, se busca mejorar la autoestima de la paciente, simetría en las mamas, no usar prótesis externa, ya que es molesta y tratar de borrar recuerdos de la enfermedad. Lo que no es posible lograr es que la mama se vea igual que antes, tampoco tendrá las mismas sensaciones de una mama normal y puede requerir varias intervenciones quirúrgicas.

Para reconstruir la mama existen diversas técnicas. Hartmann y Loprinzi (2005), mencionan algunas técnicas: La de implantes, en la cual un dispositivo en forma de mama que se coloca detrás de los músculos pectorales, se realiza en mujeres delgadas de senos pequeños. En la cirugía TRAM, se toma una sección de piel, músculo, grasa y vasos sanguíneos del abdomen de la mujer. En la cirugía de colgajo del dorsal ancho la sección del tejido se toma de la espalda o del glúteo, estos procedimientos son complejos y requieren de una larga recuperación, inclusive más larga que la operación de la mastectomía.

1.10 Efectos Familiares.

Fernández (2005), describe que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia, puede considerarse una crisis por la desorganización y el impacto que produce en cada uno de los

miembros. Los cambios homeostáticos que debe enfrentar la paciente en lapsos muy breves provocan estrés crónico que altera el sistema familiar.

La familia sufre, igual que la paciente, ya que es impactada en la forma de convivir y puede recurrir a varias formas de adaptación, las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales, lo que puede llevar al sistema familiar a enfrentar una crisis. Resulta necesario descubrir cuáles son las fortalezas de la familia para adquirir funcionalidad dentro de las respuestas adaptativas.

Dentro de las respuestas adaptativas, se mencionan las de orden afectivo definidas por la Dra. Kübler-Ross (1969) como etapas de duelo, las cuales están presentes tanto en la paciente que padece cáncer de mama, así como en los familiares, dichas etapas son: Negación, ira, depresión, negociación, aceptación. Estas etapas se presentan a lo largo de la enfermedad y en cualquier orden.

- Negación: Esta fase es una forma sana de enfrentarse a una noticia inesperada, ya que es un mecanismo de defensa que presenta el paciente cuando se le diagnostica cáncer. El paciente sufre un shock que dura varios días y al cual debe de sobreponerse, porque es necesario iniciar el tratamiento correspondiente.
- Enojo: Se presenta cuando ya no es posible negar el evento; en esta etapa la paciente se hace varias preguntas, siendo las más comunes ¿Por qué a mí?, ¿Qué causó esto? Esta fase es especialmente difícil, tanto para el personal médico, como para la familia y el círculo social de la paciente, los cuales no deben de tomarse las cosas de forma personal, ya que la paciente y la familia deben ajustarse a los nuevos cambios acerca de la salud de la mujer.
- Negociación. La paciente en esta etapa toma un pacto con Dios, la enferma se compromete a trabajar para recuperar su salud, abandona el egoísmo a cambio de salud o conseguir un mayor tiempo de vida, se despliegan conductas complacientes y actividades caritativas.

- Depresión. En esta fase hay tristeza, irritabilidad y sentimientos de ansiedad, pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, aumento o disminución de apetito, cambio en los patrones de sueño, insomnio, fatiga y pérdida de energía, cambios de humor, sentimientos de impotencia, desesperanza, devaluación y culpa.
- Aceptación. Es la última fase es la de aceptación, el paciente se encuentra demasiado débil para estar enojado o probablemente ya se acostumbró a la enfermedad. En esta etapa pueden emerger pensamientos tranquilizantes y probablemente poco placenteros, pero que le brindan paz y se llega a un acuerdo con la realidad.

La enfermedad afecta de forma diferente según la etapa de vida en que se encuentre la paciente. Es diferente afrontar el padecimiento en una etapa en la que es económicamente activa, cuando sus hijos aún son pequeños, en comparación con las pacientes independientes, o cuando ya existe “el nido vacío”. De igual manera, será diferente si es una familia que no ha sufrido a crisis en comparación con otra que realmente ha soportado golpes con anterioridad.

Se recomienda que el comportamiento de la familia se caracterice por la negociación para compartir nuevas responsabilidades y redistribuir los roles. Los miembros se deben adaptar a una nueva dinámica familiar, en la manera de resolver esta nueva situación estará el éxito del sistema. En la cultura familiar, los valores, costumbres y creencias intervienen en la evolución del cáncer de mama. Los miembros del núcleo piensan que el cáncer es sinónimo de muerte, y en la actualidad no es así, ya que el cáncer es curable si se detecta a tiempo. Es fundamental la adecuada interpretación del diagnóstico para ayudar a la curación de la paciente.

Otro factor de vital importancia es el factor económico, ya que el cáncer de mama es un padecimiento que requiere de una gran cantidad de recursos monetarios, los cuales, debe cubrir la familia por concepto de medicamentos, curaciones, transportes, alimentación especial, acondicionamiento de la

habitación, catéter para aplicar la quimioterapia, manga para linfedema, prótesis mamaria, peluca y pañoletas para cubrirse la cabeza, protector solar, sostén especial, etcétera. La desorganización de la familia es creciente si la enferma es la proveedora de la familia.

Hartmann y Loprinzi (2005) mencionan la forma en la que se puede enfrentar el diagnóstico de cáncer de mama en la compañera de vida. Los días y semanas después del diagnóstico de cáncer de mama, son los momentos más difíciles y emocionales para toda la familia, generalmente estos periodos son temporales y la ansiedad va disminuyendo conforme se acepta la realidad. Para la pareja es un momento de vulnerabilidad, son importantes las emociones de la compañera, pero también son válidas las emociones del compañero, similares a las que presenta la enferma, como impotencia, enojo, ansiedad y miedo.

Las preocupaciones más comunes son el miedo a que el cáncer se disemine, desconocimiento de formas de ofrecer apoyo y hacer ajustes en la vida diaria, temor a que su compañera muera o presente dolor en todos los procesos que va a cursar, incluso piensa al mismo tiempo en su propia muerte. Si existen niños pequeños conlleva la preocupación sobre su cuidado y la realización de las labores del hogar, ya que muchos compañeros no se sienten seguros de llevar a cabo estas nuevas responsabilidades.

Es importante que el compañero se comprometa a largo plazo, y trate de llevar una vida tan normal como sea posible, ya que en el caso de ciertos cánceres el tratamiento puede durar varios años.

Respecto a los hijos que sean pequeños, hay que hacerles saber que son amados, no importando cual sea el resultado que se presente durante la enfermedad. Necesitan saber que se preocupan por ellos y debe de ser repetido en reiteradas ocasiones hasta que lo comprendan.

Lamentablemente en otras ocasiones, los compañeros de las pacientes no son capaces de aceptar el diagnóstico y abandonan a sus parejas o no se comprometen con ellas y se divorcian o separan, dejando a la enferma a la deriva,

con lo cual se hace necesario que los demás miembros de la familia hagan acopio de fuerzas para apoyar a la paciente. La mujer con cáncer debe de hacer un esfuerzo extraordinario interior, para lograr su recuperación, a pesar de todos estos contratiempos.

El equipo médico debe valorar la situación que está viviendo la enferma y ofrecer apoyo con el fin de que no interfiera con el tratamiento, ya que se está comprometiendo la vida misma de la paciente.

Cuando la enferma es la proveedora de la familia, los miembros de la misma deben reorganizarse para asumir otro rol que la familia demande, en el lapso en que la proveedora recupera la salud. Si se considera prudente, comunicar al médico familiar, para la comprensión de la dinámica que enfrenta la familia.

El síndrome del cuidador es aquél que se presenta cuando el cuidado de la paciente es delegado a una sola persona, generalmente de sexo femenino, madre, hija o hermana a la cuales se les atribuye el papel de controlar la evolución de la enfermedad. Existe en estas familias una falta de colaboración y conlleva una fuerte carga emocional para la cuidadora, con síntomas como depresión, soledad, estrés crónico, descuido y exacerbación de problemas de salud de la cuidadora. Se puede decir que el cáncer une o destruye a las familias.

La capacidad de respuesta de una familia se debe centrar en la forma que tienen para resolver los conflictos, depende de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de los miembros, si es necesario se deben involucrar personal del Hospital para que la familia tenga acceso a trabajo social, psicólogos, psiquiatría y grupos de apoyo.

Durante el proceso de la enfermedad la familia busca aislarse para manejar de buena manera la enfermedad y limita sus relaciones al cuidado de la paciente. Por tal motivo se descuida a los demás miembros, los resultados pueden ser bajo rendimiento escolar de los hijos, irritabilidad, soledad, dificultad para el manejo de las crisis familiares, se hacen visibles las luchas internas por el poder, falta de

respeto entre los miembros, culpa, chantaje, pérdida de jerarquía y alianza entre los miembros.

Como se indicó con anterioridad, el cáncer de mama requiere de una gran cantidad de recursos económicos, al principio de la enfermedad parecen tolerables y la familia trata de cubrir todos los gastos, conforme pasa el tiempo se hace difícil conseguir los recursos y finalmente para algunas familias, se hace francamente imposible llevar los gastos y el enfermo corre el peligro de abandonar el tratamiento. Por tal motivo se debe de buscar apoyo dentro de los grupos de ayuda, fundaciones, etcétera, con el fin de concluir el mismo.

CAPÍTULO 2 TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA.

Caminante, no hay camino, se hace camino al andar.

Al andar se hace camino, y al volver la vista atrás.

Se ve la senda que nunca

Se ha de volver a pisar.

Antonio Machado (1875-1939) Cantares

2.1 Anatomía

Hartmann y Loprinzi (2010), indican que las glándulas mamarias están compuestas de tejido conectivo y graso, dentro del tejido de cada mama se encuentran los lóbulos, que son los formadores de leche. Dentro del lóbulo están los lobulillos, los cuales terminan en pequeños bulbos que pueden producir leche. Hay unos tubos llamados conductos que conectan bulbos, lobulillos y lóbulos con el pezón, el cual está rodeado de una masa oscura llamada areola. La glándula mamaria cumple con la función de producir leche para alimentar a los hijos en los primeros meses de vida, además de que constituye una característica sexual secundaria, con importancia en la autoestima y de gran significado erótico para ambos sexos.

En cualquier procedimiento que se efectúe en un hospital se debe dar a la paciente un consentimiento informado, el cual es uno de los principios fundamentales en la relación médico-paciente-familia, para la toma de decisiones.

De acuerdo con Alvarado, Diez-Martínez, Zapata y Herrera (2011) el consentimiento informado contiene los siguientes puntos:

- Vinculación: Consiste en explicar ampliamente al paciente los riesgos, beneficios y objetivos del tratamiento planeado.

- Instrucción: Es el derecho que tiene el paciente a recibir información sobre las incomodidades de los tratamientos, así como la disponibilidad de otras alternativas terapéuticas, la necesidad de terapias intravenosas, el uso de sondas, drenajes, el tiempo aproximado de los tratamientos, dietas especiales, modificaciones de las actividades habituales, conocimiento de las reacciones secundarias y colaterales de los medicamentos que se aplican.

El 9 de agosto de 1947, se redactó el código Núremberg para la experimentación humana, en él se exige el consentimiento explícito y voluntario de los pacientes para realizar un ensayo médico. Según el *Oncology Resource Center* (2009), se realizan diversos estudios para investigar nuevos tratamientos para las enfermedades, existen cuatro fases del experimento, las cuales son:

- Fase 1: Dosificación. Es evaluada la seguridad y la mejor forma de administrar el medicamento.
- Fase 2: Se determina si el medicamento actúa como debería.
- Fase 3: Son comparados los resultados del nuevo tratamiento en contra de una terapia aprobada, en términos de efectividad y de los efectos secundarios.
- Fase 4: Se llevan a cabo el tratamiento, después de que el medicamento es aprobado para comprender la seguridad y efectividad a largo plazo.

En estos estudios participan mujeres recientemente diagnosticadas o para aquellas personas con cáncer recurrente o metastásico que no está respondiendo a las terapias tradicionales; para ingresar a estos estudios se deben cubrir ciertos requisitos. Estos estudios son los Protocolos de Investigación y se utilizan para investigar nuevos tratamientos que combatan la enfermedad.

Las personas elegidas, son las primeras personas en recibir los nuevos tratamientos antes de ser aprobados.

Todos los tratamientos (en investigación o estándar) pueden tener efectos secundarios.

La paciente se puede retirar del tratamiento en el momento en que lo considere pertinente.

Los participantes son monitoreados estrechamente por un equipo de salud.

2.2 Cirugía

Conforme al resultado de la biopsia y la confirmación del diagnóstico de cáncer se procede a informar a la paciente para firmar un consentimiento y proceder con la cirugía.

El Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2015), indica que existen tratamiento para los Estadios I y II. Puede ser un tratamiento conservador que incluya radioterapia, y quimioterapia adyuvante sistémica después de la cirugía o tratamiento radical (mastectomía).

En el tratamiento Conservador se retira el tumor y tejido sano circundante además de los nódulos linfáticos adyacentes, con el fin de preservar la estética de la mama. Este tratamiento se realiza en etapas tempranas I y II. Esta operación conserva gran parte de la glándula mamaria y por lo tanto ayuda psicológicamente en la recuperación de la paciente. Generalmente el siguiente paso sería la radiación y/o quimioterapia para eliminar cualquier célula cancerosa residual que hubiese quedado después de realizar la operación y, por último, para disminuir el riesgo de recaída, un tratamiento de hormonoterapia durante cinco años.

El tratamiento radical es la mastectomía. La mastectomía es el retiro de la mama completa en ocasiones con nódulos linfático se le debe informar a la paciente acerca de la reconstrucción mamaria después de la operación.

Las operaciones que se realizan para el tratamiento de cáncer de mama son las siguientes:

- Cirugía para conservar la mama. En la lumpectomía, se retira únicamente una pequeña cantidad del tejido circundante, llamada margen.
- Mastectomía parcial. Se retira hasta una cuarta parte de la mama.
- Mastectomía simple. Se retira la mama completa, pero no los nódulos linfáticos axilares.
- Mastectomía radical modificada. Es retirada la mama completa y los nódulos linfáticos bajo el brazo.
- Disección axilar: Retiro de los nódulos linfáticos.

Hartmann y Loprinzi (2010), explican que los nódulos linfáticos son estructuras pequeñas donde se congregan las células del sistema inmune, y se encuentran unidos por pequeños vasos. Están agrupados en ciertas áreas del cuerpo como cuello, axilas e ingles. La función de los ganglios linfáticos es drenar el exceso de líquido que no es absorbido por los vasos sanguíneos, los nódulos linfáticos filtran las sustancias como bacterias y células cancerosas. El tumor canceroso se puede diseminar a los nódulos linfáticos cercanos y de ahí viajar a otras partes del cuerpo.

El cirujano evalúa si el cáncer es invasivo o no, y toma la decisión de extraer los nódulos linfáticos. Dicha extracción puede realizarse por dos métodos, por medio de disección axilar, que consiste en extirpar varios nódulos. La muestra, junto con el tejido extraído de la mama es enviada con el patólogo, si los ganglios contienen cáncer es muy probable que el cáncer haya viajado a otras partes del cuerpo; la otra técnica es extracción del ganglio centinela.

Un posible efecto secundario causado por la extracción de los nódulos linfáticos es la aparición de una enfermedad llamada linfedema, la cual es una inflamación del brazo y la mano. Dicha inflamación puede ser leve o intensa, siendo una complicación de difícil tratamiento. Otros efectos colaterales por la cirugía de

ganglios linfáticos son el adormecimiento de la mano y el brazo, dolor y disminución del rango de movimiento del brazo y tórax, los cuales pueden ser temporales o permanentes.

Para disminuir estos efectos se utiliza la técnica conocida como ganglio centinela, la cual consiste en encontrar los nódulos linfáticos, que son los primeros en recibir el drenaje proveniente de los tumores de mama, se inyecta una tinta azul en el área del tumor, posteriormente la tinta es absorbida en los canales linfáticos y viaja a uno o varios nódulos centinela. Otro método consiste en inyectar una sustancia radioactiva en el seno y usar un detector gama especial para visualizar cuales ganglios linfáticos acumulan la solución radioactiva. En ocasiones se utilizan los dos métodos. El problema radica en que no en todos los hospitales hay departamento de medicina nuclear, ni personal especializado para realizar este procedimiento.

El Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2015), ofrece las siguientes recomendaciones para cuidar el brazo, pecho y espalda del hemisferio afectado.

- No acercarse a fuentes de calor
- Evitar esfuerzos (cargar máximo 2 Kg.)
- No dormir sobre el brazo afectado
- Evitar heridas, quemaduras picaduras de insectos
- No utilizar joyas ni reloj en el brazo afectado
- Mantener el peso ideal
- No utilizar la secadora de pelo
- No extraer sangre del brazo afectado
- No realizar tratamiento de acupuntura
- No utilizar diuréticos, salvo indicación muy necesaria
- Acudir al médico si el brazo aumenta de volumen, cambia de color o su temperatura se eleva.

- Utilizar una manga de compresión al viajar, al hacer ejercicio o en las labores del hogar, preferentemente no acudir de viaje a lugares calurosos y en los meses calurosos.
- La manga preventiva debe ser especial para linfedema (compresión: 20 a 30 mmHg).
- Cuidado meticuloso de las uñas
- No tomar la presión en el brazo afectado

Etapas del linfedema.

- Etapa 0. No hay datos clínicos de linfedema.
- Etapa 1. Reversible. Existe un aumento evidente de volumen. Generalmente la elevación del miembro reduce el edema, pero no detiene su progresión.
- Etapa II Espontáneamente irreversible. El volumen del miembro significativamente aumentado. La elevación del miembro no reduce el edema
- Etapa III elephantiasis linfoestática. El miembro se hincha exageradamente. Existe incapacidad física.

Cabe hacer notar que el linfedema no tiene curación. Existe la terapia descongestionante que consta de cuatro componentes.

- El cuidado meticuloso de las uñas y la piel del cuadrante afectado
- Drenaje linfático manual
- La terapia compresiva con vendas de tracción corta y prendas de compresión médica.
- Ejercicios terapéuticos descongestionantes.

La paciente que ya tiene el brazo edematizado, deberá tomar tratamiento antes de usar manga, de lo contrario el edema se manifestará en la mano.

(Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2015).

Existen recomendaciones después de la operación, como tratar de mover al octavo día el brazo para que no se ponga rígido. Además del dolor en la mama, pueden presentarse sensaciones de entumecimiento en la axila debido a que los nervios se seccionan durante la cirugía. En ocasiones se restablece la sensibilidad o puede presentarse la disminución permanente.

Se debe cuidar la herida y los drenajes. A la paciente se le darán instrucciones sobre la manera de reconocer una infección, cuando debe de usar el sostén y cómo utilizar la prótesis mamaria.

La reconstrucción mamaria según Rivas y Bargalló (2013), mantiene la calidad de vida en pacientes y especialmente representa un beneficio psicológico.

Hay varios tipos de reconstrucción de la mama, una de ellas es la que se realiza después de la cirugía conservadora a las pacientes de cáncer con diagnóstico en etapas 0 y 1, y a la cuales no se les aplicará radioterapia. La reconstrucción diferida (etapa II), se lleva a cabo después de recibir la radioterapia. Los factores que se toman en cuenta para realizar la reconstrucción mamaria son, la etapa clínica, el estado ganglionar, el antecedente de tabaquismo el aspecto corporal, la presencia de cicatrices previas, la radioterapia y la quimioterapia.

La reconstrucción de la mama tiene un impacto psicológico muy favorable y encamina a la persona hacia la resiliencia.

Al realizar la reconstrucción se deben de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Desinflación del implante o la necesidad de varias cirugías para lograr simetría en los senos.
- Recabar información y preguntar a otras pacientes sus experiencias personales con la reconstrucción.
- La paciente debe preguntarse el motivo por el que quiere llevar a cabo la reconstrucción, si es por presión de la familia o de la pareja.

- Tomarse tiempo suficiente para tomar una decisión. Cuando la mujer recibe el diagnóstico de cáncer de mama, lo único que quieren hacer es extirpar el cáncer, pero la paciente debe tomarse su tiempo, para escribir preguntas y realizarlas al médico, para saber en cuanto tiempo se realizará la reconstrucción de la mama, ya que tiene derecho a este procedimiento.

