

**UNIVERSIDAD
ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

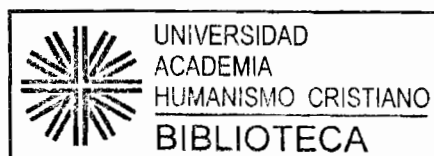
**“REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES
CON DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO”**

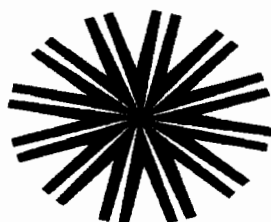
ALUMNA : MARIA ELENA SAN JUAN MUÑOZ

PROFESOR GUIA: RODRIGO AHUMADA CABELLO

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL**

Santiago, 2004





**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

**“REPRESENTACIONES SOCIALES DE MUJERES
CON DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO”**

ALUMNA : MARIA ELENA SAN JUAN MUÑOZ
PROFESOR GUIA: RODRIGO AHUMADA CABELLO

**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN
TRABAJO SOCIAL**

Santiago, 2004

“ Durante este caminar he logrado comprender innumerables lecciones de fé, fortaleza y esperanza; la importancia de transformar las ausencias en compañía, las desventajas en optimismo y alegría, sabiendo que la luz al final del camino, son hoy todas aquellas personas que me han acompañado en este proceso, que creyeron en mí y pacientemente me han esperado”

Especialmente a mis queridos hijos Daniel y David

AGRADECIMIENTOS

A Rodrigo Ahumada por brindarme su valiosa ayuda y cooperación en la realización de este estudio, por sus correcciones e indicaciones siempre certeras y precisas.

Al Dr. Hugo Sánchez por su voluntad, motivación y disposición, la cual me permitió obtener un mayor conocimiento del tema y superar las dificultades de esta investigación.

A Sofía Gómez por su entrega de conocimientos y experiencia en el tema, la cual me permitió profundizar en él y me orientó a lo largo del desarrollo de este estudio.

A Ligia Gallardo por su apoyo, disposición y cooperación permanente en el diseño y presentación de esta Tesis. Gracias por su sincera amistad.

A todas las señoras quienes amablemente me otorgaron su tiempo y disposición para participar en esta investigación.

A mis Jefaturas y compañeros de trabajo, quienes me otorgaron siempre las facilidades para la presentación de esta Tesis.

A mi familia. Especialmente a mi madre María Bernarda, a Vicente mi hermano, a Antonio, a mis hijos Daniel y David, y a Manuel, quienes siempre estuvieron apoyándome y dándome ánimo para seguir adelante con esta investigación.

Sinceramente

Muchas Gracias

INDICE

INTRODUCCION.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. OBJETIVOS.....	16
3. ESTRATEGIA METODOLOGICA	17
TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO	17
DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.....	18
DEFINICION DEL UNIVERSO Y MUESTRA.....	19
TECNICA DE ANALISIS.....	22
I PARTE	24
MARCO TEORICO.....	24
CAPITULO I.....	25
EL ENFOQUE PSICOSOCIAL.....	25
CAPITULO II.....	34
EL CANCER MAMARIO	34
FACTORES DE RIESGO.....	38
DIAGNOSTICO	42
ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.....	43
DESCRIPCION GENERAL DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO.....	45
CAPITULO III.....	51
LA PARTICIPACION	51
PERTENENCIA: PROCESO DE IDENTIFICACION.....	54
LA INTEGRACION SOCIAL	57

CAPITULO IV	63
REDES SOCIALES.....	63
HABILIDADES SOCIALES.....	64
CAPITULO V.....	66
TEORIA DE REPRESENTACIONES SOCIALES	66
II PARTE.....	71
MARCO REFERENCIAL.....	71
CANCER MAMARIO Y SISTEMA DE SALUD EN CHILE	72
PROGRAMA DE ONCOLOGIA HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO	75
REDES SOCIALES EN EL AREA SALUD.....	77
III PARTE	80
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	80
INTRODUCCION.....	81
CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO.....	84
CONSIDERACIONES ACERCA DE LA PARTICIPACION EN RED DE APOYO INSTITUCIONAL.....	87
CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	93
CONCLUSIONES	106
APORTE DEL ESTUDIO AL TRABAJO SOCIAL	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	123
ANEXOS.....	132

INTRODUCCION

Las condiciones de vida de una paciente con cáncer de mamas, se encuentran determinadas por una multiplicidad de factores desde la dimensión individual, familiar y su interacción en la comunidad.

El cáncer es una enfermedad definida como catastrófica, en la cual la precocidad del diagnóstico condiciona directamente las expectativas de vida de la paciente como su tratamiento.

En el caso del cáncer de mamas detectado a tiempo tiene hasta un 90% de curación, sin embargo, el 42 % de las mujeres diagnosticadas consulta en etapas avanzadas de la enfermedad (CONAC, 2001).

La presencia de cáncer en una persona está constituido por la afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos. Su desarrollo consiste en la producción de varias alteraciones génicas sucesivas en una célula determinada, la mayoría de estos cambios corresponden a cambios somáticos y en menor medida afecta a procesos germinales. Cuando se alteran estos genes que participan en la proliferación celular, diferenciación y muerte celular normal, se inicia el crecimiento tumoral. (Pérez-López F., 1996).

En Chile, en el año 2002, las cifras por muerte de cáncer alcanzó a 16.835 personas. Se estima que para el año 2010 el cáncer llegará a representar el 29%,2% de las defunciones ya que el riesgo de morir por causa de esta enfermedad

se ha incrementado en los últimos 30 años, debido a que existe una mayor esperanza de vida, lo que tiene directa relación por cuanto el cáncer se manifiesta preferentemente en la población adulta y adulta mayor, también los sistemas de vida y alimentación son factores que inciden en presencia de esta enfermedad. Constituyendo la tercera causa de muerte en nuestro país luego de las defunciones por enfermedades cardiovasculares y los traumatismos. (MINSAL)

Además se ha confirmado que la mortalidad por éste mal en Chile es de 17.472 casos para en el año 1998, manteniéndose en constante ascenso y su tendencia aumentó en un 15% (MINSAL, 1998).

El impacto de conocer este diagnóstico ocasiona muy diversas reacciones en las pacientes considerando las características personales, sociales, económicas y culturales, siendo común la presencia de alteraciones de la salud mental como depresión, síntomas ansiosos, trastornos de la alimentación etc. (Flórez, 1994). Sin duda este diagnóstico constituye en la vida de la mujer y su familia una situación de crisis.

En esta situación las habilidades sociales que puedan presentar las mujeres con este diagnóstico surgen como un factor protector que va a incidir en la actitud como en la conducta para enfrentar su enfermedad y los tratamientos.

Al respecto el modelo conductual enfatiza en la capacidad de respuesta que tiene una persona de adherirse a los grupos que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas, cuya ocurrencia en situaciones críticas está determinada por factores ambientales, variables de la persona y de su

interacción social. Por lo tanto una conducta socialmente habilidosa implica tres dimensiones: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

El fenómeno de la participación asociada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad catastrófica, como es el cáncer, es muy trascendental en tanto implica un factor protector dentro de la condición de gravedad de estas pacientes.

Entendiendo participación como en conjunto de interacciones que se suscitan al interior de un grupo, en el cual ocurren procesos dinámicos de negociación entre sus miembros. Donde los significados compartidos o simbólicos tienen un referente cultural que están ligados al pensamiento colectivo, el cual presupone una intersubjetividad.

La participación entonces surge como un mecanismo propio de la acción social, en el cual los individuos se manifiestan y llevan adelante un proceso de continua socialización e integración, del cual se hacen cargo mediante la construcción de un espacio significativo donde verter sus opiniones, tomar decisiones, etc. (Ander Egg, 1996).

En la sociedad civil se pueden identificar dos tipos de lógicas fundamentales que orientan la acción de los actores sociales a) lógicas racionales con arreglo a fines o b) lógicas racionales con arreglo a valores, las cuales en ningún caso son excluyentes (Weber M, 1890).

Entonces el Trabajo en Red constituye más que una metodología de intervención en el área de las ciencias sociales, sino el espacio de desarrollo de conductas adaptativas y fortalecedoras desde el nivel más individual, grupal y colectivo (Chadi M, 1996).

Diversos estudios refieren que el establecimiento de vínculos en redes sociales de apoyo, tanto aquellas de primer alcance como la familia, la que se define como red primaria, como también aquellas constituidas por personas fuera de su núcleo familiar, las cuales se denominan como redes institucionales, en las cuales existe una interdependencia entre sus miembros y logra constituir un contexto de construcción de significados comunes; en las cuales el compartir un conjunto de intersubjetividades les permite enfrentar un proceso de adaptación con mayores recursos. (Floréz A., 1994).

El motivo de investigar cómo incide la variable participación en las mujeres con diagnóstico de cáncer mamario tiene relación con describir las representaciones sociales del proceso integral de tratamiento en el cual se encuentran insertas desde el momento del diagnóstico y al cual llegan con un mayor o menor grado de habilidades sociales, las cuales están en relación con el proceso de inserción a grupos, participación e integración el cual va a incidir en las vivencias, actitudes y conductas de las pacientes y que en definitiva junto con otros factores condicionan la calidad de vida de las pacientes (Klefbeck J, 1994).

Por otra parte busca reconsiderar el significado del Trabajo en Red por parte de los equipos multidisciplinarios a través del conocimiento de la valoración que las propias pacientes hacen del tratamiento y que objetivamente pretende fortalecer el enfoque integral de la persona afectada por este mal, al ser

visualizada dentro de un contexto social con mayores o menores recursos, que le es implícita y la condiciona inevitablemente.

Por lo que el Trabajo en Red concurre al fortalecimiento de las identidades y a la concreción de un conjunto de valores irrenunciables como la libertad, la solidaridad y la justicia. (Martínez R, citado por Dabas, 1986).

La justificación de realizar una investigación en el tema de cáncer de mamas y los efectos de la participación en las redes sociales de apoyo, se encuentra sustentada sobre los datos estadísticos que nos dan la magnitud del problema. Que dicen relación con que esta enfermedad constituye la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer en Chile, y su tendencia ha sido ascendente en los últimos 20 años. Que anualmente mueren 1.027 mujeres por esta causa, estimándose que alrededor de un 25% de ellas podrían ser evitadas. (MINSAL 1997 y 2003).

El hecho que una paciente sea diagnosticada habitualmente en estados avanzados de la enfermedad nos dá a entender que existe en general un desconocimiento que interfiere el diagnóstico precoz de la enfermedad. La falta de comprensión de su gravedad y la alta probabilidad de desarrollar la enfermedad como respecto de las posibilidades de ser controlada en su estado inicial.

Las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer mamario enfrentan una situación de crisis, desde la perspectiva psicologicista “un duelo” que atañe no sólo a la paciente sino también a su familia y su entorno social inmediato.

Entonces bajo la mirada de los factores protectores / factores de riesgo la participación en grupo representa para las pacientes y su familia una dimensión de su vida, en la cual no sólo encuentra apoyo de tipo emocional para enfrentar el proceso de adaptación, luego de conocer el diagnóstico, constituyendo una instancia en la cual encontrará posibilidades de visualizar alternativas para el manejo de la enfermedad que permitan a través del desarrollo de habilidades sociales, la participación como proceso de aprendizaje y socialización, mejorar sus condiciones de sobrevivencia.

Profundizar en un enfoque integral a través de la identificación de las representaciones sociales de las mujeres con cáncer de mamas respecto de cómo se autoperceben ellas mismas frente a sus capacidades o habilidades sociales para enfrentar la enfermedad, cuáles son los significados que ellas le dan a la participación, como ha incidido en los procesos de adaptación tanto en un nivel individual, familiar y social en redes de tipo institucional.

Mediante el análisis de los significados comunes que presentan estas mujeres se podrá establecer cómo han vivido el proceso de ser una persona sana a una condición de enfermedad grave que fortalezca el enfoque biopsicosocial del concepto de enfermedad, aportando una visión peculiar al modelo biomédico establecido (Salinas J., 1996).

En lo particular y desde la mirada del Trabajo Social, en el área de salud es pertinente decir que esta disciplina cuenta con las herramientas teóricas prácticas para efectuar un abordaje integral del ser humano, permite conocer y elaborar una perspectiva respecto de los procesos de aprendizaje en las pacientes, que va más allá de cumplir un rol paliativo y asistencialista, sino poder visualizar

cómo el acceso a redes ejerce en las pacientes un crecimiento personal otorgándole herramientas, a través de la investigación cualitativa al equipo de salud que las acoge. (Ayestarán, 1998).

El poder profundizar en el perfil de la mujer con cáncer de mamas a través del conocimiento de los eventos vitales significativos puede colaborar a establecer patrones que permitan señalar rasgos importantes en la vida de estas mujeres, que favorezcan el enfrentamiento de la temática.

En el marco del estudio cualitativo que se presenta se señalan como hipótesis ordenadoras del proceso de investigación, las siguientes:
Existe una diversidad de discursos en relación a la importancia de la participación social.

El proceso de tratamiento por cáncer mamario está altamente estigmatizado por una connotación negativa, lo que obliga a las pacientes a una reorganización de conceptos sobre el sentido de la vida y la afectividad.

La construcción de un nuevo concepto de la vida, es favorecido por el encuentro de las pacientes en una red de apoyo, que disminuye la gravedad la situación de crisis y duelo emocional al que se ven enfrentadas luego del diagnóstico por cáncer mamario.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mamas está situado entre los siete tipos de cánceres más comunes en el mundo y se ubica en el tercer lugar de frecuencia, después del cáncer de estómago y pulmón, con 570 mil casos nuevos anuales en nuestro país. (Phao, 2001).

El tipo más común de cáncer de mamas es el carcinoma ductual, el cual se encuentra en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos, se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas. En Chile, actualmente 3 mujeres mueren diariamente por cáncer de mamas y 1 de cada 14 desarrollarán la enfermedad en el transcurso de su vida (Instituto Nacional del Cáncer, 2002).

Las condiciones de vida de una paciente con diagnóstico de cáncer se ven afectadas en distintos planos de su existir, desde lo personal, familiar y lo colectivo. Desde cada una de estas perspectivas es posible encontrar tanto factores protectores como factores de riesgo que van a incidir en el proceso de adaptación que surge luego de conocer su diagnóstico.

En el plano individual se encuentra un concepto ordenador que es el de “crisis emocional” definido como un punto focal en el “ciclo vital” de un individuo en el que aparecen y se intensifican emociones displacenteras, que surgen cuando se enfrenta un obstáculo en sus objetivos o expectativas vitales, el cual aparece como insuperable, apareciendo una etapa de desorganización interna.

Si bien, toda persona a lo largo de su vida experimenta crisis sucesivas inevitablemente se encuentra ante la realidad de enfrentar un conflicto, en caso de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario, este conflicto apunta al límite de la sobrevivencia, es decir, el riesgo vital supera la competencia de resolución, lo cual determina procesos psicológicos de inestabilidad emocional (Caplan 1964).

De acuerdo a las investigaciones en el tema es posible sostener que la presencia de sintomatología depresiva es recurrente (Bleichmar 1987). Además el cáncer mamario y la depresión coinciden en presentar una mayor incidencia en la mujer. En el caso de la depresión se manifiesta en una proporción 2:1 respecto del género masculino (Weissman 1977).

Los síntomas más claros son respecto del estado del ánimo, que se torna habitualmente triste, ansioso o vacío; los sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad; pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, disminución de energía, fatiga inhibición psicomotriz, inquietud, irritabilidad; dificultades para tomar decisiones, de concentración; como también en los trastornos del sueño como insomnio o hipersomnio, llegando inclusive al intento de suicidio (Bleichmar 2001).

Ante el diagnóstico del cáncer mamario juega un papel muy importante las habilidades sociales con que cuente la mujer, debido a que ellas constituyen un conjunto de capacidades específicas de tipo conductual-cognitivas y de respuesta situacional, que eventualmente permitirán en la mujer que la

interacción social presente características facilitadoras a través de la participación y la integración social.

Las condiciones de mujeres populares, que han tenido acceso a un sistema público de salud las caracteriza por contar con un mayor grado de vulnerabilidad, debido al nivel de recursos económicos que presentan para enfrentar una enfermedad de alta complejidad y costo.

En ellas se visualizan otros factores como el desconocimiento de la enfermedad por una variable de instrucción escolar, la falta de recursos propios determinados por la baja inserción laboral que poseen.

Desde la dimensión familiar la edad que si bien, es particularmente un atributo del sujeto en lo particular, respecto del tema tiene una gran una incidencia en las mujeres que presentan cáncer de mamas, debido que esta enfermedad puede afectar en cualquier etapa de la vida, sin embargo, se sitúa preferentemente luego de los 35 años de edad. Este periodo de la vida se encuentra en el límite final del rango adulto (tercera o cuarta década de la vida) y más cercano al rango de adulto medio o maduro.

Periodo en el cual los roles y funciones se encuentran definidos dentro del grupo familiar, forman parte de la sociedad al desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con una pareja; comparten con la familia el desarrollo de la capacidad de intimidad y la capacidad de cuidar y facilitar la crianza de las generaciones más jóvenes, constituyendo la tarea central de este periodo,

entendiéndose no sólo en el compartir sexual sino el uso de un tiempo y espacio comunes en la vida y en la sociedad (Erickson, E. 1968).

