



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

CONDUCTAS DEFENSIVAS MÁS FRECUENTES EN EL PREOPERATORIO MEDIATO DE MASTECTOMÍA, HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, JUNIO-AGOSTO DE 1999

AUTORES:

Br. Gargiulo, Liliana
Br. González, Sofía
Br. González, Verónica
Br. Morales, María José

TUTORES:

Lic. Enf. Garay, Margarita
Lic. Psic. Tuzzo, Rosario

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 1999

AGRADECIMIENTOS

- Al equipo médico del Servicio de la Policlínica de Mastología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
- Al personal de Enfermería de las Policlínicas de Ginecología y Cirugía de dicha Institución.
- A todas aquellas personas que nos brindaron su tiempo y conocimientos para la realización de nuestro trabajo.

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO TEORICO	2
3. JUSTIFICACION Y SELECCIÓN DEL PROBLEMA	7
4. PROBLEMA	7
4.1 OBJETIVO GENERAL	7
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
5. DISEÑO METODOLOGICO	8
6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	9
6.1 RECURSOS	13
6.2 CRONOGRAMA	13
7. ANALISIS Y COMENTARIOS	14
8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	30
* REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
* ANEXOS 1) FORMULARIOS	33
2) AUTORIZACIONES	

1. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo fue realizado por cuatro estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería de generación 92, como requisitos curriculares de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Es el informe final de una investigación desarrollada en la ciudad de Montevideo, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Policlínica de Mastología) en el período comprendido entre los meses de junio- agosto de 1999, con el fin de conocer cual es la conducta defensiva más frecuente en el preoperatorio de mastectomía en mujeres que consultan en dicha policlínica. Es un estudio descriptivo de corte transversal.

En el Uruguay fallecieron en el quinquenio 1989 -- 1993, 14.739 mujeres por causa tumoral donde el cáncer de mama representa el 20 % de esto.

La aparición de esta enfermedad constituye independientemente de su extensión y gravedad un impacto psíquico capaz de desestructurar su equilibrio anímico y afectivo por lo que el paciente recurre a conductas defensivas para luchar contra esta adversidad.

Se seleccionó una muestra (no probabilística) de 13 mujeres con biopsia positiva de carcinoma de mama de una población de 119 que concurren a la Policlínica de Mastología en el período antes mencionado.

Para ello se elaborarán 2 instrumentos, formulario de caracterización con datos sociodemográficos y una entrevista estructurada con preguntas abiertas.

2. MARCO TEORICO

2.1. CONDUCTAS DEFENSIVAS:

Son las técnicas con las que opera la personalidad total, para mantener el equilibrio homeostático, eliminando una fuente de inseguridad, peligro, tensión o ansiedad.

Son técnicas que logran un ajuste o una adaptación del organismo pero que no resuelven el conflicto.

Las conductas defensivas no existen en los procesos patológicos sino que intervienen normalmente en el ajuste o desarrollo de la personalidad, lo que caracteriza lo normal de lo patológico.

2.2. CONDUCTAS DEFENSIVAS MÁS FRECUENTES.

La enfermedad moviliza los mecanismos de defensa, cuya misión es el mantenimiento de un equilibrio satisfactorio, de una homeostasis psicológica que permita al yo funcionar de un modo todavía autónomo.

Su movilización tiende a un doble fin, luchar contra la angustia que desencadenó la amenaza ligada con la enfermedad y establecer un nuevo modo de relación del hombre enfermo con el mundo y consigo mismo.

Como reacción a una enfermedad ante todo se verifica la acción de: la regresión y la negación.

La defensa no es un sobreagregado, sino que es la conducta misma, en sus múltiples alternativas frente a los conflictos.

La negación según Lagache es, " una defensa automática inconsciente, por lo cual el yo rechaza una motivación, una emoción, una idea penosa o peligrosa y tiende a disociarse de ella". Es un mecanismo de defensa que protege al hombre y en pequeñas dosis funciona normalmente en todo ser humano cuando es demasiado pronunciado pueden desencadenar conductas patológicas.

La negación de la realidad. Cuando esta negación es completa, la misma enfermedad es negada y el paciente se conduce como si no padeciera ningún trastorno físico. Se observa esta situación con relativa frecuencia en los estados terminales de enfermedades graves.

La negación puede ser sólo parcial. El paciente declarará que está atacado por una enfermedad benigna, negará la evidencia, las informaciones exactas que se le pueden dar; la negación de la enfermedad es un mecanismo bastante frecuente en el caso del enfermo canceroso.

El médico debe respetar la conducta defensiva del enfermo y no tratar de restablecer la verdad científica cuando no sea necesario.

Muy cerca de la negación está la actitud de alejamiento que se comprueba entre ciertos pacientes frente a su afección. Los pacientes hablan de su enfermedad en términos científicos, precisos, como si se tratara de algún otro. Ellos mismos se convierten en su propio "caso". En ocasiones se tiene la impresión de que dictan un curso sobre su afección a los visitantes o incluso al personal médico. El aislamiento se intercala entre el reconocimiento de la enfermedad y los sentimientos y afectos que ésta entraña, que están reprimidos y cuya expresión ha dejado de ser posible.

Hay enfermos que en el curso de una enfermedad crónica, grave o invalidante, recurren a los procedimientos mágicos o misteriosos para tratar de curarse.

Una desviación de la negación de la enfermedad consiste en sobrestimar el valor del médico y tener una confianza desmesurada en él, con la certeza de que posee el medicamento y el tratamiento que atajarán la enfermedad y restituirán la salud.

La regresión en la enfermedad: Es el modo de reacción más común que se observa en todas las situaciones mórbidas. La regresión es indispensable en las afecciones graves que requieren cuidados precisos, que ponen al paciente en un estado de dependencia completa. En el estado regresivo a menudo se observa la huida en el sueño, que explica la apatía de ciertos pacientes y que no se debe a fenómenos orgánicos, sino a una hibernación de alguna manera psicológica. La enorme flexibilidad que manifiestan muchos pacientes a las visitas, la impresión de estar frustrados y no haber tenido suficientes, también se halla en relación con el movimiento regresivo. El lenguaje de la regresión es muy claro; la mujer se mete en la cama, abandona sus actividades y se deja cuidar, por otra parte es preciso que la "buena madre" este presente, enfermera, esposo, u otros sustitutos. En el hospital ese enfermo que tuvo la regresión se convierte en un muy buen enfermo que se deja cuidar bien por la enfermera "madre" y además es el tipo de paciente que prefiere algunas enfermeras. La regresión no debe ser mantenida más tiempo de lo necesario. A partir del período posoperatorio el enfermo debe salir de ese estado.