2.3 Radioterapia.

La radioterapia según Cantú et al (2013), es el procedimiento que se utiliza para eliminar la enfermedad residual para pacientes en las que se realizó una cirugía conservadora, con el fin reducir el riesgo de una recaída. En mujeres con mastectomía también se recomienda la radioterapia.

La aplicación de radioterapia es realizada por un oncólogo radiólogo, quien, en la primera cita, localiza el área donde se encuentra o encontraba el tumor, posteriormente se hace una simulación para ver como deberá colocarse la paciente, se realiza un mapeo y mediante una tomografía computarizada se colocan unas marcas con tinta, indicando el lugar donde se aplica la radiación.

La radiación se aplica por medio de un haz de luz proveniente de un acelerador lineal. La paciente no debe moverse, escuchará un ruido proveniente del acelerador. El tratamiento se realiza diariamente de lunes a viernes hasta completar 25 sesiones, con una duración de cinco a seis semanas. Terminando, la paciente debe descansar ya que el tratamiento provoca fatiga e hipersensibilidad en los senos, además de una quemadura.

2.4 La quimioterapia

La quimioterapia utiliza un grupo de medicamentos que están indicados para interferir en el crecimiento de las células cancerosas, aunque también puede

afectar a células normales que se dividen rápidamente. El oncólogo no tiene la seguridad de que todas las células cancerosas fueran extirpadas durante la cirugía, por lo tanto, aplica la terapia adicional, (adyuvante) sistémica (por todo el cuerpo). El objetivo es destruir cualquier célula cancerosa remanente y así vivir por más años.

La quimioterapia se aplica por un periodo de tres a seis meses, y es administrada por vía intravenosa, cada 21 días generalmente.

Los efectos secundarios de la quimioterapia son pérdida de cabello, de apetito o aumento del mismo, náusea, vómito, diarrea, úlceras en la boca, propensión a las infecciones, formación de moretones, sangrados, gastritis, disminución de energía durante y después del tratamiento. Otros efectos son, dolores musculares, entumecimiento u hormigueo de los dedos de manos y pies, disminución de las células sanguíneas y reacciones alérgicas.

La quimioterapia neoadyuvante, es la que se efectúa antes de la cirugía y está indicada para reducir un tumor grande o para realizar una cirugía conservadora en lugar de una mastectomía.

2.5 Hormonoterapia.

Ya realizada la operación de la mama, en la cual se retiró el tumor y la mama junto con nódulos linfáticos, el tejido se envía nuevamente a revisión, para realizar el reporte de inmunohistoquímica. El resultado contempla el estado de los receptores hormonales de estrógeno y progesterona ER+ y/o PR+ además de la sobreexpresión de la proteína HER-2, los cuales son pronósticos y predictivos para tratar el cáncer de mama. Los resultados pueden ser ER+ y PR+. y HER-2 negativo, que tiene buenos resultados predictivos. Si el resultado es ER- y/o PR- y HER-2neu- el resultado es triple negativo, que expresa un tumor de difícil tratamiento.

Según el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario (2015), se debe vincular el reporte principal de patología, con este segundo reporte de inmunohistoquímica.

El objetivo de la terapia hormonal es reducir el riesgo de recurrencia, bloqueando los estrógenos utilizados por los tumores positivos al receptor hormonal para crecer, se toma una pastilla diaria durante cinco años.

Si el tumor sobreexpresa la proteína HER2/neu, se utiliza un fármaco llamado trastuzumab, que ayuda a disminuir el crecimiento de las células tumorales.

En las mujeres premenopáusicas (mujeres que menstrúan regularmente) con receptores positivos, se administra el tratamiento, y además existe otro procedimiento llamado ablación ovárica, el cual consiste en el retiro de los ovarios.

En las mujeres postmenopáusicas, (mujeres que han dejado de menstruar), se utilizan medicamentos tales como inhibidores de aromatasa, que son sustancias que bloquean la producción de estrógenos.

2.6 Vigilancia.

En el periodo de vigilancia, que es de cinco años, existe la posibilidad de la remisión de la enfermedad, por lo que durante este tiempo hay que realizar varios exámenes. Según el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2015) el procedimiento que se sigue es: La instrucción a la paciente sobre los signos y síntomas de recurrencia, examen físico, autoexploración mamaria, mamografía, el TAC de tórax, de abdomen, revisión de enzimas hepáticas (solo si hay sintomatología específica) y control de peso en cada consulta. Se debe mantener el peso ideal y realizar ejercicio diariamente para evitar la recurrencia de la enfermedad.

Hartmann y Loprinzi (2005), comentan que la recurrencia significa el regreso del cáncer. Algunas de las mujeres que son tratadas en etapa temprana de cáncer permanecen sin enfermedad, y en otras recurre la enfermedad, lo cual significa que algunas células cancerosas permanecieron en el cuerpo, aún después del tratamiento para el cáncer y las células comienzan a crecer de nuevo.

La recurrencia se puede presentar semanas, meses, años incluso décadas después del diagnóstico inicial, el cáncer puede regresar al sitio del tumor original, o recurrir en un sitio diferente. Algunas células se pueden haber diseminado al hueso a través de la corriente sanguínea y al no ser eliminadas durante el tratamiento crecen para ser detectadas. Para una paciente, la recurrencia es muy difícil de aceptar, incluso más, que el diagnóstico inicial. Cuando el cáncer regresa parece ser que la paciente perdió la batalla contra el cáncer, pero no es así ya que, debido a los tratamientos recibidos, logró agregar tiempo valioso a su vida.

Algunas recurrencias no son curables, pero otras sí tienen potencial de curación y los tratamientos pueden ayudar a mantener la calidad de vida, en ocasiones, por varios años.

Existen varios tipos de recurrencia, la recurrencia local o *in mama* es aquella en la cual el cáncer se desarrolla en el mismo lugar o cercano al tumor primario. En otro caso, si se hizo mastectomía y el cáncer aparece en la pared torácica, donde estuvo el seno, de igual manera se trata de una recurrencia local.

En la recurrencia regional las células cancerosas se han desprendido del tumor original y aparecen en los nódulos linfáticos cercanos, como los que se encuentran en la axila, cerca del esternón o arriba de la clavícula. Las recurrencias locales y regionales pueden presentarse simultáneamente y son llamadas recurrencias loco-regional, no hay evidencias de que el cáncer se ha diseminado a sitios distantes del cuerpo.

La recurrencia a distancia o metastásica existe cuando las células cancerosas originales lograron viajar a otros órganos o tejidos del cuerpo, afecta a más de una

parte del cuerpo. Generalmente se diseminan al hueso, incluyendo pulmones e hígado. En menor grado se disemina al cerebro.

Ya finalizado el tratamiento de cáncer de mama, se puede obtener la remisión de la enfermedad o de lo contrario, la noticia de recurrencia, para lo cual se siguen nuevos esquemas para su tratamiento, en la literatura se han documentado a personas que han vivido varios años con cáncer. Hay personas que tras haber intentado todo, pierden la lucha contra el cáncer de mama y el paso final es la aceptación de la muerte.

El Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2015), especifica que la filosofía de los cuidados paliativos en cáncer de mama es mejorar la calidad de vida del paciente con una enfermedad avanzada. Su piedra angular es el tratamiento del dolor y síntomas de deterioro. Se recomienda una comunicación abierta y honesta con los pacientes y sus familias. El tratamiento exige evaluar la intensidad del dolor y anticiparse a éste y vigilar continuamente al paciente para evitar los efectos secundarios que existen en los tratamientos.

Alvarado, Diez-Martínez, Zapata y Herrera (2010), transcriben los “derechos del paciente terminal”, tomados del Manual de síntomas en el enfermo con cáncer terminal. (Gómez, 1992).

1. Tengo derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
2. Tengo el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta esperanza.
3. Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
4. Tengo el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación, deban ser cambiados por objetivos de confort.
5. Tengo el derecho de no morir solo.
6. Tengo el derecho de ser liberado del dolor.

7. Tengo el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea mi pregunta.
8. Tengo derecho de no ser engañado.
9. Tengo derecho de recibir ayuda de mi familia y para ella, en la aceptación de la muerte.
10. Tengo derecho de morir en paz y con dignidad.
11. Tengo derecho de conservar mi individualidad y no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias y decisiones de otros.
12. Tengo derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que tratarán de comprender mis necesidades y serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.
13. Tengo derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

2.7 Cómo se desarrolla y extiende el cáncer.

Las células del cáncer se desarrollan a partir de células sanas, en un proceso complejo llamado transformación, el cuál consta de dos pasos: Iniciación y promoción:

- **Iniciación.** El cambio se produce en el material genético de la célula (en el ADN y a veces en la estructura del cromosoma). La prepara de manera que se vuelve cancerosa. Puede producirse de modo espontáneo o por la intervención de un agente que produce cáncer (carcinógeno), como sustancias químicas, el tabaco, los virus, la radiación y la luz solar. No todas las células son igualmente susceptibles a los agentes carcinógenos. Si la célula tiene, además, un defecto genético, esto la vuelve más susceptible.

- Promoción. Los agentes que la causan son promotores, definidos como sustancias existentes en el ambiente o incluso ciertos fármacos, los promotores no causan cáncer por si solos. Más bien los promotores permiten que una célula que ha sido sometida al proceso de iniciación, se vuelva cancerosa. Algunos carcinógenos son suficientemente potentes para causar cáncer, sin necesidad de promoción, como la radiación ionizante (utilizada en las radiografías y producida en los reactores nucleares y en las explosiones de las bombas atómicas), que pueden causar variedad de cánceres, especialmente cáncer de mama, sarcomas, leucemia y cáncer de tiroides. (Beers et. al. 2003).

Cuando una célula se vuelve cancerosa, el sistema inmunológico es capaz de reconocerla como anormal y destruirla antes de que se reproduzca o disemine. El cáncer tiene mayores probabilidades de evolucionar en personas cuyo sistema inmunológico está alterado o disminuido y finalmente, el cáncer también puede aparecer, evadiendo la vigilancia del sistema inmunológico. (Beers et al 2002).

Los riesgos que se pueden modificar para la prevención del cáncer de mama según Macarulla, Ramos y Tabernero (2009), son:

- Dieta. El consumo de grasas se ha asociado con el desarrollo de cáncer de mama, así como las dietas altas en carne roja, la ingesta abundante de alimentos ahumados, un exceso en la ingesta calórica que conduce a la obesidad y un alto consumo de azúcares y harinas, ya que posteriormente se convierten en grasa.
- Lactancia Materna. Es necesaria para el bebé y reduce el riesgo de padecer cáncer de mama.
- No haberse embarazado en ninguna ocasión.
- No haber tenido hijos.

- Falta de ejercicio físico. La realización de ejercicio físico de manera regular disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama. El ejercicio físico reduce la incidencia de obesidad, que es un factor asociado al desarrollo de tumores.
- El tabaquismo. Diversos estudios han demostrado que el tabaco influye en el desarrollo de varios tumores; el humo del tabaco contiene 4,000 agentes químicos y 60 sustancias clasificadas como carcinógenos. El riesgo de padecer un tumor maligno, presenta una relación dosis-respuesta, con la intensidad y duración del consumo del tabaco. Incluye a las personas que son fumadoras pasivas.
- Ingesta de alcohol. Tomar 2 copas diarias de cerveza, vino o licor aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.
- Ingesta de hormonas.

2.8 Alto riesgo para padecer cáncer de mama.

En pocos casos, el cáncer de mama es hereditario (5-10%), por lo que debe de haber un seguimiento más estricto; se enumeran las características de dicho seguimiento. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 Para la Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2012).

- Historia personal de cáncer de mama diagnosticado a edad temprana (menores de 40 años), cáncer en ambas mamas o afección de mama y ovario.
- Tener dos o más familiares de primer grado, (madre, padre, hermanas, hermanos, hijos o hijas)
- Historia familiar de cáncer en más de una generación (colón, páncreas y/o próstata)
- Un varón afectado con cáncer de mama en la familia

- Familias con cáncer de mama y ovario
- Familiar con cáncer de mama bilateral a cualquier edad
- Presentación de varios casos de cáncer de ovario en la familia
- Familiar de prueba molecular positiva para mutación en genes de predisposición a cáncer de mama.
- Ancestros judíos Askenazí.

2.9 Gen BRCA 1 BRCA 2 (Breast Cancer gene 1 y 2).

El gen BRCA1 es un gen que provoca en los humanos una fuerte predisposición a desarrollar cáncer de mama y ovario. En el año de 1990, los investigadores aislaron dos genes relacionados BRCA-1 y BRCA-2, que aumentan significativamente el riesgo de desarrollar cáncer de mama, una mujer con mutación heredada BRCA-1, tiene un riesgo de desarrollar cáncer de mama entre un 50% y 80% y también tiene el riesgo de padecer cáncer de ovario. Algunas mujeres se realizan pruebas y cuando son portadoras del gen, toman la decisión de retirar ambas mamas y ovarios, como una medida preventiva. (Mukherjee, 2014).

El gen BRCA1 está localizado en el cromosoma 17, parece ser el responsable en las familias que lo poseen del 30% de los cánceres de mama y hasta del 90% para las familias que tienen tanto cáncer de mama, como de ovario. Si una mujer tiene 70 años y porta la mutación de este gen, tiene una probabilidad de 65% de desarrollar cáncer de mama y 39% de desarrollar cáncer de ovario. Los defectos de este gen aumentan el riesgo de padecer también cáncer de colón y cáncer de próstata. (Hartmann y Loprinzi, 2005).

La mutación del gen BRCA2, localizado en el cromosoma 13, constituye aproximadamente el 15% de cánceres de mama en una familia. Para los 70 años, los portadores de esta mutación genética, tienen la probabilidad del 4% de

desarrollar cáncer de mama, y 11% de desarrollar cáncer de ovario. Las mutaciones de este gen están asociadas con el aumento de otros tipos de cánceres, como son cáncer de colon, próstata, páncreas, vesícula, estómago y melanoma, también aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama en el varón.

Los genes BRCA1 y BRCA2 son genes supresores de tumores que se encuentran en todos los humanos. Su función es regular la actividad dentro de la célula, que ayuda a suprimir la probabilidad de desarrollo de cáncer. Estos genes producen proteínas que ayudan a detectar y reparar el daño del ADN, que puede producirse durante la división celular normal. Cuando el gen BRCA está alterado (mutado), el proceso de reparación de ADN se altera, se acumulan defectos genéticos. Las células anormales se multiplican y el resultado es la aparición de cáncer. (Hartmann y Loprinzi, 2005).

En las familias en las cuales está presente el gen BRCA1 o BRCA2, alterado, no todos los miembros de la familia heredarán la mutación genética. Por tanto, su riesgo no es mayor que el de la mujer promedio. Se observó que en las mujeres de ascendencia judía Askenazí, sólo faltan dos pedazos del código genético de una secuencia de 6,000, sin embargo, esta ausencia aumenta la susceptibilidad de cáncer de mama.

2.10 HER2/neu: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano.

Los cánceres se pueden dividir en Her-2 positivo y Her-2 negativo, esta prueba la realizan en un examen después de retirar la mama y se lleva a cabo, para receptores de progesterona y de estrógeno. El resultado puede ser la sobreexpresión de la proteína Her2/neu, lo cual se asocia con un cáncer agresivo de peor pronóstico. Para este tipo de cáncer, existe un fármaco llamado Trastuzumab; el sufijo ab, se utiliza para indicar que se trata de un anticuerpo, (antibody), también se le llama terapia dirigida.

CAPÍTULO 3 CARACTERÍSTICAS DE RESILIENCIA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.

*Abuelo dame una orden, llega hasta donde puedas hijo mío;
abuelo, dame una orden más difícil, más cretense
¡llega hasta donde no puedas!
Niko Kazantzakis (1963) Carta al Greco.*

3.1 Antecedentes.

La psicología positiva surge en el año de 1998, por iniciativa del psicólogo Martín Seligman, además de otros renombrados psicólogos norteamericanos. El propósito de su creación es fomentar el interés de académicos e investigadores, sobre un área poco estudiada en esos momentos, los aspectos psicológicos saludables en el ser humano. Los psicólogos han estudiado lo disfuncional o patológico, dejando de lado los aspectos positivos del hombre. (Hervás, 2009).

El movimiento humanista es un antecedente de la psicología positiva, con Abraham Maslow y Carl Rogers a la cabeza, los cuales recuperaron una visión positiva de la persona, en lugar de las posiciones reduccionistas como lo son el conductismo y el psicoanálisis.

Según Hervás (2009), la psicología positiva estudia las emociones positivas, rasgos positivos y organizaciones positivas y finalmente las relaciones positivas. Otro de los objetos de estudio, es el de un aspecto más positivo del ser humano: La resiliencia, durante la cual se pueden tener experiencias de intenso sufrimiento. Otros aspectos que se estudian son las fortalezas humanas o cualidades positivas, como la valentía, la sabiduría o el altruismo. Estudios demuestran que existen dificultades para expresar emociones positivas; como el agradecimiento o el amor.

Sus objetos de estudio son calificados como “poco ortodoxos”, a la luz del enfoque clásico. Es necesario indicar que cuando una emoción es etiquetada como positiva, genera una sensación placentera. Se ha observado que las emociones positivas, generan efectos positivos para resolver problemas, aumenta la creatividad, la capacidad para resistir el dolor, aumenta el altruismo.

Existe un valor para las emociones negativas, ya que son extremadamente útiles para la supervivencia y para prevenir otros procesos negativos, como el rechazo interpersonal, el aislamiento o la pasividad. Las emociones negativas son necesarias, pero carecen de potenciación de habilidades diversas.

3.2 Definición de Resiliencia.

La resiliencia, en la física, es la propiedad de los materiales cuando se someten a estrés, como una ruptura de estos materiales, que después de un momento de tensión, pueden o no ser dañados y al ser dañados, tienen la capacidad de volver a la normalidad. En Ingeniería se le llama resiliencia a la capacidad del material para recuperarse de una deformación, producto de un esfuerzo extremo. Se considera también resiliencia a la capacidad que tiene un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial, cuando ha cesado la perturbación, a la que había sido sometida.

De acuerdo a Consuegra (2012), la resiliencia es la capacidad de adaptarse exitosamente, de competir o de un funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, del estrés crónico o después de un trauma grave o prolongado. Por otra parte, es también la habilidad de un individuo para recuperarse o regresar al nivel de funcionamiento que tenía, antes de que una adversidad se presentara; se habla de resiliencia, cuando pasando el evento adverso, la persona presenta mínimas reacciones psicológicas que pueden considerarse insanas.

En Psicología Positiva, Martín (2013), menciona que la resiliencia es la capacidad que tiene un individuo, ante las dificultades que se presentan en la vida, para no solo resistir, sino crecer ante los retos, adquirir cierta estabilidad y salir fortalecido ante los retos. En el concepto de Richardson (2002), es la capacidad que tiene una persona para que salgan disparadas las fuerzas internas para primero aprender y después crecer ante eventos adversos.

Para Walsh (2004), en la resiliencia el individuo utiliza la energía, para recobrase de eventos negativos, y durante este proceso, al salir de ellos la persona está fortalecida y dueña de amplios recursos. En el proceso, que es activo, el individuo se resiste, autocorrigue y crece como respuesta ante las crisis o eventos que se presentan en la vida. Indica que no todos salen fortalecidos, algunos quedan como víctimas desarrollando sentimientos de ira y culpa. Lo que hace la resiliencia en el individuo, es curar sus heridas para que éste siga con una vida emocionalmente sana.

La adversidad es la madre de la resiliencia, el individuo se va forjando a través de los acontecimientos negativos de la vida. Los momentos en los que una enfermedad, como el cáncer, toca a una familia que es resiliente, produce que miembros salgan fortalecidos y piensen que esos momentos son los más maravillosos que han pasado con su familiar, el paciente valora su vida y lucha por recobrar la salud.