A la mujer en la sociedad chilena culturalmente se le ha asignado el rol de cuidado de los hijos, lo cual reviste para ella un gran compromiso emocional especialmente al momento del diagnóstico de esta enfermedad y que además conlleva a una problemática que afecta a todos los integrantes de la familia que trasciende inevitablemente a una reorganización al interior de ella.

Desde el nivel de la institucionalidad el cáncer mamario es enfrentado a través de un Programa Nacional de Cáncer de Mamas, y que constituye una prioridad en los objetivos sanitarios del país, por constituir una patología con una alta incidencia y un ascenso sostenido de los fallecimientos por esta causa.

El Programa Nacional de Mamas es dirigido a través de los Servicios de Salud y de éstos a sus distintos niveles de atención, en los cuales intervienen Establecimientos de Nivel Primario, Secundario y Terciario, focalizando recursos promocionales y de detección en el sector de Atención Primaria (Consultorios) y de Tratamiento en los Establecimientos de nivel secundario (Hospitales), tanto en la modalidad ambulatoria como de hospitalización.

Sin embargo, la participación grupal en el ámbito de la salud, con pacientes de alta complejidad como el cáncer mamario se visualiza disminuida y falta de una valoración de la recursividad existente en esta área de intervención. Lo cual se traduce en una escasa red institucional o secundaria de apoyo que acoja en forma permanente la situación de crisis que viven estas mujeres.

Por otra parte, la visión cultural del diagnóstico del cáncer, reviste una connotación por sí misma muy negativa, de desesperanza ante la vida, de finitud y pérdida que estigmatiza el fenómeno, coartando la iniciativa y sumiendo a las pacientes y sus grupos familiares en un duelo difícil de desarraigar para enfrentar adaptativamente los procesos de tratamientos a seguir.

Desde los distintos enfoques vemos que las mujeres con cáncer de mamas presentan dificultades para establecer relaciones que favorezcan un proceso de integración a redes sociales de apoyo, puesto que su red más próxima es su familia que también se ve afectada y sufre el desequilibrio de contar con un integrante que presenta esta enfermedad (Florenzano R., 1984).

En resumen el problema de investigación lo constituye la escasa y subvalorada participación social de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario en tratamiento en los establecimientos del Servicio de Salud Sur Oriente, a pesar de ser considerada por diversos estudios como un factor protector ante la compleja situación de salud y familiar que atañe a estas pacientes.

Los ejes de la siguiente investigación se focalizan en la descripción y comprensión del fenómeno a partir de las representaciones sociales y el grado de participación social que presentan las pacientes en control por cáncer mamario en los establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud Sur Oriente, Hospital Dr. Sótero del Río y Hospital Padre Alberto Hurtado, que han sido derivadas de los Consultorios de Atención Primaria, correspondientes a las comunas de La Granja, San Ramón, La Pintana, Puente Alto, La Florida y San José de Maipo.

El interés por caracterizar la percepción que ellas tienen acerca del tratamiento integral y cómo ha afectado en él la participación en la red de apoyo institucional, pretende identificar a partir de la perspectiva de su subjetividad, antecedentes que permitan efectuar un grado de análisis respecto de la importancia de los vínculos sociales y afectivos que la red de apoyo representa en la construcción de significados colectivos de las pacientes con cáncer mamario.

Las preguntas de investigación que surgen a partir del planteamiento de problema expuesto son:

¿Cuál es su percepción del proceso de tratamiento integral recibido?,

¿Cuál es la autopercepción que presentan las pacientes respecto del cumplimiento de las distintas indicaciones y procedimientos a seguir durante el proceso de tratamiento?,

¿Cuáles son los significados y connotaciones que caracterizan la participación de estas mujeres?

¿Qué características presentan las representaciones sociales de las mujeres en control por cáncer mamario respecto de su autoestima, su dinámica familiar y su inserción social?.

2. OBJETIVOS

Objetivo General 1

Describir las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario, respecto del proceso integral de tratamiento recibido en los establecimientos del S.S.M.S.O. (Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente).

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar la percepción de las pacientes sobre la calidad de la atención recibida en el Programa de Oncología dependiente del S.S.M.S.O.
- 2.- Identificar la autopercepción de cumplimiento al tratamiento que tienen las pacientes en control en el Servicio de Oncología dependiente del S.S.M.S.O.

Objetivo General 2

Describir las representaciones sociales que poseen las mujeres con diagnóstico de cáncer mamario que se tratan en el S.S.M.S.O. respecto de su inserción social a red de apoyo institucional.

Objetivos Específicos

- 1.- Caracterizar las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario, respecto de su autoestima y que estando en control en el S.S.M.S.O., participan o no en la red de apoyo institucional.
- 2.- Caracterizar las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario, respecto de su dinámica familiar y que estando en control en el S.S.M.S.O., participan o no en la red de apoyo institucional.
- 3.- Caracterizar las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario, respecto de su inserción social y que estando en control en el S.S.M.S.O., participan o no en la red de apoyo institucional.

3. ESTRATEGIA METODOLOGICA

TIPO Y CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

La presente investigación se plantea bajo la definición de un estudio no experimental debido a que no es posible aislar las variables de su contexto social, es además un estudio de corte transversal por cuanto se sitúa en un margen de tiempo específico, sobre una población en tratamiento durante el año 2003 en el Servicio de Salud Sur Oriente dependiente del Ministerio de Salud.

Corresponde a un estudio de tipo descriptivo en tanto nos permite conocer las principales características del fenómeno y profundizar sobre los atributos de éste. Que apunta directamente a la incidencia de la participación como factor protector ante la situación de enfrentar una enfermedad catastrófica como lo es el cáncer mamario.

El enfoque es de corte cualitativo en tanto la realidad social es posible asirla sobre la existencia de significados intersubjetivos comunes a los individuos estudiados y a la propia del investigador, justamente en la medida en que le es común el lenguaje y por ende la realidad social que le subyace (García-Ferrando, 1992).

Estos significados no sólo representan creencias o valores subjetivos sino elementos de la realidad social, que si bien está compuesta por hechos, la comprensión y puesta en común de ellos es inherente a las capacidades humanas y sus interacciones, que se presentan como característica una alta complejidad desde la perspectiva médica, un alto costo desde lo económico y una

alta implicancia desde lo emocional y afectivo, comprometiendo a la persona misma que padece la enfermedad, su familia y el entorno social en el cual se desenvuelve.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Proceso integral de tratamiento

Es el conjunto de procedimientos y atenciones definidos por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Oncología del SSMSO, tendientes a realizar un abordaje integral de la patología cáncer mamario.

Representaciones Sociales

Es el conjunto de valoraciones subjetivas de un individuo respecto de la realidad o de algún fenómeno en particular y que da cuenta de un determinado marco cultural e ideológico, que incide en la construcción de significados colectivos, afectando la experiencia y la percepción de los sujetos.

Participación en Red de Apoyo Institucional

La Participación en red institucional de apoyo es el conjunto de interacciones sociales que realiza una persona en la concurrencia de otros, es decir un grupo, en el cual puede expresar sus propias opiniones y se encuentra facultado para tomar decisiones. En donde se establecen vínculos externos a los de la familia, constituyendo un espacio de construcción de significados comunes que le permite al individuo desarrollarse y establecer conexiones menor o mayormente satisfactorias.

DEFINICION DEL UNIVERSO Y MUESTRA

De acuerdo a las características del tipo de estudio, el tema y los resultados que se pretenden alcanzar en esta investigación, el universo se encuentra constituido por mujeres que presentan cáncer mamario y son atendidas en los establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO). El área geográfica de procedencia es determinada por la residencia de las pacientes en las siguientes comunas: La Pintana, San Ramón, La Granja, Puente Alto, San José de Maipo, Pirque, La Florida. Comunas que de acuerdo a la última encuesta CASEN (MIDEPLAN 2000), se clasifican en los rangos de extrema pobreza la primera, las 4 siguientes en el rango de pobreza y las dos últimas correspondientes a sectores medios. Lo cual también nos demuestra el grado de precariedad de la población que habita en ellas.

Respecto a las condiciones de la enfermedad y el fenómeno de la participación este universo considera aquellas pacientes, en control que tienen un ingreso al Programa de Oncología de al menos 6 meses al 30 de Junio del año 2003 y que no han sido acogidas al Programa de Cuidados Paliativos del Dolor. Que en cifras corresponden a un número aproximado de 200 pacientes activas.

En relación, al factor de edad se encuentran dentro de los parámetros estadísticos mundiales y nacionales que dicen relación con una frecuencia de edad entre los 35 y más años de edad.

La muestra se encuentra definida por la modalidad no aleatoria, es decir, de manera dirigida, partiendo del supuesto que las unidades de estudio, son

las más características del fenómeno estudiado, (mujeres que presentan cáncer de mamas), cuya precisión del perfil estará dado por los siguientes criterios de selección: edad de 35 y más años, que durante su proceso de tratamiento hayan cumplido sesiones de quimioterapia, radioterapia o hayan sido afectas a cirugía parcial o total de mamas.

Que el 50% de ellas se encuentre inscrita en la red de apoyo institucional “Agrupación de Pacientes Oncológicas del Hospital Dr. Sótero del Río”, Personalidad Jurídica N° 753. Y el otro 50% no se encuentre participando en ella.

Es importante señalar que el grupo muestral permite realizar observaciones de tipo comparativo respecto de las representaciones sociales acerca del tratamiento recibido, la autoestima, su dinámica familiar y el significado que le otorgan a la inserción social; que tienen ambos grupos y como incide la variable de participación en las condiciones de sobrevivencia de estas mujeres.

El número de pacientes que constituye la muestra de esta investigación es de 54 mujeres que presentan cáncer mamario y se tratan en el Hospital Base Dr. Sótero del Río dependiente del S.S.M.S.O. y no se encuentran en el Programa de Cuidados Paliativos del Dolor.

Cabe señalar que si bien, esta investigación es de corte cualitativo, la muestra descrita representaría para un estudio de tipo cuantitativo, según cálculo del Programa Stat un 95% de significancia con un 5% de error.

Las técnicas metodológicas establecidas en este estudio para la recolección de la información se encuentran definidas por la entrevista semiestructurada, la observación – participación y la revisión bibliográfica.

La aplicación de estas técnicas es simultánea en el proceso de investigación y permiten otorgar una triangulación metodológica a través de la confrontación de las distintas técnicas de recolección de información.

TECNICA DE ANALISIS

La técnica utilizada para analizar los datos obtenidos de esta investigación se definen por aquellas que apuntan a la evaluación de los contenidos recogidos de las entrevistas, (Berelson, 1952), cuyo objetivo final es la descripción cualitativa del fenómeno de la participación en redes de apoyo institucional, sus representaciones en torno a la concepción de su autoestima, su dinámica familiar y la inserción social; como así la percepción del tratamiento que han llevado a cabo debido a la presencia del cáncer mamario en su vida.

Se tiende mediante este tipo de análisis recoger a través de los datos las condiciones que rodean a la paciente, desde la propia perspectiva de las unidades de análisis, mediante las cuales se puedan realizar comparaciones entre dos grupos que están constituidos por aquellas pacientes que participan en la red institucional y aquellas que no participan en ella.

Entonces serán los significados colectivos de estos grupos motivo de inferencias respecto de cómo estas diferencias han afectado los procesos de tratamiento.

Es importante señalar que los análisis de los datos recogidos mediante estudios cualitativos requieren cada vez una mayor rigurosidad y fiabilidad de ellos, por cuanto, se manejan en un contexto de lo intersubjetivo y muestran las perspectivas de un determinado grupo de personas, influenciadas por un fenómeno, en este caso el cáncer mamario, que finalmente nos dan cuenta de una parte de la realidad que se pretende conocer, describir y caracterizar.

El resultado de los procesos analíticos cualitativos también se encuentran determinados por la utilización de diferentes técnicas cualitativas de investigación: desde las técnicas de observación/ participación hasta las conversaciones/narración (Valles, 1997).

En este estudio, en el cual las técnicas utilizadas con la entrevista, la observación -participación y la revisión bibliográfica. Cuya aplicación no presenta el ordenamiento y análisis no corresponde a una actividad independiente del proceso de investigación, sin embargo la síntesis de ella se realiza preferentemente una vez que ha finalizado la etapa de recolección de la información.

El procedimiento se efectuará mediante el análisis de las categorías usadas por los informantes el cual consistirá en transcribir en forma textual, manteniendo la forma más fidedigna que sea posible, las expresiones de las mujeres, presentando finalmente un relato coherente e hilado del cual se deducirán estas categorías, es decir, no se predeterminarán con el objeto de no forzar la información entregada por las pacientes para ser encasilladas subjetivamente.

Es pertinente definir como categoría a la abstracción que permite ordenar la realidad según cantidad, calidad, modalidad. (Magendzo S. y Toledo M., 1992).

Luego será necesario la construcción de una matriz para obtener una visión general de los hechos analizados, de la cual además se podrán establecer además dicotomías, contradicciones y opuestos entre las categorías.

I PARTE
MARCO TEORICO

CAPITULO I

EL ENFOQUE PSICOSOCIAL

Sin duda la investigación acerca del funcionamiento grupal, su constitución y conceptos relacionados ha sido producto de continuo debatir y trascender por distintas teorías confirmando y negando hipótesis acerca del tema de la grupalidad hasta llegar a un enfoque que define la teoría psicosocial de grupo.

Fue necesario para ello establecer que el grupo constituye la instancia en que lo individual y lo social se mezclan y condicionan dialécticamente, facilitando procesos socializadores en las personas en un entramado social que le es inherente desde su nacimiento (Morales 1987).

Desde la época de la ilustración, en que primaba la racionalidad individualista en que la única lucha era liberarse del oscurantismo, la idea del concepto grupal es asociada a los círculos de poder reinantes en esa época, sin embargo ya a partir del siglo XIX, el pensamiento ilustrado retoma una esencia idealista de la filosofía alemana; en la cual el concepto de grupo se asociará a las ideas de comunidad, de espíritu del pueblo, de espíritu del grupo, y pensamiento grupal.

Ya en el año 1885 aparece una primera definición del concepto de grupo “La realidad es que el mundo social... siempre y en todas partes funciona en grupo, lucha y persigue sus fines en grupos. La cooperación armónica de los grupos sociales es la única solución posible a las cuestiones sociales” (Schäfers, 1984).

El grupo entendido desde esta perspectiva nos muestra su confrontación con las ideas individualistas planteadas por la teoría marxista imperante. Por lo que surge una contrapartida con ideas nuevas que replantean los conceptos de comunidad y sociedad que implican un nuevo sentido de entender y vivir la grupalidad.

Las nuevas formas de estructuración social nos muestran una valoración distinta de las formas de asociación, en la cual la identidad es desvinculada de los procesos participativos por lo que a esta causa se suma el inicio de la ideología capitalista. La cual ideologiza todo el sentido de los vínculos (Blanco, 1987).

Han debido transcurrir muchos años para abandonar una perspectiva de aislamiento teórico en la investigación acerca de los grupos humanos, por cuanto este estudio se asociaba hasta esa fecha principalmente a los grupos de orden primario, la familia, los grupos de juego, a los que se sumarán luego los grupos de iguales, los grupos informales dentro de las organizaciones (Cooley, 1909).

La profundización sobre los grupos secundarios supuso un encuentro entre las concepciones de lo formal e informal en las organizaciones, las cuales serán determinantes en su estructura, función y eficacia.

Estableciendo relaciones respecto de la productividad de los grupos, donde variables como la composición del grupo, características personales de los miembros, liderazgos, factores situacionales como la contingencia de refuerzos y organización interna del grupo, factores de proceso del grupo como el manejo del

conflicto socio-cognitivo y la influencia minoritaria sobre la mayoría, afectará en definitiva el desempeño del grupo y la conducta cooperativa de los individuos, confirmando la importancia del estudio del “énfasis en cómo influyen unos individuos sobre otros, en lugar de estudiar la influencia de los sistemas de individuos sobre su entorno” (Steiner, 1974).

Por otra parte, una nueva perspectiva epistemológica de enfrentar la realidad efectúa un real aporte a la comprensión de los grupos humanos que es la corriente sistémica de pensamiento, la cual nos entrega parámetros diferentes de la integración social, asociándola a una perspectiva construccionista de lo social, en la cual se construyen significados de lo individual y de lo grupal a través de procesos cognitivos, sociales y políticos (Miller, 1967).

El concepto de comunidad constituye el contexto o ámbito en el cual se posiciona un conjunto de fenómenos grupales, merece también el reconocimiento dentro de esta teoría psicosocial de grupo, en la que ratifica la existencia del “alma del grupo”, que supera la condición de los individuos por sí solos, o como parte de una determinada organización sino que, este espíritu se manifiesta en el sentir de una colectividad, sus significados, filosofía, costumbres y religión. De las cuales dan cuenta los hombres en su condición de sujetos colectivos (Danziger, 1983).

La caracterización del concepto sujeto colectivo subyace sobre las bases tal vez un poco reiterativa dentro de las ciencias sociales que es la idea de lo que el hombre es y hace es producto de procesos sociales anteriores a él mismo estos procesos sociales se suscitan en términos de la interacción social producto de la comunicación y los lazos que se establecen a través de ella (1996, Ayesterán).

El sentido de grupo como masa se desarrolla a través de estudios relacionados sobre la conducta colectiva ligada a una situación sociopolítica de crecimiento y aglomeración poblacional y da cuenta de un nuevo comportamiento humano como respuesta de procesos sociales, situados en la inmigración campo ciudad, cambio de actividad laboral, formas organizativas y que redefinen un sentido de identidad cultural.