2.3. CARCINOMA

El término genético "carcinoma de mama" se refiere a una proliferación atípica de células malignas, el carcinoma de mama se origina tanto en las estructuras ductales como en las glándulas de la mama.

2.4. EL CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es un problema multifactorial. Los principales factores de riesgo son:

- Madre, hermana, abuela, tía que haya sufrido cáncer de mama (el riesgo aumenta si el familiar presentó la enfermedad antes de la menopausia y si fue bilateral).
- Menarquia antes de los 12 años.
- Menopausia después de los 55 años.
- Nulliparidad o primer hijo después de los 30 años.
- Exposición excesiva a la radiación ionizante, especialmente después de los 35 años.
- Cambios fibroquísticos (hiperplasia epitelial atípica).
- Antecedentes personales de otros tipos de cáncer, especialmente de endometrio, ovario, colon o tiroides.

Otros factores etiológicos son la obesidad, la dieta con alto contenido de grasas y el empleo de dosis elevada de estrógenos exógenos. Es importante recordar, no obstante que solo 25% de los casos de cáncer de mama están asociados a factores de riesgo conocidos.

2.5. SINTOMAS Y SIGNOS

El síntoma de presentación más común es la aparición de una tumoración indolora o el engrosamiento de la mama. La secreción de líquido a través del pezón, aunque más comúnmente se asocia a alteraciones mamarias benignas con desequilibrios hormonales, puede constituir un signo de malignidad. Los signos de enfermedad avanzada son la aparición de lesiones en el pezón o la piel, con plegamiento o retracción, los cambios de tamaño, la forma o el contorno de la mama, el edema cutáneo, los cambios de color, la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales, las supuraciones cutáneas francas y la aparición de una tumoración dura y fija en la axila.

2.6. TRATAMIENTO MÉDICO.

Cirugía:

Resección de tumor: escisión amplia y ablación de un tumor y del tejido marginal sano.

Mastectomía parcial: escisión simple del tumor y de un margen más amplio de tejido sano.

Cuadrantectomía: ablación de un cuarto de la mama.

2.7. MASTECTOMIA:

Subcutánea: escisión de todo el tejido mamario aunque se preserve toda la piel que la cubre y el conjunto pezón- areola.

Total: (simple) escisión completa del tejido mamario y la zona de Space.

Radical modificada: ablación de la mama y de los ganglios linfáticos axilares.

Radical: extirpación de la mama, los músculos pectorales subyacentes y los ganglios axilares.

Superradical: ablación de la cadena linfática mamaria interna junto con la mama, los músculos pectorales y los ganglios axilares.

2.8. PREOPERATORIO MEDIATO.

Pertenciente o relativo al período que precede a una intervención quirúrgica. Comienza con la primera medida preparatoria para la cirugía y termina con la inducción de la anestesia quirúrgica en el quirófano.

Para nuestra investigación consideramos el preoperatorio mediato como el período de las 48 a las 24 horas anteriores a la intervención quirúrgica.

2.9. ASPECTOS SICOLOGICOS DEL CANCER DE MAMA

La mujer que sufre una amputación total o parcial de mama se ve totalmente discriminada desde el punto de vista psicológico. Las mamas representan en un grado mayor o menor la femineidad; su amputación significa para la mujer una pérdida de su esbeltez, de sus curvas y de su belleza. La pérdida total o parcial de una o ambas mamas es de enorme repercusión psicológica.

La "imagen corporal" se ve profundamente afectada y a partir de ahí, las relaciones con su entorno.

La mastectomía acentúa la sensación de deformidad física, de asimetría corporal, lo que repercute negativamente en el autoconcepto y autoestima de la mujer. Se trata de un auténtico "duelo" por la función desaparecida (sexual, estética, simbólica o reproductora) por las satisfacciones síquicas que proporcionaban dichas funciones y por la pérdida de expectativas en el terreno sexual y en lo más hondo de su femineidad.

Durante la enfermedad se producen grados menores de ansiedad y depresión, habitualmente se les considera comprensibles y normales. Si los propios cambios emocionales y de conducta causan suficiente apuro a la usuaria o entorpecen la recuperación o la adaptación de la enfermedad, se consideran patológicas.

La respuesta psicológica a la enfermedad varía enormemente de un paciente a otro, incluso si padecen trastornos de similar naturaleza y severidad.

Una enfermedad puede ser percibida como amenaza, pérdida, castigo, ventaja, etc.

2.10. PERCEPCIONES Y REACCIONES ANTE EL CANCER DE MAMA

Para la mayoría de las personas el cáncer se encuentra entre las más temidas enfermedades.

El cáncer de mama está asociado con el miedo a graves e inevitables dolores, desfiguración e incapacidad, y con rechazo social e incluso censura moral.

Para tratar de neutralizar las respuestas inadaptativas (depresión, cólera, desesperación, inhibición, adinamia) que aparece en la mujer diagnosticada, van a inhibir una conducta participativa y colaboradora en todo el proceso terapéutico. La clave para éste reside en actuar sobre las actitudes y pensamientos negativos.

En relación con el impacto del diagnóstico, una vez que la mujer es consciente de su grave enfermedad, una vez que ha percibido la enfermedad y sus posibles consecuencias, incluyendo el dolor y la muerte, así como las posibles desfiguraciones y/o amputaciones radicales (mastectomía radical) se produce la depresión.

Desde el momento en que se produce la sospecha, hasta que se realiza realmente el diagnóstico, la persona consciente de las consecuencias de un diagnóstico positivo estará indudablemente sujeta a mucha ansiedad.

Después de un primer momento o estadio de "rechazo de la enfermedad" (negación), con fuertes dosis de ansiedad y conductas manifiestas de agitación (llorar desconsoladamente, cólera e impulsividad), la mujer se sumerge en una profunda "inhibición", un estado anímico caracterizado por los "sentimientos de pérdida" y las "vivencias depresivas", como consecuencia de agresiones a su integridad corporal y sobre todo, a su "femineidad", estética y belleza corporal.

3. JUSTIFICACION Y SELECCIÓN DEL PROBLEMA

La elección de este tema se hizo porque el cáncer de mama determina en la mujer una alteración en su imagen corporal, en su relación con los demás, en la sexualidad, en todos los ámbitos de su vida.

La manera como encare esta situación de enfermedad determinará la aparición o no de complicaciones en la posterior recuperación.

El conocer cual es la conducta defensiva más frecuente nos permitirá comprender a la mujer en este período de enfermedad y ayudarla a transitar por este de la mejor manera posible.

Debido a que las conductas defensivas son varias se eligieron solamente la negación y regresión ya que son las conductas más fáciles de identificar.