La resiliencia constituye un proceso cognitivo que incluye tanto aspectos individuales como ambientales, que se unen para producir una reacción frente a una amenaza importante. La forma de adaptarse a la situación que se está presentando es ampliar estrategias o estilos de afrontamiento.

3.3 Estilos de Afrontamiento.

Salgado de Snyder (1999), considera que el afrontamiento es un proceso dinámico, integrado por una carga física, emocional y psicológica. Las personas

acuden a este proceso ya sea de manera consciente o inconsciente, para responder a un evento estresante, su fin es disminuir la tensión y el estrés a largo plazo se busca el bienestar subjetivo de la persona.

Walsh (2004), considera que los estilos de afrontamiento funcionan como habilidades resilientes en individuos o familias que se encuentran en situaciones de riesgo. En la enfermedad del cáncer de mama, se deben de tomar decisiones importantes, enfrentar el diagnóstico y buscar soluciones a situaciones estresantes y cambios que se van presentando a lo largo de todo el tratamiento.

Las formas de afrontamiento reflejan el estilo de vida de la persona, de la inteligencia del sujeto para interpretarlos, de cómo los asume; es la predisposición que tiene un individuo para hacer frente a las situaciones estresantes. En resumen, son los medios de expresión, la toma de conciencia de manera individual para el uso de algún tipo de estrategia de afrontamiento.

Martín (2013), enfatiza que el primer paso para conocer un problema, es saber de qué se trata, reflejando la capacidad de análisis que tiene una persona; parece ser sencillo, pero en realidad es mucho más complejo. La personalidad resiliente tiene las siguientes características: Reflexiona, realiza un análisis, lo aborda con inteligencia, pone a su disposición los medios para conseguir resolver el problema.

De acuerdo a Martín (2013), cuando un suceso traumático golpea a una persona, es decir cuando todo lo que funcionaba, deja de hacerlo, la persona busca respuestas y en ocasiones a causa del dolor que siente, solo aumenta su desesperanza. Las personas que se mantienen firmes ante estas circunstancias, son pocas, son contadas las que salen airoso ante circunstancias altamente estresantes. La resiliencia que se pone en acción ante esas circunstancias, sigue siendo sorprendente en el ser humano

Para la persona que vivió un elemento postraumático, lo analiza de dos formas, el que es resiliente tiende a buscar el conocimiento y comprensión del problema de forma espontánea. La persona menos resiliente tiende a hacer un

análisis más superficial y además cuanto más significativo es el elemento estresor, es más fácil para la persona huir y evitarlo, se aleja emocional y cognitivamente.

La persona que evade el problema, no le dedica tiempo al análisis pormenorizado de la situación que está viviendo, no tiene fuerzas para desglosarlo en sus partes. No se trata de entrar en una espiral sin fin, sino por el contrario, se deben de extraer conclusiones prácticas. Se requiere hacer un análisis rápido, pero, sin precipitarse, pedir ayuda a alguna persona especial que sea de confianza y con amplio criterio y compararlo con el análisis que la persona ha realizado, con el fin de obtener una posible respuesta hacia la situación que se está viviendo.

El individuo, no se suscribe al examen de la situación que realizó la persona que pidió ayuda, ni a obedecerlo, sino incorporar el conocimiento a la resolución de la problemática. La introspección es necesaria en estos momentos. Ante el dolor, los pensamientos y culpas son innecesarias porque distorsionan la realidad. Las emociones negativas, son parte de la vida y no se deben negar sino aprender de ellas. En seguida, se dan a conocer los estilos de afrontamiento:

- **Estilo Pasivo**

- a) El individuo afronta el problema de manera insuficiente, no llega a cumplir el propósito por el que se puso en marcha.
- b) Las estrategias escogidas no están a nivel de la demanda de la situación.
- c) Estrategias ineficaces ante el problema. La persona cree que es lo que debe de hacer, pero no es la decisión más correcta.
- d) Las emociones que están presentes, son el miedo y la ansiedad. La persona, se queda corto ante el problema antes de excederse.
- e) Lo que ocupa la mente de estas personas, es la de evitar el problema y huir a toda costa.
- f) El miedo a la imprudencia, está presente. Miedo a tomar la iniciativa y asumir riesgos.

- **Estilo Agresivo**

- a) Estas personas “arrasan” con el problema, ponen su énfasis principalmente, en la elevada visión que tienen de sí mismos.
- b) Este estilo de afrontamiento es excesivo.
- c) Deben de suavizar su estilo y considerar estrategias más asertivas.
- d) No tiene en cuenta los derechos de los demás.
- e) Consideran que cualquier medio es válido, para conseguir el fin,
- f) Quieren satisfacer sus deseos, aquí y ahora.

- **Estilo Asertivo**

- a) Es el estilo que encaja con la resiliencia. Supone un estilo más equilibrado.
- b) Afrontan el problema de manera frontal y urgente.
- c) Realizan un buen análisis de la situación.
- d) Las personas son un componente de vital importancia, forman parte de su red social, no deben subestimarse, sino valorarse adecuadamente.
- e) La persona asertiva, se adueña de su emoción y la pone bajo control, para que la emoción, no lo controle.
- f) Estas personas ponen en marcha soluciones de forma rápida, pero meditada.
- g) No dilatan los asuntos, los resuelven y asumen que en cada solución se asume un riesgo. (Martín 2013).

El afrontamiento activo se puede aprender, los siguientes pasos son para llevar a cabo este tipo de afrontamiento; el primer obstáculo que se presenta es el

miedo, con el cual hay que luchar constantemente. En casos de afrontamiento pasivo; son el miedo a la iniciativa y a asumir riesgos; en caso de afrontamiento agresivo; es el de pensar que la persona no lo puede todo ante las circunstancias que se presentan en la vida. Lo que se tiene que visualizar, son los recursos que se tienen de manera más equilibrada y valorar las estrategias que se van a seguir.

Para enfrentar una adversidad activamente, se recomienda lo siguiente:

- Enfocar los problemas desde un pensamiento positivo. Tratar de encontrar el punto, de lo que si puede ir bien.
- Búsqueda de apoyo social. La cooperación da la posibilidad de ampliar soluciones, buscar a su red social de apoyo.
- Búsqueda de soluciones desde una perspectiva abierta sin prejuicios, ni miedo. Pedir ayuda para elaborar estrategias complejas, de abordajes sencillos.
- La contabilización de ventajas. Toda situación tiene aspectos positivos. Para poder verlos, se hace necesaria una buena dosis de motivación, para seguir enfrentando la situación adversa.
- La religiosidad o la espiritualidad. La esperanza es una estrategia de afrontamiento activo.

Martín (2013) menciona las estrategias para evitar un afrontamiento proactivo.

- Culpar a otros. Falla en abordar los problemas, descargando las situaciones conflictivas en otras personas.
- Pensamiento Desiderativo. Centrar la atención, en lo que le gustaría que fuera y no es.
- La represión emocional. El sujeto esconde las emociones, con el peligro de que salgan en el momento menos indicado. Está relacionado, con la evitación y la negación.

- La autoinculpación. Es una estrategia que utilizan las personas con tendencia a la depresión. Tiene que ver con culpas falsas.
- La resignación. Se aceptan los sucesos, como algo no modificable sin más.
- El Escape. Es la estrategia que el sujeto trata de evitar, en lugar de enfrentarlo a la realidad, lo lleva al lado contrario, permitiendo que la ansiedad y el miedo tomen el control en la persona. El sujeto siente un alivio inmediato, pero en realidad se encuentra cada día más vulnerable.

Las conductas que enfrentan al sujeto con el problema, permiten descubrir su potencial y poner sus recursos a la búsqueda de solución de situaciones conflictivas.

Cuando una persona enferma de cáncer de mama, se puede pensar que fue debido a alguna situación irresponsable, de algo que hizo, o qué dejó de hacer, nada más alejado de la realidad. Ninguna persona sabe cuál será la enfermedad que padecerá, como no sabe de qué va a morir, en ocasiones por algunos días de enfermedad se olvidan años de bienestar.

En algunas circunstancias, se hace necesario desarrollar varias características de la persona resiliente las cuales; son indispensables para afrontar la realidad del cáncer de mama que se padece, se trata de atravesar el duelo de la pérdida de la salud, aceptar el hecho de vivir con ella, y con esta aceptación, pasar al tratamiento para combatirla.

Se enumeran las características de la personalidad resiliente; el equilibrio como virtud, la flexibilidad, la creatividad, la curiosidad, la valentía, la paciencia, optimismo inteligente, inteligencia emocional, visión realista de uno mismo, la habilidad social, sentido del humor, espiritualidad.

3.4 El Equilibrio.

Se entiende por equilibrio, el estado en el cual se encuentra un cuerpo, cuando las fuerzas, que actúan sobre él, se compensan y anulan recíprocamente.

El equilibrio consiste es una virtud, es una condición en la cual la persona ha pasado por una adversidad en la cual, “toca fondo”, se hunde tal parece que se ahogará, sin embargo, está buscando un punto de apoyo para salir y resurgir de la problemática en la cual se encuentra. La persona equilibrada puede ser que viva una situación extremadamente traumática, y trata de afrontarla mirando de frente, busca los apoyos necesarios, analiza los riesgos que se pueden asumir, es previsora.

La personalidad resiliente, identifica sus puntos de apoyo tanto internos, como externos, los más fuertes, los más débiles, sabe con qué cuenta y con quién cuenta. Una de las situaciones que es generadora de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico y hace este sistema indefenso, con lo cual surgen diversas enfermedades. En el manejo del dinero, algunas personas viven al día, no son previsoras, no piensan que algo malo pueda ocurrir, otras sin embargo se apretaron el cinturón y cuando hubo dinero guardaron. En ocasiones cuando surge un imprevisto, y se guardó dinero para salir adelante con la situación, que se presentó. Estas simples reglas hacen que estas situaciones no les generen estrés. Estas personas con una situación interna controlada, son las que tienen puntos de apoyo, cuando surgen situaciones extraordinarias.

Tener una buena autoestima contribuirá a; apoyarse en algo cuando todo falla, estará convencido de que su vida vale la pena y luchará por ella.

Para obtener un buen equilibrio es necesario, evitar el estrés, elegir buenos puntos de apoyo, cuidar el cuerpo y la salud. En padecimientos, como estrés postraumático requiere de un equilibrio interno, cuando se produce un suceso traumático, el equilibrio puede estar seriamente dañado. En estos casos se hace necesaria una medicación de manera temporal, a manera de contención, este

fármaco se tomará, mientras que la persona adquiere estrategias personales, para obtener un equilibrio real.

3.5 La flexibilidad.

La flexibilidad, es la capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias o para acomodar las normas a las distintas situaciones o necesidades. Para Martín (2013), la flexibilidad consiste en tener una mente abierta, supone “renovarse o morir”. La aceptación del cambio es necesario, ante cualquier circunstancia adversa que se presente, ya que el cambio es un aporte potencial a una realidad práctica. Todos los cambios es la vida llevan a un crecimiento,

Como dice la frase popular, “no hay mal, que por bien no venga”, en ocasiones se lucha lo suficiente, hasta que llega el nivel de la aceptación, aliarse con el cambio. Muchas patologías mentales están caracterizadas por una alta rigidez mental. La flexibilidad resulta ser un seguro de vida para la salud mental. La aceptación del cambio es necesaria, ya que el sujeto requiere de reinventarse, en síntesis, es una realidad práctica. La ventaja de aceptar el cambio ahorra esfuerzos y energías que se utilizarán en el abordaje del afrontamiento.

Para trabajar en la flexibilidad, la persona como diálogo interior debe decirse “no estaba previsto, pero se debe trabajar”. La forma de afrontar la realidad es: Luchar con lo que se tiene, en lugar como debía de ser y no fue y asumir los cambios que se van presentando.

3.6 Creatividad.

Es la capacidad humana que consiste en la generación de nuevas ideas o conceptos o nuevas asociaciones entre ideas ya conocidas, que suelen producir soluciones originales, ingenio, inventiva, pensamiento original, imaginación constructiva, capacidad o facultad de crear pensamiento divergente y pensamiento creativo. La persona resiliente tiene un espíritu inventor y el problema se aborda desde el afrontamiento activo. Los creativos no desarrollan su potencial, porque no están de moda.

A las personas les gusta lo igual, lo homogéneo y suelen castigar lo diferente y lo extravagante, generalmente las ideas originales, alejadas de lo previsible, reciben un no como respuesta. Los más resilientes, cuando la respuesta es no, siguen intentándolo y no se desvían del objetivo. En ocasiones la falta de respaldo, genera ansiedad o miedo. La persona se debe alejar de estos sentimientos y dejarlos bajo control. Las fortalezas que distinguen a las personas creativas, son la novedad y la originalidad y la utilidad (Martín, 2013).

La creatividad usada para la solución de problema se caracteriza por identificar los detalles del entorno, realizar un análisis inicial de la situación y proponer diferentes soluciones.

La persona resiliente se hace preguntas acerca de lo que existe alrededor, realiza un análisis crítico, saca el mayor provecho del entorno que le rodea, imagina las consecuencias derivadas de las asociaciones que está realizando, es optimista e inteligente.

3.7 Sentido del Humor

Hace referencia a una persona que responde de manera positiva, a diferentes experiencias humorísticas y que se deja llevar, por la probabilidad de

sentir divertimento y alegría. Se dice que el sentido de humor reside en toda mente bien organizada. La risa promueve la segregación de endorfinas y, por lo tanto, generación de analgesia, bienestar psicológico y físico, como si la persona hiciera ejercicio físico. Se reducen las emisiones de cortisol, que protegen de las reacciones psicofisiológicas derivadas del estrés. (Martín, 2013). Existen terapias alternativas como la risoterapia, que tienen efectos muy positivos en la salud, inclusive ayuda a las personas a soportar mejor el dolor.

3.8 Espiritualidad.

Es la relación que entabla el hombre con el ser perfecto que lo creó: Dios.

La espiritualidad lleva a la persona a tener esperanza, incluso cuando humanamente no hay nada que hacer, como es el caso de enfermedades irreversibles, ante las cuales, los médicos no dan ningún pronóstico positivo.

Todo aquello que contribuye activamente al abordaje, análisis y comprensión de lo que pasa ante una adversidad, tiene un valor positivo para afrontar las situaciones que se presentan y así conseguir la resiliencia.

3.9 Valentía.

La valentía es la determinación para enfrentarse a situaciones que son arriesgadas o difíciles. La persona enfrenta y supera la dificultad, con una buena dosis de tiempo, fuerzas, insistencia y otros recursos. La persona tiene que salir adelante, con sacrificios y esfuerzos. La persona cobarde tiene comportamientos característicos como negar la situación, huir, y se dice que asume el mayor de los riesgos: el de no hacer nada. (Martín, 2013).

La persona valiente no permite que el miedo la paralice. Por el contrario, una persona que no cuenta con esta característica le es necesario saber qué hacer con ese sentimiento. El valiente trata de no negar sentimientos como rabia, frustración o desesperación, ya que los miedos son funcionales y se utilizan como protección. Cuando una situación provoca miedo, es necesario detenerse a pensar con claridad, identificar las opciones que tiene, poner manos a la obra y seguir adelante.

3.10 Paciencia

Es la capacidad que posee un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación, tener calma o tranquilidad suficiente para esperar. En la sociedad actual se pide una inmediatez una urgencia, todo ha de hacerse y conseguirse pronto. Cuanto menor es la capacidad de esperar, mayor es la probabilidad de existencia de problemas de ansiedad y estrés, y con ello procesos psicofisiológicos, que intervienen en la salud de las personas

Una de las características de la persona resiliente, es que la persona paciente, parece sentir paz, en tiempos de espera y es capaz de centrar su atención en los puntos que sí funcionan, es decir, en pensamientos positivos. La madurez va de la mano con la paciencia. (Martín, 2013). Para aprender a ser pacientes, se recomiendan los siguientes puntos:

- Ejercitar la espera paciente y la tolerancia a la frustración.
- Dilatar o retrasar voluntariamente algunas cosas que producen placer.
- Asumir las cosas y los acontecimientos conforme van pasando.
- Emplear el tiempo en actividades, como pasatiempos, manualidades.
- Terminar siempre lo que se empieza, aunque suponga un esfuerzo sin duda, tendrá una recompensa.

Los beneficios de una buena autoestima:

- Más aceptación de uno mismo y los demás, Ideas claras de lo que se quiere en la vida.
- Menos tensión y una mejor posición para dominar el estrés
- Ser una persona más positiva y feliz
- Mejor capacidad para escuchar a los demás
- Sentirse más equilibrado
- Tener más confianza en uno mismo y ser capaz de correr más riesgos porque se es consciente de que el fracaso como tal no existe; son oportunidades para crecer y aprender.
- Ser capaz de felicitar a los demás, además de defender los propios derechos adecuadamente.
- Ser capaz de hablar con sinceridad sobre los éxitos y fracasos personales
- Tener más ilusión, motivación y entusiasmo frente a la vida y sus posibilidades. (Martín, 2013).

Otras fortalezas a considerar son las siguientes:

- **Curiosidad.**

La curiosidad es una inquietud; para las personas inconformes existe una necesidad de aprender. Estos conocimientos ayudan para la ampliación del entorno, les interesa todo lo que les rodea. Cuando llegan a un lugar, lo observan, analizan, buscan elementos que les sean de utilidad; les llaman la atención las incoherencias, se sienten atraídas para conocer el origen de los acontecimientos y lo incorporan a su bagaje de conocimientos. Cuando se presenta un evento adverso, utilizan la curiosidad para resolver la problemática.

La resiliencia tiene un perfil complejo, las fortalezas interactúan entre sí. Todas las personas pasan por dificultades, y todos tienen que plantearse qué hacer. Ante

esas dificultades, todas las decisiones son importantes para el desarrollo de los eventos adversos que se presenten, y por lo tanto para que exista un desenlace positivo de estos acontecimientos.

CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCION

4.1 Introducción

El cáncer, es un término que agrupa las enfermedades en el cual las células que conforman los órganos del cuerpo se tornan anormales, y se reproducen sin control, pudiendo invadir otros tejidos cercanos o desarrollar metástasis.

Según el Instituto Nacional de Cancerología, INCAN; en México mueren 15 mujeres al día a causa del cáncer de mama. Se registran cinco mil 600, fallecimientos anualmente.

Las causas de muerte es la detección tardía del padecimiento, el 70% de los cánceres de mama, se detecta en etapas avanzadas; las razones son; falta de prevención, detección oportuna y tratamiento adecuado (INCAN,2015).

Se considera un problema de salud pública creciente, La edad en la que se presenta generalmente es de 40 a 69 años, aunque se está presentando a edades más tempranas.

El cáncer de mama es curable si se detecta a tiempo, lamentablemente el 70% de las mujeres llegan en etapas avanzadas o cáncer metastásico, el cual es incurable. Para lograr una detección oportuna se hace necesaria la prevención primaria, mediante información, educación y orientación para todas las mujeres.

La educación para la salud es el proceso de enseñanza-aprendizaje, de cambios de comportamiento y actitudes, para cuidar la salud y detectar las enfermedades de forma oportuna.

La prevención secundaria consiste en confirmar el diagnóstico de cáncer de mama, y por consecuencia se dará el tratamiento adecuado de manera oportuna.

La propuesta que se presenta tiene sustento en una investigación teórica, no pretende de ninguna manera suplir a ningún médico, ni diagnóstico, busca complementar la información dada por los profesionales de la salud.

4.2 Objetivo General

Primera Etapa

Al término del taller, “En el cáncer de mama nadie se rinde”, a las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama en etapas tempranas se les explicará: Qué es el reporte de patología, las etapas y clasificación del cáncer de mama, opciones de tratamiento: Cirugía, quimioterapia, radiación, terapia hormonal y terapia dirigida. Como método de intervención se realizará acompañamiento de la paciente y se afrontará la situación por medio de la resiliencia.

Segunda etapa

Se implementará un Grupo de Ayuda Mutua.

4.3 Objetivos Específicos

- Examinará los avances más recientes de la investigación del cáncer de mama, sus conceptos y teorías.
- Señalará las vías para afrontar la situación por medio de la resiliencia.

