



Nombre de alumnos: Marina García Morales

Nombre de la profesora: Sandra Guadalupe Hernández

Materia: Práctica Clínica de Enfermería II

Grado: 7° cuatrimestre

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas; noviembre de 2021.

Índice

Introducción	iii
Justificación	05
1. Objetivos	
1.1.1. General	05
1.1.2. Específicos	05
2. Marco Teórico	06
3. Etapas de valoración; análisis y síntesis de los datos	15
3.1. Factores de condiciones básicos	15
3.2. Requisitos de autocontrol universal	15
4. Valoración por el modelo de Virginia Henderson	16
4.1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	16
4.2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	16
4.3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	16
4.4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación	16
4.5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.	16
4.6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	16
4.7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.	17
4.8. Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas	17
5. Razonamiento diagnóstico	17
6. Planes de cuidado	19
6.1. Plan de cuidados número (1)	19
6.1.1. Diagnóstico de enfermería	19
6.1.2. Definición de enfermería:	19
6.1.3. Resultados (NOC)	19
6.1.4. Intervenciones (NIC)	19

6.2. Plan de cuidados número (2)	21
6.2.1. Diagnóstico de enfermería	21
6.2.2. Definición de enfermería:	21
6.2.3. Resultados (NOC)	21
6.2.4. Intervenciones (NIC)	22
6.3. Plan de cuidados número (3)	22
6.3.1. Diagnóstico de enfermería	22
6.3.2. Definición de enfermería:	22
6.3.3. Resultados (NOC)	23
6.3.4. Intervenciones (NIC)	24
7. Evaluación	25
Bibliografía	26

Introducción

En la actualidad el cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno, el cual es un grupo de células cancerosas que pueden crecer invadiendo los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. La enfermería actual requiere la formación de profesionales con una amplia base de conocimientos para prestar cuidados a través del proceso de atención de enfermería y la aplicación de las taxonomías NANDA NOC NIC, actualmente han venido a ocupar un lugar fundamental en el ámbito de los profesionales de la enfermería, nos permiten realizar una valoración más completa a las agentes con cáncer de mamas. De igual forma el uso de las teorías nos ayudan cada día a ser más críticos y pensantes en el actuar en el agente con cáncer mediante el cuidado, por lo cual es importante hacer mención de una de las grandes teorías “Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Virginia Henderson, la cual se divide en tres subteorías, teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría del sistema de enfermería. Los profesionales de enfermería somos competentes y responsables en el desarrollo de nuestra profesión, tenemos taxonomías NANDA, NOC, NIC propias de diagnóstico intervenciones y resultados de nuestros pacientes las cuales nos ayudan en nuestra práctica diaria. Pero solo lo podremos mejorar el cuidado si las aplicamos y vemos su utilidad, ventajas, inconvenientes.

Utilizando estándares de cuidados, unificación de criterios, asegurando con esto un estándar de mayor calidad, mejorando la eficacia y la eficiencia durante el cuidado, así como la facilitación y el control de calidad, la investigación y la docencia.

El cáncer de mama es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células mamarias. La mayoría de las veces comienza por transformación de las células productoras de leche materna de los lóbulos mamarios (glándulas mamarias), o bien de los ductos, que son los conductos por donde drena la leche desde los lóbulos al pezón. Con menor frecuencia se originan del tejido adiposo y fibroso de la mama (tejido estromal. A nivel mundial, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Se estima que anualmente fallecen 458 mil mujeres por esta causa. La tasa de incidencia (número de

casos nuevos) es de 39 casos por 100.000 mujeres. Se estima que anualmente fallecen 23 mil mujeres por cáncer de mama en este continente. En 2013, el Distrito Federal es la entidad con el mayor número de mastografías realizadas con 30 de cada 100 que se hacen en el país. El cáncer de mama es la principal causa de morbilidad hospitalaria por tumores malignos en la población de 20 años y más (18.7 por ciento) para 2013. En 2014 por cada caso nuevo de cáncer de mama en los varones se detectan 29 en las mujeres.

Durante 2013, el tumor maligno de mama es la segunda causa de mortalidad por neoplasias en las mujeres de 20 años y más (14.8 por ciento). Las tasas de mortalidad por este cáncer se incrementan conforme aumenta la edad. En 2013, 63 de cada 100 mil mujeres de 80 y más años fallecen a causa de esta enfermedad. En Nayarit se mantiene la media nacional en incidencia de casos de cáncer de mama, sin embargo, en el 2012 se reportaron 84 nuevos casos y la muerte de 49 mujeres por este mal, lo que hasta septiembre del 2013 se convirtió en 54 nuevos casos y 34 fallecimientos en la entidad, confirmaron autoridades de Servicios de Salud Estatal. Siendo importante que todos los profesionales de enfermería en la actualidad estemos preparados en cuanto al conocimiento que nos brindan las teorías así como el uso y la aplicación de las taxonomías pues juntos nos ayudarían a tener una mejor unificación de criterios y por ende nos facilitaría brindar una mejor calidad y calidez de cuidado a pacientes que cursen con este tipo de patologías (Cáncer de mamas).

Conocer la patología cáncer de mamas para brindar un cuidado holístico e integral a través del uso y aplicación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, proceso de enfermería y la "Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Virginia Henderson.