4. PROBLEMA

¿Cuál es la conducta defensiva más frecuente que presentan las usuarias en preoperatorio mediato de mastectomía en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas en el período de junio-agosto de 1999?

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las conductas defensivas más frecuentes que se manifiestan en las usuarias en el preoperatorio mediato de mastectomía.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1)- Caracterizar a las usuarias que consultan en la policlínica de mastología de acuerdo a los factores sociodemográficos.
- 2)- Describir cual es la conducta defensiva más frecuente en el preoperatorio de mastectomía.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en las usuarias con biopsia positiva de carcinoma de mama que consultan en Policlínica de Mastología del I.C.F.F.AA en el período junio- agosto de 1999.

El área de estudio abarca la Policlínica de Mastología, Sala 12 de Ginecología y Sala 15 de Cirugía.

La población objeto de estudio son todas las mujeres que consultan en policlínica con biopsia positiva de carcinoma.

La ejecución de la misma se efectuará en dos instancias: se asistirá a la consulta junto al equipo de salud (cirujano y ginecólogo) y se completará la ficha con los datos sociodemográficos de la usuaria y se buscará información sobre el tiempo transcurrido desde que descubrió la alteración en la mama hasta la fecha de la consulta y la causa del mismo.

A las usuarias con biopsia positiva de carcinoma de mama se realizará una entrevista en las salas de internación en el período preoperatorio mediato.

El instrumento que se empleará en la consulta es una entrevista estructurada con preguntas de respuestas múltiples y dicotómicas y en las salas de internación la misma consta de preguntas abiertas, donde se determinará de las respuestas los indicadores fijados para identificar a que conducta defensiva pertenecen las usuarias de la muestra.

6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

EDAD: Es el período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el nacimiento hasta el momento actual. Tiempo expresado en años que manifiesta la usuaria..

Variable cuantitativa.

Indicador: Valor último año cumplido.

Se eligió para conocer si la edad determina la aparición de las conductas defensivas.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Está determinado por el último año aprobado por la usuaria en el sistema educativo vigente.

Variable cualitativa.

Indicador: Analfabetismo.

Primaria

Secundaria

Terciaria

El nivel de instrucción de la usuaria puede actuar como factor positivo o de riesgo frente a la enfermedad (retraso en la primera consulta, no cumplimiento de las indicaciones médicas, etc.)

SITUACION DE PAREJA: Está determinada por la situación actual de pareja de la usuaria entrevistada.

Variable cualitativa.

Indicador: Soltera

Casada

Divorciada

Viuda

Unión libre

La situación de pareja nos permite conocer el apoyo familiar con que cuenta la entrevistada, además determina entre otros factores la sexualidad de la misma y la repercusión que tendrá la mastectomía en ese aspecto.

HIJOS: Nacido de la unión de hombre y mujer, legal o natural.

Variable cualitativa.

Indicador: Tiene hijos SI NO

AMAMANTAMIENTO: Alimentación del recién nacido a pecho directo de su madre en un tiempo mínimo de 6 meses.

Variable cualitativa.

Indicador: Amamantó SI NO

La ausencia de estas variables determina un factor de riesgo en la aparición de cáncer de mama.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
CALLE 28 N° 11111
DIFUSION DE LA INFORMACION
AV. DE LA LIBERTAD N° 11111
MONTEVIDEO, URUGUAY

PROCEDENCIA: Lugar de origen de una persona.

Variable cualitativa.

Indicador: Montevideo

Interior

RESIDENCIA: Lugar donde vive una persona habitualmente.

Variable cualitativa.

Indicador: Montevideo,

Interior

Estas dos variables determinarán la manera como viva la internación y el tratamiento posterior (accesibilidad económica, presencia de acompañantes, etc.)

OCUPACION: Tipo de trabajo que realiza una persona de manera remunerada o no.

Variable cualitativa.

Indicador: ¿Trabaja fuera del hogar? SI NO

¿Dónde?

Puede actuar como factor de riesgo por el tipo de trabajo y la influencia económica si está en actividad

MOTIVO DE CONSULTA: Conocer motivo por el que concurre al Servicio.

Variable cualitativa.

Indicador: Dolor.

Nódulo.

Control.

Biopsia positiva de carcinoma de mama.

Preoperatorio.

Nódulo benigno.

Absceso y secreción.

Esta variable va a determinar la selección de la muestra (usuarias con biopsia positiva de carcinoma de mama).

MOMENTO QUE CONCORRE A LA CONSULTA: Tiempo que demora la usuaria en concurrir a la policlínica desde el momento que descubre la alteración.

Variable cualitativa.

Indicador: El mismo día.

A la semana.

A los 15 días.

Al mes.

Más tiempo.

No descubrió alteración (en los casos que concurren por control).

Nos sirve para determinar si de acuerdo a las conductas defensivas que presentan es mayor o menor el tiempo que transcurre hasta el momento de la consulta.

MOTIVO POR EL QUE DEJA TRANSCURRIR ESE TIEMPO: Causa por la que deja transcurrir el tiempo hasta la consulta desde el momento que descubre la alteración.

Variable cualitativa.

Indicador: Temor al diagnóstico.

Falta de números para la policlínica.

Dificultad para trasladarse al Servicio.

Otros.

No descubrió alteración.

Nos sirve para determinar si la conducta defensiva que presentan influyen en el motivo por el que dejan transcurrir ese tiempo.

NEGACION: El paciente se conduce como si no padeciera ningún trastorno físico, o declarará que tiene una enfermedad benigna, negará la evidencia, las informaciones exactas que se le puedan dar.

Variable cualitativa.

Los indicadores son:

- El diagnóstico que dice la usuaria no concuerda con el real.
- Habla de su enfermedad en términos médicos como si se tratara de un caso clínico.
- No manifiesta ninguna reacción.

- No acepta el diagnóstico médico.
- Luego que le comunicaron el diagnóstico demoró más de un mes en continuar con el tratamiento.
- Demora en concurrir a la consulta por miedo al diagnóstico
- Le resta importancia a la intervención quirúrgica.
- Contesta que no le va a modificar su vida personal.
- No justifica la presencia de su familia en este momento.

Si la usuaria manifiesta alguno de los indicadores de negación seleccionados será suficiente para considerarlo como negación.

REGRESIÓN: Se llama así a la reactivación y actualización de conductas o de un nivel de comportamiento que corresponde a un período anterior ya superado por el sujeto.

Variable cualitativa.

Los indicadores son:

- Actitud pasiva y dependiente frente al tratamiento posterior.
- Necesidad y reclamo de atención excesiva por parte de familiares, acompañantes y/o personal de enfermería.
- Piensa que luego de la intervención quirúrgica no va a poder organizar su vida sin la ayuda de sus familiares.
- Presenta comportamiento infantil.