4.4 Población y Participantes

- Edad. Cualquier rango de edad.
- Sexo. La paciente y su acompañante
- Población a la que se dirige: Municipio de Coacalco de Berriozábal, Estado de México
- Localización geográfica: Coacalco, se encuentra ubicado entre los municipios de Tultitlán, Ecatepec y la Ciudad de México.
- Condiciones personales o características. Las personas que acuden al taller han sido diagnosticadas con cáncer de mama, y participan, cuando están en tratamiento de quimioterapia, radioterapia; es decir que se encuentran en un momento muy vulnerable de salud y emocional.
- Número de participantes. Desde cinco hasta doce participantes.
- Forma de convocatoria: Se realizará por medio de carteles que se colocarán en sitios estratégicos.
- Participarán de forma voluntaria.

4.5 Escenario

Nivel Micro.

Un salón predeterminado, o puede realizarse en el patio de una casa, e cuenta con sillas, las cuales se colocarán en círculo. Se contará con el apoyo de un rotafolio, plumones, hojas, plumas, así como del Laminógrafo, el cual contiene láminas para realizar el taller.

4.6 Manual De Actividades

4.6.1 Sesión 1

Diagnóstico de cáncer de mama, el reporte de patología y cómo integrar su expediente.

1. Introducción

Bienvenida

La facilitadora da la bienvenida a los participantes, les pide que se coloquen el distintivo, explica la dinámica del trabajo y los objetivos del curso y establece las reglas.

2. Presentación De Las Pacientes Con Cáncer Y Qué Expectativas Tienen Del Curso.

Se presentarán desde sus asientos y cada una tomará la palabra para presentarse y mencionará su expectativa del curso.

3. Sensibilizar A La Paciente Con Cáncer De Mama.

Exposición oral.

Se presentará la historia de Teddy. Se pide a las participantes que cierren los ojos, la facilitadora cuenta la historia.

Discusión guiada

Una vez que la facilitadora contó la historia de Teddy, pide a tres personas su opinión acerca del ejercicio realizado.

4. Explicar El Diagnostico De Cáncer De Mama, El Reporte De Patología Y Como Integrar Su Expediente.

Para confirmar el cáncer de mama, se realizarán una serie de exámenes, incluyendo una mastografía y una biopsia. Las células serán revisadas bajo el microscopio, para determinar el tipo y grado de cáncer de mama.

Un patólogo revisará en el microscopio y reportará los datos proporcionados por la biopsia. El reporte de patología incluye la asignación de la etapa tumoral, que es una forma de clasificar la enfermedad del cáncer de mama al comparar los resultados individuales con los estándares conocidos. Toda esta información se utiliza para desarrollar las estrategias de tratamiento y un pronóstico o predicción del éxito del tratamiento.

Después del diagnóstico del cáncer de mama.

El sistema para asignación de la etapa tumoral desarrollada por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) (Comité Conjunto Americano sobre Cáncer), se conoce, como el sistema TNM e involucra los siguientes componentes.

T: (Tamaño del tumor primario en cm)

N: (Número de nódulos linfáticos regionales involucrados)

M: ausencia o presencia de metástasis distantes.

Los tumores se clasifican como:

Tx El tumor no puede ser evaluado

To No existe evidencia de tumor

Tis Carcinoma ductal o lobular in situ (DCIS o LCIS), no invasivo

T1 Tumor menor o igual a 2 cm

T2 Tumor entre 2 y 5 cm

T3 Tumor mayor de 5 cm

T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión hacia la pared torácica o la piel.

La paciente debe de llevar en un expediente personal, todos sus documentos originales, se sugiere sacar copias de sus documentos y tarjetas de citas, ya que siempre que asista a consulta, le solicitaran información de esos documentos, en caso de perderlos contará con copias para no perder ningún procedimiento.

5. Cierre

Exposición oral

La facilitadora hace un resumen de la sesión y da las indicaciones convenientes para continuar con el trabajo la siguiente sesión. Se dará una pequeña introducción sobre la próxima sesión y un agradecimiento por la participación del grupo.

Discusión de grupo.

El grupo expone ideas, dudas, comentarios sobre los temas de la sesión y la forma en cómo se llevó a cabo.

4.6.2 Sesión 2

Conocer el tratamiento para el cáncer de mama.

1.- Anatomía de la mama

Exposición oral.

La expositora expone ante al grupo, apoyada por el laminógrafo, la anatomía de la mama.

La glándula mamaria está compuesta de tejido conectivo y graso. Dentro del tejido de cada mama, se encuentran los lóbulos, que son los formadores de leche, y dentro del lóbulo están los lobulillos, los cuales terminan en pequeños bulbos que pueden producir leche. Hay unos tubos llamados conductos, que conectan bulbos, lobulillos y lóbulos con el pezón, el cual está rodeado de una masa oscura, llamada areola. La glándula mamaria tiene la función de producción de leche, con la cual se alimenta a los hijos, en los primeros meses de vida, además de que constituye una característica sexual secundaria, con importancia en la autoestima y de gran significado erótico para ambos sexos.

2.- Tratamiento para el cáncer de mama.

Cirugía

Quimioterapia

Radioterapia

Exposición oral

Una vez que usted comprende el tipo de cáncer de mama que padece, es necesario comprender qué opciones de tratamiento existen. El objetivo de los diferentes tratamientos de cáncer de mama es evitar que las células cancerosas

continúen creciendo o se disemine. El tratamiento se puede dirigir específicamente a la mama (cirugía o radiación), o puede ser sistémico, donde el tratamiento viaja a través de todo el cuerpo.

REF: American Cancer Society (ACS). Detailed –Guide: Breast Cancer.

Cirugía

El objetivo de la cirugía es retirar todas las células tumorales de la mama y de los nódulos linfáticos.

Lumpectomía. Retira únicamente una pequeña cantidad de tejido circundante, llamado margen.

Mastectomía Parcial. Se retira hasta una cuarta parte de la mama.

Mastectomía. Retira la mama completa, pero no los nódulos linfáticos axilares.

Mastectomía radical modificada. Retira la mama completa y los nódulos linfáticos bajo el brazo.

Diseción axilar. Mediante este procedimiento se retiran los nódulos linfáticos y ayuda a establecer la etapa de la enfermedad y determinar las opciones de tratamiento.

Biopsia de los nódulos linfáticos centinela. Este es el procedimiento en donde el cirujano determina si el nódulo linfático contiene células tumorales antes de retirarlos. La biopsia puede ayudar a reducir el retiro innecesario de los nódulos linfáticos y complicaciones asociadas.

REF: American Cancer Society (ACS). Detailed Guide: Breast Cancer

Quimioterapia

Los fármacos que se administran para destruir las células cancerosas, vía intravenosa, o deglutida por la boca, son llamados quimioterapia. Este tratamiento, realizado en ciclos durante varios meses, puede destruir las células cancerosas, en cualquier parte del cuerpo. La quimioterapia se puede utilizar antes de la cirugía para ayudar a reducir el tamaño del tumor o después de la cirugía para destruir cualquier célula cancerosa restante de la mama o de otras partes del cuerpo, Debido a que la quimioterapia destruye cualquier célula que se divide rápidamente y no solamente las células cancerosas, este tratamiento puede producir problemas en otras partes del cuerpo.

REF: American Cancer Society. (ACS) Detailed Guide: Breast Cancer.

Terapia de Radiación.

El uso de partículas de elevada energía para destruir células cancerosas que permanecen en la mama o en el área de la axila es conocido como radiación. La terapia de radiación se administra típicamente 5 días a la semana, durante el curso de varias semanas. La terapia no es dolorosa y los efectos secundarios más comunes son fatiga y “quemadura de sol “en el área que recibe la radiación. Se puede sugerir el uso de cremas especiales para mantener la piel afectada bien humectada.

REF: American Cancer Society (ACS), Detailed Guide: Breast Cancer.

3. Cierre

La facilitadora hace un resumen de la sesión y da las indicaciones convenientes para continuar con el trabajo la siguiente sesión, puede dar una breve introducción sobre la misma y agradecer la participación del grupo.

Discusión de grupo.

Se reciben dudas y comentarios acerca de cómo se llevó a cabo la sesión.

4.6.3. Sesión 3

Explicar a la paciente y sus familiares los estilos de afrontamiento.

1. Exposición oral.

Estilo de afrontamiento Pasivo

Estilo de afrontamiento Agresivo

Estilo de afrontamiento Asertivo

El afrontamiento se utiliza de manera consciente o inconsciente, para responder a un evento estresante que se presenta en la vida

Estilo Pasivo

- Ante un obstáculo, el individuo responde de manera insuficiente, no llega a cumplir el propósito por el que se puso en marcha.
- Las estrategias escogidas no están a nivel de la demanda de la situación.
- Estrategias ineficaces ante el problema. La persona cree que es lo que debe de hacer, pero no es la decisión más correcta.
- Las emociones que están presentes, son el miedo y la ansiedad, la persona se queda corta ante un problema, antes de excederse.

- Lo que ocupa la mente de estas personas es evitar el problema y huir a toda costa.
- El miedo a la imprudencia está presente, así como el miedo a tomar la iniciativa y asumir riesgos.

Estilo agresivo

- Estas personas “arrasan” con el problema, ponen su énfasis, principalmente, en la elevada visión que tienen de sí mismos.
- El estilo de afrontamiento es excesivo.
- Deben de suavizar su estilo y considerar estrategias más asertivas.
- No toman en cuenta el derecho de los demás.
- Consideran que cualquier medio es válido para conseguir el fin.
- Quieren satisfacer sus deseos, aquí y ahora

Estilo asertivo

- Es el estilo que encaja con la resiliencia, Supone un estilo más. equilibrado.
- Afrontan el problema de manera frontal y urgente.
- Realizan un buen análisis de la situación
- Las personas son un componente de vital importancia, forman parte de su red social, no deben subestimarse, sino valorarse adecuadamente.
- La persona asertiva, se adueña de su emoción y la pone bajo control para que la emoción no lo domine.
- No dilatan los asuntos, los resuelven y asumen qué en cada solución, se asume un riesgo.

2. Cierre

Exposición oral.

Aclarar dudas de la sesión y tener una visión general de lo revisado

4.6.4 Sesión 4

Explicar a las pacientes y a sus familiares los efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama.

1. Cirugía

Después de la cirugía, se darán instrucciones para cambiar vendajes, tomar medicamentos para que la herida no se infecte, y al octavo día tratar de mover el brazo. Para las pacientes en general no acercarse a fuentes de calor por ningún motivo, en el baño diario agua tibia y secarse por medio de palmaditas la zona de la operación, descansar lo suficiente, dieta libre de grasas y tomar suficientes líquidos, no tomar café, té ni chocolate. Otras complicaciones, pueden ser la aparición de linfedema, inflamación debida a la obstrucción de los nódulos linfáticos y a la acumulación de la linfa. Neuropatía sensorial, que es una sensación de hormigueo en el área de la axila. Pérdida de movilidad del hombro. Dolor en el Hombro.

2. Quimioterapia

La quimioterapia, destruye cualquier célula que se divide rápidamente y no solamente las células cancerosas, este tratamiento puede producir problemas en otras partes del cuerpo. Los efectos secundarios son; pérdida de cabello, pérdida de apetito, aumento de apetito, incremento en la presencia de infecciones, fatiga, neuropatía, (sensaciones de hormigueo, principalmente en los pies y en las manos). Ulceras en la boca, en la actualidad ya no existen las náuseas y el vómito. Moretones y sangrados que se presentan fácilmente. Cambios menstruales. Reducción en la función de la concentración y memoria, las uñas de pies y manos

se ponen de color negro, una vez terminado el tratamiento, regresan a la normalidad. Se recomienda tomar abundantes líquidos, enjuagarse la boca con té de manzanilla o con agua con una pizca de bicarbonato.

3. Radioterapia.

En la terapia de radiación, como se utilizan partículas de elevadas de energía para destruir las células cancerosas que permanecen en la mama o en área de la axila. Los efectos de la radioterapia se pueden presentar de forma inmediata o a través del tiempo. Las recomendaciones que se deben seguir es alejarse de fuentes de calor, si es necesario cocinar, realizarlo en las hornillas de atrás y con una cuchara de palo con mango grande, no asolearse por ningún motivo y si lo hace que sea por periodos cortos, usar sombrero y sombrilla, bloqueador solar del número 50.

Es preferible durante un año no asolearse. Se pueden presentar cambios en la piel, notifique al médico tratante en los siguientes casos, aparición de ampollas, la piel se pone pegajosa, se humedece y sale sangre. Otros efectos a largo plazo pueden ser, fatiga, anorexia, neumotitis, esofagitis, disfagia, edema de brazo y fibrosis pulmonar.

4. Prevención de Linfedema

El efecto de extraer los nódulos linfáticos, es el linfedema que es la inflamación debida a la obstrucción de los nódulos linfáticos y la acumulación de la linfa. Para evitar esta complicación se recomienda lo siguiente:

- No acercarse a fuentes de calor
- Evitar esfuerzos (cargar máximo 2 Kg.)
- No dormir sobre el brazo afectado
- Evitar heridas, quemaduras, picaduras de insectos

- No utilizar joyas ni reloj en el brazo afectado
- Mantener el peso ideal
- No utilizar la secadora de pelo
- No extraer sangre del brazo afectado
- No realizar tratamiento de acupuntura
- No utilizar diurético, salvo indicación muy necesaria
- Acudir al médico si el brazo aumenta de volumen, cambia de color o su temperatura se eleva
- Utilizar una manga de compresión al viajar, al hacer ejercicio o en las labores del hogar, preferentemente no acudir de viaje a lugares calurosos en los meses calurosos.
- La manga preventiva debe ser especial para linfedema (compresión 20 a 30 mmHg).
- Cuidado meticuloso de las uñas
- No tomar la presión del brazo afectado.

Término de la exposición, preguntas acerca de dudas que se presenten acerca del tema.

5. Cierre de la sesión.

Se realiza una breve reseña de lo presentado y se invita a los participantes a la siguiente sesión.

4.6.5 Sesión 5

Explicar a las pacientes y a sus familiares las características de la persona resiliente

1.- El Significado De Resiliencia.

La resiliencia es la capacidad de adaptarse exitosamente, de competir o de funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, del estrés crónico o después de un trauma grave o prolongado. Por otra parte, es también la habilidad de un individuo para recuperarse o regresar al nivel de funcionamiento que tenía, antes de que una adversidad se presentara; se habla de resiliencia. Cuando pasado el evento adverso, la persona presenta mínimas reacciones psicológicas que pueden considerarse insanas.

2.- El Equilibrio.

El equilibrio consiste en una virtud, es una condición en la cual la persona ha pasado por la adversidad en la cual “toca fondo”, se hunde tal parece que se ahogará, sin embargo, está buscando un punto de apoyo para salir y resurgir de la problemática en la cual se encuentra. La persona equilibrada puede ser que viva una situación extremadamente traumática, y trata de afrontarla mirando de frente, busca los apoyos necesarios, analiza los riesgos que se pueden asumir, es previsor.

3.- La Flexibilidad

La flexibilidad, capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias o acomodar las normas a las distintas situaciones o necesidades. La flexibilidad consiste en tener mente abierta, supone renovarse o morir. La aceptación del cambio es necesario, ante cualquier circunstancia adversa que se presente. Todos los cambios llevan a un crecimiento.

4.- La Creatividad

La creatividad es usada para la solución de problemas, identificar los detalles del entorno, análisis de la situación y la propuesta de las diferentes soluciones. La personalidad resiliente, se hace preguntas acerca de lo que existe alrededor. Realiza un análisis crítico, saca el mayor provecho del entorno que le rodea, imagina las consecuencias, derivadas de las asociaciones que está realizando, es optimista inteligente, de donde puede llegar realmente.

5.- Sentido Del Humor

Hace referencia a una persona que responde de manera positiva, a diferentes experiencias humorísticas y que se dejen llevar, por la probabilidad de sentir divertimento y alegría.

6.- Espiritualidad.

Es la relación que, entablan el hombre, por un lado, con el ser perfecto que lo creó; Dios.

La espiritualidad lleva a la persona a tener esperanza, incluso cuando humanamente no hay nada que hacer, en caso de enfermedades irreversibles, ante los cuales los médicos, no dan ningún pronóstico positivo.

7.- Valentía

La valentía, es la determinación para enfrentarse a situaciones que son arriesgadas y difíciles. La persona enfrenta y supera la dificultad, con una buena dosis de; tiempo, fuerzas. Insistencia y otros recursos, La persona tiene que salir adelante, con sacrificios y esfuerzos. La persona cobarde, tiene las características

de negar la situación, huir se dice que asume el mayor de los riesgos, el de no hacer nada.

8.- Paciencia

Es la capacidad que tiene un sujeto para tolerar, atravesar o soportar una determinada situación, calma o tranquilidad para esperar, para aprender a ser pacientes se recomienda.

- Ejercita la espera paciente y la tolerancia a la frustración

Dilatar o retrasar voluntariamente algunas cosas que producen placer. Asumir las cosas y los acontecimientos conforme van pasando.

- Emplear el tiempo en actividades, como pasatiempos, manualidades
- Terminar siempre lo que se empieza, aunque suponga un esfuerzo, sin duda, tendrá una recompensa.

9.- La Curiosidad.

La curiosidad, es una inquietud para las personas inconformes, existe una necesidad de aprender, estos conocimientos ayudan la ampliación del entorno, les interesa todo lo que les rodea, cuando llegan a un lugar, lo observan, analizan, buscan elementos que les sean de utilidad, les llama la atención las incoherencias, se sienten atraídas, para conocer el origen de los acontecimientos, lo incorporan a su bagaje de conocimientos. Cuando se presenta un evento adverso, utilizan la curiosidad, para resolver la problemática.

10.- Cierre

Discusión de Grupo, Cierre del taller. Se dan las gracias por la participación al taller.

4.7. Cartas Descriptivas

Sesión 1: Explicar a la paciente y a sus familiares el diagnóstico de cáncer de mama, el reporte de patología y como integrar su expediente.				
Objetivo General Conocer el diagnóstico de cáncer de mama, el reporte de patología. Integración de su expediente.				
Día 1 Horario	Objetivo de la unidad, Al concluir cada módulo los participantes podrán:	Contenido Temas y subtemas	Estrategia de enseñanza aprendizaje	Material
10 min	Presentación de la expositora, la dinámica de trabajo y los objetivos del curso.	1.Introducción Bienvenida Presentación de la expositora Reglas	Bienvenida Presentación de la expositora Establecimiento de Reglas	Rotafolio Plumones Identificadores con moño rosa
20 min	Conocer a las pacientes con cáncer y las expectativas del curso	2.Presentación Presentación de las pacientes con cáncer Expectativas del curso	Dinámica de Presentación	Rotafolio y Plumones

30 min	Sensibilizar a la paciente sobre el cáncer de mama.	3. Ejercicio de Sensibilización	Exposición oral Discusión de Grupo	Hoja escrita con el relato de sensibilización
50 min	Entender el reporte de patología. Elaborar su expediente.	4 Entender el reporte de patología. Forma de elaborar un expediente.	Exposición oral	Hojas de Rotafolio Laminógrafo
10 min	Aclarar dudas	5. Cierre	Exposición oral	

Sesión 2: Explicar a la paciente y a sus familiares, el tratamiento para el cáncer de mama.				
Objetivo General: Conocer el tratamiento para el cáncer de mama				
Horario	Objetivo de la unidad. Al concluir cada unidad, los participantes podrán:	Contenido (temas y subtemas)	Estrategias de enseñanza aprendizaje	Material
30 min	Conocer la anatomía de la mama	1 Anatomía de la mama	Exposición oral Discusión guiada	Laminógrafo
90 min	Conocer el tratamiento para el cáncer de mama	2 Cirugía 3 Quimioterapia 4 Radioterapia	Exposición oral	Laminógrafo
10 min	Aclarar dudas de la sesión, tener una visión de la sesión.	5. Cierre	Exposición oral	Rotafolio Plumones.