En el estudio del comportamiento social de los individuos desde la psicología de las masas evidencia al grupo afectado por fenómenos más profundos como lo son la represión, un sentimiento de pérdida de la capacidad de análisis de la realidad y la atribución externa de la responsabilidad del control de los procesos sociales, es decir, ya nadie se hace cargo en forma individual de lo que ocurre (Le Bon, 1895).

Surge como resultado entonces, la pasividad social, y como mecanismos de influencia la sugestión y el contagio, en que los líderes pasan a ocupar un sitio preponderante en las relaciones sociales cuestionando el orden social imperante. Se define por tanto, la diferencia taxonómica de grupo y masa constituida esta última no por el número de individuos que la componen sino su funcionalidad interna (ibid).

Los grupos humanos y su desarrollo también han sido estudiados desde la perspectiva evolucionista que se sustenta en la relación de fenómenos sociales a través del intercambio entre las mentes individuales, sólo como componentes de una superestructura mental que no supone la conciencia colectiva, sino la participación de sujetos en el grupo bajo ciertas condiciones.

Las cuales están dadas por la continuidad del grupo en el tiempo, la representación compartida del grupo y su naturaleza, la interacción, un cuerpo de tradiciones y costumbres y la diferenciación de funciones; que determinarán las relaciones mutuas y las relaciones de cada uno con el grupo en su totalidad.

“... Los individuos y los grupos concretos que configuramos la realidad social, somos simples eslabones de la cadena de la historia de la humanidad” (McDougall, 1920).

Al respecto la teoría psicosocial de grupo nos plantea que el grupo adquiere sentido y se hace realidad cuando individuo y procesos sociales dejan de tener autonomía propia para construirse en la mutua interacción.

Es a partir de los años 80 autores como Taifel, Moscovici, Morales, Levine y Moreland aportan elementos de la psicología social incorporando en el análisis una concepción más social para explicar el fenómeno grupal. Pero es sin duda Doise (1981), quien recogiendo estos aportes logra construir la teoría psicosocial que amplía la perspectiva desde lo puramente psicológico a la perspectiva sociocultural.

La Teoría psicosocial de grupo nos plantea una perspectiva epistemológica en relación al grupo, y los distintos procesos que se suceden en él:

- a) El grupo es un sistema social abierto a otros grupos y al entorno sociocultural. Las relaciones intergrupales y el entorno socio cultural condicionan tanto los significados como las relaciones intragrupales.
- b) El grupo es una construcción sociocognitiva de los miembros que participan en él, lo que hace posible una reconstrucción de significados y de relaciones socioculturales en la interacción intragrupal.

- c) El elemento central que determina el funcionamiento de un grupo es la forma en que se manejan los conflictos tanto a nivel de significados como a nivel de relaciones.
- d) El análisis de los conflictos en el grupo se realiza a distintos niveles: nivel intrapersonal, nivel interpersonal, nivel intergrupal o social y nivel cultural.

Es a través de esta teoría que es posible rescatar claramente la importancia de un posicionamiento de la dimensión psicosocial del grupo; el cual entenderemos como un conjunto de personas que han logrado establecer un proceso de relaciones interpersonales donde se pueden observar ciertas características y condiciones.

Una de ellas es la endosubjetividad en la que el individuo logra traducir su propio pensar, sentir y actuar desde la individualidad. Por otra parte la intersubjetividad surge de la vinculación con el otro, a través de la comunicación, generando un pensamiento colectivo.

El grupo por tanto ya no implica sólo el agrupamiento de personas por un objetivo común, ni una categoría social, ni la similitud de los integrantes, ni siquiera el sentimiento de pertenencia por sí misma, sino la *interdependencia* de sus miembros en un espacio de construcción de identidad en el cual se comparten pautas culturales, marcos valóricos, ideologías.

“...Lo social por tanto es consustancial con lo simbólico” (Ayasterán 1992).

Es decir, las personas mediante el mecanismo sociocognitivo de diferenciación traducen la influencia del entorno sociocultural y social a su

estructura psíquica, favoreciendo la construcción de identidad individual y simultáneamente la identidad grupal, enfrentando la realidad ya no de manera aislada e individualmente, sino que ella está reflejada en los problemas del grupo al cual pertenecen. La influencia del contexto en esos problemas sociales tanto en el plano cultural como social, genera finalmente una postura colectiva. Por tanto presume en los individuos la capacidad de flexibilidad.

En el estudio de los grupos la interacción social se sitúa en un contexto cultural y en un entorno social en el que los símbolos colectivos como las ideologías están presentes en todo momento y son sometidos a una reconstrucción dinámica dentro de la estructura social que condiciona las prácticas y las conductas de los individuos.

La influencia social por tanto nos da cuenta de los procesos a través de los cuales las personas influyen directa o indirectamente los pensamientos y conductas de los demás, lo cual implica que las partes compartan las mismas representaciones y significados y que surgen no como una conducta aprendida o deliberada, sino como producto de la interacción de las personas. Aumentando efectividad de acuerdo a la dependencia normativa e informativa del sujeto respecto del grupo en una situación determinada y por otra parte la capacidad de los sujetos por levantar un liderazgo promotor de pautas de comportamiento persistentes en el tiempo.

A través de estas pautas es posible identificar en los grupos una dinámica conformista, que se apega a los valores estructurales. La conformidad resulta sensible a los procesos de socialización y a los cambios culturales. Que se evidencian preferentemente en el estudio de género reportando que las mujeres

presentan una mayor conformidad que dice relación con los roles asignados culturalmente utilizado como un mecanismo de cohesión grupal en tanto que los hombres en una sociedad machista o patriarcal reduce su nivel de conformidad ante un rol de independencia. Sin embargo, la tendencia muestra una reducción de los niveles de conformidad tanto en hombres como mujeres de nuestra sociedad actual.

Por otra parte la influencia social presupone otro mecanismo constituido por la contraposición a la conformidad que es el proceso de una dinámica innovadora que consiste en quebrar lo establecido y efectuar una redefinición de la realidad.

En la Teoría Psicosocial el conflicto tiene una connotación positiva mediante el cual las individualidades se exponen, se confrontan para llegar a un todo común, a través de una constante negociación, la cual es dialéctica dado que al enfrentar estas contradicciones latentes en un espacio determinado permiten que el conflicto sea la oportunidad de expresarse y poner en juego los marcos culturales, ideológicos y valóricos presentes en cada persona, configurando significados colectivos a través del tiempo de manera dinámica y que constituyen marcos comportamentales para todos los individuos de la sociedad.

La teoría psicosocial de grupo nos plantea cuatro niveles de comprensión del fenómeno grupal desde cuatro niveles:

a)*Individual*, que dice relación con la estructura psíquica, como el individuo procesa la información de la realidad; b)*Interpersonal*, cómo se relaciona un individuo con otro dadas sus determinadas características psicológicas; c)*Posicional*, de acuerdo al lugar o status que ocupan los individuos en la sociedad, que determina como el individuo se comporta, e d)*Ideológico*, que se desprende del anterior, determinando

su realidad de acuerdo a esquemas y símbolos colectivos pre-existentes a los individuos.

En el proceso grupal se hallan el polo individual y el polo grupal, del cual se deducen el polo interindividual y el polo intergrupal en el cual surge la relación que hay entre los individuos o del grupo con los demás grupos, que refleja una relación primero entre los polos.

Por otra parte es posible analizar la dimensión sociocultural y la dimensión socioestructural, que corresponde a la lucha entre la individualidad y la grupalidad. De esta lucha surge el proceso de diferenciación, por lo tanto en el proceso grupal habrán momentos que en el grupo predomine la grupalidad por sobre la individualidad y viceversa, en el que participan los propios individuos diferentes unos de otros y el conflicto es inherente al grupo.

El esfuerzo de la teoría psicosocial se centra en lograr la articulación de los cuatro niveles en un modelo psicosocial de grupo, que permita comprender íntegramente el fenómeno grupal, su importancia en el desarrollo del ser humano como de la sociedad en su conjunto.

CAPITULO II

EL CANCER MAMARIO

La calidad de vida de las pacientes con cáncer mamario se encuentra definida por una gama amplia de conceptos que dicen relación con las condiciones biológicas, psicológicas y socio-económicas que afectan directamente al ciclo de vida del ser humano.

La calidad de vida es un concepto amplio, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1998) apunta a las oportunidades que poseen los individuos para desarrollarse de acuerdo a sus capacidades, a las condiciones de habitabilidad, y también a las condiciones que presentan los países para superar la pobreza y la exclusión social, a través del fomento de la democracia y la participación.

Ahora bien, el estado de salud de una persona se define según la Organización Mundial para la Salud (OMS, 1992), como: "...un estado de bienestar biológico, psicológico y social". El cual además está definido por la cultura, y las características propias del individuo como de la sociedad en la cual efectúa su proceso de desarrollo vital, su relación al sistema o proyecto de salud establecido, siendo expresión de las dimensiones económicas, ecológicas, de las formas de conciencia y conducta tanto en lo individual como en lo colectivo, las cuales representan la diversidad de aspectos que afectan al ser humano durante toda su vida.

Los eventos de enfermedad y deterioro orgánico son intrínsecos a la vida del ser humano, que a través del avance de la medicina y la farmacología, como así las terapias de tipo alternativo cuentan con un repertorio de posibilidad de superar estos eventos de enfermedad, de acuerdo a su correspondiente complejidad.

La presencia de cáncer en una persona está constituido por la afección en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos. Su desarrollo consiste en la producción de varias alteraciones génicas sucesivas en una célula determinada, la mayoría de estos cambios corresponden a cambios somáticos y en menor medida afecta a procesos germinales. Cuando se alteran estos genes que participan en la proliferación celular, diferenciación y muerte celular normal, se inicia el crecimiento tumoral. (Pérez-López F. 1996).

La proliferación de un tumor consiste en el crecimiento y la reproducción anormal e ilimitada de célula defectuosas, las que contienen un material idéntico a las de origen, las cuales en este proceso bloquean las funciones propias del organismo, sustituyendo células sanas de un órgano al punto de deteriorarlo parcial o totalmente, llegando al punto de desprenderse y viajar por el torrente sanguíneo ubicándose en otros órganos, a esta expansión se denomina metástasis, (Arraztoa J. Y Orlandy L.,1989).

El cáncer no constituye una enfermedad nueva, debido a que existen antecedentes desde la antigüedad, aunque sí la ciencia médica ha logrado establecer que esta patología ha evidenciado un aumento, definiendo como factores de su incidencia los relacionados al aumento de la esperanza de vida de la población, a la elaboración más sofisticada de los alimentos que se consumen, la exposición a exámenes radioactivos y las condiciones medioambientales como la contaminación,

los cuales favorecerían de manera exógena al individuo a producir en su organismos neoplasias.

En Chile, en 1998, (MINSAL 2001), las cifras por muerte de cáncer alcanzó a 16.835 personas con un promedio anual de crecimiento del 2%, cifra que supera en un 38% al crecimiento poblacional del país. Se estima que para el año 2007 el cáncer llegará a representar el 29%,2% de las defunciones ya que el riesgo de morir por causa de esta enfermedad se ha incrementado en los últimos 30 años, por los sistemas de vida, alimentación poco equilibrada tendiente al consumo de grasas y calorías, habitación en ambientes contaminados y exposición excesiva a radiaciones ionizantes.

Además se ha confirmado que la mortalidad por éste mal se ha mantenido en constante ascenso entre 1970 y 1995 la tendencia aumentó en un 15% (MINSAL 1998).

El cáncer de mamas está situado entre los siete tipos de cánceres más comunes en el mundo y se ubica en el tercer lugar de frecuencia, después del cáncer de estómago y pulmón, con 570 mil casos nuevos anuales en nuestro país. (Phao, 2001).

El tipo más común de cáncer de mamas es el carcinoma ductual, el cual se encuentra en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas. (Instituto Nacional del Cáncer de España, 2002).

En Chile, actualmente 3 mujeres mueren diariamente por cáncer de mamas y 1 de cada 14 desarrollarán la enfermedad en el transcurso de su vida. En el caso del cáncer de mamas detectado a tiempo tiene hasta un 90% de curación, sin embargo, el 42 % de las mujeres diagnosticadas se encuentra en etapas avanzadas de la enfermedad (CONAC 2001).

FACTORES DE RIESGO

Cualquier cosa que aumente las probabilidades de desarrollar una enfermedad se le conoce como factor de riesgo. Entre los factores de riesgo para el cáncer de mamas es posible mencionar:

Edad: El riesgo de padecer la enfermedad aumenta rápidamente hacia los 50 años. A partir de este momento sigue ascendiendo aunque más lentamente (MINSAL 2001).

Esta distribución de los casos se supone que está relacionada con la producción de hormonas del organismo de la mujer. Según esto, el cáncer de mama de aparición precoz, antes de la menopausia, estaría influido por los estrógenos (hormonas femeninas) fabricados por los ovarios y otro de desarrollo tardío, posmenopáusico, influido por los estrógenos fabricados por las glándulas suprarrenales.

Dentro del general y progresivo aumento del riesgo a través de la edad, hay dos niveles de máxima incidencia. El primero fundamentalmente antes de la menopausia, entre los 45 y 49 años y el segundo en la postmenopausia, hacia los 65 años (León, 1992).

Historia familiar: La historia de antecedentes familiares directos de cáncer de mama tiene relación con la aparición en una mujer de este cáncer. Numerosas investigaciones han demostrado que la tasa de incidencia es dos veces

superior entre las mujeres cuyas madres, hermanas o tías padecieron el mismo proceso. Esto no significa que el cáncer se herede, si no que los factores genéticos transmiten una predisposición que, en presencia de otros elementos o cocarcinógenos, pueden favorecer que se desarrolle. El cáncer de mama hereditario representa aproximadamente 5 a 10% de todos los casos de cáncer de mama (Baeza, 1992).

Edad del primer embarazo: Parece existir una clara dependencia entre el tiempo transcurrido entre la menarquia y el primer embarazo. El riesgo de desarrollar un cáncer de mama en la mujer que da a luz antes de los 30 años es la mitad que el calculado para la población general. Por el contrario aumentan en un 50 % si la primera gestación fue después de los 30 años. Esto supone un incremento del 5 % por cada año transcurrido desde que el organismo es apto para concebir. Esta protección que confiere el embarazo se compara a la que produce la castración antes de los 40 años (Vives, 1992).

Menarquia precoz: Antes de los 12 años.

Menopausia tardía: Después de los 52 años. Sobre todo cuando se asocian estos dos factores (menarquia antes de la edad de 12 años y menopausia después de los 52 años) así como la nuliparidad o una fertilidad escasa de menos de 3 hijos, el riesgo se eleva considerablemente.

Mastopatía fibroquística: En el mismo contexto de la influencia de los desequilibrios hormonales se encuentran los antecedentes de enfermedad fibroquística de la mama, que aumenta el riesgo en un 4 %. Así se consideran los estrógenos como el principal factor de riesgo, aunque se cuestiona si el desequilibrio hormonal espontáneo o atrógeno a favor de los estrógenos desempeña algún papel

en la génesis del cáncer o sólo condiciona la presencia de cáncer, favoreciendo su desarrollo, y crecimiento.

A favor de esta dependencia hormonal está la acción protectora de los procesos que lleven implícita la interrupción de la función cíclica del ovario (embarazo, castración), así como la acción negativa de los que tienden a prolongar los periodos de actividad estrogénica (menarquia precoz, menopausia tardía, ausencia de embarazos, persistencias foliculares, tratamientos estrogénicos prolongados (American Cancer Society, 1996).

Radiaciones ionizantes: La relación entre las radiaciones ionizantes y el desarrollo del cáncer de mama en la mujer se basan en las observaciones de mujeres previamente irradiadas y en las supervivientes de bombardeos atómicos, así también en la experimentación animal.

La presencia del cáncer mamario entre las supervivientes de los bombardeos de Hiroshima y Nagashaki fue entre 2 y 4 veces superior a la considerada como propia de la población japonesa no expuesta. También hay estudios que sugieren una relación entre la radioterapia por mastitis puerperal o controles radioscópicos del neumotórax, terapéuticos en la tuberculosis pulmonar y el subsiguiente desarrollo del cáncer de mama.

La mamografía en este sentido supone un aumento del riesgo relativo de la población expuesta. Una mamografía realizada con la más depurada técnica supone la absorción de casi 0,5 rads, de ahí que se hayan replanteado las indicaciones de la mamografía y racionalizado su utilización sobre todo en función

de la edad y de la coexistencia de otros factores de riesgo, valorando los riesgos que comporta y los beneficios que puede producir. El daño tisular producido por la irradiación se manifiesta tardíamente, aproximadamente unos 15 años después. La célula sufre con la radiación modificaciones no letales, en ese momento, pero como consecuencia de ello adquiere un código informático alterado que transmite cada decisión a las células hijas. Esto implica la aparición de un clon celular atípico, cuyos elementos difieren de la célula no radiada.

Otros factores de riesgo: Algunos genes alterados relacionados con el cáncer de mama son más comunes en determinados grupos étnicos. Por lo que se han señalado como factores facilitadores: la raza (más en la judía); la historia familiar de mastopatía benigna; los antecedentes de cáncer en la otra mama o en otros órganos como el endometrio (interior de la matriz) o el ovario; el peso y la talla por encima de lo normal, relacionado con una alta dieta grasa; algunos fármacos como la reserpina y fenotiazinas (Jaramillo, 1991).