Si la usuaria manifiesta alguno de los indicadores de regresión seleccionado será suficiente para considerarlo como regresión.

6.1. RECURSOS

Para este estudio se contará con los siguientes medios:

Recursos Humanos: 4 estudiantes del I.N.D.E.

Recursos Materiales: Material de escritorio.

Recursos Financieros: Financiación propia.

6.2. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES DEL ESTUDIO	TIEMPO (MESES)						
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	→						
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO				→			
COORDINACIÓN CON LA INSTITUCIÓN					→		
RECOLECCIÓN DE DATOS						→	
ANÁLISIS DE DATOS							→
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL							→

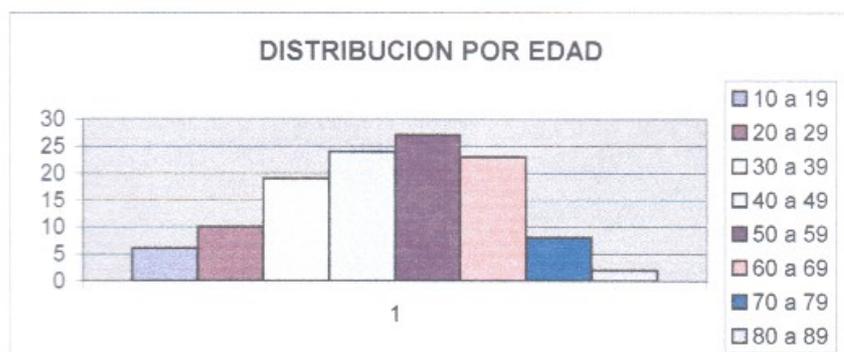
7. ANALISIS

Tabla N° 1.- Distribución por edad de las usuarias que se asisten en la policlínica Mastología del H.C.FF.AA. Montevideo, junio-agosto 1999.

EDAD (en años)	F.A	F.R.(%)
10 a 19	6	5,04%
20 a 29	10	8,40%
30 a 39	19	16%
40 a 49	24	20,16%
50 a 59	27	22,68%
60 a 69	23	19,32%
70 a 79	8	6,72%
80 a 89	2	1,68%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 1.



n: 119

Fuente: Tabla N° 1.

Tabla N° 2. Distribución por nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F.A	F.R. (%)
PRIMARIA	52	43,70%
SECUNDARIA O U.T.U.	55	46,20%
TERCIARIA	12	10,10%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 2.



n: 119

Fuente: Tabla N° 2.

Tabla N° 3. Distribución por lugar de residencia.

RESIDENCIA	F.A	F.R. (%)
MONTEVIDEO	100	84,03%
INTERIOR	19	15,96%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 3.



n: 119

Fuente: Tabla N° 3.

Tabla Nº 4 Distribución por ocupación de las usuarias.

TRABAJA FUERA DEL HOGAR	F.A	F.R.(%)
SI	57	47,90%
NO	62	52,10%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO Nº 4.



n: 119

Fuente: Tabla Nº 4.

Tabla Nº 5. Distribución por situación de pareja.

SITUACION DE PAREJA	F.A	F.R.(%)
SOLTERA	13	10,90%
CASADA	76	63,90%
DIVORCIADA	8	7%
VIUDA	15	13%
UNION LIBRE	7	6%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO Nº 5.



n: 119

Fuente: Tabla Nº 5.

Tabla N° 6. Distribución de las usuarias que tuvieron hijos.

HIJOS	F.A	F.R. (%)
SI	97	81,50%
NO	22	18,50%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 6.



n: 119

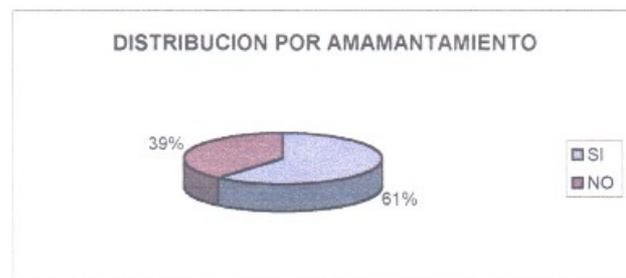
Fuente: Tabla N° 6.

Tabla N° 7. Distribución de las usuarias que amamantaron a sus hijos.

AMAMANTAMIENTO	F.A	F.R. (%)
SI	73	61,30%
NO	46	38,70%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 7.



n: 119

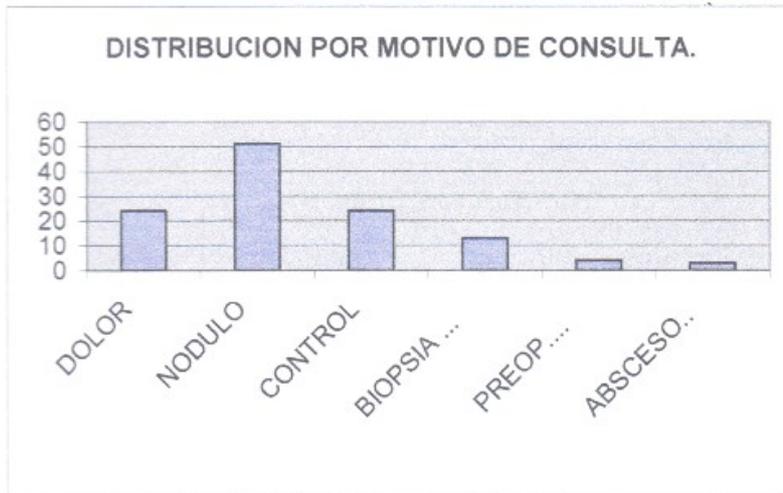
Fuente: Tabla N° 7.

Tabla Nº 8 Distribución por motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA	F.A	F.R.(%)
DOLOR	24	20,20%
NODULO	51	42,90%
CONTROL	24	20%
BIOPSIA + CARCINOMA DE MAMA	13	11%
PREOP. NUDULOS BENIGNOS	4	3%
ABSCESO Y SECRECION	3	2%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO Nº 8.



n: 119

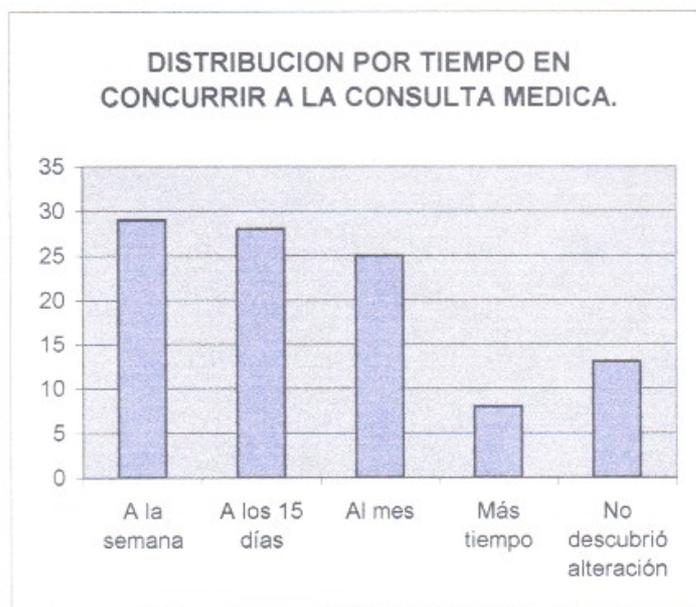
Fuente: Tabla Nº 8.