Sesión 3 Explicar a la paciente y a sus familiares, los estilos de afrontamiento				
Objetivo General: Conocer los estilos de afrontamiento.				
Día 3 Horario	Objetivo de la Unidad.	Contenido (temas y subtemas)	Estrategia de Enseñanza Aprendizaje Exposición oral	Material Rotafolio Plumones
60 min	Identificar qué estilo de afrontamiento, se utiliza.	Estilos de Afrontamiento Pasivo Agresivo Asertivo	Exposición Oral	Rotafolio Plumones
60 min	Aclarar dudas de la sesión y tener una visión general de lo revisado	Cierre	Exposición Oral	Rotafolio Plumones

Sesión 4. Explicar a los pacientes y a los familiares cuales son los efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama.

Objetivo General: Conocer efectos secundarios del tratamiento de cáncer de mama.

Día 4 Horario	Objetivo de la Unidad.	Contenido de Temas y Subtemas	Estrategia de Aprendizaje	Material
60 minutos	Al término de la unidad, la participante conocerá los efectos secundarios, que provoca el tratamiento del cáncer de mama.	1.- Cirugía 2.-Efectos de la Quimioterapia 3.- Efectos de la Radioterapia.	Exposición Oral	Laminógrafo Rotafolio Plumones
40 minutos	Al término de la unidad, la participante, conocerá la enfermedad, Linfedema y los cuidados del brazo, para prevenir esta complicación	4.- Cuidado del brazo afectado, prevención del linfedema.	Exposición Oral	Laminógrafo Rotafolio Plumones.

20 minutos	Dudas y aclaraciones. Tener una visión de lo explicado	Cierre	Exposición Oral	Laminógrafo Rotafolio Plumones
------------	---	--------	--------------------	--------------------------------------

Sesión 5. Explicar a los pacientes y a los familiares, las características de la persona resiliente.				
Objetivo General: Conocer las características de la personalidad resiliente.				
Día 5 Horario	Objetivo de la unidad.	Contenido de Temas y subtemas	Estrategias de Aprendizaje	Materiales
60 min.	Conocer las características de la personalidad resiliente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de resiliencia 2. Equilibrio 3. La flexibilidad 4. Creatividad 5. Sentido del Humor. 6. Espiritualidad 		Rotafolio Plumones
40 min.		<ol style="list-style-type: none"> 7. Valentía 8. Paciencia 9. Curiosidad 	Exposición oral	Rotafolio Plumones
20 min.	Reflexión sobre lo aprendido. Dudas Dar las gracias por la asistencia al taller.	Despedida	Exposición Oral	Rotafolio Plumones

4.8. Grupo De Ayuda Mutua

El Grupo de Ayuda Mutua es un plan piloto que se presentará para ser llevado a cabo en el municipio de Coacalco de Berriozábal, Estado de México. En la actualidad, los Grupos de Apoyo para las mujeres que padecen cáncer de mama, se encuentran en la Ciudad de México y dadas las características de la enfermedad, se hace difícil y además costoso trasladarse a la Ciudad para recibir contención y educación que ayude a sobrellevar la enfermedad y su tratamiento.

Para constituir un grupo se consideran características como anonimato, la participación por acción y convicción propias, el hablar desde la propia experiencia, no interpelar al que habla, el incremento de responsabilidad y disminución de la culpa y las consignas. Se pide que las integrantes del grupo sean mujeres, que padecen o padecieron cáncer de mama, porque, gracias a su experiencia, lograrán una identificación con sus iguales. (Nieto, 2008).

Para permanecer en el grupo es suficiente promover cambios, el encuentro con uno mismo y con las demás, aceptar el diagnóstico de cáncer de mama, así como la adherencia al tratamiento, y sobrellevar los cambios que se presentan en la imagen corporal a causa del tratamiento.

El trabajo en círculo permite establecer una dinámica de respeto y equitativa, y el punto central es compartir y no enseñar. El perfil de la paciente que padece cáncer de mama, merece respeto, en ocasiones no hablan en toda la sesión y en otras desean compartir mucha información. Los familiares que las acompañan son participantes activos de las situaciones que les preocupan. Hay condiciones en las cuales las pacientes por su estado de salud ya no acuden a las sesiones y en su lugar lo hace solo el familiar. Cada persona tiene un tiempo para hablar, pero no es obligatorio.

Las características de este grupo primario consisten en ofrecer contención, respeto, comprensión y solidaridad. Los miembros del grupo hacen lo que desean, partiendo desde su propio potencial. Para construir el grupo y que éste se

desarrolle y prevenir riesgos para los miembros se tomarán en cuenta varios puntos, enumerados a continuación: Encuadre, tarea, funciones, normas y recomendaciones para la interacción y sesión.

Encuadre

Es necesario delimitar las acciones permitidas, y esperables en un grupo. Su objetivo principal es la contención de las mujeres que padecen cáncer de mama, este encuadre permite disminuir la ansiedad en sus participantes y protege por igual a todos los miembros. Dentro del Grupo de Ayuda Mutua, en el inicio de la formación del grupo se indicará el día y la hora de la sesión y duración de la misma. (Nieto, 2008).

Tarea

La tarea es el objetivo del Grupo de Ayuda Mutua, dicho objetivo es brindar contención a las mujeres que padecen cáncer de mama. Es necesario contar con la ayuda, si es necesario de Grupo Reto (el cual tiene una experiencia de 30 años en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama), y la supervisión del Instituto Nacional de Cancerología. El Grupo de Ayuda Mutua se formará para las mujeres que padecen cáncer de mama.

Funciones

Las funciones pueden ser llevadas a cabo por mujeres que han padecido cáncer de mama, que, al ya encontrarse sanas, se encuentren en la posibilidad de colaborar como voluntarias. En un principio se contará con una asesora, pero habrá funciones definidas para cada participante. Cabe hacer la aclaración que el Grupo de Ayuda Mutua, no pretende cambiar la estructura psíquica de la mujer. El liderazgo no será asumido por una sola persona, es necesario que cada

participante pueda desempeñar todos los roles, se recomienda rotarlos mensualmente, con el fin de que todas las personas asuman cada uno de los roles.

- 1) Moderador, Conduce la sesión del grupo, define inicio y terminación y da la palabra. Está atento, escuchando y mirando a los ojos a la persona que habla, tratando de entender lo que dice y lo que siente. Su actitud es receptiva, interesada y de apoyo
- 2) Secretario. Llega antes del inicio de la sesión, para revisar que el salón está libre y acomoda las sillas. Atiende durante la sesión las interrupciones de personas ajenas al grupo. Es responsable de guardar las cosas del grupo, como papelería y demás elementos.
- 3) Auxiliar. Lleva una lista de asistencia, recibe a las personas que llegan al grupo y anota en un formato, nombre, edad, diagnóstico, etapa del tratamiento, Institución donde son atendidas, lugar de residencia. Estos datos únicamente tienen fines estadísticos.
- 4) Sintetizador. Toma nota de lo que se dice, hace una síntesis y la pone por escrito en una frase.
- 5) Monitor. Es el profesional que inició el grupo, queda como un referente para el mismo. Hace acompañamiento en su desarrollo, hasta que sea capaz de funcionar por sí mismo. Realiza el taller, se mantiene disponible para cuando se solicite su asesoría. (Nieto, 2008).

Normas

1.- Asisto al grupo solamente por interés y voluntad propia. Permanezco en él porque tiene sentido para mí.

2.- Acudo al grupo buscando información, comprensión y apoyo y encuentro en él una mayor fortaleza para lograr lo que me proponga, pero no hace las cosas por mí.

3.- Yo valgo como persona, el grupo me reconoce e identifica sólo por mi nombre.

4.- Compartimos un objetivo común que nos une y nos permite comprendernos mutuamente, la tarea que nos une es hacer lo que está en nuestras manos, para lograr lo que queremos.

5.- En la sesión tengo un turno para hablar, puedo expresar lo que siento; o de lo contrario, escucho con atención a mis compañeros.

6.- Hablo de lo que me pasa hoy, de lo que siento, hablo de mi persona.

7.- No interrumpo al que está hablando. Si tengo algo que decir, cuando sea mi turno compartiré mi experiencia.

8.- No juzgo, trato de no criticar. Los sentimientos de las personas son muy respetables, aunque no los entienda. Mi más valiosa aportación es escuchar con atención.

9.- Cada participación sirve para que el grupo se construya y enriquezca a mis compañeros, yo me beneficio escuchando a los demás.

10.- Mi verdad tiene valor porque es mía y la expreso con honestidad y valentía. Voy logrando confianza, en mí mismo, y en mi grupo.

11.- Cuando me quedo callado en el grupo, me llevo las cosas dentro y no aprovecho la oportunidad de que me escuchen y así sentirme mejor. Lo que no digo, corro el riesgo de expresarlo afuera y de una manera que no me beneficia.

12.- Soy responsable de mí mismo ante el grupo y fuera de él. El grupo ayuda a hacerme consciente, a quitarme la culpa que me paraliza y a asumir la responsabilidad que me hace crecer.

13.- Todo lo que escucho y ocurre en el grupo, concierne únicamente al grupo y no debo relatarlo fuera de la sesión a nadie, así como a mí no me agrada que se comente lo que dije.

14.- El bienestar del grupo tiene prioridad sobre el bienestar individual. El progreso de cada uno depende de la unión del grupo.

15.- El grupo es autónomo e independiente, sus decisiones se acuerdan con la participación de todos.

16.- El grupo no se afilia a ningún partido político, no interviene en debates, controversias, ni hace declaraciones sobre ningún asunto ajeno al mismo.

17.- La sesión del grupo es exclusivamente para sus fines, no se puede utilizar el espacio para tratar algún otro asunto o negocio.

Forma de llevar la sesión.

1.- Introducción y organización.

Después de su registro, el monitor invita a pasar a los participantes, las sillas estarán colocadas en círculo, creando el ambiente adecuado para la reunión. Realiza una presentación, la función del monitor es la de moderador; ya que no forma parte del grupo, su función es promover la consolidación del mismo. Se pide que personas voluntarias desempeñen funciones como auxiliar, sintetizador y secretario. La asistencia de los participantes es voluntaria, ya que se entiende que la principal involucrada se encuentra en tratamiento.

2.- Revisión de las normas.

Se da a conocer el sistema de normas, el moderador explica su importancia para el funcionamiento del grupo, se entregan por escrito, y se colocan en un lugar visible para que el grupo las recuerde y las haga propias.

3.- Participación

Es el momento más importante de la sesión, es el que debe ocupar la mayor parte del tiempo. La persona expresa lo que le pasa, lo que siente, lo que le preocupa. El Moderador invita a la participación, recordando que cada quién tiene su turno para hablar y puede tomarlo o no.

4.- Reflexión y resumen individual.

En este momento se reflexiona acerca de lo que se pensó, expresó o sintió, sirve para aprehender e integrar de una manera más completa y consciente la experiencia. El Sintetizador tiene una hoja en la que responde a lo siguiente: Qué aprendizaje se lleva el grupo, de qué se dio cuenta, a qué conclusión llegó, qué dudas se lleva y qué propósito. Las conclusiones se expresan en una frase, que explica el sentir del grupo y se colocan en una cartulina, que significa que el grupo crece a partir de sus experiencias y reflexiones.

5.- Cierre y despedida.

En el cierre es un momento significativo, el Moderador puede utilizar una frase muy significativa, proponer un abrazo para cada miembro del grupo, e invitarlo para la siguiente sesión.

Funciones que desempeña el Profesional en el Grupo de Ayuda Mutua.

Es necesaria que la iniciativa de formar el Grupo de Ayuda Mutua se lleve a cabo en lugares reconocidos por la comunidad, pueden ser iglesias, escuelas o centros de salud, ya que estos espacios cuentan con una infraestructura mínima para llevar a cabo las sesiones, la persona que lo inicie puede ser un profesional

o no. La persona que hace la convocatoria no será el coordinador del grupo, sino su promotor.

Número de participantes y duración de las sesiones.

- 1.-El número mínimo de participantes, será de cinco y el máximo de doce.
- 2.- La duración de las sesiones será de dos horas.
- 3.- La vida del grupo dependerá del interés de los miembros.
- 4.- Será un grupo abierto, siempre se recibirá a las nuevas participantes.

Participación del Facilitador.

Según (Nieto, 2008), la participación de un facilitador en lugar coordinador, significa no interpretar, no aconsejar y no dar cátedra. Esto ayuda a la persona que está dentro del tratamiento del cáncer de mama, favoreciendo su crecimiento y autonomía. Asimismo, logra identificarse con personas que padecen la misma enfermedad.

La Participación de los Profesionales en los grupos de ayuda mutua.

La participación de los profesionales en los grupos de ayuda mutua puede constituirse por un conferencista invitado, consultor, ayuda para conseguir un espacio de la reunión e instrumentando la organización de nuevos grupos. El papel del profesional que no asume liderazgo, muestra al grupo que es importante que compartan la responsabilidad de lo que sucede en el grupo y que de esta forma su funcionamiento mejora. Sobre la participación de los profesionales de autoayuda, se menciona que el error más frecuente es el de adoptar el rol de líder.

Si se asume el papel de líder, se promoverán dependencias y los miembros ya no aceptarán sus responsabilidades, lo cual es esencial para el éxito del grupo. Durante varias sesiones, se va construyendo la confianza y los participantes irán tomando la iniciativa. El grupo debe ser capaz de fijarse los objetivos principales los cuales son: Integrarse, proveer apoyo y ayuda mutua, ya que este es el fin para el que fue creado. Cuando el grupo se encuentre integrado, el profesional termina la asesoría y queda como referente, si el grupo lo requiere, permanece disponible.

El escuchar a otros tienen un problema semejante, ya que el darse cuenta de que se comparten fantasías y dificultades en la enfermedad de cáncer de mama, permite identificarse con los demás, produce alivio y hace sentir a la persona menos sola. Se pone en contacto con lo que otros piensan y la forma en que reaccionan, con lo que se promueve la comparación con la persona misma. Ver en otra persona las cosas que se teme de sí mismo y reconocerlas, permite tomar consciencia propia y aprender de los demás. Una conducta tiene diferente significado para cada persona. (Nieto, 2008).

En el grupo se le dará a la persona una fuerza extra al crear un compromiso con uno mismo. Se dan sentimientos de autosugestión, autovaloración, autoconfianza y posibilidad de revolver las cosas por uno mismo, llegando así a la resiliencia, la cual constituye el propósito principal, para la superación de la enfermedad. Las principales normas que se deben cumplir son las de confidencialidad y la de restablecimiento de la salud de la enferma de cáncer.

El Grupo de Ayuda Mutua no pretende cambiar la estructura psíquica de la paciente, lo que se busca es mejorar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer de mama.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Para concluir con el tema de la enfermedad del cáncer de mama, la Organización Mundial de la Salud, recomienda que la educación sobre esta enfermedad se enfoque a sensibilizar a la mujer, a reconocer las características que son normales de sus mamas y demandar atención médica en caso de notar alguna irregularidad. En el ámbito médico se requiere escuchar en una consulta de primer contacto lo que la paciente siente en relación con su salud, es decir, las necesidades sentidas en lugar de las sensaciones diagnosticadas por el médico.

Los pacientes, no son receptores pasivos sino activos en lo referente a su salud, se requiere de preparación, sensibilización de todo el cuerpo médico y los integrantes del sistema de salud y trabajo en equipo para lograr atender el cáncer en etapas tempranas. Los datos acerca del retraso de la atención médica en el cáncer de mama, para la paciente que acude a consulta porque tiene ya tiene signos y síntomas anormales en su cuerpo y no son atendidos con oportunidad, arrojaron, según información documentada de una paciente, pasaron 400 días para atender un primer problema grave de salud, y 730 días para atender un segundo problema que ya resultó ser, cáncer de mama localmente avanzado.

Las causas de la atención tardía de la enfermedad del cáncer de mama en el ámbito de la salud pública en varios de los casos, es por desconocimiento de los médicos de primer contacto acerca de las manifestaciones que presenta esta afección, y las pautas que existen para su atención. (Unger, 2014).

La educación a la paciente es muy importante, para detectar la enfermedad de manera oportuna y tratar de evitar que el cáncer avance y se haga metastásico.

La detección del cáncer de mama es inútil, si el acceso al diagnóstico y tratamiento no se puede asegurar. Hay en diversas instituciones del Sector Salud calidad deficiente de atención y barreras de acceso a servicios y falta de recursos altamente especializado. (Unger, 2014).

Es necesario que a los pacientes que ya fueron diagnosticadas con cáncer de mama en un Hospital del Sector Salud, den a conocer las diversas formas de ayuda que tiene la paciente para enfrentar la enfermedad.

Las recomendaciones para las mujeres, es realizar campañas para identificar los factores de riesgo que es necesario modificar para disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama, las investigaciones continúan tratando de identificar los comportamientos modificables que impactan de manera significativa, la aparición de la enfermedad. El comportamiento que aboga por el mantenimiento del peso corporal normal es una de las medidas más recomendables.

Si hay historia familiar de la enfermedad, es necesario brindar mayor protección para los miembros, que exista un registro en los hospitales y brindar una mayor protección para la detección precoz del cáncer de mama.

El cáncer de mama abarca varios temas que se deben tratar y difundir como son, la alimentación o el cuidado de las personas que se encuentran en fase terminal, estos conocimientos requieren de investigación adicional y que requiere de diversas especialidades, tales como: Nutrición y Tanatología.

El taller que se diseñó trata de ser sencillo debido a que las personas a las que está dirigido se encuentran en tratamiento para el cáncer de mama y su salud se encuentra en una etapa vulnerable. Se recomienda que no vea películas en las cuales la temática que se trata es el cáncer porque aumentan la ansiedad de la paciente.

Como último comentario, se requiere que, en los hospitales, particularmente en los pisos de oncología, exista una sala donde se pueda ver televisión, escuchar música, realizar labores manuales, una biblioteca donde existan revistas, libros para que la estancia de las pacientes sea agradable y contribuya a su bienestar.

REFERENCIAS

- Almadrones, L. E. (2000). *Women and Cancer: A Gynecologic Oncology Nursing Perspective* (2a. ed.). Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Alvarado, S., Diez-Martínez, C. F., Zapata, M., & Herrera, Á. (2010). Aspectos Psicosociales del Tratamiento Oncológico. En M. Granados, *Manual de oncología: Procedimientos médico quirúrgicos* (4a. ed., págs. 1207-1215). México: McGraw Hill.
- Ámbitos de aplicación grupal. (2002). In J. Sánchez, *Psicología de los grupos: Teorías, procesos y aplicaciones* (pp. 495-517). Madrid: McGraw-Hill.
- Berha, S., Bowman, M., Drossman, D., Faling, J., Frenkel, E., Gabbard, G., . . . Mandell, G. (2003). Cáncer. In *Nuevo Manual Merck de Información Médica General* (pp. 1235-1254). Barcelona: Océano.
- Buela-Casal, G., & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In M. Á. Simón, *Manual de psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. (pp. 505-525). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Clínica Mayo. (2003). *Guía de Autocuidados: Respuestas para los problemas diarios de la salud* (4a ed.). México: Intersistemas.
- Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer mamario.* (2015). Colima: Masson Doyma México S.A.
- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología* (2a ed.). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Escamilla, J. G. (2000). *Selección y Uso de Tecnología Educativa* (3a ed.). México: Trillas.

- Fernández, M. (2002). El Impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(6). Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf>
- Flores, G. (2011). *Oncología Ginecológica*. México: Trillas.
- Goldberg, D., Kendler, K., Sirovatka, P., & Regier, D. (2010). *Temas de Investigación DSM-V: Depresión y Transtorno de Ansiedad Generalizada*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Hartmann, L., & Loprinzi, C. (Eds.). (2005). *Guías del Cáncer en la Mujer*. México: Intersistemas.
- Hartmann, L., & Loprinzi, C. (Eds.). (2010). *Guías del Cáncer en la Mujer*. México: Intersistemas.
- Hernández, G., Gómez, A., & Paredes, A. (2012). *Lesiones Benignas de la Mama*. Buenos Aires: Panamericana.
- Hervás, G. (2009). Psicología Positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23,3), 23-41.
- INEGI. (2006). *Morbilidad de tumores malignos, estadística geográfica del cáncer, 49448*. SSA-DGIS, Procesó INEGI. Base de Datos. Recuperado 1 Enero 2015
- INEGI. (2014). *Defunciones Generales Mujeres y Hombres*. SSA-DGIS, procesó INEGI. Base de Datos. Recuperado enero 1, 2015
- Kübler-Ross, E. (2013). *La Rueda de la Vida*. Barcelona: Vergara.
- Macarulla, T., Ramos, F. J., & Taberero, J. (2011). *Comprender al Cáncer*. Barcelona: Amat editorial.
- Martín Torralba, L. (2013). *La Personalidad Resiliente*. Madrid: Editorial Síntesis.