Las mujeres que tienen un gen alterado en relación como el cáncer de mama y que han padecido cáncer en una mama, tienen un riesgo más alto de presentar cáncer de mama en la otra mama. Estas mujeres también tienen un riesgo más alto de presentar cáncer ovárico, y pueden tener un riesgo mayor de padecer otros tipos de cánceres.

Los varones tienen la posibilidad de desarrollar cáncer mamario, sin embargo el riesgo de padecer esta enfermedad es mucho menor.

DIAGNOSTICO

El cáncer mamario es posible detectarlo mediante pruebas que utilizan los adelantos de la tecnología médica, y para los cuales existe un protocolo de atención establecido. Estas son:

- Mamografía: Es una toma radiográfica de la mama que puede detectar tumores, inclusive aquellos que por su dimensión no son percibidos al examen táctico.

- Biopsia: Es la remoción de células, tejidos o líquido para su visualización en un microscopio y verificación de la presencia de signos de enfermedad. De acuerdo a la masa anormal detectada en la mama, la biopsia puede definirse en cuatro tipos:

Biopsia por exéresis: La remoción de todo un tumor o lesión

Biopsia por incisión: La remoción de parte del tumor o la lesión

Biopsia central: Remoción de una muestra de tejido con una aguja ancha.

Biopsia por punción o aspiración con aguja fina: La remoción de una muestra de tejido o líquido con una aguja muy fina (Avendaño, 1979).

- Análisis de receptores estrogénicos y de progesterona: Si se encuentra cáncer estos exámenes pueden determinar si las hormonas de progesterona y estrógenos afectan el crecimiento del cáncer. Estos exámenes también brindan información sobre las posibilidades de reaparición del cáncer. Los resultados de estos los exámenes revelan si la terapia hormonal puede detener el crecimiento del caso.

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Martín, Casado, López y Díaz (1994), lograron establecer un procedimiento para clasificar el cáncer mamario con la finalidad de abordar con mayor precisión los tratamientos a seguir, agruparon entonces de acuerdo a las características del tumor esta patología en estadios o etapas definiendo en una relación de a menor estadio menor complejidad de la enfermedad:

Etapas 0 (carcinoma insitu)

Carcinoma ductual in situ (CDIS) es un trastorno precanceroso que algunas veces se convierte en un tipo de cáncer invasor mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes).

Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasor (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes). Es común que ambas mamas estén afectadas.

Etapas I :

En la etapa I, el tumor tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) y no se ha diseminado fuera de la mama.

Etapas IIA:

El cáncer tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o tiene entre 2 a 5 centímetros (1 a dos pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Etapla IIB :

El cáncer tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

Etapla IIIA :

El cáncer tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos a otras estructuras o tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos a otras estructuras.

Etapla IIIB :

El cáncer se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluidos las costillas y los músculos pectorales) o se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de la pared pectoral a lo largo del esternón.

Etapla IV :

El cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, más a menudo los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro o se ha diseminado a los ganglios linfáticos en el cuello, cerca de la clavícula.

Así también la American Joint Committe on Cancer (AJCC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), propusieron la clasificación TNM para el cáncer de mamas la cual es utilizada universalmente.

T : Extensión del tumor primario

N : Ausencia o presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales.

M : Ausencia o presencia de metástasis a distancia.

DESCRIPCION GENERAL DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento se clasifican en locales como la cirugía y la radioterapia cuyo objeto es remover, destruir o controlar las células cancerígenas en una determinada área del cuerpo o sistémicos como la quimioterapia y la terapia hormonal que son utilizadas para destruir o controlar las células cancerígenas localizadas en todo el cuerpo.

La decisión de optar por un determinado tratamiento o la combinación de ellos depende exclusivamente de las características que presente la enfermedad en las pacientes, las que habitualmente son abordadas en comité o junta médica, que en definitiva es asumida por la propia paciente y su grupo familiar (Nacional Cáncer Institute, 1995).

Algunos tratamientos se consideran estándar (tratamientos actualmente utilizados) y otros se encuentran en evaluación en estudios clínicos. Cuando estudios clínicos demuestran que un nuevo tratamiento es mejor que el tratamiento utilizado se puede convertir en el tratamiento estándar (Puga, 1983).

Cirugía: La mayoría de las pacientes con cáncer mamario se someten a cirugía a fin de extirpar el tumor cancerígeno. Generalmente además se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo.

Cirugía conservadora de la mama es una operación para extirpar el cáncer pero no la mama misma e incluye:

Lumpectomía: Remoción del tumor y una pequeña cantidad de tejido normal circundante. Después de la lumpectomía generalmente se aplica radioterapia a la mama.

Mastectomía parcial o segmentaria: Remoción del cáncer, parte del tejido mamario en torno al tumor y el recubrimiento de los músculos pectorales por debajo del tumor, también se extraen parte de los ganglios linfáticos bajo el brazo.

Mastectomía simple: Remoción de toda la mama, se extirpan también los ganglios bajo el brazo.

Mastectomía Radical o de Halsted: que consiste en la remoción de la mama, los músculos pectorales y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo. Esta cirugía se utiliza solo cuando el tumor ha afectado los músculos pectorales.

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer visible al momento de la cirugía, la paciente tal vez sea sometida a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía a fin de eliminar toda célula cancerosa que pueda quedar aún. El tratamiento administrado después de la cirugía para incrementar las posibilidades de curación se denomina terapia coadyuvante.

Si se realiza una mastectomía a una paciente, tal vez se considere la reconstrucción de la mama. Esta puede ser realizada al momento de la mastectomía o posteriormente. La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido de la paciente o mediante el uso de implantes, rellenos con gel salino o de silicona.

Radioterapia : la radioterapia consiste en el uso de rayos X y otros tipo de radiación para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radioterapia puede utilizar radiación externa (con el uso de una máquina fuera del cuerpo) o radiación interna. La radiación interna implica la colocación de isotópos radioactivos (materiales que producen radiación) por medio de tubos plásticos delgados en el área en el que se detectan células cancerosas. En el cáncer mamario

se trata con radiación externa. Y puede ser incluso indicada luego de la cirugía, la quimioterapia y la terapia hormonal (Bodi, 1994).

Quimioterapia: consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. Estos pueden administrarse de manera oral o con una aguja en una vena o músculo. Ingresado al torrente sanguíneo y capaz de eliminar las células cancerosas existentes en todo el cuerpo.

Terapia Hormonal: Las hormonas son sustancias químicas producidas por las glándulas del cuerpo y que circulan por el torrente sanguíneo. El estrógeno y la progesterona son hormonas que afectan la manera en que crece el cáncer. Si las pruebas revelan que las células cancerosas tienen receptores de estrógeno y progesterona (moléculas que se encuentran en algunas células cancerosas a las cuales se adherirán el estrógeno y la progesterona), la terapia hormonal se utiliza para bloquear la manera en que esas hormonas contribuyen al crecimiento del cáncer. Esto puede realizarse mediante la utilización de medicamentos que bloquean la manera en que funcionan las hormonas o mediante la extirpación quirúrgica de órganos que producen hormonas, como los ovarios.

La terapia hormonal estándar: se realiza a través de la administración de un medicamento llamado tamoxifeno, que se suministra a las pacientes en forma oral, principalmente en etapas tempranas de cáncer de mama y pacientes con cáncer metastásico de mama (cáncer esparcido a otras partes del cuerpo).

Las condiciones de vida de una paciente con diagnóstico de cáncer se encuentran afectadas en distintos planos de su existir, desde lo personal, familiar y lo colectivo. Desde cada una de estas perspectivas es posible encontrar tanto

factores protectores como factores de riesgo que van a incidir en el proceso de adaptación que surge luego de conocer su diagnóstico.

En el plano individual se encuentra un concepto ordenador que es el de “crisis emocional” definido como un punto focal en el “ciclo vital” de un individuo en el que aparecen o se intensifican dentro de él emociones displacenteras, que surgen cuando se enfrenta a un obstáculo en sus objetivos o expectativas vitales, el cual aparece como insuperable, dando paso a una etapa de desorganización interna. Si bien, toda persona a lo largo de su vida experimenta crisis sucesivas no es posible desarrollar ésta sin conflicto, y el conflicto en el cual está inserta una paciente de cáncer llega al límite de la sobrevivencia (Caplan, 1964).

De acuerdo a las investigaciones en el tema es posible sostener que la presencia de sintomatología depresiva es recurrente (Bleichmar, 1987), considerando además que esta enfermedad como tal tiene una mayor incidencia en la mujer, que va en una proporción 2:1 respecto del género masculino (Weissman 1977).

Los síntomas más claros son respecto del estado del ánimo que se vuelve persistentemente triste, ansioso o vacío; los sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e incapacidad; pérdida de interés o de placer en pasatiempos y actividades que anteriormente se disfrutaban, insomnio o hipersomnio, disminución de energía, fatiga inhibición psicomotriz, inquietud, irritabilidad; dificultades para tomar decisiones, de concentración e inclusive intento de suicidio (Dio Bleichmar, 2001).

En este aspecto es importante señalar que van a jugar un papel muy importante las habilidades sociales con que cuente la mujer debido a que ellas constituyen un conjunto de capacidades específicas de tipo conductual cognitivas y

de respuesta situacional que permiten que las interacciones establecidas sean adecuadas y satisfactorias. Es este un elemento el que actúa como mayor o menor facilitador de la participación y la integración social (Bond, 1982).

Desde la dimensión familiar la edad que si bien, es particularmente un atributo del sujeto individual, respecto del tema tiene una gran una incidencia en las mujeres que presentan cáncer de mamas, debido que si bien esta enfermedad puede afectar en cualquier etapa de la vida, se sitúa preferentemente luego de los 35 años de edad.

Este periodo de la vida se encuentra al límite final del rango adulto joven (segunda y tercera década de la vida) y más cercano al rango de adulto medio o maduro, lo cual tiene una implicancia en los roles y funciones, es decir, en esta etapa de la vida la persona pasa a formar parte de la sociedad al desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con una pareja; compartir con la familia en el desarrollo de la capacidad de intimidad y la capacidad de cuidar y facilitar la crianza de las generaciones más jóvenes es la tarea central de este periodo, entendiéndose no sólo en el compartir sexual sino el uso de un tiempo y espacio comunes en la vida. (Erickson, E. 1968).

Desde esta perspectiva la mujer en la sociedad chilena culturalmente se le ha asignado el rol de cuidado de los hijos, lo cual reviste para ella un gran compromiso emocional especialmente al momento del diagnóstico de esta enfermedad.

Desde lo colectivo la institucionalidad cuenta con objetivos para la promoción de la organización y participación en salud, sin embargo, ésta se encuentra dirigida especialmente a la prevención de las patologías desde el nivel

primario de salud (Planteamientos Reforma de Salud 2001 MINSAL) y en menor medida a la formación de grupos que ya se encuentran en tratamiento, lo cual tiene su respuesta al contar con una escasa red institucional o secundaria de apoyo que acoja en forma permanente la situación de crisis que viven estas mujeres.

En esta dimensión es posible considerar una visión cultural del tema en el cual el diagnóstico del cáncer reviste una connotación por sí misma muy negativa, de desesperanza ante la vida (Eva 1977).

Desde los distintos enfoques vemos que las mujeres con cáncer de mamas presentan dificultades para establecer relaciones que favorezcan un proceso de integración a redes sociales de apoyo secundario especialmente, puesto que su red más próxima es su familia que también se ve afectada y sufre el desequilibrio de contar con un integrante que presenta esta enfermedad (Florenzano, 1984).

Sin embargo el carácter de “catastrófico” lo asume una enfermedad en primer lugar por constituir su tratamiento de alta complejidad y revierte para el paciente una situación cuyo costo representa para él un valor que supera su capacidad de financiamiento.

Para ello la sociedad en la que vive le otorga a las personas objetivamente un rol y status, cuyas funciones van a conformar finalmente el tejido social, y en él definitivamente el lugar que cada persona tiene y la capacidad de acceso al sistema de salud imperante; que en nuestro país puede ser público o privado.

CAPITULO III

LA PARTICIPACION

El concepto de participación se concibe a partir de la definición de necesidad planteada por Magfred Magneff en la teoría de sistemas, que identifica que la persona es un ser de múltiples e interdependientes necesidades, por lo que deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y surgen como parte de un proceso de satisfacción de ellas; pueden además, desagregarse conforme a múltiples criterios, y las ciencias humanas ofrecen al respecto una amplia literatura.

Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables, son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos. Cabe agregar que cada necesidad puede ser satisfecha en distintos niveles y e intensidad. Existen además tres contextos uno en relación, al individuo mismo, al grupo y al ambiente. La calidad e intensidad de los niveles como de los contextos dependerá entonces del tiempo, lugar y la circunstancia.

Esta teoría combina dos criterios posibles de desagregación: según categorías existenciales y según categorías axiológicas. Esta operacionalización permite definir con una clasificación que incluye por una parte las necesidades de ser, tener, hacer y estar y por la otra las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, ocio, creación, identidad, libertad y la participación.

No existiendo una correspondencia biúnivoca entre lo que definimos como necesidad de su satisfactor, debido a que éste se encuentra determinado por cada sistema económico social y político adoptando diversos estilos de acuerdo a su cultura. El cambio cultural es -entre otras cosas- consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes.

Por lo tanto son estas formas de satisfacer las necesidades los que cambian y que pueden contribuir a cubrir simultáneamente a diversas necesidades o de forma inversa una necesidad puede requerir de varios satisfactores para ser satisfecha. Ni siquiera estas relaciones son fijas ya que también pueden variar según tiempo, lugar y circunstancias.

Es por tanto imprescindible presentar para la mejor comprensión del concepto la operacionalización que realiza esta teoría acerca de la necesidad de participación:

Nec. según categorías existenciales Nec. Según categorías axiológicas	SER	TENER	HACER	ESTAR
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad Receptividad Solidaridad Disposición Convicción Entrega Respeto Pasión humor	Derechos Responsabilidades Obligaciones Atribuciones Trabajo	Afiliarse Cooperar Proponer Compartir Discrepar Acatar Dialogar Acordar Opinar	Ambitos de interacción participativa: Cooperativas Asociaciones Iglesias Comunidades Vecindarios Familia

A través de esta teoría es posible efectuar una reivindicación de lo subjetivo en tanto podemos comprender a través del concepto “satisfactor” que la relación entre necesidades y bienes se manifiesta no sólo entre la oferta de productos y la determinación de preferencias; sino que es posible comprender cómo se viven las necesidades en nosotros mismos y nuestro medio: grupo familiar, comunitario o social, sistema económico, modelo socio-político estrategias de vida, cultura o nación.

Podemos tratar de entender como se relacionan en nuestro medio los satisfactores y bienes económicos dominantes con las formas de sentir, expresar, y actuar nuestras necesidades. Podemos detectar como los satisfactores y bienes disponibles o dominantes limitan condicionan, desvirtúan, por el contrato, estimulan nuestras posibilidades de vivir las necesidades humanas. Podemos sobre esa base pensar las formas viables de recrear y reorganizar los satisfactores y bienes de manera que enriquezcan las posibilidades de realizar las necesidades y reduzcan las posibilidades de frustrarlas. Las formas en que se viven las necesidades son en último término subjetivas, por lo cual un juicio universalizador aparece como arbitrario.

Estas formas de expresión tocan tanto lo subjetivo como lo objetivo, pero están permeadas por la situación histórica del vivir de las personas. De Ahí que “los satisfactores son lo histórico de las necesidades y los bienes económicos son su materialización”.

PERTENENCIA: PROCESO DE IDENTIFICACION

El impacto de conocer este diagnóstico ocasiona muy diversas reacciones en las pacientes considerando las características personales, sociales, económicas y culturales, sin embargo, es común la presencia de alteraciones de la salud mental como depresión, síntomas ansiosos, trastornos de la alimentación etc. (Flórez, 1994). Sin duda constituye en la vida de la mujer y su familia una situación de crisis.

El fenómeno de la participación asociada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad catastrófica, como es el cáncer, es muy trascendental en tanto implica un factor protector dentro de la condición de gravedad de estas pacientes.

En la sociedad civil se pueden identificar dos tipos de lógicas fundamentales que orientan la acción de los actores sociales a) lógicas racionales con arreglo a fines o b) lógicas racionales con arreglo a valores, las cuales en ningún caso son excluyentes (Weber M, 1890).

Desde una perspectiva puramente sociológica la participación social parece surgir de la necesidad humana de expresar los intereses comunes de varios individuos; hecho que los conduce a formar colectivamente algún tipo de relaciones sociales más o menos estructuradas. La participación comienza a cobrar un nivel de significación cuando se busca ampliar al máximo dichos vínculos y a crear conciencia generalizada acerca de la necesidad o problema común de que se trate.

La estructura organizacional que de lugar a la relación social mencionada buscará luego intentar cambiar la situación que le es adversa, desventajosa o problemática.

Taifel (1981), define la movilización social como los intentos colectivos por conseguir el cambio de ciertas instituciones o la creación de un orden social completamente nuevo representado por el esfuerzo de un grupo por resolver colectivamente un problema que lo sienten como común, sin embargo para ello es importante atender a tres condiciones, una la condición de identidad: los miembros del grupo deben desarrollar un sentimiento de pertenencia grupal, un sentido de “nosotros” que dice relación con la similitud percibida en ciertas características personales de sus miembros, la conciencia de un “destino común”, definida como la percepción de que los miembros del grupo son tratados de forma similar y la centralidad para el sujeto, importancia que tiene para el individuo dicha pertenencia grupal.