Tabla N° 9. Distribución por tiempo en concurrir a la consulta médica.

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA LA CONSULTA	F.A	F.R (%)
El mismo día	16	13,50%
A la semana	29	24,40%
A los 15 días	28	24%
Al mes	25	21%
Más tiempo	8	7%
No descubrió alteración	13	11%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 9.



n: 119

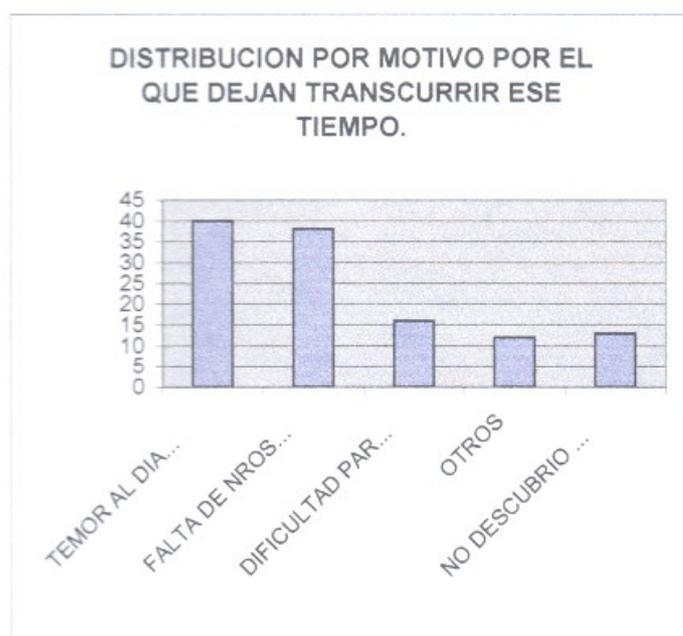
Fuente: Tabla N° 9.

Tabla N°10. Distribución por motivo por el que dejan transcurrir ese tiempo.

MOTIVO POR EL QUE DEJAN TRANSCURRIR ESE TIEMPO.	F.A	F.R (%)
TEMOR AL DIAGNOSTICO	40	33,60%
FALTA DE NROS.PARA POLICLINICA	38	31,90%
DIFICULTAD PARA TRASLADARSE	16	14%
OTROS	12	10%
NO DESCUBRIO ALTERACION	13	11%
TOTAL	119	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

GRAFICO N° 10.



n: 119

Fuente: Tabla N° 10.

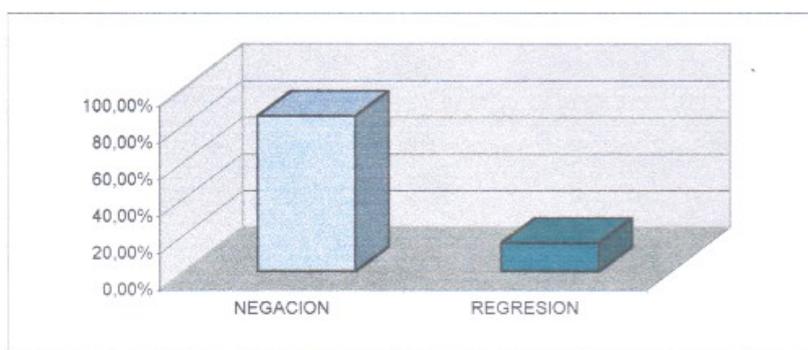
**CONDUCTAS DEFENSIVAS MAS FRECUENTES EN EL PREOPERATORIO
MEDIATO DE MASTECTOMIA EN SALA 12 Y SALA 15 DEL H.C.FF.AA.
Montevideo, junio-agosto 1999.**

Tabla N° 11. Distribución de conductas defensivas.

CONDUCTA DEFENSIVA	F.A	F.R(%)
NEGACION	11	84,60%
REGRESION	2	15,40%
TOTAL	13	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 11.



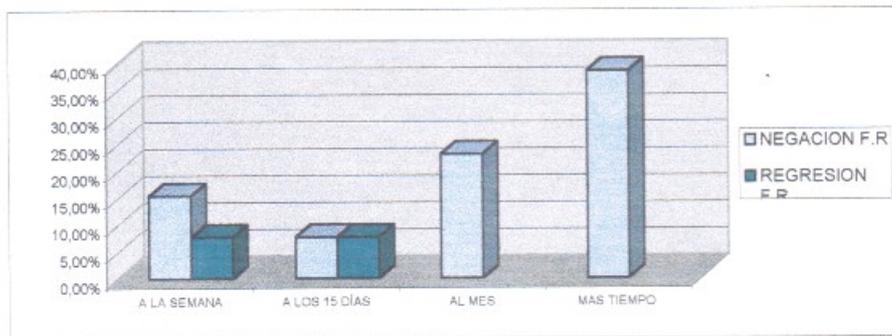
n: 13
Fuente: Tabla N° 11.

Tabla N° 12. Distribución del momento en que concurre a la consulta médica en relación conducta defensiva que presenta en el preoperatorio de mastectomía.

TIEMPO TRANSCURRIDO	NEGACION		REGRESION		TOTAL	
	F.A	F.R	F.A	F.R	F.A	F.R
A LA SEMANA	2	15,40%	1	7,70%	3	23,10%
A LOS 15 DÍAS	1	7,70%	1	7,70%	2	15,40%
AL MES	3	23,10%			3	23,10%
MAS TIEMPO	5	38,50%			5	38,50%
TOTAL	11	84,60%	2	15,40%	13	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 12.



n: 13

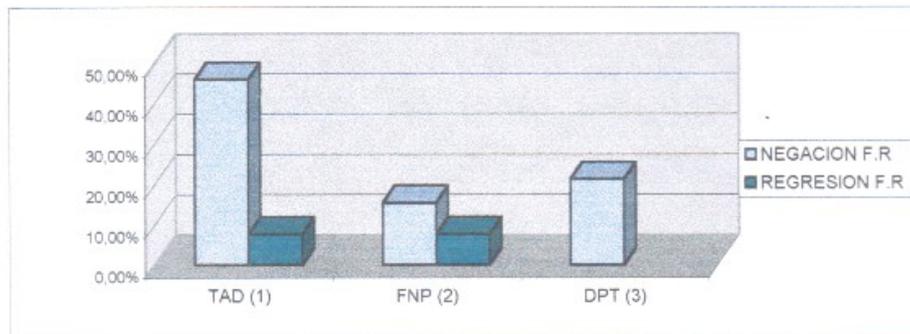
Fuente: Tabla N° 12.