Mayol, L., & Boullosa, B. (2012). *La Receta de los Campeones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Social Voice, S.A.

Michel, G. (1974). *Aprende a Aprender* (3a ed.). México: Trillas.

Nieto, O. M. (2008). Grupos de Pares de Reflexión y Ayuda Mutua (GPRAM):

Modelo Emergente para la Intervención Comunitaria. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 36-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922006>

Norma oficial mexicana (NOM-041-SSA2-2002), Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2002). México: Diario Oficial de la Federación.

Norma oficial mexicana (NOM-041-SSA2-2011), Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (2011). México: Diario Oficial de la Federación.

Richardson, G. (2011). Applications of the Metatheory of Resilience and Resiliency in Rehabilitation and Medicine. *Journal of Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 35-42. Recuperado <http://www.ripph.qc.ca/revue/journal-10-01-2011-05>

Rodríguez, R. (2015, octubre 06). Mueren 15 mexicanas por cáncer de mama cada día: Incan. Ciudad de México. Recuperado 13 mayo 2016, de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/10/6/mueren-15-mexicanas-por-cancer-de-mama-cada-dia-incan>

Mukherjee, S. (2014). *El emperador de todos los males*. Barcelona: Penguin Random House.

Silance, E. (s.f.). *Portal de Revistas Electrónicas Universidad de Carabobo*. Recuperado el 25 de Marzo de 2016, de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/a1n2/1-2-8.pdf>.

- Tapia, C. (2006). *El Manual de Salud Pública (2a. ed.)*. México: Intersistemas.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud (6a ed.)*. México: McGraw Hill.
- Temas Selectos en Orientación Psicológica (Vol. IV)*. (2005). México: *El Manual Moderno: Universidad Iberoamericana: University of Scranton*.
- Unger, K. (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World Clinic Oncology*, 5(3), 465. doi:io.5306%Fwjco.us.i3.465.k
- Unger, K., Durán, A. (2012). *Manual para trabajar el laminógrafo de: Información para detección oportuna del cáncer de mama*. México: Fundación Cim*ab y Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
- Viesca, C. (2003). El cáncer en la medicina novohispana de fines del siglo XVI. In R. Pérez (Ed.), *El cáncer en México* (pp. 15-36). México: El Colegio Nacional.
- Walsh, F. (2005). *Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Anexo 1

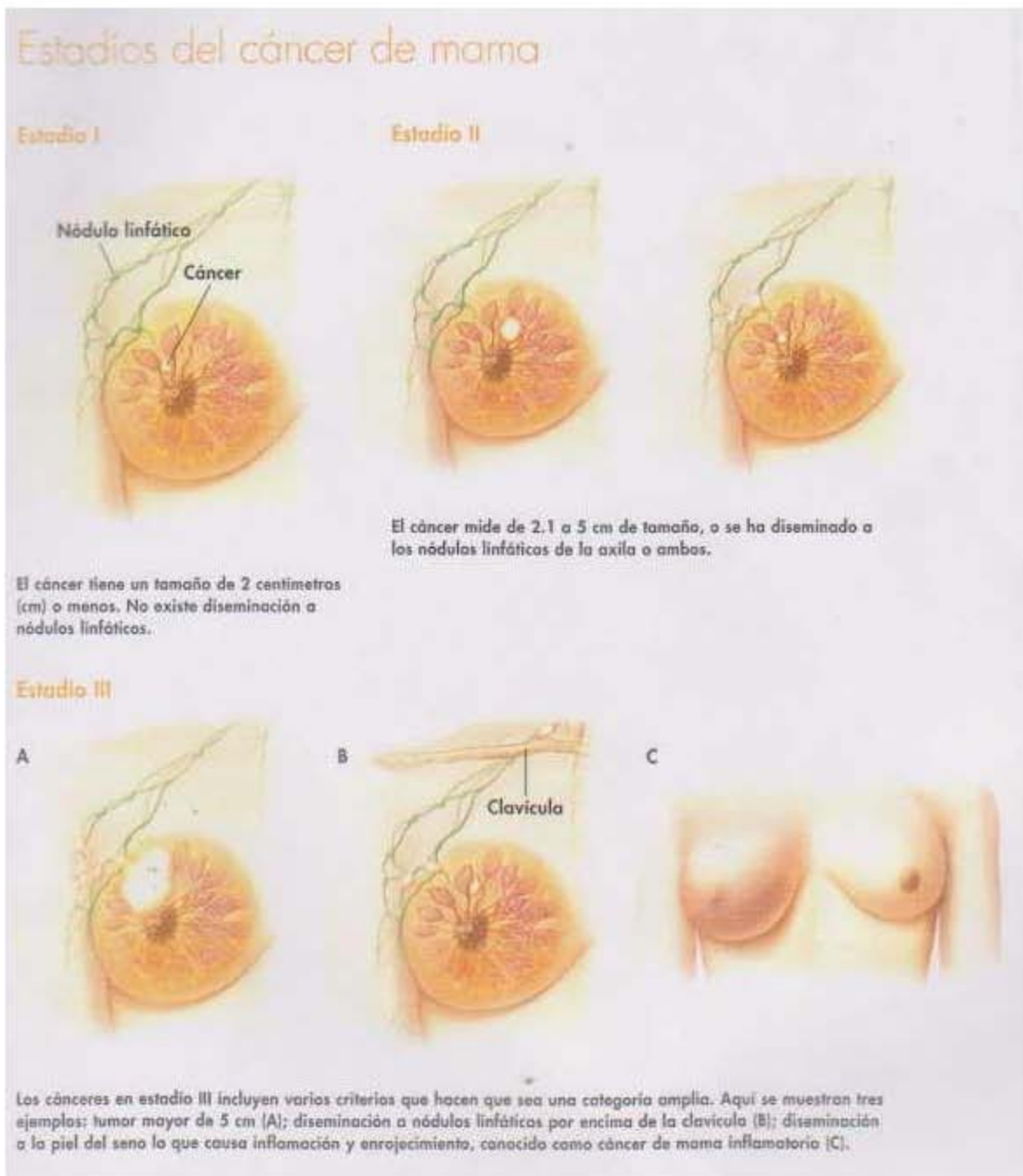


Fig. 1. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Estadios del cáncer de mama*. [Figura]

Estadio IV

El cáncer se ha diseminado a sitios distantes, como pulmones, hígado o hueso.

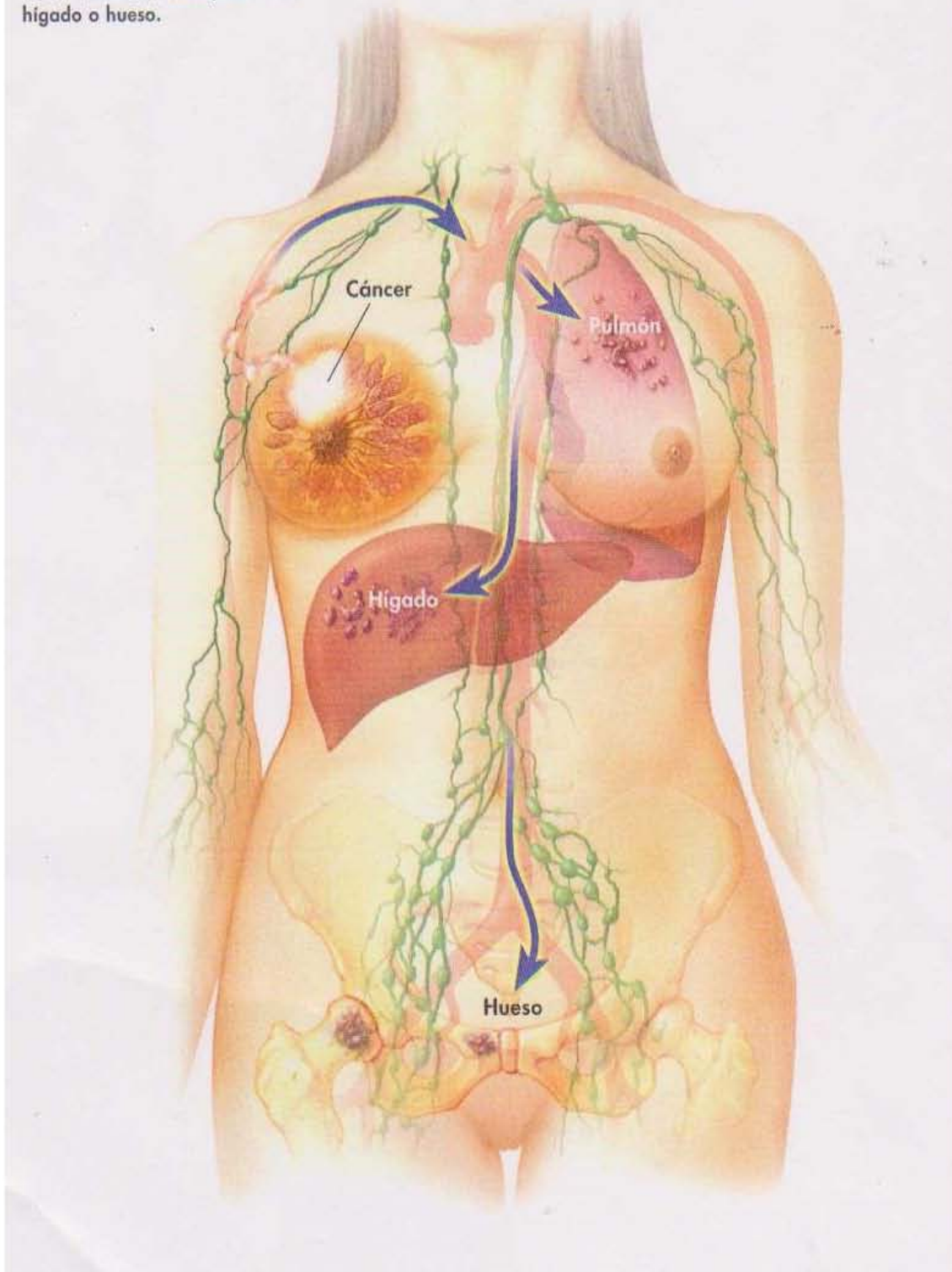


Fig. 2. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Estadio IV*. [Figura]

Desarrollo del cáncer

El cáncer se caracteriza por la proliferación de células anormales, un proceso de pasos múltiples denominado carcinogénesis. Con el tiempo, las células anormales se acumulan formando una masa, llamada crecimiento o tumor, que puede invadir el tejido normal vecino y diseminarse.

Célula normal

Las células normales crecen y se dividen de una manera ordenada.

Hiperplasia

El intrincado sistema del desarrollo y crecimiento celular se trastorna, lo que causa una sobreproducción de células de apariencia normal.

Hiperplasia atípica

Conforme las células excesivas se apilan una sobre la otra, algunas empiezan a adquirir una apariencia anormal.

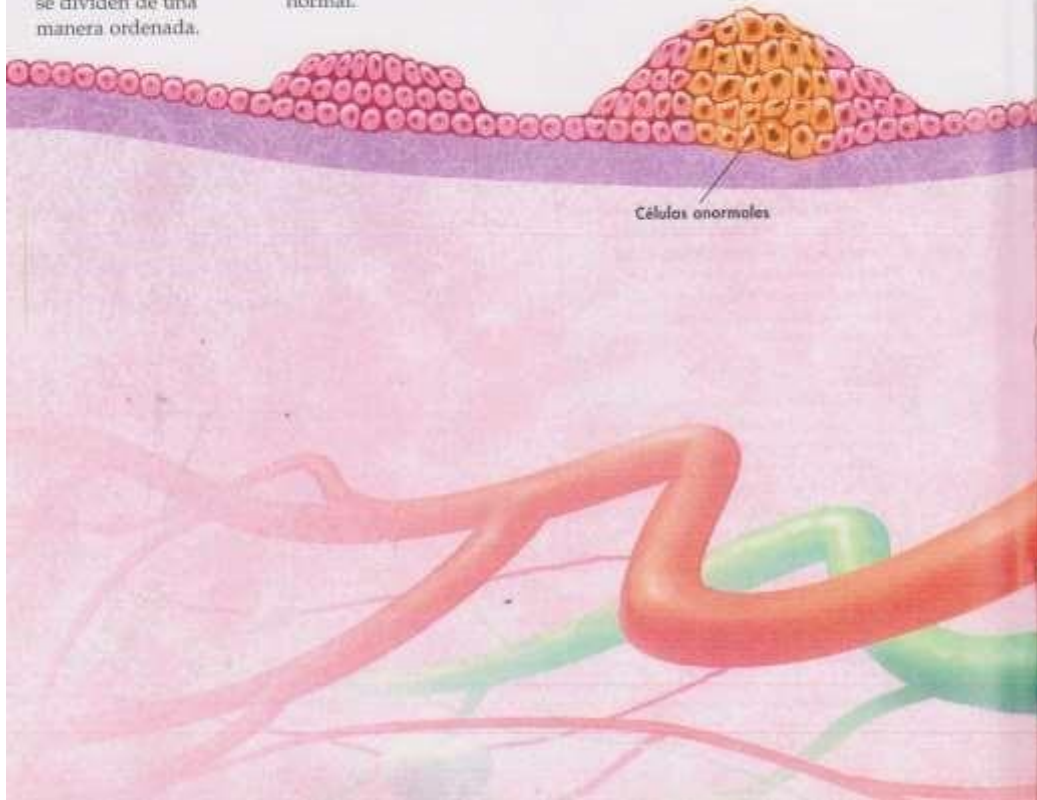


Fig. 3. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Desarrollo del cáncer*. [Figura]

Cáncer no invasivo

Las células anormales continúan el cambio en su apariencia y se multiplican, lo que evoluciona a cáncer. El cáncer permanece confinado dentro de los límites normales.

Cáncer invasivo

Conforme las células cancerosas invaden más profundamente el tejido circundante, con el tiempo se pueden diseminar a los vasos linfáticos y vasos sanguíneos pequeños (capilares), los cuales transportan las células cancerosas a otras partes del cuerpo.

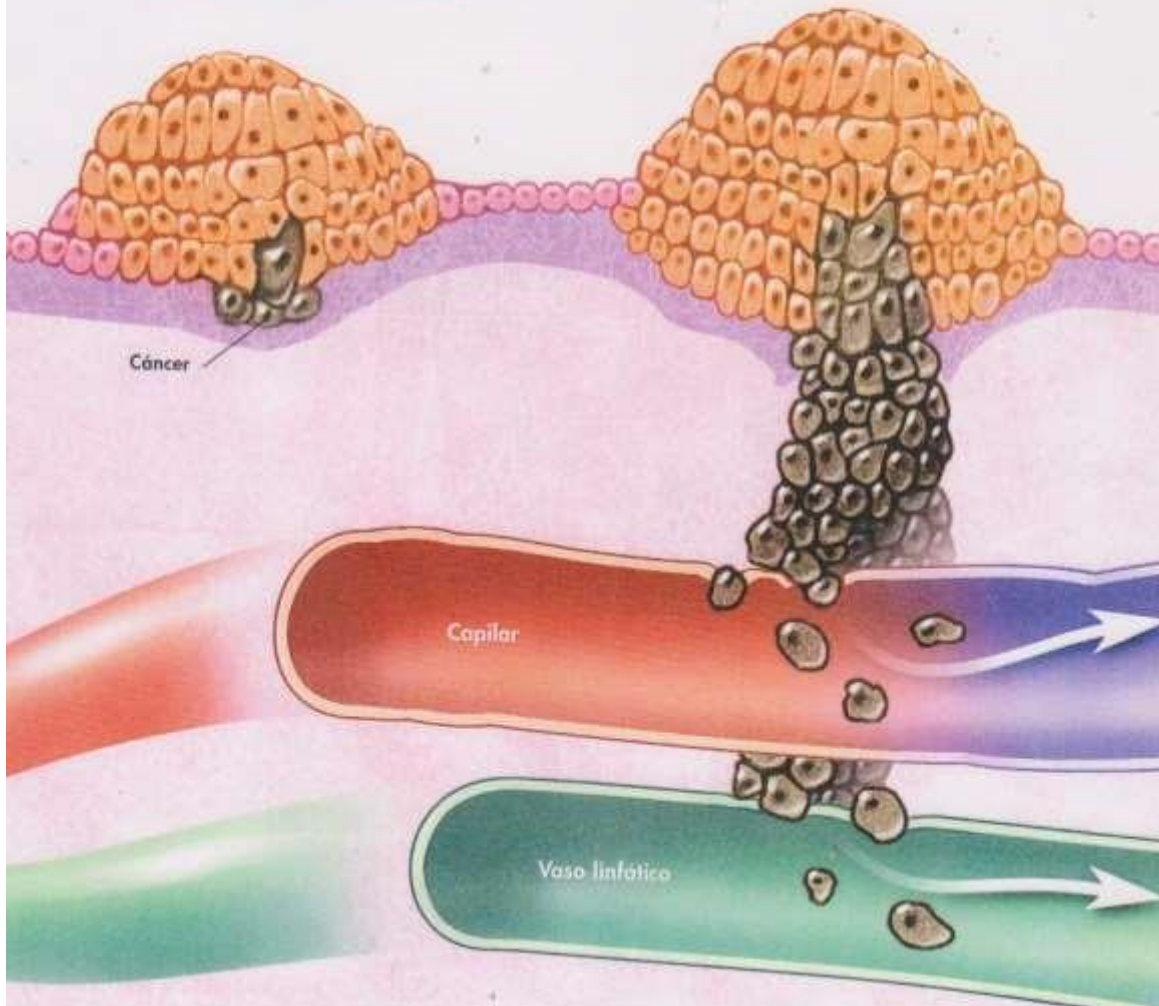


Fig. 4. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Desarrollo del cáncer*. [Figura]

Diseminación del cáncer

Las células cancerosas provenientes de un tumor de mama pueden diseminarse a todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos pequeños (capilares), los cuales se vacían en las venas, y a través de los vasos linfáticos, los cuales drenan hacia los nódulos linfáticos. El líquido y las células cancerosas provenientes del sistema linfático finalmente se vacían en las grandes venas, las cuales a su vez desembocan en el corazón. Del corazón, las células cancerosas pueden diseminarse al resto del cuerpo a través de las arterias.