Justificación

A través del proceso de enfermería aplicando las taxonomías NANDA NOC NIC y el modelo de Virginia Henderson, es posible mejorar el cuidado, lograr una mejor unificación de criterios, comunicarse mediante un lenguaje estandarizado para ser más críticos y pensantes.

Podremos mejorar el cuidado si las aplicamos y analizamos su utilidad, ventajas e inconvenientes en nuestra práctica diaria. El proceso, se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada atiende individuos, grupos o comunidades; garantiza la calidad del cuidado porque promueve un mayor grado de interacción entre el enfermero(a) y la persona con cáncer de mamas.

Al igual que incrementa la acreditación profesional, e impulsa a la investigación, desarrolla la docencia y mejora la práctica profesional de enfermería con un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren capacidades cognoscitivas, técnicas interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente y familia.

1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general

Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente con cáncer de mama, así como a la familia y la propia comunidad.

1.1.2. Objetivo específico

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

2. MARCO TEÓRICO

El cáncer es una enfermedad antigua, los primeros casos se identificaron en Egipto, los cuales se recopilaron en un documento histórico del año 1.600 A.C, los tipos de canceres más antiguos allí identificados son el de mama y el de útero, así mismo se hace referencia a una analogía entre el cáncer y el cangrejo pues se menciona que dicha enfermedad es tan dura como la caparazón de tal animal (Bernardo, 2015).

Conociendo que el cáncer es una enfermedad que ha permanecido con la humanidad desde hace siglos y que uno de los tipos de cáncer reconocidos desde épocas remotas fue el de mama, se hace necesario profundizar y conocer los avances científicos a cerca del cáncer de seno hoy día, pues tal tipo es el de interés en el presente escrito, por lo que es importante citar algunas definiciones:

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. (Instituto Nacional del Cáncer)

A partir de la cita anterior se puede decir que el cáncer se puede gestar desde cualquier célula, no discrimina tipo o tejido del cuerpo y además de ello tienen la posibilidad de trasladarse a otros tejidos sanos del organismo, a continuación, se presenta la definición de cáncer de mama:

“El cáncer de mama se caracteriza por el crecimiento de células malignas en los tejidos de la mama. Una célula cancerosa de mama se duplica cada 100 a 300 días” (Villareal, 2014, p.172).

Con referencia en la definición de cáncer de mama se puede afirmar que una célula cancerosa de mama se extiende y se duplica rápidamente por los tejidos del seno, por lo tanto, la detección temprana del cáncer es un factor fundamental para un posterior tratamiento y los resultados esperados de este, por la misma razón un buen diagnóstico puede ser clave pues a partir de este se genera el tratamiento más adecuado para dicho

cáncer. Con base en lo anterior es primordial ahondar en los tipos de Cáncer de Mama existentes.

Según Tamblay y Bañados (2004), se pueden apreciar cuatro tipos de cáncer de mama:

Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal el cual se caracteriza por la contención total dentro de los conductos de la mama, es decir, no se evidencia en tejidos cercanos; el Carcinoma Ductal in situ (DCIS) que se puede localizar en un cuadrante de un pecho, normalmente este tipo de cáncer puede desarrollarse en mujeres premenopausicas y postmenopausicas, es característico de este la formación de una masa palpable en el seno, si tal tipo de cáncer no se trata a tiempo puede convertirse en invasivo; el Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o neoplasia lobular es aquel que se descubre de manera incidental pues este tipo de cáncer de seno no forma una masa palpable lo que conlleva a que sea más peligroso, pues pueden estar latentes por mucho tiempo sin llegarse a descubrir y los Tumores invasivos ductales y lobulares son aquellos que histológicamente se definen como los tipos de cáncer más comunes de carácter invasivo, entre ellos se encuentran el carcinoma papilar que representa el 1% de los carcinomas de mama, comedocarcinoma el cual normalmente tiene un buen pronóstico y crece de manera lenta dentro de los conductos de la mama, carcinoma medular que también tiene un buen pronóstico e invaden los linfocitos pequeños, carcinoma inflamatorio el cual es caracterizado por “la piel de naranja” que además endurece la mama, este normalmente no conlleva a un pronóstico alentador.

A partir de lo anterior también se hace necesario conocer cuál es el proceso de desarrollo del cáncer de mama, el cual está regido por fases, dependiendo del estadio en el que se encuentra la enfermedad lleva a presumir el nivel extensión que tiene en ese momento.