Tabla N° 13. Distribución del motivo por el que deja transcurrir ese tiempo en relación a conducta defensiva.

MOTIVO POR EL QUE DEJA TRANSCURRIR ESE TIEMPO	NEGACION		REGRESION		TOTAL	
	F.A	F.R	F.A	F.R	F.A	F.R
TEMOR AL DIAGNOSTICO	6	46,10%	1	7,70%	7	53,80%
FALTA Nros.POLICLINICA	2	15,40%	1	7,70%	3	23,10%
DIF.PARA TRASLADARSE	3	21,30%			3	23,10%
TOTAL	11	84,60%	2	15,40%	13	100%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 13.



- (1) TAD : Temor al diagnóstico
- (2) FNP : Falta de números para la policlínica
- (3) DPT : Dificultad para trasladarse

n: 13

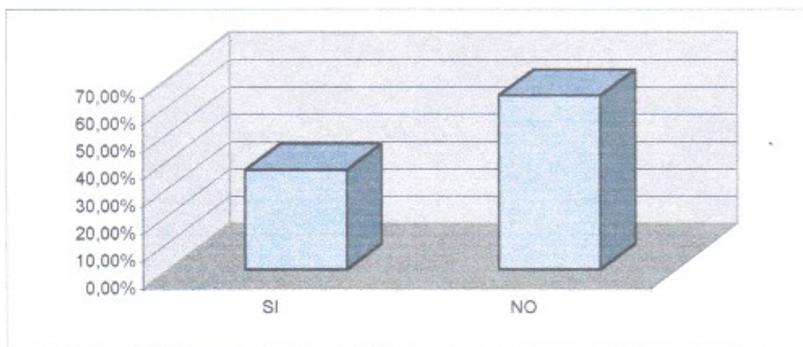
Fuente: Tabla N° 13.

Tabla N° 14. Modificación de la vida por la intervención quirúrgica en relación a conducta defensiva.

MODIFICA SU VIDA	NEGACION	
	F.A	F.R
SI	4	36,40%
NO	7	63,60%
TOTAL	11	100,00%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 14.



n: 11

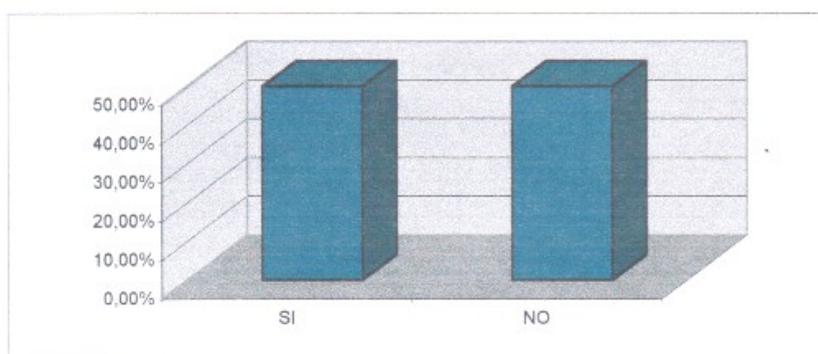
Fuente: Tabla N° 14.

Tabla N° 14.1. Modificación de la vida por la intervención quirúrgica en relación a conducta defensiva.

MODIFICA SU VIDA	REGRESION	
	F.A	F.R
SI	1	50,00%
NO	1	50,00%
TOTAL	2	100,00%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 14.1.



n: 2

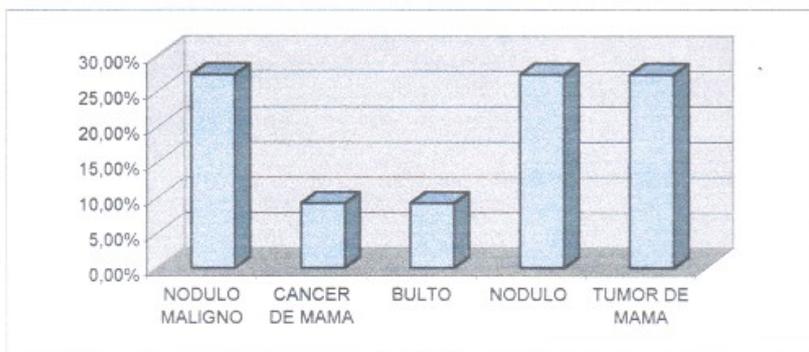
Fuente: Tabla N° 14.1.

Tabla N° 15. Distribución del diagnóstico médico en relación a conducta defensiva.

DIAGNOSTICO MEDICO	NEGACION	
	F.A	F.R
NODULO MALIGNO	3	27,30%
CANCER DE MAMA	1	9,10%
BULTO	1	9,10%
NODULO	3	27,30%
TUMOR DE MAMA	3	27,30%
TOTAL	11	100,00%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 15.



n: 11

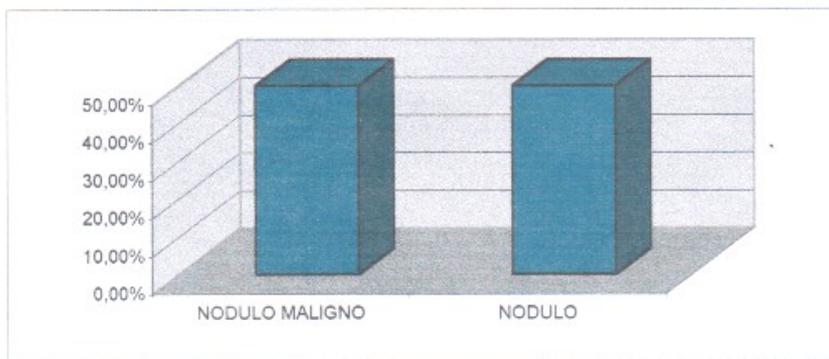
Fuente: Tabla N° 15.

Tabla N° 15.1. Distribución del diagnóstico médico en relación a conducta defensiva.