Otra condición es el sentido de Oposición que consiste en que la atribución de la condición desfavorable en la que se encuentra el endogrupo a un exogrupo, por un lado permite proteger la autoestima de los miembros del grupo desfavorecido entrando en un plano de comparación y diferenciación. Y en tercer lugar deben los grupos elaborar un discurso que explique la legitimidad de su acción hacia el exogrupo, que indudablemente favorecerá la formación de una ideología interna, que tiene a promover las acciones comunes.

La sociedad en su conjunto se encuentra estratificada en grupos sociales y lo que sucede en el interior de los grupos no tiene lugar en vacío social, sino que la posición social ocupada por el grupo en el entramado social, y el carácter de las relaciones que en tanto el grupo mantiene con otros grupos afecta

profundamente lo que acontece a su interior en cuanto al nivel de su forma de organización, conductas, creencias; desarrolladas tanto en torno al propio grupo como respecto a otros grupos, incide en la forma como se van construyendo las identidades de sus miembros.

De acuerdo al enfoque psicosocial del trabajo de grupo, éstos interactúan en un entorno social y son influenciados por los sistemas valóricos, significados comunes etc., que se genera en torno a la comunicación, que consiste en como se traspasan las formas de ver el mundo. La influencia social existe entre dos individuos o grupos de ellos.

No cualquier agrupación de personas es sinónimo de grupo, no se define porque las personas compartan objetivos comunes o sentido de pertenencia sino que tiene que haber relaciones de interdependencia entre las personas, miembros influenciados mutuamente. Lo social es consustancial con lo simbólico, no basta que las personas hablen, sino que los significados que atribuyan a las cosas deben ser comunes. No basta el intercambio de ideas sino el intercambio de significaciones.

La teoría estructural funcionalista plantea al respecto que la sociedad es un engranaje de partes y todas éstas se encuentran inter-relacionadas, que para vincular las distintas subjetividades es necesario la reflexión, pasar del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. Que en plano de la interacción social origina entre los individuos una constante negociación, donde lo que se negocia son nuestros valores y significados sociales.

LA INTEGRACION SOCIAL

La integración social se encuentra definida ya en los trabajos de Durkheim, que instala la discusión en torno al modo en que las sociedades modernas producen y mantienen el orden social. Hace referencia a los medios y modos de organización y regulación de la sociedad; partiendo de una concepción que define a la sociedad como un sistema de orden, que incluye el complejo de normas reguladoras.

Por otra parte (Alpert, 1986), refiere que "una sociedad con carencia de normas es un estado de Desintegración Social"; apuntando a la importancia de la función normativa que se ejerce al interior de los grupos.

De acuerdo a corrientes estructurales y funcionalistas (Merton, 1968), intenta explicar el estado de Integración Social a partir de cómo ciertas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre las personas para adaptarlos. Tales modos de adaptación son funcionales al sistema, a pesar que puedan fluctuar desde actitudes conformistas a no-conformistas.

Así la integración al orden social toma diferentes valores, en relación con la articulación de medios y fines establecidos. Desde este punto de vista, interesa no sólo los modos integrados al orden, sino que se incorporan como parte de la sociedad las llamadas actitudes o modos de desviación, en donde se muestran el grado de Desintegración Social en la que se instala un cierto modelo social. A diferencia de las corrientes funcionalistas donde la integración era vista como un proceso armónico, único y estable, Merton incorpora la idea de tensión al

interior del sistema funcional, donde cada manifestación o acción social esta referida igualmente al lazo entre sujeto y sociedad.

Otras definiciones que tocan el tema de la Integración Social comprenden a ésta como "un proceso social donde diversos elementos tienden a coordinar en un todo unificado y homogéneo" (Pratt, 1987).

También se ha comprendido como un sinónimo de "interdependencia dentro de un sistema funcional que mantiene lo diverso en unidad, orden y coherencia en un cierto tiempo y espacio" (Scioveletto, 1986). Otra definición apela a "la reunión de personas o grupos aislados, que forman una unidad o unión social, donde la adherencia puede ser consensual o arbitraria" (Schoeck, 1985).

En general, se puede ver en estas definiciones y tradiciones intelectuales el interés por comprender a la integración social a partir de la incorporación de normas y orden social por parte de los sujetos y, por otro lado, se comprende a la integración social como un proceso tendiente a la unificación y coherencia de las partes, donde tales partes pueden tomar diferentes valores.

De este modo se puede decir que la Integración Social es vista como un fin en la medida que reporta un cierto orden societario, también es vista como un camino, por el cual transitan los sujetos para incorporarse a tal estructura. En este sentido la Integración social requiere de la capacidad de vincular individuo y sociedad en un solo gesto. Es decir, la integración es un producto del proceso de vinculación social, en sus diferentes planos.

Por ende, cuando existe un proceso de ruptura o debilitamiento de los vínculos sociales nos enfrentamos a una estructura en desintegración social, o lo que es lo mismo, a la exclusión social de los sujetos respecto de la sociedad.

Este proceso de debilitamiento o ruptura de los lazos que unen al individuo con la sociedad ha sido explicado preferentemente en los planos materiales, para lo cual se han construido categorías de análisis tales como la desigualdad o la pobreza, que sin entrar en mayores detalles corresponden a dos modelos de comprensión de la desventaja social de los sujetos en la sociedad. En el caso de la desigualdad como categoría de análisis, se puede decir que corresponde a la respuesta frente a la distribución de los ingresos, es decir, a la repartición de los beneficios de una sociedad, en este sentido se fija en el acceso relativo de los medios materiales para ciertos fines que, en última instancia corresponden al logro del bienestar. Por su misma definición este concepto logra comparar el grado de desventaja de unos sobre otros, permitiendo la observación de la tradicional dicotomía que hay entre los de "arriba" y los de "abajo" o, dicho en otras palabras, entre los monopolios y los monopolizados. Corresponde a un concepto que sitúa a los grupos en un esquema jerárquico de participación de la riqueza social.

Por otro lado, en la categoría de pobreza se sitúa a un individuo respecto de una cierta medida de comparación. Tal medida es una definición taxonómica en cuanto a cantidad de ingresos y grado de satisfacción de las necesidades básicas; apunta fundamentalmente a la condición de vida actual de los individuos, es un fenómeno esencialmente económico que se asocia principalmente a formas de participación incompletas o parciales dentro de la estructura social y se expresa en el subconsumo.

Si bien ambas categorías han respondido básicamente a la distancia material que hay entre los sujetos, con ello se restringen las dimensiones de la vida social en la que ellos se sienten cohesionados, o no alcanzan a abordar la vinculación que se requiere para ser partícipe de la sociedad.

En la actualidad la discusión se centra en el uso de conceptos como "desintegración", entendiéndolo como sinónimo de "exclusión" (Mac Clure, 1995), el cual adquiere diversas connotaciones, osea, se dice que "la exclusión es polisémica", y "que tiene múltiples significados" (Silver, 1994). Tales significados incorporan tanto al intercambio material, como al intercambio simbólico, lo que alude a una variedad de dimensiones en las cuales opera concretamente la observación de la desventaja social de los sujetos.

Tales dimensiones consideran factores económicos, políticos, y sociales. Así en lo económico se sitúa el problema de "acceder a los medios necesarios para participar en el intercambio productivo" En lo político, el punto central considera "la desigualdad de derechos entre los miembros de una sociedad". Luego, en la dimensión sociocultural, la exclusión está referida a: "primero, la precariedad o ausencia en la participación de personas en redes sociales, segundo, la precariedad de la relación entre individuos e instituciones sociales, y tercero, la ruptura entre ciertas personas o grupos con la cultura de la sociedad" (De los Ríos, 1995).

De este modo la Exclusión Social comprende tanto "la denegación de los derechos sociales como las privaciones materiales. Consiguientemente, abarca no sólo la falta de acceso de bienes y servicios, vinculada con la pobreza, y la insatisfacción de las necesidades básicas, sino también con la exclusión de la seguridad, la justicia, la representación y la ciudadanía".

Por otra parte, se dice que la exclusión corresponde a "un proceso que surge a partir de un debilitamiento progresivo o un quiebre definitivo o duradero de los lazos que unen a los sujetos a la sociedad a la que pertenecen, de modo tal, que se establece una división entre los que están dentro y quienes están fueran de ella". También, "la exclusión dice relación con la forma de integración que construye cada sociedad, da cuenta de la sociedad y de como se realiza la relación entre las personas y la sociedad" (Ibid).

La Integración Social desde el enfoque psicosocial sitúa la inter-relación social entre el individuo y la estructura social, concibiéndose la relación entre lo individual y lo social desde una dinámica de mutua constitución. Tal relación entre un sujeto individual o colectivo y un objeto social no es concebible como una simple sumatoria de ambos elementos, o una interacción mecánica de dos objetos preexistentes e independientes (no afectados o condicionados significativamente por la dinámica de interacción), sino que corresponderá principalmente a la interacción social dinámica entre ambas dimensiones.

En esa interacción se releva el papel de los procesos de percepción subjetiva en la dinámica de construcción de objetos sociales, con lo cual la Integración Social no sólo es abordada en sus planos "objetivos" o fácticos (propio de la mirada más sociológica antes expuesta), sino que también en planos subjetivos o representacionales. De este modo se incorpora la mirada del proceso que surge en la dinámica de los distintos contextos sociales y el desarrollo del individuo dando importancia a dimensiones subjetivas. (Asun ,1994).

El valorar la subjetividad permite considerar la especificidad de los fenómenos observados, al mismo tiempo que resulta ser lo suficientemente

comprensiva en lo estructural para dar cuenta del fenómeno social en general. Centrándose fundamentalmente en cómo se desarrolla la negociación entre el sujeto, su problemática, sus recursos y su entorno socio-histórico (Ibid).

Esto quiere decir en definitiva que la Integración social desde una óptica o enfoque psicosocial incorporará no sólo los planos de oportunidad y acceso a la estructura económico-social, sino que también considera el intercambio que realiza el individuo con su entorno simbólico y cultural.

Desde esta perspectiva la Integración Social se constituye en la relación que hay entre subjetividad y estructura social en diferentes ámbitos, en cuanto a dimensiones macro y micro sociales, en un cierto contexto histórico/cultural, en el cual se pone en juego la posibilidad de pertenencia a un todo social.

CAPITULO IV

REDES SOCIALES

El individuo entonces no forma parte de un solo grupo o comunidad sino de múltiples grupos y comunidades. Su identidad no proviene de una clase o de algo impuesto sino que se expresa en ese conjunto de pertenencias, a través de ellas se reconoce a sí mismo, toma conciencia de sus intereses, actúa en su defensa y promoción, expresa su racionalidad y canaliza sus afectos, es precisamente este la construcción del concepto de *red social*.

La red social constituye un espacio en que convergen vínculos sociales, que cohesionan transversalmente la vida de las personas como un proceso dinámico, las actitudes asociadas a esta visión son la valorización y el despliegue de la iniciativa para la resolución de los problemas que afectan la cotidianidad, la colaboración y la solidaridad como instrumentos eficaces para la acción y la experimentación en las formas de resolución de aquellos problemas. (Bhaskar R., 1989).

Las redes sociales pueden ser clasificadas como primarias que se define como una entidad microsociológica constituida por un conjunto de individuos que se comunican entre sí a partir de la consanguinidad, e intereses comunes representada por la familia, y los grupos de pares. Es en la familia donde recae principalmente el rol de socialización mediante el cual es integrado al campo social. (Klefbek J., 1994).

Las redes secundarias, se encuentran definidas por aquellos vínculos establecidos por los seres humanos a partir de la integración a organizaciones “institucionalizadas” socialmente, como la escuela, el trabajo, clubes deportivos, Agrupaciones de Autoayuda, etc., donde el individuo ejerce la participación. Constituyen espacios de encuentro, cuya noción de utilidad se manifiesta a través del reconocimiento en la interacción, una elección y un proceso social, una intencionalidad, una preservación de la decisión individual en un contexto social, un interés compartido, permanencia, unidad de objetivos o comunidad de propósitos. (Chadi M., 1997).

“La Red Social de Apoyo” por su parte se concibe como la suma de todas las relaciones que el individuo percibe como relevantes y que contribuyen a su propio reconocimiento como persona en su entorno (Fernández G., 1998).

HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales corresponden a un conjunto de aptitudes y capacidades personales que permiten al individuo relacionarse en forma efectiva con los demás. Se incluyen especialmente, capacidades relacionadas con la comunicación, entendiéndola como el proceso por el cual el individuo es capaz de transmitir y recibir información y significados acerca de sí mismo, sus sentimientos, el mundo exterior, etc.

En relación, a la comunicación dos habilidades íntimamente ligadas, que caracterizan la forma en que un individuo se relaciona con los demás son la empatía y la asertividad (Saravia H.).

Una respuesta socialmente habilidosa es posible definirla como el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta de las cuales se seleccionaría la mejor y termina con la expresión apropiada o manifiesta de la opción escogida.

No hay datos definitivos sobre como y cuando se aprenden las HHSS, pero la niñez es un periodo critico. El factor mas critico parece ser el modelado (aprendizaje por observación), aunque la enseñanza directa (instrucciones) también es importante. Por ultimo parece que la capacidad de practicar la conducta y el desarrollo de las capacidades cognitivas también es un factor importante, es decir, las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológico. (Martínez R., pol. s/f).

La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas; ciertos estilos y estrategias interpersonales son mas adaptativos que otros, y estar adecuados a determinados encuentros sociales. Sin embargo, es relevante exponer como una de sus características principales que pueden ser especificadas y ser el objeto de un proceso específico de aprendizaje.

Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejoraran la competencia en esas situaciones específicas. Obteniendo un reporte positivo de satisfacción ante el refuerzo positivo de adecuación social, de reconocimiento, aceptación, compartir, etc.

CAPITULO V

TEORIA DE REPRESENTACIONES SOCIALES

La teoría de las representaciones sociales surge de la forma de ver el fenómeno social desde la construcción teórica e ideológica de la realidad, que surge desde los propios individuos de acuerdo al conocimiento de ella, y los significados que le atribuyen a su realidad de acuerdo a su entorno y a los procesos de socialización en los cuales han sido insertos por la sociedad.

Por otra parte la percepción que corresponde al conjunto de apreciaciones mediante las cuales las personas son capaces de comprender su situación y finalmente, la experiencia de los seres humanos determinada en gran medida por un concepto de ensayo y error, patrones conductuales que fortalecen o no la inserción a los grupos sociales donde el término “representación social” implica tomar en consideración las creencias compartidas, en donde la intersubjetividad ha sido puesta en juego y subyace como una idea colectiva e independiente y que de forma directa, afecta a todas las personas y dan cuenta de su competencia en la realidad social en la cual se desenvuelven y se desarrollan en el transcurso de sus vidas. Y que deja de tener un carácter individual sino un significado colectivo (Moscovici 1976).

De igual forma al visualizar las personas afectadas como sujetos históricos o actores sociales es imprescindible agregar una connotación que de cuenta de un ser con competencias múltiples, situado, parte de un tejido social; que se debate entre las nociones del individualismo y el comunitarismo donde las relaciones sociales se dan cada vez en mayor medida a través de las organizaciones

mayor o menormente complejas, donde se encuentra legitimada la intervención del Estado, no ya para privar las libertades sino para responder a las más diversas demandas sociales.

Es por tanto que las redes sociales institucionales, forman parte de la política contingente y las estrategias para tratar desde la perspectiva multidisciplinaria los problemas complejos de la sociedad actual. El individuo es un todo complejo, una unidad integrada por mente, cuerpo y espíritu; lo racional, lo físico y lo emocional.

Todos los acontecimientos que se producen en la vida diaria, las informaciones y una comunicación cada vez más tecnologizada, inclusive los comentarios que oímos, las conversaciones que mantenemos, las relaciones que establecemos con los demás suelen presentar cierto grado de ambigüedad, lo que favorece la posibilidad de que cada persona se forme su propia opinión y elabore su particular visión de la realidad social, sin embargo no se puede decir que la elaboración de una visión personal de la realidad constituye un proceso meramente individual sino colectivo, que es posible estudiarlo y comprenderlo en toda su magnitud a partir del concepto de representaciones sociales.

Las inserciones sociales del individuo en diversas categorías sociales y su adscripción a distintos grupos constituyen fuentes de determinación que inciden en la elaboración individual de la realidad social, generando visiones compartidas de dicha realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos o eventos vitales como es el padecimiento de una enfermedad como el cáncer.

La forma de ser de las personas, su identidad social y la forma en que perciben la realidad están influenciadas por el medio cultural en el que viven, por la plaza que ocupan en el seno de la estructura social y por las experiencias concretas con que se enfrentan a diario. En consecuencia, de todas estas influencias se concluye que la realidad no es la misma para todas las personas.

De los distintos aspectos desde los cuales es posible abordar la realidad ha sido imperioso delimitar para este estudio las representaciones sociales a los niveles individual, grupal y social, a través de los conceptos conductores: autoestima, dinámica familiar, y la inserción social.

La autoestima es definida por la valoración positiva o negativa que el individuo hace de sus características, incluyendo las emociones que asocia a ellas y, en consecuencia, las actitudes que tiene respecto de sí mismo. Es lo que el individuo siente acerca de su persona; la sensación interna de satisfacción o insatisfacción consigo mismo.