El estadio 0 se da cuando las células se encuentran al interior de los conductos de la mama por lo tanto el cáncer aun no es invasivo, en el estadio 1 se evidencia que se crea un bulto de aproximadamente 2 cm de diámetro y normalmente no se ha extendido a otros tejidos, en el estadio 2 se presentan dos caminos, uno de ellos es que el tumor sigue siendo del mismo tamaño y se extiende a los ganglios de la axila o la masa ha

crecido hasta unos 5 cm de diámetro con 50% de posibilidad de haberse dilatado hasta las axilas, en el estadio 3 el tumor se extiende ya sea hacia las axilar o hacia los tejidos cercanos a la glándula mamaria, finalmente en el estadio 4 se genera metástasis lo que se quiere decir que las células malignas se han extendido hacia otros tejidos y órganos del cuerpo. (Roche, 2000)

Existen también factores de riesgo asociados a la enfermedad, por lo que se cita

Los factores de riesgo para padecer cáncer de mama se pueden clasificar en biológicos: edad (a medida que se incrementa la edad se incrementa el riesgo), antecedentes familiares de padecimiento de cáncer de mama (ha sido más frecuente en mujeres con este antecedente), menarquia temprana, menopausia tardía (en estas dos condiciones debido a los cambios hormonales producidos), nuliparidad, tener hijos con más de 30 años. Sociales (patrones culturales, hábitos, costumbres, la no lactancia materna, dieta inadecuada, obesidad, etc.). Ambientales (exposición a sustancias cancerígenas, terapia de remplazo hormonal, tabaquismo, etc.). (Peña, Maceo, Avila, Utria, y Lopez, 2017, p.287).

Existen también factores de riesgo asociados a la enfermedad, por lo que se cita

Los factores de riesgo para padecer cáncer de mama se pueden clasificar en biológicos: edad (a medida que se incrementa la edad se incrementa el riesgo), antecedentes familiares de padecimiento de cáncer de mama (ha sido más frecuente en mujeres con este antecedente), menarquia temprana, menopausia tardía (en estas dos condiciones debido a los cambios hormonales producidos), nuliparidad, tener hijos con más de 30 años. Sociales (patrones culturales, hábitos, costumbres, la no lactancia materna, dieta inadecuada, obesidad, etc.). Ambientales (exposición a sustancias cancerígenas, terapia de remplazo hormonal, tabaquismo, etc.). (Peña, Maceo, Avila, Utria, y Lopez, 2017, p.287)

Partiendo del postulado anterior se puede decir que la gran mayoría de las mujeres cumplen con factores de riesgo que pueden conllevar a la adquisición de la enfermedad, sin embargo se hace necesario aclarar que el hecho de cumplir con un factor de riesgo o

mas no asegura el padecimiento, incluso se han presentado casos en que mujeres en las que no se identificaban tales factores han acaecido el cáncer de mama.

Finalmente, conociendo que es cáncer, cáncer de mama, sus tipos, el cómo se desarrolla la enfermedad y los factores de riesgo asociados es importante conocer los métodos de diagnóstico, entre los más importantes y de mayor uso se encuentran:

La mamografía la cual identifica zonas anormales en la mama por medio de rayos X de baja potencia, con esta prueba se pueden detectar tumores que no son localizables mediante la palpación del seno, la ecografía utiliza ultrasonidos que luego los va a convertir en imágenes es una prueba exploratoria que puede aportar información importante para un posible diagnóstico. La biopsia permite confirmar un presunto diagnóstico pues con tal prueba se extrae tejido de la zona en la que se supone se encuentra el cáncer, se le realizan los análisis respectivos y por último la resonancia magnética nuclear permite obtener imágenes de los tejidos que se quieren valorar. (Peralta, 2011)

El cáncer de mama es una enfermedad que no solo genera unas afectaciones físicas o biológicas, también se identifica que conlleva al impacto de la psicología de la persona que la padece y sus allegados, en la mayoría de ocasiones tal impacto no se considera positivo pues irremediablemente la enfermedad va contribuir a la inestabilización de las emociones, por lo tanto el cáncer de mama no solo debe ser abordado desde un conocimiento biológico, se debe tener en cuenta que también se generan efectos importantes en la psiquis y de allí se desprende la necesidad de ahondar en el conocimiento acerca del cáncer de seno desde una mirada psicológica.

Teniendo en cuenta que los seres humanos son particulares y que se pueden encontrar respuestas emocionales diferentes ante una misma situación, conlleva al pensar que esta misma circunstancia se presenta con las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, no todas reaccionan de la misma manera a la enfermedad, sin embargo existen características generales que se pueden visibilizar, tales como miedo ansiedad o depresión, se debe partir de la premisa que con el diagnóstico se debe realizar un replanteamiento de vida pues se generaran cambios en muchas ocasiones no queridos

por la paciente pero necesarios para la sobrevivencia a la enfermedad, en ese sentido se puede confirmar que el impacto psicológico que esta produce es elevado y de igual manera debe ser tratado.

Meza (2007) refiere que la respuesta emocional de la paciente ante el cáncer de mama se presenta en tres fases, la primera se compone por la negación de la situación que debe empezar a vivir, es decir no se imagina una calidad de vida padeciendo un cáncer de mama por lo que se presenta un estado emocional de quietud y de adormecimiento, después de tal periodo cuando se empieza a asumir la enfermedad se genera disforia, expresión de la emociones de manera desmesurada además de la confusión que se puede presentar por el significativo que se tiene del cáncer, en una segunda fase cuando se da la aceptación total de la enfermedad es posible que exista falta de apetito, insomnio, depresión y ansiedad; en la tercera fase se da la adaptación a la afección, se aprende a convivir con esta y reaparece el estado de optimismo frente a la vida.

A continuación, se profundizará en las alteraciones psicológicas más comunes y las de mayor riesgo psíquico para las pacientes con cáncer de mama.