DIAGNOSTICO MEDICO	REGRESION	
	F.A	F.R
NODULO MALIGNO	1	50,00%
NODULO	1	50,00%
TOTAL	2	100,00%

* Fuente: Datos recogidos en el H.C.FF.AA.

Grafico N° 15.1.



n: 2

Fuente: Tabla N° 15.1

7. ANALISIS

De acuerdo a los cuadros obtenidos en la caracterización de la población podemos decir que, de las 119 usuarias que se asisten en la policlínica de Mastología del H.C.F.F.AA, en el período junio- agosto de 1999, el 22,68 % se encuentra comprendido en el rango de edades (50-59) años, seguido por el 20,16 % entre 40 –49 años siendo la muestra heterogénea.

El nivel de instrucción que predomina es secundaria (46,2%), seguido por el 43,7 % que pertenece a primaria, no observándose grandes diferencias entre los porcentajes.

La mayoría de las usuarias reside en Montevideo (84 %) esto facilitaría en el caso de necesitar tratamiento posterior o seguimiento, teniendo una mayor accesibilidad al servicio, lo que puede llegar a ser la causa del cumplimiento o no del tratamiento propuesto.

Otra características de estas usuarias es que 52 % no trabaja fuera del hogar y un 48 % si lo hace, lo cual puede actuar como factor de riesgo según el tipo de trabajo y la influencia económica que conlleva.

Más de la mitad de las mujeres, 63,9 % son casadas lo que nos permite conocer el apoyo familiar con que cuenta o no y además determinar entre otros factores la sexualidad de la misma y la repercusión que pueda tener la mastectomía en ese aspecto.

Cabe destacar que el 81,5 % tuvieron hijos y el 61,5 % los amamantó lo que nos indica que en esta población dichas variables no se pueden tomar como factor de riesgo.

El principal motivo que las llevó a consulta fue la presencia de nódulos (43 %), seguido por dolor y control.

El 11 % con biopsia positiva de carcinoma de mama representa nuestra muestra, considerándose un porcentaje alto con respecto al universo y el período de tiempo que abarcó la investigación.

El mayor porcentaje de las usuarias del universo (24,4 %) concurre a la semana a la consulta lo que demuestra que al descubrir la alteración se realiza una consulta médica precoz. En la muestra (11%) por el contrario las usuarias demoraron más de 30 días (38,5 %) en acudir a la misma, lo que puede determinar una relación entre la conducta defensiva presente y este tiempo.

El temor al diagnóstico 33,6 % no determina el tiempo en acudir a la consulta.

De las entrevistas que se realizaron en sala 12 y 15 del H.C.F.F.AA en usuarias en preoperatorio de mastectomía se pueden identificar que el mayor porcentaje 84,6 % presentan negación del diagnóstico y el 15,40 % presenta como conducta defensiva la regresión.

Sobre los cambios que puede tener su vida tras la intervención quirúrgica se puede obtener la siguiente información: del porcentaje que presenta negación un 63 % considera que no modifica su vida, lo que corresponde con la conducta defensiva que presenta.

En cuanto a la regresión los resultados no son significativos ya que se encontró para ambas respuestas el mismo porcentaje (50%).

El diagnóstico médico que expresa la usuaria muchas veces no concuerda con el real, como se observa en los siguientes porcentajes:

Negación : nódulo maligno: 27,3 %, nódulo: 27,3 %, tumor de mama 27,3%.

Regresión: nódulo maligno 50 %, nódulo 50 %.

Cabe destacar que en la consulta médica a la que asistimos el equipo médico siempre comunica el diagnóstico como cáncer de mama, por lo que llama la atención que las usuarias no utilicen el mismo término. Esto puede justificarse por la conducta defensiva que presentan mayoritariamente (negación).

En síntesis las usuarias tipo de esta policlínica son mujeres en edad adulta, con nivel medio de instrucción, casadas, que no trabajan fuera del hogar, viven en Montevideo y asisten precozmente a la consulta luego de descubrir la alteración.

Cabe destacar que la muestra de usuarias con biopsia positiva de carcinoma de mama no se corresponde en su totalidad con la usuaria tipo ya que el rango de edades es de 60 a 79 años, con un nivel de instrucción bajo (primaria), viudas en su mayoría y que concurren tardíamente a la consulta (más de 30 días) por temor al diagnóstico.

8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Si bien el tamaño de la muestra es pequeño se considera representativa del universo.

En cuanto a las conductas defensivas identificadas podemos decir que el 84,60 % de las usuarias presentaron una negación al diagnóstico manifestada por una discordancia del diagnóstico que comunica la usuaria con el diagnóstico médico, siendo el primero de menor importancia. Hubo usuarias que no manifestaron ninguna reacción ante el proceso de enfermedad e internación, le restan importancia a la intervención quirúrgica y consideran que no va a modificarse su vida. Se manifestó también por una demora en acudir a la consulta por temor al diagnóstico.

Este mecanismo de defensa, que es inconsciente puede generarse por el miedo que la palabra y el diagnóstico cáncer suscitan en la gente, la sociedad misma proyecta ese miedo en la creencia de que el cáncer es sinónimo de mortalidad. Debemos tener en cuenta el diagnóstico CANCER DE MAMA, todas las implicaciones que tiene en la imagen corporal, sexualidad de la mujer y todos los ámbitos de su vida; y la mastectomía que conlleva una pérdida de femineidad y una amputación de un órgano sexual.

Estas reacciones son independientes de la edad de la usuaria.

En cuanto a la regresión, se identificó un 15,40 %, esto puede deberse a que este mecanismo es más difícil de identificar en una entrevista, se manifestó principalmente por una dependencia excesiva a los familiares y pensamientos de que luego de la intervención quirúrgica no se puede organizar su vida sin ayuda de los demás.

Del 63 % que manifestó que no cambiaría sus vidas la intervención quirúrgica cabría preguntarse si las causas son la misma conducta defensiva que presentan (negación), si fue la falta de información, con lo cual la usuaria no tendría todos los conocimientos sobre su tratamiento. Creemos que en este caso se debe a la conducta defensiva identificada.

Observamos durante las entrevistas que las usuarias evitaban usar la palabra cáncer de mama, esto puede deberse a que se considera una enfermedad tabú, y la cual al estar tan ligada al autoimagen corporal cuesta asimilar el diagnóstico.

En cuanto al término empleado encontramos que se usa “nódulo” esto puede significar que para las usuarias el cáncer de mama estaría “simbolizado” por algo concreto que puede ser extirpado del organismo y ya se encuentra la cura.

El diagnóstico y el tratamiento que experimenta las usuarias y su familia ensombrecen las perspectivas de continuidad del ciclo vital, no debemos olvidar las edades de las usuarias de nuestra investigación, que consideran (no todas) que ya han vivido suficiente, además del miedo a la muerte.