La autoestima tiene relación con casi todo lo que el individuo hace; es como la ventana por la cual ve la vida. La autoestima se desarrolla paso a paso, desde los primeros años de vida, a partir de la forma en que los otros (familiares, amigos, etc.) influyen sobre el individuo. Los otros son el espejo social a través del cual el niño se ve. Por ello la idea que el niño tiene de sí, se desarrolla a partir de lo que las personas significativas le dicen quiénes, cómo lo describen, cómo lo trata, lo descalifican, lo elogian o aman.

La autoestima depende en gran medida de la forma en que la persona ha logrado satisfacer sus necesidades emocionales básicas. Así, conductas tales como ridiculizar, molestar, rechazar, desconfiar, comparar, ser impacientes, provocan en los niños una autoimagen muy negativa y una sensación de fracaso que influirá su manera de enfrentar el mundo.

De allí que las características de personalidad, especialmente la autoestima y en especial su identidad social, determinan las posibilidades de interacción que éste tiene con el medio social. De acuerdo con ello, el individuo tiene más o menos posibilidades de ser aceptado por un grupo u otro, y también de modelar la forma en que el grupo y los otros lo pueden influir.

La dinámica familiar, en tanto apunta a todas aquellas interacciones y procesos que se suscitan en el interior de ella conforme a su definición como grupo social; que sin duda representa el grupo primario y más importante para los individuos. Uno de los principales aspectos son la comunicación, la definición de roles por parte de cada integrantes y el manejo del conflicto.

Cumple además un rol socializador en la cual las personas traspasan de una generación a otras las pautas comportamentales y culturales que son en definitiva condicionan en alguna medida la ocurrencia de episodios de violencia intrafamiliar, el uso de alcohol o drogas.

Por último las representaciones que las personas tienen de la inserción en redes de apoyo constituye un aspecto central para este estudio, debido a que los procesos de influencia social como la identificación, la categorización,

comparación, y conversión implican sustancialmente en las percepciones, actitud y conductas que finalmente las personas desarrollan en sus vidas (Moscovici, 1991).

Otro aspecto importante es la situación de crisis vital en la que se encuentran las pacientes, la cual crea un momento de alta vulnerabilidad emocional en ellas mismas como en los integrantes de su familia inmediata. Es precisamente la elaboración del duelo desde sus fases de negación, ira, búsqueda de tiempo extra, depresión y aceptación (Kubler –Ross, 1991).

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

CANCER MAMARIO Y SISTEMA DE SALUD EN CHILE

El Ministerio de Salud en Chile cuenta con el Programa Nacional de Cáncer de Mama, que consiste en un programa de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, que existe desde 1995, y está inserto dentro de las actividades del Programa de Salud de la Mujer y dentro del Examen de Salud del Adulto (ESPA).

El programa consiste en el Examen Físico de Mama (EFM) protocolizado y realizado por matrona entrenada, y la enseñanza del Autoexamen de Mama (AEM). Es un examen gratuito realizado en los Consultorios del Nivel Primario de Atención, para las mujeres beneficiarias de 35 a 64 años, independiente del tramo de clasificación de FONASA.

De resultar positiva la mamografía el PLAN AUGE asegura una evaluación por cirujano de mamas en un máximo de tiempo de treinta días positivo, la paciente con el objeto de ser derivada al Nivel Secundario de Atención (Unidad de Patología Mamaria) para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

El tratamiento quirúrgico de este cáncer está dentro del Programa Oportunidad de la Atención de FONASA, y tiene gratuidad para las beneficiarias A y B. Las clasificaciones C y D, cancelan según su tramo de ingreso. (10% y 20% del costo total de la prestación respectivamente).

El tratamiento de radioterapia y quimioterapia están cubiertas por el Programa de Prestaciones Complejas del Plan AUGE y tienen una cobertura del 100% para este tratamiento, no así en lo que respecta a medicamentos. Por cuanto son cubiertos en un 100% una vez que esta enfermedad se ha desarrollado al extremo de ser cubierta por el Programa de Cuidados Paliativos del dolor.

El programa está focalizado en mujeres beneficiarias entre 35 y 64 años de edad. El examen físico de mama se realiza con una periodicidad de tres años. En casos de antecedentes familiares por la línea materna (madre, tía, hermana), el éste se realiza en forma anual.

El cáncer de mama es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. En Chile mueren 1.027 anualmente por esta causa (MINSAL, 2003). Actualmente la cobertura nacional del Examen de mama vigente en los últimos tres años entre mujeres de 35 a 64 años es de un 52%; siendo un 80% lo esperado para reducir la mortalidad. Por lo que además esta enfermedad constituye la 5ta prioridad de atención a nivel nacional y la 3ra a nivel de la atención de la mujer.

Al sistema privado de salud acceden aquellas mujeres que cuentan con mayores ingresos. Sin embargo el contraer o desarrollar una enfermedad catastrófica como el cáncer afecta a cinco de cada mil beneficiarios del sistema privado de salud. Por lo cual la Asociación de Isapres en conjunto con la Superintendencia de Isapres ha mostrado preocupación al tema y se han definido las características, prestaciones y condiciones del Beneficio Adicional para Enfermedades Catastróficas.

Este beneficio consiste en que todo afiliado a una Isapre y sus beneficiarios accederán por derecho a este fondo que tiene por finalidad complementar la cobertura ya existente en sus planes de salud y su inicio se definió a contar del segundo trimestre del año 2003, en la medida que las Isapres modifiquen los contratos y adopten las medidas que permitan optar a este beneficio.

El beneficio contempla el pago de un deducible o copago del cargo del afiliado con un mínimo de 60 UF y con un máximo de 126 UF, dependiendo de la renta del trabajador. Las prestaciones médicas curativas y de recuperación de los pacientes se debe llevar a efecto en establecimientos especializados en atención médica catastrófica, denominados “redes de atención”.

El copago o “deducible”, tiene un carácter bienal, lo que implica no sólo que se acumula durante dos años contabilizados a partir de la fecha en que el beneficiario registre el primer copago, proceso que se repetirá sucesivamente durante dos años, sino también que un beneficiario que utilice los prestadores de la red que designe la Isapre nunca pagará más de 126 UF ni menos de 60 UF en dos años.

En el caso del cáncer mamario estos recursos se encuentran mediados por la propia capacidad socio-económica, en tanto que el Programa de Oncología no cubre la totalidad de los tratamientos debiendo las familias costear parte de ellos, habitualmente los más costosos.

PROGRAMA DE ONCOLOGIA HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO

El Hospital Dr. Sótero del Río se encuentra ubicado en la comuna de Puente Alto, es el Hospital Base del Area Sur Oriente de Salud, que tiene una población asignada de las comunas de San Ramón, La Pintana La Granja, La Florida, Puente Alto, Pirque y San José de Maipo en lo que respecta a la fase de tratamiento especializado, exceptuando que en la actualidad el Hospital Padre Alberto Hurtado cubre la atención de cirugía por cáncer mamario de las pacientes de las tres primeras comunas mencionadas.

Para su funcionamiento por decreto se creó el Comité oncológico que tiene dentro de sus funciones evaluar y formular los esquemas terapéuticos de los casos, asesorar en la elaboración de protocolos de atención y tratamiento y por último velar por el correcto registro de sus pacientes en las distintas etapas de la enfermedad, evaluar e informar periódicamente las fortalezas y debilidades de cada servicio clínico en el tratamiento de las pacientes oncológicas y establecer sistemas de auditoría de fichas de las pacientes en cuanto al cumplimiento de normas de tratamiento, registro, tiempos de latencia, resultados, etc.

También se creó la “Oficina del cáncer” cuya labor principal es la coordinación desde as áreas preventivas, terapéuticas y paliativa , de este organismo se acoge el apoyo del voluntariado.

La Agrupación Oncológica surge como una instancia de participación para todas las pacientes del Programa con el objetivo de otorgar apoyo en grupo (Resolución 753 del 22/04/1998).

Es una institución creada en el año 1993 de forma autónoma con personalidad jurídica con sus propios estatutos y reglamentos internos, al cual el Servicio de salud le proporciona un lugar físico para sus reuniones, como así para las exposiciones y estad de ventas de sus trabajos, y la colaboración profesional especialmente del área del Trabajo Social.

Este grupo por tanto se constituye como una red social de apoyo que cuenta con objetivos especialmente definidos para las personas que padecen la patología del cáncer, que en el transcurso del tiempo han debido asumir funciones solidarias como por ejemplo la venta del medicamento para la terapia hormonal a un valor de costo, por cuanto es adquirido directamente al laboratorio que lo produce y distribuido a las pacientes que requieren su compra independiente, que corresponden aproximadamente a 200 pacientes en control; debido a que el Ministerio de Salud lo proporciona en forma gratuita sólo a 35 pacientes que cuyo ingreso al Programa es el año 2003 (Programa PANDA).

REDES SOCIALES EN EL AREA SALUD

Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, se ha desarrollado en distintos países y en el nuestro también la implementación de una reforma de Salud, la cual ha surgido como producto de las observaciones realizadas a partir de los años 70 donde se plantea una incoherencia de los modelos de atención vigentes a esa fecha para enfrentar los nuevos problemas de salud, principalmente por la transición epidemiológica avanzada: El predominio de las enfermedades crónico-degenerativas y cánceres y el surgimiento de nuevos problemas de salud de muy difícil planteamiento como la drogadicción y la violencia entre otros.

Este proceso en Latinoamérica se hace efectivo ya en los años 80 constituyéndose como un movimiento político administrativo que compromete los criterios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y *participación social*.

Este proceso está orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de una población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan (Azevedo, 1997).

En sus lineamientos la Organización para la Salud hace énfasis en la revisión de los marcos jurídicos, aseguramiento del derecho a la salud, la rectoría, la separación de funciones, la redefinición de roles y descentralización, participación y control

social, financiamiento y gasto, la oferta de servicios, la identificación y respuesta a grupos vulnerables, modelos de atención, modelos de gestión, recursos humanos, acreditación, certificación, calidad y evaluación de tecnologías.

En este contexto no es de extrañar entonces que el tema de la calidad se haga tanto o más importante que los aspectos de cantidad, cobertura y extensión de beneficios y derechos sociales en salud. Lo que en definitiva implica realizar esfuerzos por defender en todos su ámbitos el derecho universal de la salud, siendo el usuario en centro de todo el quehacer en salud y la humanización de su atención.

El máximo desafío entretanto parece ser el de transferir a la comunidad el comando y direccionamiento de las acciones de salud como parte de una de las estrategias que plantea el nuevo modelo de atención, y que desde lo específico propone reducir el daño producido por las enfermedades y que los recursos disponibles se utilicen produciendo mayores beneficios a la población. Es entonces visualizar desde esta perspectiva que las redes sociales y comunitarias son empleadas como un recurso en el proceso de priorización en salud de nuestro país.

El trabajo en redes desde el área salud, se encuadra en todas los niveles de atención y reconoce dos aspectos centrales, uno interno que denomina la intersectorialidad de las acciones, las que aluden a la creación de alianzas estratégicas para el control regulación de las condicionantes e intervención de la sociedad sobre la situación de salud de la población y la participación social que implica la movilización social, el fortalecimiento de las instancias que las propia

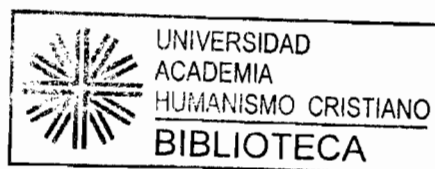
comunidad se da para su ejercicio, y el fomento del empoderamiento de la ciudadanía para actuar en un marco de derechos y deberes en salud.

El eje conductor de estas acciones lo constituye la promoción en salud, cuya definición conceptual es “Estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio hacia el mejoramiento de las condicionantes de la salud como componente de la calidad de vida” (MINSAL a partir de Ottawa 1986, Adelaida 1988, Sundawall 1991).

Esta definición reconoce dos grandes propósitos: Optimizar la salud y bienestar junto con reducir los riesgos y determinantes de la salud.

III PARTE

ANALISIS DE LOS RESULTADOS



INTRODUCCION

La definición de cada uno de los tratamientos que han debido afrontar las pacientes de la muestra fueron decisión del equipo de oncología, en la instancia que se denominada “Comité”, en el cual participan los siguientes profesionales médicos, matronas y asistente social y se evalúa las características del caso y de acuerdo a la condición biofísica de la paciente, la etapa de enfermedad en que se encuentre y los protocolos de atención se determina el proceso de tratamiento a seguir.

De acuerdo a los antecedentes sociodemográficos de la muestra (54 mujeres), definida para este estudio, y a pesar de tener una connotación cualitativa es importante señalar en términos numéricos y porcentuales las características del grupo a fin de tener en cuenta para el análisis posterior. Además vale volver a mencionar en este capítulo que la muestra fue dirigida y se guardó el rigor de selección del grupo de manera tal, que el grupo que participa en la red de apoyo institucional sirvió de referencia para el grupo que no participara a fin de que en forma interna fuesen lo más homogéneos posible.

En términos numéricos las pacientes asistentes a la agrupación oncológica eran 27 pacientes, por lo que el grupo que actuó como control también estuvo constituida por 27 pacientes.

El grupo total tiene un promedio de edad de 59 años de edad; respecto del estado civil: 34 de ellas son casadas, 10 separadas, 6 solteras y 4 viudas. Del total del grupo el 60% se encontraba con pareja al momento del estudio

(34 pacientes), y un 40% no tenía pareja (22 pacientes). Y solo 3 de ellas vivía sola, sin pareja y sin ningún familiar al momento del estudio.

Respecto de la escolaridad 17 de las pacientes tienen la enseñanza básica incompleta, 15 terminaron este periodo escolar, 8 tienen estudio medios incompletos 7 de ellas lograron terminar esta etapa y sólo 2 de ellas cuenta con estudios técnicos de nivel superior.

Respecto de la actividad que desarrollaban al momento del estudio es posible señalar que 43 de ellas son dueñas de casa, sin embargo es válido destacar que 15 de estas mujeres desarrolla actividades de tipo manual que en forma eventual le reporta ingreso (bordado, manualidades, colocación de inyecciones, venta de empanadas y dulces, etc.). Sólo tres de ellas trabajan fuera del hogar 2 de las cuales en forma independiente (poseen puestos en una feria libre y en un “persa” respectivamente) y una de forma dependiente como asesora del hogar.

De las pacientes que participaron en el estudio 14 nunca tuvieron hijos. De las que tuvieron hijos (30) al momento del estudio sólo 12 de ellas tiene hijos en edad escolar.

En relación, a la etapa de diagnostico como promedio se ubicaron en las etapas II a III y a los tratamientos recibidos por las mujeres que fueron definidas como muestra para este estudio 29 (52%) de ellas fueron sometidas a mastectomía, solo una de ellas realizó reconstitución del seno del cual fue operada. El 84% han realizado sesiones de quimioterapia, a 26 se les ha indicado radioterapia correspondiente al 49 % y el 95% de ellas se encuentra actualmente con terapia

hormonal (tamoxifeno). Cabe señalar que los procesos de tratamientos son independientes unos de otros por lo cual a una misma paciente pudo haber sido sometida a 2 o más de ellos en distintas fases de abordaje de su cuadro clínico.

Entonces de la descripción precedente es posible destacar ámbitos importantes que concuerdan con los estudios acerca del cáncer mamario y que dicen relación con la edad de desarrollo de la enfermedad, entre los 35 y 60 años, también no haber dado a luz o ésta en forma tardía.

Es posible denominar a este grupo como mujeres “populares y urbanas”; en términos que presentan una baja escolaridad, solo un porcentaje muy menor cuenta con un trabajo remunerado, las actividades que efectúan son de escasa calificación, en su mayoría son parte de un hogar donde los recursos son aportados por el esposo, conviviente o hijo de la paciente, cuya situación previsional les ha convocado la opción de estar en control en un Hospital público.

Proviene todas ellas de comunas urbanas, en orden de mayor a menor de San Ramón, La Granja, Puente Alto y La Pintana. Las cuales de acuerdo a la última encuesta CASEN son comunas denominadas como pobres y en extrema pobreza la última de ellas.

CONSIDERACIONES ACERCA DEL TRATAMIENTO

Es posible señalar las apreciaciones más relevante de las pacientes en control en la Unidad de Oncología del Hospital Dr. Sótero Del Río, establecimiento base del Servicio de Salud Sur Oriente, y que han sido consideradas como muestra de este estudio, quienes refieren en términos generales que la atención otorgada en este servicio se evalúa como buena, en muchos de los casos como “muy buena”; se logra comprender a través del discurso una discriminación clara respecto de los derechos de los pacientes así también de los deberes. En este aspecto la cualidad que más sobresale es la de haber recibido un trato acogedor por el equipo de especialistas, sin embargo, los aspectos negativos aluden al sistema burocrático de atención y a los funcionarios de tipo administrativo.

“... me han atendido bien, ... lo único que a las señoritas de la recepción solo le importan los papeles, no como viene uno, si está triste o aproblemada...”

Las pacientes se enfrentan a la situación de exponer su solicitudes de atención en un marco de la atención de la salud pública en la cual existe una alta demanda por la cual muchas veces deben ser atendidas con una prisa que no permite un contacto personalizado que ante la vulnerabilidad emocional en que ellas se encuentran asocian esta relación interpersonal como fría y distante.

En cambio en la atención profesional ya sea la consulta con el médico, la matrona o la asistente social de la unidad de Oncología es percibida como satisfactoria.

“...el médico que me operó, me mandó a otra señora que le había hecho lo mismo que a mí (mastectomía), y eso me ayudó mucho, él fue muy humano...”