La primera alteración que puede vivenciar la mujer con cáncer de mama es la ansiedad, según Primo, Goncalves, Olimpyo, Leite, Amorim (2012), la ansiedad es experimentada en cada uno de los estadios de la enfermedad, el cáncer representa un amenaza directa a la vida y sobre todo a la calidad de la misma, por lo que se genera ansiedad entendida esta como el miedo continuo y excesivo ante lo que pueda suceder con la paciente en relación a la enfermedad, por lo que la ansiedad puede interferir en la atención selectiva y en la codificación de la información, lo que no permite que exista una buena comprensión y raciocinio frente a situaciones cotidianas.

Es decir que la paciente no se encuentra apta para desarrollar actividades comunes, pues su pensamiento y sus actos serán ansiosos y siempre estarán relacionados con el padecimiento.

Otra alteración que se puede presentar es la depresión, por consiguiente, se refiere:

La depresión se ha asociado con alteraciones de la imagen corporal, disminución en el nivel de autonomía funcional o cambios en los roles producto de las secuelas físicas de los tratamientos. Del mismo modo, se ha identificado relación con variables sociodemográficas, tales como estado civil, bajo estado financiero, bajo nivel escolar y ser más joven en el momento del diagnóstico. La ansiedad ha sido considerada un predictor de la depresión en estas pacientes. (Montiel, Álvarez, Guerra, Herrera y Fernández, 2016, p. 186).

La depresión es entendida como un profundo sentimiento de tristeza y de poco optimismo frente a la vida esto expresado verbalmente o comportamentalmente por lo que a partir de la cita anterior se puede afirmar que la ansiedad y la depresión se correlacionan y ambas pueden coexistir en el diagnóstico, tratamiento y pos tratamiento de la enfermedad, pues cuando se habla de cáncer de mama necesariamente se deben tener en cuenta los cambios que la enfermedad trae consigo, cambios en el quehacer y en el ser de la paciente, lo que sugiere una pérdida valiosa, pérdida de su imagen corporal, de sus logros personales, de su productividad laboral entre otras.

Lo que a su vez genera ansiedad y depresión, esto finalmente afecta su bienestar psicológico y a partir de allí se implantan unos mecanismos psíquicos que permiten el afrontamiento de la enfermedad por lo que se considera relevante profundizar en tales estrategias de afrontamiento.

Los mecanismos de afrontamiento mayormente evidenciados son el espíritu de lucha, en el cual se busca de manera activa información acerca de la enfermedad pues se le considera amenazante; la evitación pasiva, la cual se guía desde la creencia que el pronóstico es bueno y por lo tanto no se debe pensar en la enfermedad, en tal mecanismo la afección no se considera amenazante; La negación, en la cual existe una no aceptación de la enfermedad, es decir se cree que el diagnóstico está errado, que no se padece del cáncer; La desesperanza donde se cree que no se puede ejercer ningún manejo sobre el padecimiento, este mecanismo puede desencadenar depresiones mayores; El fatalismo, entendido como una resignación pasiva, percibe el diagnóstico como una pérdida y se resigna a su suerte; Preocupación ansiosa, en la cual se establece un estado

de incertidumbre incontrolado, en tal estrategia de afrontamiento el diagnóstico se considera amenazante (Carrión, Galdón, Manzanares, Gómez y Rodríguez, 2004).

Así pues, los seres humanos adoptan mecanismos de afrontamiento en situaciones inesperadas de la vida, algunas estrategias son percibidas como negativas para la misma salud física y mental de la persona tales como la desesperanza y el fatalismo, por lo que la personalidad de la mujer diagnosticada juega un papel muy importante en el afrontamiento de la enfermedad, pues esta es la que dará la pauta de adaptación de mecanismos de defensa, para una mejor explicación de lo anterior se cita:

La personalidad de la mujer que enfrenta el cáncer de mama condiciona el afrontamiento del mismo y, por ende, su bienestar. En general se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. (García y González, 2007, p.74).

Teniendo en cuenta la cita anterior, se puede inferir que si bien las mujeres con cáncer de mama presentan cambios psicológicos y pueden llegar a experimentar ansiedad, depresión, enojo, cambios físicos y psicológicos por los cuales su bienestar psíquico no será el mismo, los recursos mentales de los que disponga marcará de manera relevante su postura frente a la enfermedad, es decir la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento necesarias para la paciente ya sean negativas o positivas permitirá identificar su autoconfianza, estabilidad emocional, autoestima y demás, con base en esto se hace imprescindible abordar el tema de autoconcepto, pues este tiene relación directa con el cáncer de seno y se ve afectada por el diagnóstico, tratamiento y pos tratamiento de la enfermedad.