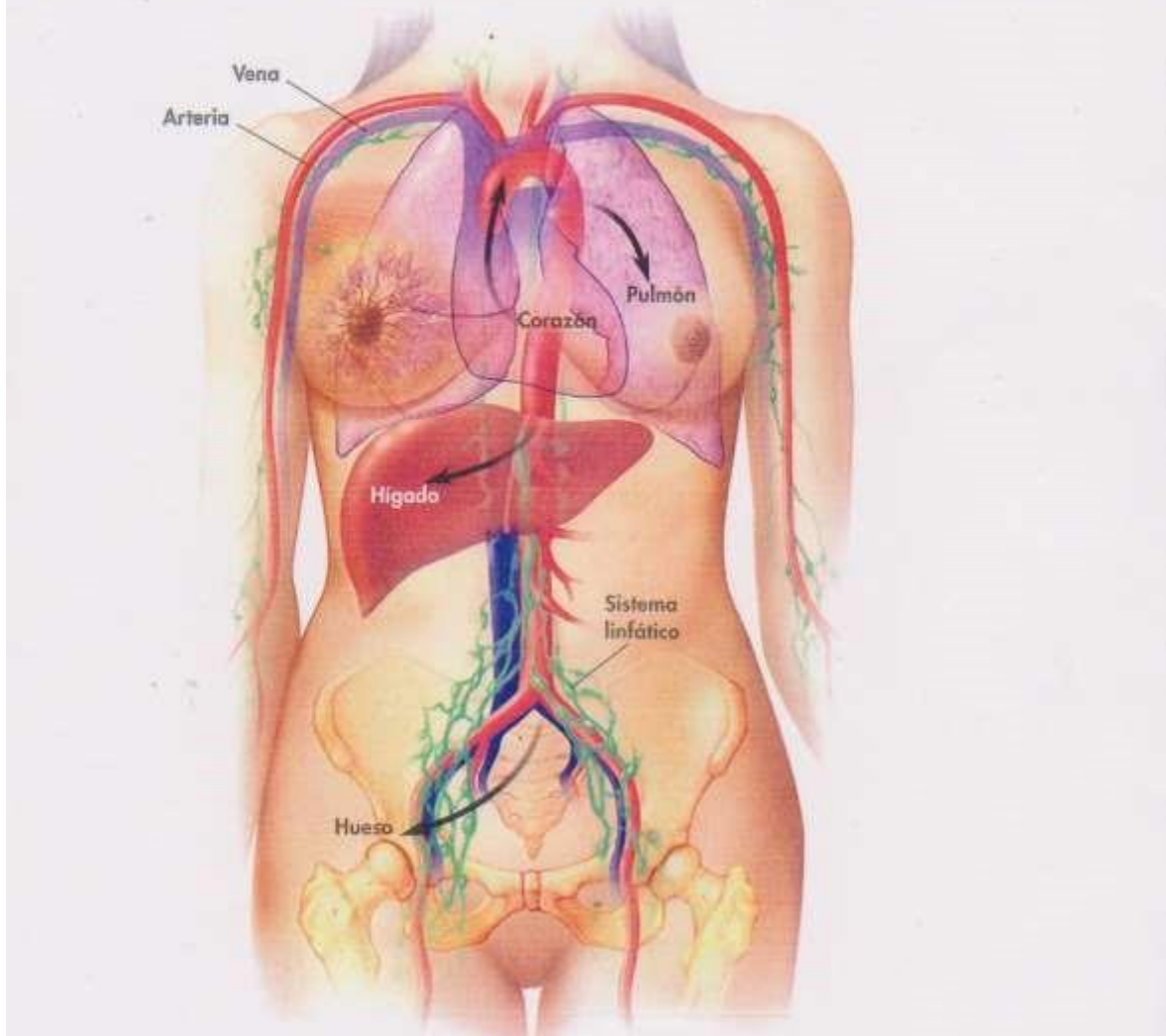


Fig. 5. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Diseminación del cáncer* [Figura]

Biopsia de nódulo centinela

En este procedimiento, se inyecta una tinta en el área del tumor. La tinta se absorbe hacia los vasos linfáticos cercanos. El primer nódulo linfático que recolecta la tinta, llamado nódulo centinela, probablemente es el primero en recibir el drenaje proveniente del tumor de mama. Se extirpan los nódulos centinela y se examinan en busca de células cancerosas. Alternativamente, puede usarse material radioactivo en vez de tinta.

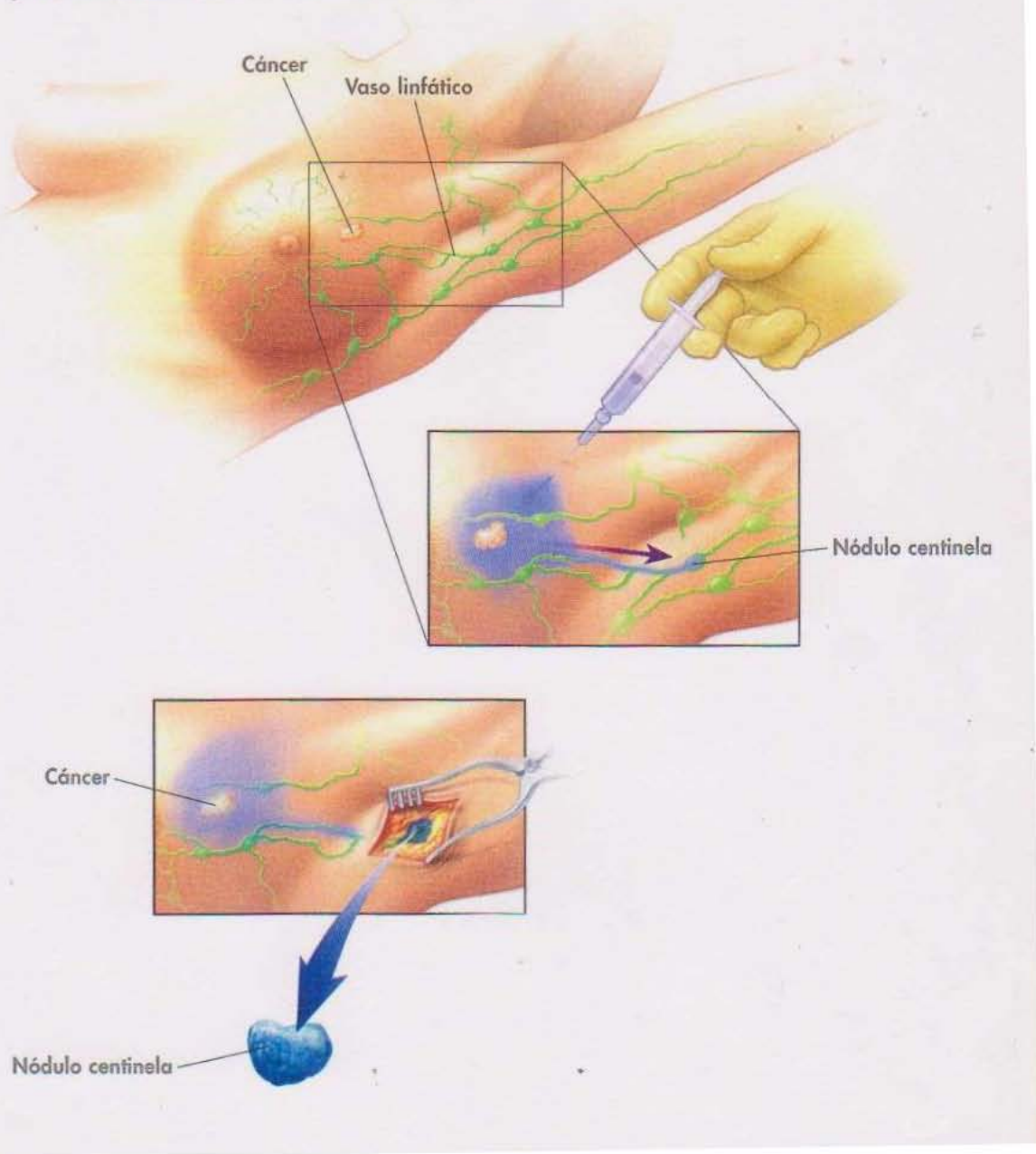


Fig. 6. Hartmann, L., & Loprinzi, C. (2005). *Biopsia de nódulo centinela* [Figura]

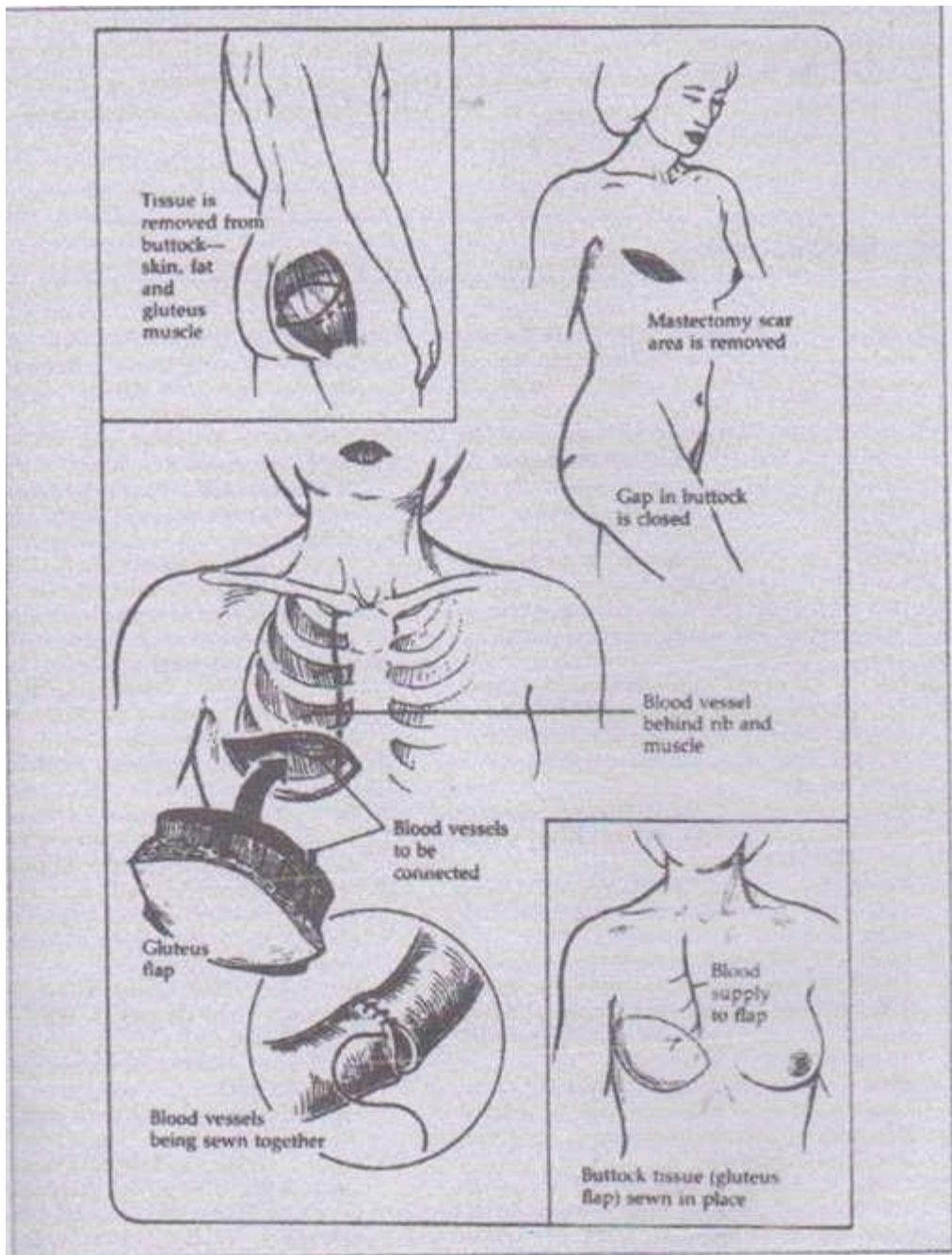


Fig. 7. Almadrones, L. E. (2000). *Técnica reconstructiva de la solapa glútea*. [Figura]

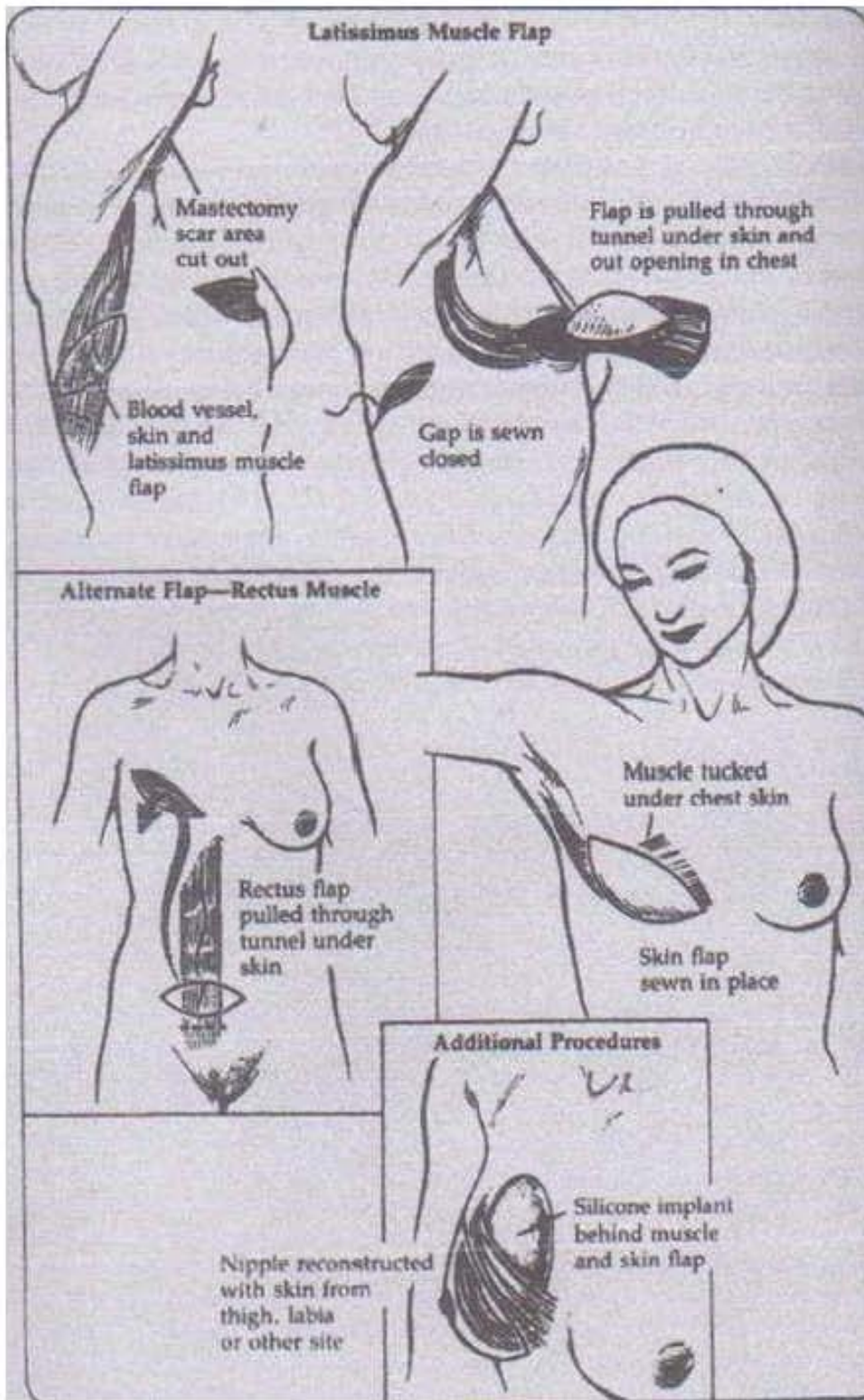


Fig. 8. Almadrones, L. E. (2000). *Técnicas de Reconstrucción*. [Figura]

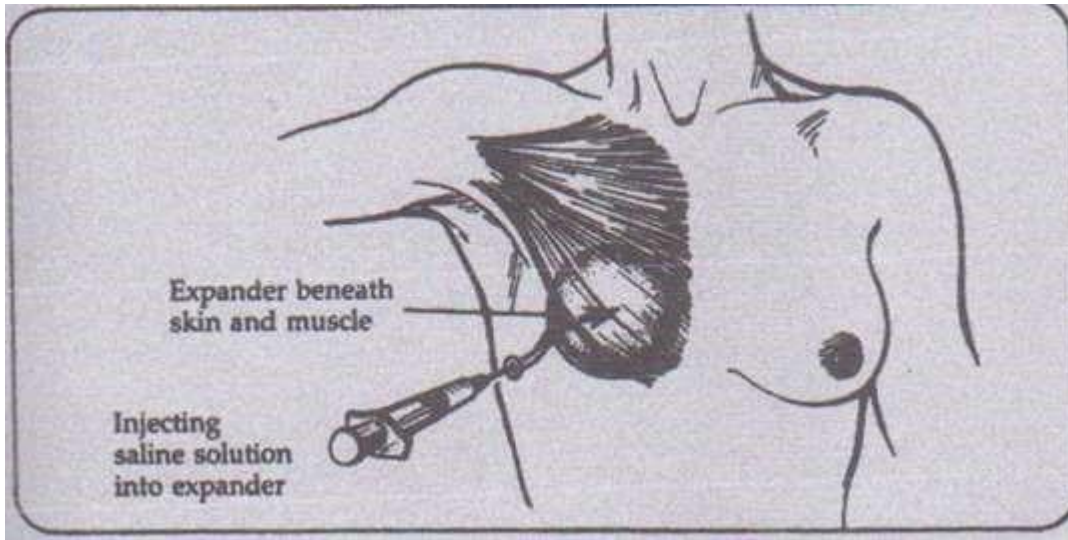


Fig. 9. Almadrones, L. E. (2000). *Implante salino para reconstrucción del seno.* [Figura]

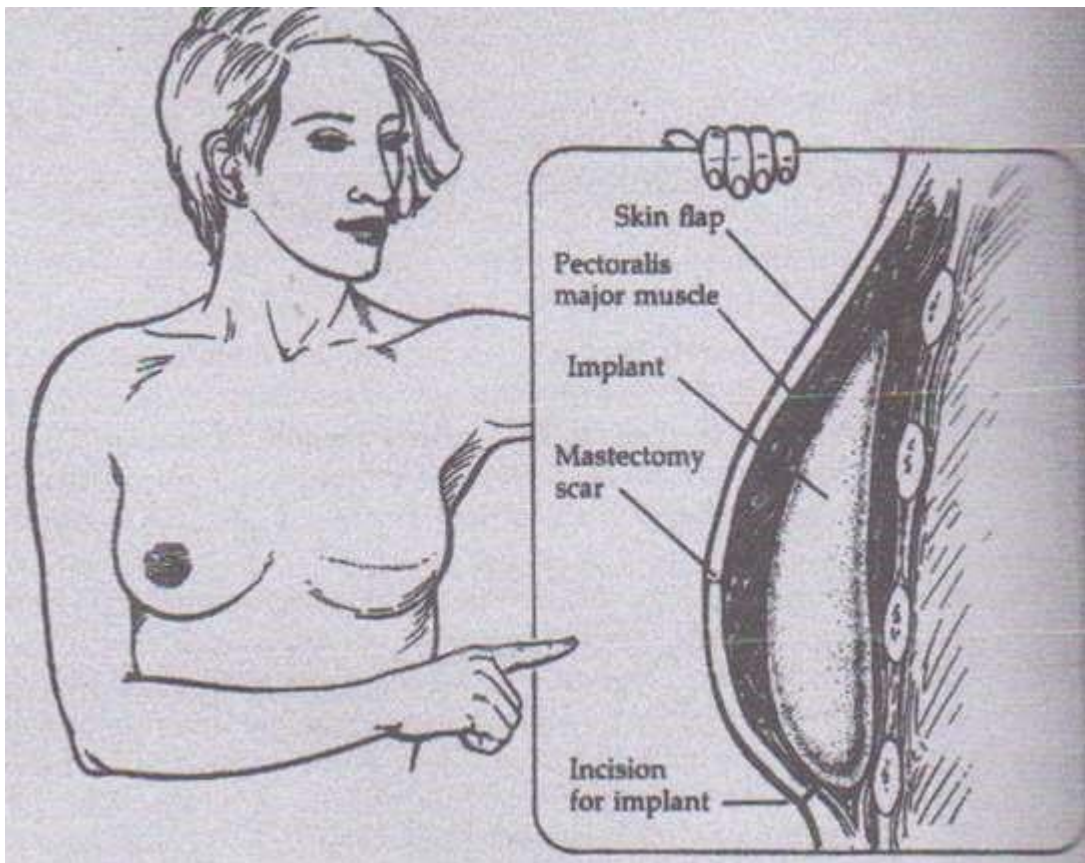


Fig. 10. Almadrones, L. E. (2000). *Implante de silicona para reconstrucción del seno.* [Figura]

BREAST SELF-EXAMINATION

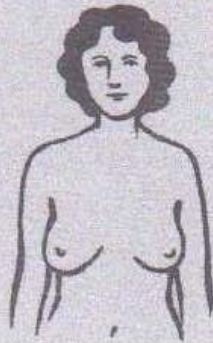
Breast self-examination should be done once a month so you become familiar with the usual appearance and feel of your breasts.