En la relación médico – paciente profundizan en el aspecto de información la cual perciben como insuficiente, a pesar de haber sido sometidas ya un proceso de tratamiento largo, en la que han sido sometidas a distintas estrategias de intervención (exámenes diversos, radiación, quimioterapia, mastectomía); sin embargo, coinciden en mencionar que a lo largo de este un proceso, han surgido de parte de ellas muchas dudas que no han sido resueltas en el momento mismo, sino que fueron recabando información de otras pacientes, y que no fueron capaces de consultar en la atención médica propiamente tal; por lo que en ese momento no lograban entender aspectos que luego han ido comprendiendo y aceptándolo.

“todos me trataron bien, y me tratan..., lo único, que no me explicaron mucho... como iba “ser esto”, creo que eso me faltó”...

Es importante señalar que el diagnóstico realizado por los Gobiernos de la concertación previo a la puesta en marcha de la reforma de la salud consideraba aspectos deficitarios como el manifestado por las pacientes respecto a que la primera atención, o de recepción, es muy importante para los pacientes, por tanto la calificación y capacitación continua de estos funcionarios es primordial.

Así también el bajo nivel de información que poseen los pacientes respecto de los procedimientos a seguir de acuerdo a su estado de enfermedad y la necesidad de crear conciencia en los pacientes de exigir como un derecho una información acabada de la situación que les aflige.

Respecto de la autopercepción que las pacientes tienen del cumplimiento de los procedimientos e indicaciones recibidas durante el proceso de tratamiento es muy concordante con la revisión bibliográfica realizada por cuanto sólo una de las pacientes en sólo una oportunidad registra en su tarjeta de control “NSP”, que significa “no se presenta a la hora dada”, ellas por su parte valoran la atención muy significativamente, por cuanto constituye para ellas la posibilidad de aumentar su sobrevida y la calidad de ésta.

“... al principio no le dije nada a nadie,... ni a mi familia y no quería hacerme a la idea...pero de cuando empecé el tratamiento no he fallado nunca... y supe que esto no lo iba a poder resolver sola”...

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA PARTICIPACION EN RED DE APOYO INSTITUCIONAL

La participación en grupo tiene para las pacientes una connotación muy diversa, surge como factor de diferenciación en primer lugar la experiencia previa de participación en grupos que hayan tenido las pacientes, independiente a que estas experiencias no hayan sido muy buenas, de igual forma reconocían en ella un gran valor que era la instancia de haber sido escuchada, de haber logrado amistades duraderas y les proporcionaba una idea positiva de la participación como una instancia de intercambio de significados, de expresión y aprendizaje.

Cabe señalar que un 95% de las mujeres que se encontraban participando en la red de apoyo institucional habían integrado grupos anteriores y de las mujeres que no participaban en él solo un 40 % tenía experiencia en participación en grupos previamente.

“yo antiguamente asistía a los centros de madres, ahí aprendí artas cosas... pero este grupo ha sido muy importante para mí, es donde he aprendido a darme valor para enfrentar la enfermedad.. he conocido otras mujeres que tienen cáncer como yo... y han sufrido tanto o más que lo que me ha tocado a mi...”

El segundo factor diferenciador es la percepción que cada una de ellas tiene de sí misma, respecto de sus habilidades sociales, y la conciencia de una mayor necesidad de contactos sociales externos a su entorno familiar.

“...yo no tengo ningún cargo en el grupo, pero me gusta participar...siempre he sido muy sociable...pero cuando supe de mi enfermedad me quedé como sola y no quería tampoco estar con nadie ... ahí me dijeron del grupo y empecé a venir...”

En términos generales no existe una valoración negativa de la participación por el contrario, tanto las pacientes que se encuentran participando como las que no lo hacen evalúan la instancia como positiva y favorable al proceso de tratamiento. La explicación a la inconsistencia de no incorporar al grupo se comprende a través de las explicaciones que otorgan las pacientes es hacia la falta capacidad desde sí mismas para integrar grupos, por otra parte, la falta de recursos económicos para trasladarse y asistir de manera habitual a estas actividades.

“Asisto al grupo hace dos años, cuando llegué me sentaba en un rincón y no quería que nadie me hablara, ahora estoy en la directiva y he aprendido muchas cosas, a valorar este grupo, a las mujeres que participan en él porque son valientes... y saber que “una” siempre puede entregar también muchas cosas...como la amistad...”

Cabe señalar que un gran número de ellas asiste con frecuencia a la iglesia, de religiones como la católica y evangélica, el carácter de la participación es sin embargo, el de asistente a los ritos religiosos, sin tomar mayores

compromisos directivos en ellas, sólo dos pacientes de la muestra ha establecido un grado de compromiso mayor (Una que coopera en la visita de niños con problemas mentales, como parte de la comunidad que atiende enfermos y otra que participa en estudios de la biblia, en su comunidad base).

Un porcentaje importante (80%) de las pacientes que no participan en la Agrupación de pacientes Oncológicas, son feligresas de estas iglesias y encuentran en ellas, una instancia importante para sus vidas y que además no les implica un desembolso económico.

“... yo supe de ese grupo, me invitaron, pero me queda lejos y la situación no está para tanto viaje... me imagino que debe ser bueno..., pero yo voy a la iglesia cuando puedo y eso me basta...”

Es importante mencionar en este análisis la situación de aquellas pacientes(11:54) que no integran ni el grupo de pacientes Oncológicas ni son parte de ninguna otra red de apoyo, que es representado por el 20% de la muestra, coincide con una baja experiencia de participación en grupos previos, son de mayor edad, siendo el promedio total de la muestra de 59 años ellas promedian 65 años y la percepción de sus habilidades sociales es muy baja, manifiestan sentirse muy tristes y la idea de finitud de sus vidas es apremiante.

... yo siempre fui una mujer de mi casa, no me metía con nadie; que voy a hacer ahora en ese grupo que usted me habla?... ya no tiene sentido...

Por otra parte las pacientes que han integrado la instancia de la Agrupación Oncológica logran discriminar la “participación” como un proceso de aprendizaje, como una instancia a las que han tenido acceso en una etapa de su ciclo de vía, en el cual sufren una crisis importante, que científicamente corresponde a un duelo emocional, por lo cual se encuentran reformulando muchas ideas tanto sobre sí mismas, como de su grupo familiar, su entorno social más próximo y también como no decirlo, sobre la vida misma.

Al respecto la teoría de sistemas nos hace referencia a que cada individuo es un sistema en sí mismo, que lucha por mantener su equilibrio, y que a su vez es parte de distintos sistemas sociales de los cuales son parte.

Son entonces estos sistemas los que colaboran a aproximar la identificación de sentido a sus propias realidades, tanto desde el plano individual como colectivo. Y esta búsqueda de sentido que si bien, es parte normal del desarrollo humano en la etapa de la adolescencia, surge como un factor que se maximiza y logran establecer una relación entre las propias necesidades y su entorno social.

“...los objetivos del grupo?...bueno: - conversar, -hacer amistades, -ver a otras personas que también sufren esta enfermedad..”

“...(acerca de los objetivos), sí los conozco, descargar las penas, ayudarse, darse valentía y saber más del tratamiento...”

“tengo entendido que nos juntamos para apoyarnos, salir de nuestras casas, ver otra gente y compartir...”

Estos discursos nos indican el reconocimiento de las propias necesidades, acorde a las propias características de los sujetos en tanto, seres históricos y parte de un tejido social que es dinámico y en continuo cambio.

Las necesidades en general y con mayor exactitud la de participar, reivindica una doble dimensión de carencia y potencialidad, es el grupo de apoyo la unidad que permite el desarrollo de las pacientes. “Tal como la enfermedad de una persona puede traducirse sólo en un problema médico, del mismo modo, revierte la necesidad de ser enfrentado nuestro desafío actual no consiste tanto en enfrentar problemas, como en enfrentar la tremenda magnitud de los problemas”. Alude la teoría a la transdisciplinariedad en torno a las diversas problemáticas nos proporciona la posibilidad de visualizar que la participación surge como una necesidad que interrelaciona e interactúa y afecta directamente en el enfrentamiento del cáncer mamario.

Por otra parte la Teoría Psicosocial de grupo, valora al grupo como la oportunidad estructural, las relaciones sociales, y de tipo cultural que resultan determinantes en el comportamiento individual. Estos factores influyen a su vez en las modalidades de acción colectiva y de organización que efectivamente desarrollen y que coayudan a la expresión de un significado colectivo que supera el ámbito privado de acción (Ayestarán S, 1998).

La interacción social por tanto es una constante negociación entre individuos situados socialmente en un entorno cultural en el que se vinculan las distintas subjetividades, que requieren la reflexión. Son entonces los significados sociales los que se negocian. Los grupos juegan un rol de socializar a los individuos,

por lo demás deben ajustarse a las normas imperantes y estos a su vez generan sus propias normas y roles donde las personas interactúan.

Un reflejo de este alcance es el siguiente discurso:

“...participo en la Agrupación Oncológica hace cinco años, hemos hecho muchos cambios en este tiempo, hace tiempo ya nos juntamos los miércoles y tenemos esta sede, ... hemos acogido a muchas mujeres, muchas de ellas ya han partido y algunas quedamos... aceptamos un curso de repostería el año pasado y postulamos a un Proyecto en La Florida y pudimos comprar todo lo necesario para la cocina; ahora también vendemos el “Taxus” (tamoxifeno), y nos turnamos para eso, todas nos ayudamos a seguir adelante... hasta cuando Dios quiera...”

CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Es importante para interpretar las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario establecer la importancia de la subjetividad de estas mujeres haciendo incapié en un “antes y “después” del diagnóstico. Como así la multiplicidad de los discursos, los cuales si bien, sólo son representativos de quienes los emiten, también nos dan cuenta de la experiencia de crisis que han debido enfrentar.

Cuya connotación socio-cultural en primera instancia nos plantea una visión negativa de la presencia de esta enfermedad, por cuanto implica una reevaluación de la vida pasada hasta ese momento, ante la posibilidad de morir (Labarca, 1986). Por consiguiente sufre un proceso inevitable de duelo emocional que conduce a la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa (Arraztoa, 1975).

El proceso subsiguiente es la adaptación a esta nueva realidad que no es sólo de carácter individual sino familiar y social. El cómo seguir viviendo es el paso en el que influye en primer término la percepción de la enfermedad que para esta enfermedad es asumida como una amenaza y adversidad ante el futuro (Flórez, 1994).

Es en tanto la inserción social un factor protector y/o facilitador en este proceso de adaptación que influye significativamente en la respuesta tanto psicológica como conductual de las pacientes (Aguirre, 1992).

Caplan (1964) por su parte define como estado de crisis emocional aquel que surge cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales.

En primer lugar en la dimensión individual, se afecta radicalmente la autoestima que en este estudio en los aspectos de su autopercepción física y su vida sexual nos dan a entender claramente un impacto negativo en el análisis de un antes y después del diagnóstico, tanto en las pacientes que participan como aquellas insertas en la red de apoyo. Sólo marca la diferencia la capacidad para expresar este sentimiento en las pacientes que participan, aparentemente se debería a la posibilidad de haber elaborado mayormente esta situación, lo cual es posible apreciarse por los siguientes discursos:

“...yo me veía bien, era delgada y me sentía atractiva, ahora ya no es igual, siento que me falta algo de mí, ... no me gusta mirarme, ni cuando me ducho, y aunque sé que tal vez nadie se de cuenta que me falta un pecho, ya no es lo mismo...”; “(sobre la vida sexual)... nunca fui muy buena para eso, ahora menos...ya casi no sucede... y debe ser porque yo no me siento bien conmigo misma...”

La diversidad de los discursos nos presentan también casos con un mayor grado de adaptabilidad, que coincide con una mayor data de tiempo desde que fueron diagnosticadas e iniciaron los tratamientos:

A partir de estos discursos se aprecia un reencuentro con la corporalidad, con la necesidad de intimidad, y también de la reevaluación del sentido la femineidad. Al respecto (Núñez, 1983) sostiene que los senos en una mujer cumplen una compleja significación en tanto son representativos de ella, contienen un valor que la caracteriza estéticamente y le otorga una connotación de belleza de sí misma e indirectamente a través de constituir un centro de atracción sexual. Por lo cual la presencia del cáncer mamario afecta directamente disminuyendo su autoestima, es decir, la concepción que la mujer tiene de sí misma y de su identidad frente al sexo opuesto.

Acerca de la autoestima: “...antes nunca me preocupé de eso, sabía que era simpática, ahora me preocupo más de mi persona; ... me arreglo y sé que me veo bien; ... creo que mi enfermedad hubiese sido más grave si tuviera pareja...”

“...Cuando me enfermé hacía 8 años que estaba separada, no había tenido ninguna pareja en ese tiempo... (me importaba mucho el qué dirán)... ahora me dí cuenta que tener pareja era importante, yo me gasté todo lo que tenía para realizarme la reconstitución; ahora tengo una pareja hace dos años y medio y mi vida sexual es normal...y creo que es buena...”

La autoestima también considera otros planos como el afectivo y espiritual, y es en estas áreas en las que es posible visualizar una mayor valoración en la relación antes y después de la enfermedad, en el presente estudio es posible observar los siguientes discursos:

“... me reencontré con Dios, primero me enojé con Él y sentí rabia, porque a mí..., luego me dí cuenta de todo lo que tenía, mi familia y mis

seres queridos, me ha tocado pedir muchas disculpas, - eso yo no lo hacía antes- y también he recibido mucho afecto, nunca pensé que la gente me quería tanto...”

“... si la enfermedad ha tenido algo bueno, fue “abuenarme” con mi familia y tener una relación más cercana con mis hermanos, hacía mucho tiempo que estábamos enojados y cuando ellos supieron lo que me pasaba vinieron a verme y pudimos conversar he incluso nos dijimos que nos queríamos a pesar de todas las diferencias y problemas que tuvimos...”

La reevaluación de las posiciones que las pacientes han tenido frente a la vida se sitúan en lo que Víctor Frankl (1998), refiere a la búsqueda del sentido que las personas realizan ante una situación límite, reconceptualizando las relaciones afectivas sobre todo de una manera distinta a como se venía haciendo. La idea de finitud se apodera de las pacientes con enfermedad terminal, provocándoles la sensación de “aprovechar el tiempo”, con aquellas personas que le son significativas y le proporcionan motivación y reconocimiento. Lo que en definitiva incide en tener razones para vivir y enfrentar los tratamientos.

“... siempre participé en la iglesia (evangélica)... cuando me dijeron que tenía cáncer, más me aferré a Dios y Él me ha dado mucha fortaleza...”

Ha sido el grupo familiar quien, la pareja y los hijos, los padres y los hermanos, el referente afectivo más directo de las pacientes con cáncer mamario, lo cual confirma la teoría de que a familia constituye el principal espacio de construcción de significados, de socialización y apoyo y a Toman, 1994, quien sostiene que la familia del individuo constituye el núcleo de influencia más

importante y que éste marca o proporciona las pautas conductas de la persona en una forma regular y exclusiva, más que cualquier otro grupo de interacción social.

Es posible entonces profundizar en los procesos que se suscitan al interior de la familia como la comunicación, los roles, las normas, y el manejo del conflicto. El estudio precedente nos muestra como la función de la familia es cada vez más importante y en la situación de enfermedad de uno de sus integrantes, la mujer en este caso. En el estado de vulnerabilidad en la que se encuentra cada uno de los integrantes y en sus interacciones se producen cambios, aumentando cualitativamente las expectativas de intimidad, afecto y calidez en sus relaciones.

“... siempre tuvimos buena comunicación con mis hijos, después de mi diagnóstico, conversamos aún más, y el mayor de ellos ha sido mucho más cariñoso, a él le afectó mucho la noticia...he querido aprovechar el tiempo perdido y entregarle en este tiempo más de mí misma...”

“...debí con mi enfermedad dejar de trabajar, “yo trabajaba en una fábrica de confecciones”... nos cambiamos de barrio y vendimos muchas de nuestras “cosas” ... fue como empezar de nuevo... eso nos trajo conflictos y dificultades ...”

La resolución de los conflictos en las familias de las pacientes estudiadas en términos generales se mantuvo en relación entre el antes y después del diagnóstico, sin embargo en aquellos casos en que existía violencia familiar que de los 54 casos entrevistados se reconoció en ocho casos, en 5 de ellos, luego del diagnóstico ya no ocurren estos episodios, en los tres restantes esta situación ha

disminuido y los involucrados en las acciones de violencia no es la mujer sino otros integrantes de la familia.

“... desde que me enfermé mi esposo me colabora más en la casa, se ha preocupado más de la yiyi (hija de ambos, 15 años, síndrome de down) ...”

“...sí habían problemas de violencia intrafamiliar en mi hogar, era porque mi esposo “tomaba”, desde cuando me enfermé todo cambió, él ya no me golpea, bebe pero poco, ... y las cosas en mi familia cambiaron...”

La situación de violencia intrafamiliar no es un problema menor en nuestra sociedad actual, y de la cual vamos recibiendo pautas culturales, mandatos y modelos que nos forman desde el día en que nacemos. Y que caracteriza nuestra sociedad está regida por un sistema social de dominio y control de lo masculino sobre lo femenino; es lo que se denomina sistema patriarcal.

El proceso de socialización en la infancia y los múltiples mecanismos sociales de control, asientan bajo una aparente complementariedad una constante oposición entre hombres y mujeres, cuyo espacio son las relaciones familiares.

Los roles asignados a la mujer subrayan la superioridad del hombre, atribuyéndoles a éste una serie de características que justifican las profundas desigualdades de derechos entre ambos roles.