El autoconcepto está formado por la opinión propia acerca de sí mismo, y por los juicios de valor construidos a partir de este, también se relaciona directamente con dos características que poseen todos los seres humanos como lo son sus rasgos físicos y sus procesos mentales en especial el pensamiento y sus formas de conciencia, características que si bien tienen todos los individuos, las percepciones de cada uno sobre estas son distintas, lo que le permite a la persona diferenciarse de los demás, pues

en realidad aunque los estímulos exteriores son comunes para todos, las percepciones y las sensaciones de estos son totalmente diversas en cada individuo por lo que también las afectaciones de tales estímulos en la psiquis del individuo son únicas, por ende tales características y estímulos permiten la construcción de una imagen de sí mismo, es decir, de un autoconcepto exclusivo que además es enriquecido o degradado por las percepciones que el medio ambiente brinda al ser humano (experiencias) así como las vivencias internas y psíquicas que este tiene a lo largo de su ontogenia, los autores Cazalla y Molero (2013) refieren que:

Las autopercepciones se desarrollan en un contexto social lo cual implica que el autoconcepto y su funcionamiento particular están vinculado al contexto inmediato. Sin embargo, las autopercepciones también dependen de las características evolutivas de la persona en cada momento de su desarrollo. En consecuencia, el desarrollo del autoconcepto puede ser visto desde un enfoque interaccionista: el ambiente posibilita ciertas experiencias las cuales serán tratadas según las posibilidades evolutivas. (P.45).

El ser humano se hace gracias al otro, es decir, en el proceso de crecimiento el individuo extrae información de su entorno, aspectos de su familia, de los seres que lo acompañan, sus costumbres, del ambiente en el que se desarrolla, de esta manera logra generar características de personalidad propias y únicas, pero esto es gracias a las interacción con el mundo exterior sin este el ser humano no podría desarrollarse y mucho menos construir un autoconcepto en ninguna de sus etapas evolutivas.

Por lo que el diagnóstico de Cáncer de mama altera las percepciones sobre sí mismo, la seguridad y la confianza frente al mundo pues existen situaciones límite que pueden producir cambios inesperados en la psiquis de la persona, en su comportamiento y por lo tanto en su autoconcepto como lo es el diagnóstico de cáncer de mama, tal enfermedad y sus efectos físicos y mentales tienden a debilitar la seguridad y confianza personal que antes tenía la persona diagnosticada, por lo que el autoconcepto se ve afecto desde el inicio hasta el final de la enfermedad, pues con el tratamiento, el cual que puede ser

tortuoso, irán apareciendo cambios a nivel corporal sumado a un cansancio mental y físico, entre otros síntomas, por lo que se cita:

Dicho tratamiento del cáncer de mama repercute a nivel psicosocial incluyendo ansiedad, depresión y baja autoestima así como alteraciones en la imagen corporal entre otros, como el autoconcepto, ya que el efecto negativo en este se ha estudiado desde el punto de vista cualitativo en mujeres con cáncer de mama, concluyendo que los cambios que lo acompañan hacen que los individuos se hagan preguntas críticas de su persona (Bañuelos Barrera, Bañuelos Barrera, Esquivel Rodriguez, & Moreno Avila, 2007. P. 130).

Haciendo referencia en el anterior postulado se puede inferir que la enfermedad del cáncer de Mama connota de manera definitiva la vida de una mujer que tiene tal diagnóstico, tal connotación se da a nivel físico, mental, emocional y a su vez afecta el autoconcepto el cual se relaciona con los mecanismos de afrontamiento de los que disponga para hacerle frente a la enfermedad, por lo anterior se evidencia necesario y fundamental el conocer los factores físicos, mentales y emocionales que se pueden presentar con el cáncer de mama, solo de tal manera se le podrá dar un manejo asertivo a las situaciones que puedan ocurrir en torno a dicho diagnóstico.

3. ETAPAS DE VALORACIÓN; ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS

3.1. Factores condicionantes básicos

- Edad: 63 años
- Género: femenina.
- DX. medico: cáncer de mama
- Peso: 84 kg.
- Talla: 1.77 cm.
- Edo. Civil: viuda
- Religión: católica
- Ocupación: ama de casa
- Escolaridad: primaria.
- Tipo de seguridad social: seguro popular.
- Tipo de familia: familia nuclear.
- Con cuantas personas vive: 3 personas
- Rol en su familia: madre.
- Dependencia económica: Depende de su hijo.
- Servicios con los que cuenta su vivienda: electricidad, agua potable, drenaje, cable de televisión, iluminación natural, ventilación y gas.
- Servicios públicos en su colonia o comunidad: alumbrado público, drenaje y alcantarillado, seguridad pública, recolección de basura, empedrado, parques y jardines.

3.2. Requisitos de autocuidado universal

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de alimentación.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas.

4. VALORACIÓN POR EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

4.1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Ocasionalmente presenta fatiga lo cual le limita a tener una buena respiración por lo cual necesita estar más en reposo. Su F.R. en reposo es de 16x'.

4.2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Ha presentado en los últimos dos años deshidratación refiere que, cuando no consume el agua su boca se encuentra seca.

4.3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Refiere usar prótesis y haber presentado problemas alimenticios como anorexia. Su piel se observa hidratada, sonrosada. Su glucemia capilar es 98 mg/dL.

4.4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación

Presenta micciones en mucha cantidad y en ciertos momentos presenta urgencia para realizar la micción así mismo molestias como dolor abdominal y distensión abdominal.

4.5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Actualmente no trabaja, realiza actividades habituales como cocinar y quehaceres domésticos, presentando cansancio y fatiga al realizarlas por tiempo prolongado.

Manifiesta presentar molestias articulares, contracturas musculares, cefaleas recurrentes y se irrita fácilmente ante el ruido.