Familiarity makes it easier to notice any changes in the breast from one month to another. Early discovery of a change from what is "normal" is the main idea behind BSE. The outlook is much better if you detect cancer in an early stage.

If you menstruate, the best time to do BSE is 2 or 3 days after your period ends, when your breasts are least likely to be tender or swollen. If you no longer menstruate, pick a day such as the first day of the month, to remind yourself it is time to do BSE.

Here is one way to do BSE:

1. Stand before a mirror. Inspect both breasts for anything unusual such as any discharge from the nipples or puckering, dimpling, or scaling of the skin.



The next two steps are designed to emphasize any change in the shape or contour of your breasts. As you do them, you should be able to feel your chest muscles tighten.

2. Watching closely in the mirror, clasp your hands behind your head and press your hands forward.



3. Next, press your hands firmly on your hips and bow slightly toward your mirror as you pull your shoulders and elbows forward.



Some women do the next part of the exam in the shower because fingers glide over soapy skin, making it easy to concentrate on the texture underneath.

4. Raise your left arm. Use three or four fingers of your right hand to explore your left breast firmly, carefully, and thoroughly. Beginning at the outer edge, press the flat part of your fingers in small circles, moving the circles slowly around the breast. Gradually work toward the nipple. Be sure to cover the entire breast. Pay special attention to the area between the breast and the underarm, including the underarm itself. Feel for any unusual lump or mass under the skin.



5. Gently squeeze the nipple and look for a discharge. (If you have any discharge during the month—whether or not it is during BSE—see your doctor.) Repeat steps 4 and 5 on your right breast.



6. Steps 4 and 5 should be repeated lying down. Lie flat on your back with your left arm over your head and a pillow or folded towel under your left shoulder. This position flattens the breast and makes it easier to examine. Use the same circular motion described earlier. Repeat the exam on your right breast.



Fig. 11. Almadrones, L. E. (2000). *Auto-examen de senos* [Figura]

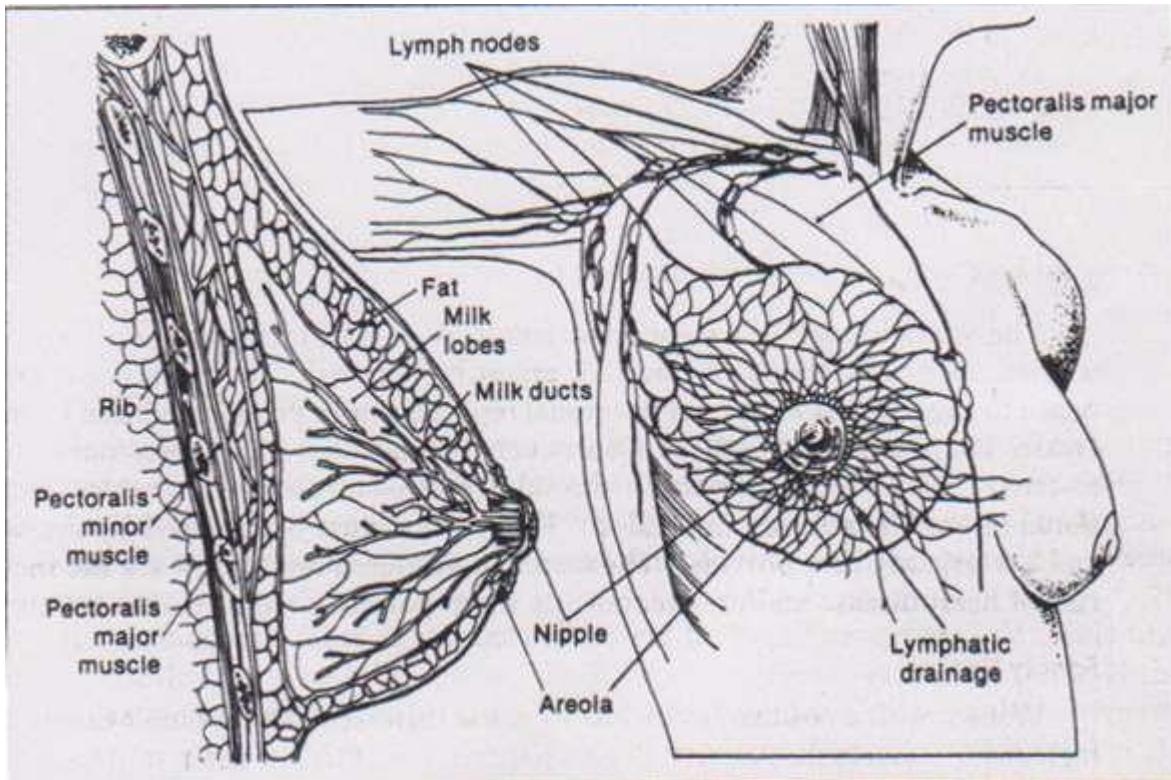


Fig. 12. Almadrones, L. E. (2000). *Anatomía del seno* [Figura]

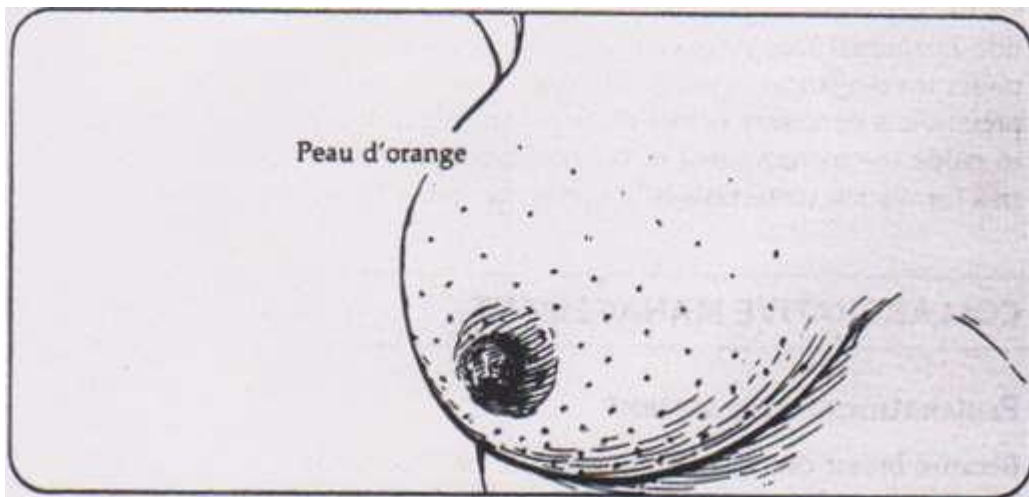


Fig. 13. Almadrones, L. E. (2000). *Apariencia de piel de naranja*. [Figura]

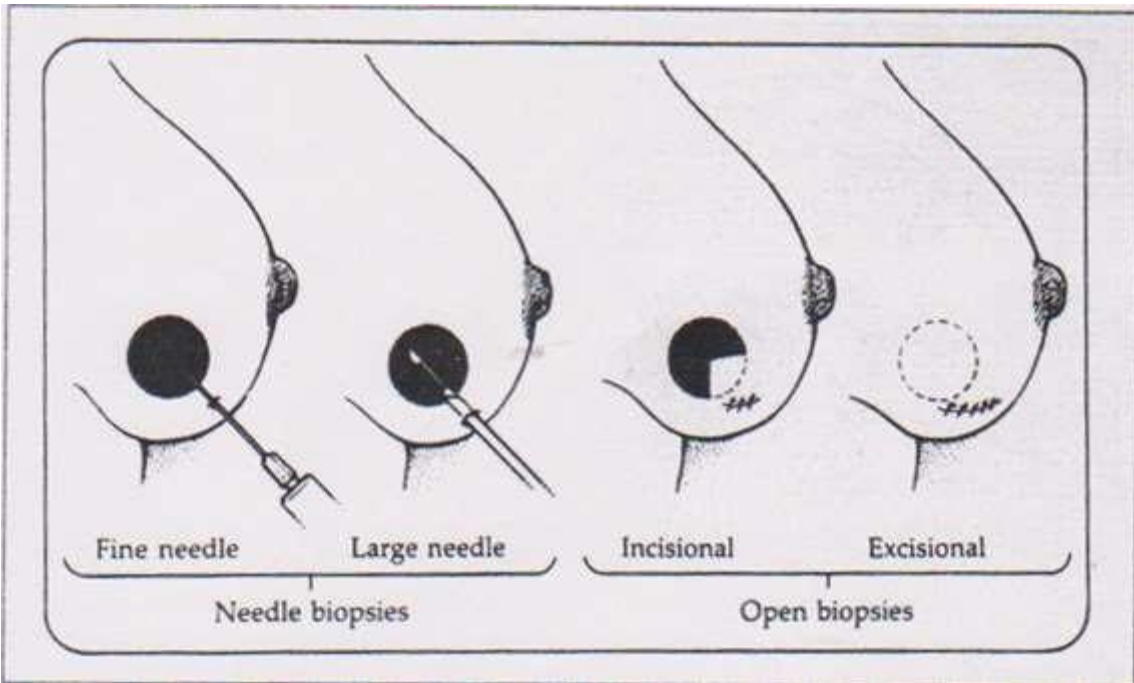


Fig. 14. Almadrones, L. E. (2000). *Procedimientos de biopsia*. [Figura]

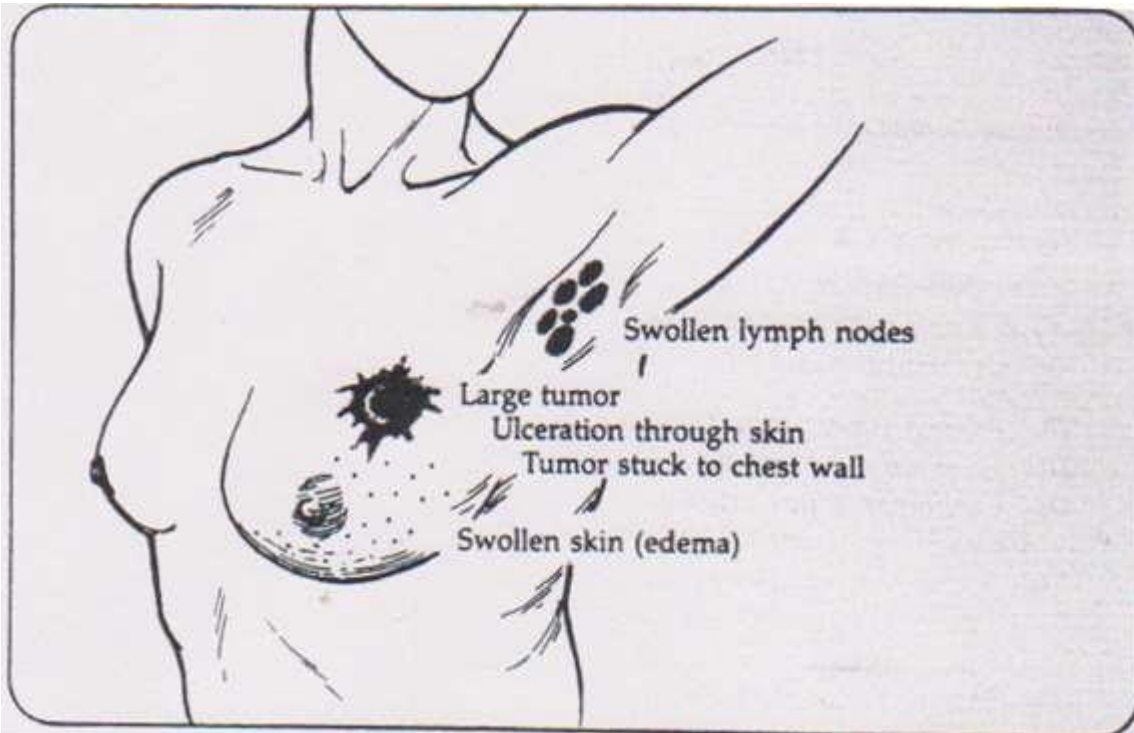


Fig. 15. Almadrones, L. E. (2000). *Cáncer de mama avanzado*. [Figura]

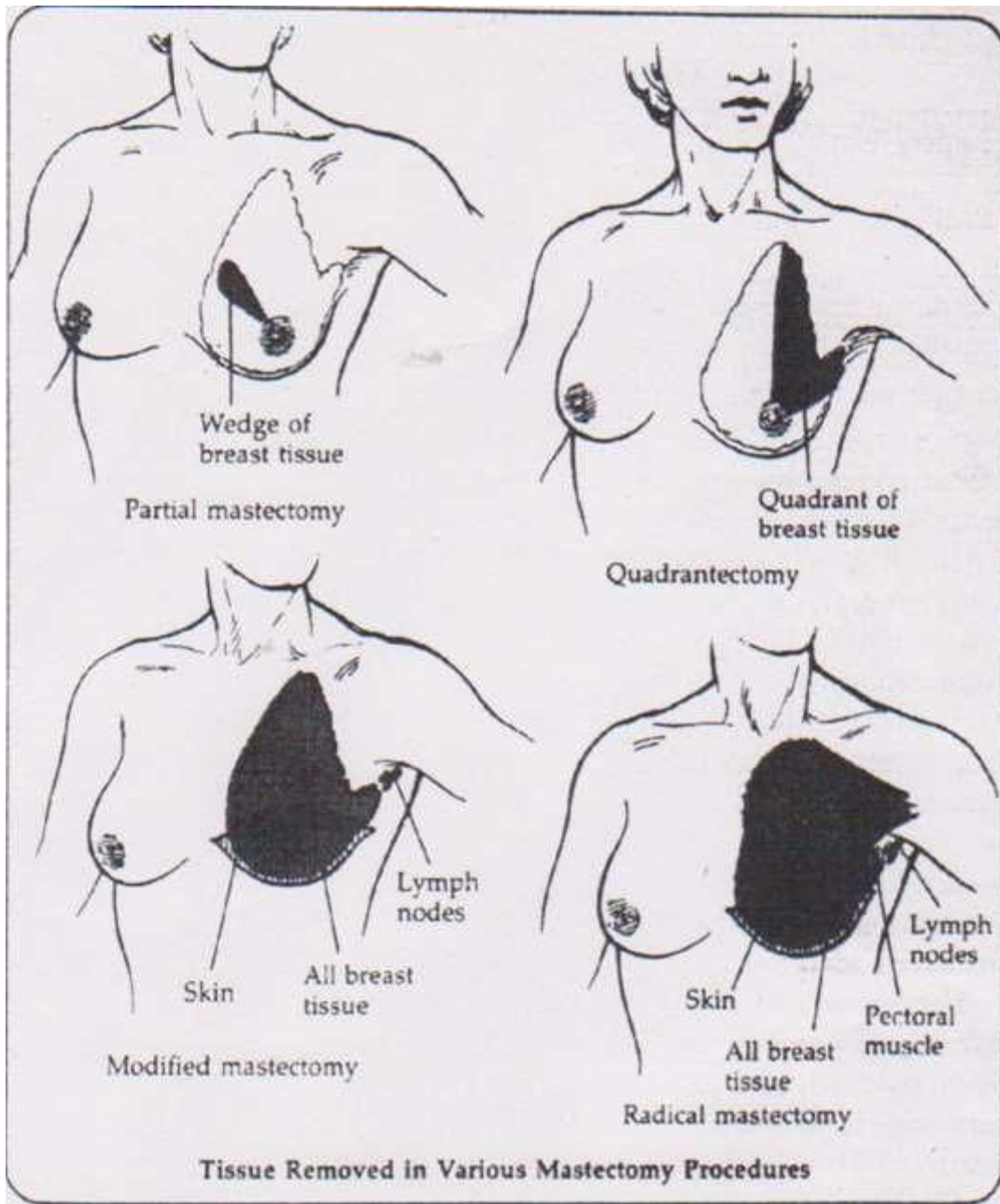


Fig. 16. Almadrones, L. E. (2000). *Procedimientos quirúrgicos para cáncer de mama*. [Figura]

Anexo 2

Ejercicio de Sensibilización

La diferencia entre dar clases y educar

Su nombre era Mrs. Thompson. Mientras estuvo al frente de su clase de 5° de primaria, el primer día de clases lo iniciaba diciendo a los niños una mentira. Como la mayor parte de los profesores, ella miraba a sus alumnos y les decía que a todos los quería por igual. Pero eso era imposible porque ahí en primera fila, desparramado sobre su asiente estaba un niño llamado Teddy Stoddard.

Mrs. Thompson, había observado a Teddy desde el año anterior y había notado que él no jugaba con otros niños; su ropa estaba muy descuidada y constantemente necesitaba un baño. Teddy comenzaba a ser un tanto desagradable. Llegó el momento en que Mrs. Thompson disfrutaba marcar los trabajos de Teddy con un marcador rojo y colocando un cero en la parte superior de sus tareas.

Cuando la profesora revisaba el historial de cada niño, dejó para el final el de Teddy. Advirtió que la profesora de primer año escribió: “Teddy es un niño brillante, con una sonrisa sin igual. Hace su trabajo de manera limpia y tiene muy buenos modales, es un placer tenerlo cerca”.

Su profesor de segundo grado escribió: “Teddy es un excelente estudiante; se lleva muy bien con sus compañeros, pero se nota preocupado porque su madre, tiene una enfermedad incurable y el ambiente de su casa debe de ser muy difícil”.

El profesor de tercer año escribió: “Su madre ha muerto. Ha sido muy duro para él. Trata de hacer su mejor esfuerzo, pero su padre no muestra mucho interés y el ambiente de casa le afectará negativamente, si no se toman medidas.”

Su profesora de cuarto año escribió: “Teddy se encuentra atrasado con respecto a sus compañeros; no muestra mucho interés y por la escuela, no tiene amigos, y en ocasiones se duerme en clase”.

Ahora Mrs. Thompson, se había dado cuenta del problema y estaba apenada con ella misma. Se sintió peor cuando sus alumnos, le llevaron los regalos de navidad, envueltos en preciosos papeles, excepto Teddy. Su regalo estaba mal envuelto en un papel amarillento que en realidad era una bolsa de mercado. Mrs. Thompson abrió con recelo el regalo, mientras los demás niños se reían, al observar un viejo brazalete y un frasco de perfume casi vacío, la profesora se colocó el brazalete y roció con el perfume su muñeca. Teddy Stoddard, se quedó ese día al final de la clase, sólo para decirle: “Mrs. Thompson, el día de hoy usted huele como solía oler mi mamá”.

Cuando el niño partió, ella lloró durante mucho tiempo. Y a partir de ese día, además de enseñar matemáticas y biología, comenzó a educar a los niños. Al final del ciclo escolar Teddy se había convertido en uno de los niños más sobresalientes del curso. Un año después recibió una nota de Teddy que decía, “usted ha sido la mejor maestra que he tenido en mi vida”.

Seis años después, por las mismas fechas, recibió otra nota de Teddy; ahora le decía, que había terminado el bachillerato con excelentes notas y les confirmaba, que era la mejor maestra que había tenido en su vida.

Cinco años después, recibió otra carta donde Teddy comentaba que, a pesar de las dificultades encontradas, había terminado una carrera universitaria con honores, además, además, decía: “usted sigue siendo la mejor maestra que he tenido en mi vida”, La carta venía firmada por Theodore F. Stoddard, MD.

La historia no termina aquí; existe una carta más que leer. Teddy ahora decía que había conocido a una chica, con la cual iba a casarse y le pedía a Mrs. Thompson si podría ocupar en la boda el lugar de su madre. Por supuesto llegó con el brazalete en el brazo y con el perfume regalado, hacía tantos años.

Teddy le agradeció su fe y su apoyo. “Gracias por hacerme sentir importante y mostrarse que yo puedo hacer la diferencia”.

Mrs. Thompson, con lágrimas en los ojos replicó: “Te equivocas, Teddy, fuiste tú quien me enseñó, a mí que yo puedo hacer la diferencia. No sabía cómo educar hasta que te conocí, “