Estas conductas defensivas las utilizan para protegerse de lo que significa el diagnóstico y tratamiento del cáncer y de esta manera vivir el proceso de enfermedad con una menor carga de estrés y ansiedad.

¿Qué debemos hacer como Licenciadas en Enfermería frente a estas conductas?

Debe evitarse enfrentar estas conductas defensivas, a no ser que el rechazo pueda originar problemas con el proceso de tratamiento.

Debe respetarse el concepto que la usuaria tiene de su enfermedad y no querer cambiarlo por el correcto (según nuestro criterio).

El proceso de ayudar a la usuaria a vivir con cáncer comienza cuando se le comunica el diagnóstico. Hay que fomentar siempre el autocuidado y la autonomía de la misma.

Brindar apoyo emocional, no solo por parte de enfermería sino por un profesional en la materia en los casos que sea necesario.

Se debe ser consciente de las importantes consecuencias y aterradora realidad que el paciente experimenta al sentirse solo y aislado de los demás. Se controlarán los sistemas de apoyo del paciente: familia, amigos, trabajo y se le animará a recurrir a ellos.

Debe considerarse a la usuaria en su totalidad y brindarle una asistencia integral y no considerarla solamente como una patología.

Como sugerencias, consideraríamos importante que en los servicios de internación hubiera consulta con psicólogo para que las usuarias que serán mastectomizadas puedan expresar sus sentimientos, dudas, creencias, etc. De esta manera pensamos que el posoperatorio podrá transcurrir con una mejor calidad de atención.

Sería importante realizar un seguimiento a las usuarias de la muestra para conocer si mantienen las conductas defensivas identificadas durante el resto del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- BELCHER ANNE. E. "ENFERMERÍA Y CÁNCER" PRIMERA EDICION. ESPAÑA 1995. EDITORIAL MOSBY/DOYMA LIBROS.
- BLEGER JOSÉ. "PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA" SEGUNDA EDICION. BS.AS.1998. EDITORIAL PAIDÓS.
- DE CANALES FRANCISCA. H. "METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN" (MANUAL PARA EL DESARROLLO DE PERSONAL DE SALUD) PRIMERA EDICIÓN. MÉXICO 1986. EDITORIAL LIMUSA.
- ESTAPE. J.M. DOMENECH. "ENFERMERÍA Y CÁNCER". BARCELONA 1992. EDITORIAL DAYMA. S.A.
- FLORES LOZANO. "MUJER ANTE EL CÁNCER DE MAMA": ASPECTOS PSICOLÓGICOS. SANSALVADOR - BARCELONA 1994. EDITORIAL MEDINA.
- POLLIT. B. HUNGLER. "INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN CIENCIAS DE LA SALUD". QUINTA EDICIÓN. MEXICO 1997. EDITORIAL. MC. GRAW- HILL. INTERAMERICANA.
- ROBINS "PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL" CUARTA EDICION. MÉXICO 1990. EDITORIAL INTERAMERICANA.
- SCHNNEIDER "PSICOLOGÍA APLICADA A LA PRACTICA MÉDICA" BS.AS. 1986. EDITORIAL PAIDÓS.
- VARSALLO. JUAN. "ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN EL URUGUAY" COMISION HONORARIA DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER. 1996.

ANEXOS

**CARACTERES SOCIODEMOGRAFICOS DE USUARIAS EN
POLICLINICA DE MASTOLOGIA**

FECHA: ___/___/___

NOMBRE: _____

N° DE REGISTRO: _____

EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

ANALFABETISMO: (1)
PRIMARIA: (2)
SECUNDARIA O UTU: (3)
TERCIARIA: (4)

PROCEDENCIA:

MONTEVIDEO (1)
INTERIOR (2)

RESIDENCIA:

MONTEVIDEO (1)
INTERIOR (2)

OCUPACION:

TRABAJA FUERA DEL HOGAR
SÍ (1) NO (2)

DONDE _____

HIJOS:

SÍ (1) NO (2)

AMAMANTAMIENTO:

SÍ (1) NO (2)

SITUACION DE PAREJA:

SOLTERA (1)
CASADA (2)
DIVORCIADA (3)
VIUDA (4)
UNION LIBRE (5)

MOTIVO DE CONSULTA:

**ANTECEDENTES PERSONALES (TUMORES DE MAMA O
GINECOLOGICOS):**

**ANTECEDENTES FAMILIARES (TUMORES DE MAMA O
GINECOLOGICOS):**

MENARCA _____ AÑOS
MENOPAUSIA _____ AÑOS

1) Cuando descubrió la alteración; en que momento concurrió a la consulta medica?

El mismo día

A la semana

A los 15 días

Al mes

Mas tiempo

2) Por que dejo transcurrir ese tiempo?

Temor al diagnostico

Falta de números para policlínica

Dificultad para trasladarse al Servicio

Otros

**MODELO DE LA ENTREVISTA EN SALA 12 GINECOLOGIA Y SALA 15
CIRUGIA**

1) ¿Cual fue el diagnostico que le comunico su medico?

2)- ¿Que sintió cuando le comunicaron el diagnóstico?

3) ¿Como se siente ahora antes de ser operada?

4) ¿Usted piensa que la intervención quirúrgica va a modificar su vida personal?

SI

NO

¿En que aspecto?

Familia

Trabajo

Imagen Corporal

Sexualidad

Tratamiento posterior

Otros

5) ¿Se siente acompañada por su familia?

SI

NO

6) ¿Tiene alguna duda?

Montevideo, 28 de junio de 1999.-

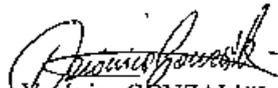
Señor Jefe del Servicio de Mastología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
Dr. Bernardo Aizen.

Por la presente solicitamos autorización para concurrir a la consulta en la Policlínica de Patología Mamaria, durante el período junio-agosto de 1999.

Motiva la presente solicitud la realización de una investigación sobre "Conductas Defensivas en el preoperatorio de Mastectomía en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas" en el período anteriormente mencionado.

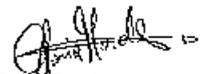
De acceder a los solicitado, comenzaríamos a concurrir el día 30 de junio de 1999.

Esperando una respuesta favorable, saludamos a usted muy atentamente.


Verónica GONZALEZ
Nº Est.: 92020


Liliana GARGIULO
Nº Est.: 92089


Sofía GONZALEZ
Nº Est.: 92231


María José MORALES
Nº Est.: 92278

Montevideo, 28 de junio de 1999.-

Autorizado:

El Jefe del Servicio de Mastología del H.C.FF.AA.

Dr.

Bernardo AIZEN.