4.6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

G.G.A menciona que el cambio más importante ha sido la detección de cáncer de mama y la mastectomía de su seno derecho, lo que le provoco tristeza, pero "salió adelante". Tiene más confianza de hablar de sus problemas con su familia, específicamente sus hijos. Se encuentra tensa la mayor parte del tiempo debido, a que piensa en su enfermedad. Actualmente presenta inquietud, tensión muscular, hipersensibilidad a la crítica y autocompasión, se aísla la mayor parte del tiempo Menciona que le gusta aislarse, no le gusta que sus hijos la cuestionen en relaciona su enfermedad se siente

sola durante su cuidado la acompaña su hija, menciona que le da pena salir a la calle porque no tiene cabello y siente temor que se rían de ella, menciona que en su próxima cita le darán una peluca y una prótesis, aunque eso no le causa entusiasmo.

4.7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

Asiste a la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez para la aplicación de quimioterapias después de recibirlas presenta mareos y nauseas.

4.8. Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas

Presenta algunas alteraciones como cambios en el estado de ánimo, tristeza, incapacidad para llorar, aislamiento y rememoraciones, después de la quimioterapia se limita a caminar por si sola ya que se mareo miedo a sufrir una caída. La agente manifiesta que debido a su pérdida de pelo prefiere aislarse debido a que tiene miedo a ser juzgada o señalada por lo que su desarrollo social se encuentra afectado

5. RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

Se presenta en la siguiente tabla:

Datos significativos	Dominio y clase	Teoría/modelo	P (E)	(F)	S (CA)
Manifestación verbal, Tensión muscular, Insomnio, Dolor crónico	Clase alterada: 1 confort físico. Dominio: confort físico. Edición: 2012-2014 Página: 393	Orem en su teoría nos dice que todo agente requiere de un bienestar humano, el cual los profesionales de enfermería a través del apoyo parcialmente compensatorio y cuidado este pueden mejorar.	00134 Dolor crónico	Incapacidad física crónica	Cambios en el patrón de sueño, fatiga, irritabilidad, reducción de la interacción con los demás.

<p>Aislamiento. Hipersensibilidad a la crítica. Caída de cabello</p>	<p>Clase alterada: 3 dominio: confort social Edición: Página:</p>	<p>A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía, y ayuda a los agentes a su mantenimiento del equilibrio entre su soledad e interacción humana.</p>	<p>00053 Aislamiento social</p>	<p>Alteraciones del aspecto físico</p>	<p>En ferme - dad, búsqueda de soledad, retraimiento e inseguridad en público.</p>
<p>Ansiedad, Tensión muscular, Autocompasión. Insomnio.</p>	<p>Clase alterada: 2 respuesta de afrontamiento Dominio: 9 afrontamiento/ tolerancia al estrés. Edición: Página:</p>	<p>A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía para que el agente tenga un mejor funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con su potencial y limitaciones y el deseo del ser normal.</p>	<p>00148 Temor</p>	<p>Separación del sistema de soporte en una situación potente</p>	<p>Informes de aprensión, informes de intranquilidad, sequedad bucal y fatiga.</p>
<p>Confía en sí misma. Se siente optimista.</p>	<p>Clase alterada: 2 creencias. Dominio: 10 principios vitales. Edición: 2012-2014 Página: 393</p>	<p>A través del sistema apoyo educativo el profesional de enfermería educa, guía para que el agente tenga un mejor funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con su potencial y limitaciones y el deseo del ser normal.</p>	<p>00185 disposiciones para mejorar la esperanza</p>		<p>Manifiesta deseos de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables, de mejorar la esperanza y de mejorar la confianza en las posibilidades.</p>

6. PLANES DE CUIDADOS

6.1. Plan de cuidados número (1)

6.1.2. Diagnóstico de enfermería:

Aislamiento Social R/C alteraciones del aspecto físico, conducta socialmente no aceptada, incapacidad de establecer relaciones personales satisfactorias M/P Actitud triste, enfermedad, inseguridad en público.

Dominio 12.-Confort. Código:(00053). Página:352. Clase Confort Social

6.1.3. Definición de enfermería:

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

6.1.4. Resultados (NOC)

Resultado esperado: Autoestima Código: (1205) N° página: (207)

Clase: Bienestar psicológico (M) Dominio: Salud psicosocial (III)

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
120502	Aceptación de las propias limitaciones			X					√		
120511	Nivel de confianza			X					√		
120519	Sentimiento sobre su propia persona	X									√

6.1.5. Intervenciones (NIC)

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
<p>Potenciación de la socialización</p> <p>Código: 5100</p> <p>Pág. 658</p>	<p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (6) Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>Objetivo general: Facilitar la convivencia social y el desarrollo de la agente con cáncer de mamás.</p> <p>Para cubrir esta intervención objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo a través del cual el profesional enfermero orientara al agente de cuidado y su familia sobre Facilitar la capacidad del agente para interactuar con otros de una manera precisa</p>
Actividades	Fundamentación científica de las actividades
<p>-Animar al paciente a desarrollar relaciones</p> <p>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias</p> <p>-Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.</p>	<p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (8) Promoción del funcionamiento humano, desarrollo social y limitaciones humanas</p> <p>Objetivo general: Reintegrarla de nuevo a la sociedad mediante técnicas psicológicas que le ayuden a aceptarse y mejoren su autoestima.</p> <p>Sistema de enfermería: Para llevar a cabo este objetivo el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo educación a través del cual el agente de cuidado se le guíara y apoyara para mejorar su interacción social y emocional para integrarlo a la sociedad de una manera en la que conviva y lleve su vida normalmente en su entorno familiar y con otras personas que lo ayuden a salir adelante durante el proceso de la misma enfermedad tomando en cuenta las limitaciones del agente y del interés que tenga para la misma socialización.</p>
Actividades	Fundamentación científica de las actividades
<p>-Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.</p> <p>-Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.</p> <p>-Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.</p> <p>-Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual.</p>	<p>Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (6) Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción social</p> <p>Objetivo general: Establecer procesos de comunicación afectivos a través de vínculos de comprensión y empatía con diversas personas mejorando el ambiente y entorno.</p> <p>Sistema de enfermería: Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el desarrollo de la forma positiva del contacto con los demás, darle ánimos al paciente además de ayudarlo a que se distraiga tomando en cuenta la disponibilidad que tenga para que conviva con otras personas y el ambiente donde se encuentre sea el adecuado para que tenga una vida plena y con bienestar.</p>

6.2. Plan de cuidados no (2)

6.2.1. Diagnóstico de enfermería:

Dolor crónico R/C Incapacidad Psicosocial crónica M/P Expresa dolor, reducción de interacción con los demás, cambios en el patrón del sueño.

Dominio : 12 confort. Código: 00133. Página: 477

6.2.2. Definición de enfermería:

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

6.2.3. Resultados (NOC)

Resultado esperado: control del dolor Código: 1605 N° página: 248

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
160502	Reconoce el comienzo del dolor			X							√
160509	Reconoce síntomas asociados al dolor					X					√
210112	Trastorno Del sueño	X							√		

6.2.4. Intervenciones (NIC) Conocimiento: Manejo del dolor

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
Código: 1843 Pág.	El sistema de enfermería que se diseña para cubrir este objetivo es el de apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero enseñará y apoyará al agente sobre el manejo del dolor a través de actividades de relajación, administración de medicamentos prescritos y distracciones que favorezcan la disminución del dolor.
Acciones	Fundamentación científica de la acción
Estrategias para controlar el dolor. Técnicas de relajación efectivas	Déficit de autocuidado relacionado con el requisito (5) Objetivo general: Mejorar el dolor a través de analgésicos y técnicas de relajación. Sistema de enfermería: Para llevar a cabo este objetivo el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo educación a través del cual el agente de cuidado terapéutico orientará al agente de cuidado y su agencia de cuidado dependiente sobre técnicas de relajación y actividades que permitan disminuir el dolor, favoreciendo un estado de bien-estar.
Régimen de medicación prescrita. Uso correcto de a medicación de sin prescripción.	Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero asiste y orienta al agente sobre la farmacoterapia prescrita, su manejo adecuado, riesgos y efectos secundarios.
Distracción efectiva. Aplicación efectiva de frío/calor. Técnicas de meditación efectiva.	Para cubrir estos objetivos el sistema de enfermería aplicado es el de apoyo/ educación y el sistema parcialmente compensatorio, con el fin de orientar al paciente sobre el uso de técnicas de distracción, meditación y la aplicación oportuna de frío/ calor mostrando técnicas de realización, beneficios, riesgos y tiempo de aplicación.

6.3. Plan de cuidados no (3)

6.3.1. Diagnóstico de enfermería:

Disposición para mejorar la esperanza M/P Expresa deseos de mejorar el sentimiento de significado de su vida, de mejorar la esperanza, mejorar la interconexión con los demás, mejorar la resolución de problema para alcanzar sus objetivos.

Dominio: 10 principios vitales. Código: 00185. Página: 393

6.3.2. Definición de enfermería:

patrón de expectativas y deseos para movilizar la energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que pueda ser reforzado.

6.3.3. Resultados (NOC)

Resultado esperado: Esperanza Código: 1201 N° página: 333

Código	Indicadores	1		2		3		4		5	
		M	A	M	A	M	A	M	A	M	A
120102	Expresión de confianza			X							√
120107	Expresión de creencias en sí mismo					X					√
120106	Expresión de optimismo	X							√		

6.3.4. Intervenciones (NIC)

Intervención:	Fundamentación con la teoría del déficit de autocuidado
<p>Dar esperanza Código: 5310 Pág. 169</p> <p>Acciones</p>	<p>El sistema de enfermería que se diseña para cubrir este objetivo es el de apoyo/educación permitiendo apoyar a la agente y a la agencia de cuidado dependiente en las acciones de autocuidado adecuadas que le permitan mantener un estado de optimismo, fijación de metas e integrar a la familia en el proceso para favorecer el aumento de la esperanza.</p> <p>Fundamentación científica de la acción</p>
<p>Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.</p>	<p>Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero enseñara y apoyara al agente en las acciones de autocuidado adecuadas para mantener la esperanza en base a torjar metas relacionadas con planes futuros.</p>
<p>Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.</p>	<p>Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero orientara al agente y a su familia sobre grupos de apoyo para mejorar la comunicación en el núcleo familiar, favorecer el mantenimiento de la esperanza del agente y mejorar su estado emocional.</p>
<p>Crear un ambiente que facilite la práctica de su religión, cuando sea posible.</p>	<p>Para cubrir este objetivo se utiliza el sistema de enfermería apoyo/educación a través del cual el profesional enfermero aconseja y orienta al agente sobre la práctica de su religión con el fin de fortalecer su bienestar espiritual para mejorar su bienestar de manera holística.</p>

7. EVALUACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como fundamento y método sistemático y dinámico para el cuidado, permite aplicar diversas teorías como la “Teoría de Enfermería del Déficit de autocuidado de Virginia Henderson” centradas en el agente con cáncer de mamas.

Su aplicación requiere enfermeras que demuestren competencias teóricas, prácticas y personales, que les permitan valorar situaciones particulares, determinar diagnósticos de enfermería. Así como planear acciones pertinentes, ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos con ellas, así como el brindar un cuidado de mayor calidad a través del uso y aplicación de las taxonomías NANDA, NOC, NIC. Las cuales le permiten una mejor unificación de criterios y la obtención de un lenguaje estandarizado durante el cuidado con la agente con cáncer de mamas. La enfermera, quien está constantemente con el paciente tiene mejor oportunidad de familiarizarse con sus condiciones que el médico. La mayoría de las veces, las enfermeras son las primeras que descubren y dejan constancia de los cambios que se producen en la condición del enfermo. La observación minuciosa que se espera de las enfermeras tengan los conocimientos de signos y síntomas y sus asociaciones con la enfermedad, el tratamiento y las condiciones del ambiente. Y a medida que van adquiriendo experiencia se van convirtiendo en expertas y actuar en las situaciones con un profundo conocimiento. Al conjuntar el proceso enfermero la teoría de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA NOC NIC. Con su respectiva implementación se concientiza a los profesionales de la enfermería sobre la necesidad urgente de llevar a la práctica clínica la valoración holística del agente, sin descuidar ninguna de las esferas, dando prioridad en su totalidad a la necesidad de cuidado que se demanda, favoreciendo la salud de la agente con cáncer de mamas.

Bibliografía

1. Bañuelos, P., Bañuelos, Y., Esquivel, M. y Moreno, V. (2007). Autoconcepto de mujeres con cáncer de mama. *Revista de enfermería instituto México* 15(3), 129-134. Páginas Bernardo, Angela. (2015). La lucha contra el cáncer en diez imágenes históricas. *Hipertextual*. Recuperado de <https://hipertextual.com/2015/02/historia-del-cancer>.
2. Caniçali Primo, C., Nunes Gonçalves, L.R., Pires Olympio, P.C. de A., Costa Leite, F.M., & Costa Amorim, M.H.. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 11(28), 52-62. Páginas.
3. Carrion, C., Galdon, A., Manzanares, A., Rodenas, A. y Rodriguez, M. (2004). ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL CANCER DE MAMA. *Revista de Enfermería*. 1(18), 19-23. Páginas.
4. Garcia, C y Gonzalez, M. (2007). Bienestar Psicologico y Cancer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 25, 72-80. Páginas.
5. Cazalla Luna, N., & Molero Lopez, D. (2013). REVISIÓN TEÓRICA SOBRE EL AUTOCONCEPTO Y SU IMPORTANCIA EN LA ADOLESCENCIA. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*. 43-64. Páginas.
6. Hablemos de Cáncer de Mama. (2000). Roche, p. 8.
7. Hernández., D. J. (2008). Facultad de Medicina UNAM. Obtenido de <http://www.facmed.unam.mx/>: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html
8. Instituto Nacional del Cancer. Manual de Enfermería Oncológica. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf.
9. Medina Barragán R.A., Medina Sánchez M.J, Ruiz García M, Olmedo Vázquez G.T. *Teorías, Modelos y Proceso de Enfermería*. Nayarit (México) 2015.
10. Meza, M. (2007). Guía Clínica de Intervención Psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Imbiomed*, 21(2), 72-80. Páginas.
11. Montiel Castillo, Vanessa Esperanza, Álvarez Reyes, Olga Lidia, Guerra Morales, Vivian Margarita, Herrera Jiménez, Luis Felipe, & Hernández Castillo, Evelyn. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *MEDISAN*, 20(2), 184-191. Páginas.

12. Peralta, O. (2011). Cáncer de mama: Estrategias de prevención y vigilancia según nivel de riesgo. Centro Integral de la Mama. Departamento de Cirugía. Clínica Las Condes. 439-441.
13. Peña, Y., Maceo, M., Avila, D., Utria, L., y lopez, M. (2017). Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. *Finlay*, 7(4), 283-289. Páginas.
14. Tamblay, A., & Bañados, B. (2004). Psicooncología del cáncer de mama (Tesis de Pregrado). Universidad de Chile.
15. Villarreal-Ríos E, Escorcía-Reyes V, Martínez-González L, Vargas-Daza ER, Galicia-Rodríguez L, Cervantes-Becerra R, et al. Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):172–8.