Es decir si el hombre es fuerte, la mujer será débil no sólo para el hombre, sino también para ella misma, que ha internalizado esta característica que la

cultura y la sociedad le asignaron y así con el resto de sus otras virtudes y defectos. (Barrig, 1991).

De esta manera, tanto hombres como mujeres, crecen pensando que estos roles arbitrariamente asignados, son naturales, y tienen que ver con la esencia de cada uno. (Molledo, 1994).

Los hombres agresores al haber sido educados en ahogando sus sentimientos y afectos, exigidos en un rol de proveedor, exitosos en el mundo público, sin alternativas para mostrar y por lo tanto, no reconocer sus miedos, y debilidades hacen que éstos mal usen el poder que esta sociedad les confiere. Sin embargo, ante la situación de crisis vital de su compañera los enfrenta inevitablemente al reconocimiento de éstos y al menos en los casos estudiados ha sido producto de una reevaluación de la conducta de agresión, replanteándose una forma distinta de elaboración y resolución del conflicto familiar.

Ante la idea de muerte que viven las propias pacientes como su grupo familiar, la inserción grupal surge como un facilitador en la aceptación de la enfermedad y la reorganización familiar para mantenerse cohesionada; sin embargo la noción de muerte nos hace referencia a conceptos centrales como es la aflicción, el luto y el duelo emocional.

La aflicción representa el hecho objetivo de pérdida. El luto se refiere a la conducta del doliente y de la comunidad después de una y el duelo es la respuesta emocional, la cual se puede expresar de múltiples formas que van desde la rabia a la sensación de vacío.

Es la tanatología la ciencia que se preocupa del estudio de la muerte y la agonía, la cual en los últimos años ha despertado un gran interés debido a que reconoce la importancia de integrar la muerte a la vida.

Todas las muertes son diferentes así como las vidas son diferentes, sin embargo la experiencia de morir no es la misma para la víctima de un accidente que para un paciente de cáncer, un suicida o alguien que muere de manera fulminante por un ataque cardíaco. La muerte presenta tres aspectos fundamentales que son el biológico, psicológico y el social.

La definición de muerte biológica varía de un estado a otro por una situación jurídica principalmente, sin embargo, la muerte biológica se considera como la terminación de los procesos corporales. Se puede anunciar que una persona ha muerto cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o cuando se detiene la actividad eléctrica del cerebro. Situación que se ha hecho más complejo debido al avance de la tecnología médica.

El aspecto social de la muerte se relaciona con los rituales funerarios y de duelo, y las disposiciones legales con respecto a la herencia de poder y riqueza.

El aspecto psicológico incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están próximos a él y la muerte de quienes están cerca. Afrontando una gran cantidad de problemas en términos del significado de morir.

Lieberman y Caplan (1970) sostienen que existe una estrecha relación entre mente y cuerpo en esta fase de cambio que se mezcla con la afirmación del aprecio hacia la vida que está perdiendo. Existen además estudios que refieren que a menudo se presenta una caída en el funcionamiento intelectual antes del deceso como así cambios en la personalidad en esos momentos.

El estudio del “morir “ ha sido desarrollado por la psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross, quien plantea cinco etapas para este proceso. 1) negación (rechazo a aceptar la realidad de lo que está sucediendo), 2) ira, 3) búsqueda de tiempo extra, 4) depresión y 5) aceptación final. No todas las personas pasan las cinco etapas y la gente puede ir a través de ellas en secuencias diferentes. Pudiendo la persona ir y venir entre la ira y la depresión o vivir más de una de ellas a la vez.

También es importante otros estudios plantean una progresión ordenada en el modelo teórico, la gente próxima a morir puede presentar “una confusión de reacciones alternas o en conflicto que van desde negarse a la realidad, hasta una variación por edad, sexo, raza, grupo étnico, posición social y personalidad”. (Butler y Lewis, 1982).

En resumen vivir, como morir es una experiencia individual. De este modo la descripción de Kubler-Ross ayuda a entender los sentimientos de aquellos que llegan al final de su vida, y no debe considerarse como un modelo o un criterio para lograr una “buena muerte”.

Las mujeres en estudio se encuentran en la etapa del ciclo de vida edad adulta intermedia (40 a 60 años). Para Erickson esta etapa se caracteriza por la

capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes. En relación, a la pareja en caso de existir se consolidó ya en la etapa anterior por lo que ahora desarrolla la capacidad de criar y relacionarse con sus hijos ya crecidos. Los adultos a esta edad participan de esta tarea siendo padres, profesores o guías de la juventud. También sus cuerpos les envía señales de que ya no son tan jóvenes, ágiles ni vigorosos como antes.

El duelo en esta etapa de la vida y con la muerte de sus padres ésta se percibe como una idea concreta debido a que se sabe muy dentro de sí que también van a morir. Con este profundo conocimiento, la gente en edad adulta intermedia percibe el tiempo de una forma nueva, antes pensaban de sus vidas en términos del número de años que habían vivido desde su nacimiento; sin embargo ahora piensan en el número de años que les restan antes de morir y sobre la manera como vivirán la mayor parte de esos años (Neugarten, 1967).

Los discursos acerca de cómo han enfrentado este proceso de su vida, su enfermedad y los tratamientos, implica una parte sustancial de este análisis, en tanto que las representaciones sociales que tenían antes del diagnóstico implicó para las paciente un quiebre en sus vidas. Y también cómo la participación en el grupo de apoyo institucional ha significado un aporte en la elaboración y avance en las etapas del duelo definidas anteriormente.

“... cuando llegué al grupo no sabía lo que quería, me ofrecieron esta oportunidad y la acepté porque me dijeron que sería importante... yo estaba muy mal... estando en el grupo encontré compañía y mujeres que padecían mi misma enfermedad, ellas habían terminado algunos tratamientos, como la quimioterapia y yo recién estaba empezando...ahora se que la muerte puede estar

más cerca de lo que me imagino, me importa , claro, sólo se que ahora cada día es importante y vale vivirlo intensamente...”

La interpretación que es posible realizar de ellos reivindica precisamente la multiplicidad de las experiencias frente a las etapas de un duelo, esa respuesta psicológica que efectúan las pacientes frente a la enfermedad. En la mayoría de los casos presentados se encuentran en una etapa de depresión y aceptación inicial debido a que se encuentran en un 95% en terapia hormonal, lo que significa que están en un proceso de contención de la enfermedad, en un control médico constante que las obliga a realizarse exámenes para detectar la presencia de nuevos focos tumorales.

“...mi llegada al grupo fue con la Janet (amiga), con ella vivimos la experiencia desde cuando nos diagnosticaron a ella la invitaron al grupo y yo fui con ella, ... en el grupo me aceptaron con mi hija y encontré valor para enfrentar la vida, y la muerte ya nos es un problema, uno se puede morir de cualquier cosa, la diferencia es que yo sé que me puedo morir por esto...”

Sin embargo, el espacio de apoyo grupal ha sido valorado como una instancia estable y categórica para hablar del tema, y de cómo van viviendo sus propios procesos tanto internos como familiares; no comparten todas la misma religión, sin embargo, la idea de un ser superior las convoca y las aglutina en torno a experiencias de vida que dan origen a un factor protector que es el sentimiento de “un más allá”, de que la vida terrenal es sólo un momento.

“... el estar con otras personas me sacó de la rabia que sentía, le reclamaba a Dios porque me había pasado esto a mí... me reencontré con el Señor, me acerqué a la iglesia y pude ver la vida de otra forma...”

Surge al interior del grupo una suerte de conversión acerca de lo que es debido, lo que según Freud correspondería al super ego que las orienta a no dejarse morir, se manifiesta a través de las interacciones sociales mediante la afectividad recíproca que surge entre ellas, creando vínculos de amistad y aprecio; independiente de sus distintas concepciones individuales.

Respecto del proceso de categorización planteada Moscovici, es posible establecer que la conducta de los individuos se moldean a través de los estímulos que les proporciona un grupo de referencia, en términos que el proceso de comparación se hace efectivo, es decir, los efectos de influencia directa basada en una identificación con el grupo de pertenencia y las condiciones en que las fronteras del exogrupo se vuelven permeables y provocan cambios sociocognitivos que tienen incluso más importancia, o ser inconscientes.

El término de conversión puede designar a la vez un cambio de opinión o de creencia, lo que necesariamente acompaña un cambio de identidad generando una redefinición de la realidad (Aebischer, Hewtone y Henderson, 1984).

“... siempre había participado: en el colegio de mis hijos, en la capilla pero ahora el grupo es mi espacio, aquí me las he llorado “todas”, en mi casa yo era la fuerte, y a la que nunca le pasaba nada, menos estar enferma,... soy alegre y eso anima

mucho a mis compañeras, ellas se ríen de las tonteras y los chistes que les cuento...”

En el caso de las mujeres con cáncer mamario que participan en la Agrupación Oncológica ha posibilitado que la construcción de un significado colectivo acerca de la enfermedad cáncer mamario, y una forma más adaptativa frente a la situación de crisis familiar y de duelo emocional a la cual se han visto enfrentadas.

“... el grupo fue una oportunidad para dar mucho de lo que yo sabía (manualidades), me convertí en monitora sin quererlo...y estoy en una lucha del día a día...”

“...creo que estar en un grupo me daría la posibilidad de conversar y decir lo que me pasa habitualmente pienso en la muerte, en todo lo que no hice y a lo mejor no alcanzaré a hacer”...

CONCLUSIONES

Las conclusiones finales del estudio acerca de las representaciones sociales de las mujeres con cáncer mamario, atendidas en los establecimientos de salud del Area Sur Oriente, especialmente en el Programa de Oncología de Mamas del Hospital, Dr. Sótero del Río; han sido el producto de un proceso metodológico de investigación.

El carácter cualitativo de esta investigación, permitió visualizar la realidad desde una perspectiva llena de recursos de la comunicación, que permitió captar sentimientos, emociones, expectativas y opiniones, es decir, el encuentro con la subjetividad de las pacientes desde su individualidad como los significados y connotaciones de la actividad grupal en la Asociación de pacientes oncológicas del Hospital Dr. Sótero del Río.

Los discursos de las mujeres en tratamiento por cáncer mamario manifestaban en términos generales dos relaciones determinantes, una de ellas consiste en la etapa de tratamiento en la cual se encontraban y la data de tiempo desde que había sido diagnosticada. La segunda relación determinante de esta investigación fue el nivel de participación y de integración al grupo de apoyo institucional.

La temporalidad de su diagnostico traduce una mayor serenidad en las pacientes con más tiempo de tratamiento, con una adaptación mayor al duelo emocional, observando en ellas un mayor grado de organización interna como familiar ante la crisis que les provocó el diagnóstico de cáncer mamario.

Por otra parte el fenómeno de la participación, tiene repercusiones en muchos de los ámbitos de la vida o sobrevida de estas mujeres. La mayoría de quienes asisten regularmente, el grupo representa en primer lugar una instancia en la cual la horizontalidad y homogeneidad traspasa las individualidades y convoca significados que a pesar de las diferencias particulares de los tratamientos logran establecer un conjunto de representaciones sociales las cuales están teñidas por las relaciones, habilidades y capacidades anteriores a su diagnóstico, no son sólo opiniones, son sus vivencias, sus experiencias, traducidas a un mecanismo de lenguaje que refleja además una carga emocional importante y que concuerdan en la construcción de un significado común a partir de los eventos de sus vidas, las características de personalidad, que ellas mismas tienen y que no fueron objeto del estudio.

Al Respecto se rescata la trascendencia de la subjetividad de los discursos, de cómo esos discursos se encuentran influenciados por el entorno cultural que las cataloga como mujeres populares y como a través del proceso de reflexibilidad y de su condición de enfermedad logran establecer una intersubjetividad que le es común, tanto en el caso de las pacientes que participan de un proceso de participación y de dinámica de un grupo de apoyo; que las fortalece y ha favorecido el desarrollo de una actitud frente al duelo que les otorga una perspectiva más positiva de sus propias realidades, disminuyendo la sintomatología depresiva que las aflige.

En tanto las pacientes que no participan y no han logrado establecer vínculos de apego afectivo o referencial para insertarse, si bien, se conocen en algún grado, debido a que concurren en forma periódica al mismo centro de atención y provienen de sectores comunes y relativamente cercanos unas de otras, se reconocen más tristes y desmotivadas, sienten que el dolor se ha apoderado de ellas y sus

familias, limitándolas en sus capacidades para desenvolverse en plano relacional y de sus actividades cotidianas

Se rescata a través de los discursos como explicación de la no participación en la red de apoyo institucional, la incapacidad económica para integrarse a la red institucional de salud (Agrupación de pacientes oncológicas del Hospital Sótero del Río). A pesar de considerar la inserción social como un factor importante.

En una segunda instancia el motivo de no participación es asociado la dificultad de lograr obtener un espacio propio de desarrollo, distinto a la familia como instancia de expresión, por lo que se concluye y confirma la importancia del proceso de socialización de hombres y mujeres en una sociedad que privilegia al sexo masculino, que constituye visiones, modelos y paradigmas de género que condicionan la conductas y el desarrollo tanto de hombres como mujeres. Y que serían éstos a la luz de la investigación precedente el principal motivo de la no inserción de las mujeres a una red de apoyo.

Debido a que las características de las mujeres que no se han insertado se perciben como más sumisas y dependientes, donde su rol de dueñas de casa prima por sobre los intereses personales, “su lugar está en la casa” y ellas mismas se encuentran en un “segundo plano”. Y sobre todo en la circunstancia de enfermedad en la que se encuentran y que se autoperciben como más dependientes aún.

Ello lo ratifica a que el 100% de las pacientes que no participaban sus esposos y/o parejas no consideraban importante la participación, en muchos casos por el gasto económico que ello les implicaba.

Respecto de las percepciones acerca del proceso integral de tratamiento los énfasis en la están puestos en una valoración positiva de un trato digno en la atención, preferentemente otorgada por el equipo de profesionales, no así en el equipo de personal administrativo y de recepción las que son objeto de críticas por la falta de acogida y atención personalizada e inclusive indiferencia ante la condición de enfermedad que las acoge; este aspecto se observó también en la revisión bibliográfica en el diagnóstico de las prioridades de la formulación de la reforma de salud, que plantea que este personal, que está compuesto por la primera instancia de atención no efectúa su labor priorizando el procedimiento burocrático y documental y no de las persona que solicita la atención, afectando la condición de salud mental de las pacientes que evidentemente se presentan con una mayor vulnerabilidad.

Por otra parte la oportunidad de las atenciones las pacientes la evalúan como una responsabilidad compartida y que de parte del servicio de salud ha sido buena en términos de constituir un servicio público de salud, además con una alta demanda.

La responsabilidad asumida en términos de la atención recibida también hace incapié en la autopercepción de cumplimiento de las indicaciones y tratamientos, los cuales constituyen para las pacientes una norma de vida luego de su diagnóstico, este significado colectivo está muy ligado a la gravedad de la

enfermedad y sus connotaciones culturales negativas, que implican la noción de muerte.

Es por ello que ellas cumplen los tratamientos como una forma de aferrarse a la vida y mejorar el tiempo de sobrevivencia, el tratamiento representa para ellas un sentido del deber y materializar la optimización del tiempo y la intensificación de sus relaciones interpersonales, especialmente con sus seres queridos.

Las representaciones acerca de la participación y el significado colectivo tiene para ellas un sentido de utilidad, en el que la red de apoyo institucional es una instancia en que las identifica, sin sentirse estigmatizadas por su condición de enfermedad.

El grupo de pacientes oncológicas, si bien tiene una connotación institucional, su dinámica y funcionamiento es conducido por ellas mismas a través de una directiva interna, por lo que se asumen autónomas en el desarrollo de las actividades.

Logrando a través de esta organización un alto grado de apoyo por parte del equipo multidisciplinario de salud y también reconocen la importancia de la red institucional (Club de Leones, Prodemu, Municipalidades).

Las características de las representaciones sociales de las pacientes con cáncer mamario en relación, a la autoestima; se definen por un autoconcepto de la femineidad, atribuyendo una connotación muy negativa en las pacientes que han

sido mastectomizadas, que las invade y las supera desde su intimidad, sus senos las identifica como mujeres y madres por lo que visto de esta manera es especialmente negativa, en un segundo lugar el cómo se ven frente a las demás personas y ante su relación de pareja les genera un gran obstáculo.

Desde el sentido de la corporalidad se aprecian mutiladas, con un sentido profundo de pérdida, en el cual se sienten subvaloradas, que desde el plano individual las sobrecoge. En cambio desde la dinámica grupal se abre el tema y se socializa este sentido de pérdida lo cual favorece mucho el proceso de duelo que viven.

En términos generales las pacientes que no han sido mastectomizadas presentan igualmente una alta vulnerabilidad emocional, en la que su autoestima tiene un antes y un después de su diagnóstico; y que tiene que ver con la incapacidad de llevar una vida similar a la que llevaban antes de él, principalmente porque en sus relaciones interpersonales está presente y las estigmatiza o victimiza, ya no son sanas, el cáncer es letal y eso las hace sentirse más débiles e indefensas.

En el plano de las relaciones familiares es importante señalar que este duelo no es sólo vivido por la paciente sino también por su familia, generando procesos psicológicos particulares en cada integrante de la familia. Como así de parientes un poco más alejados como padres, hermanos, primos y amigos; los cuales confluyen a una situación como de despedida, generando procesos de reencuentros y replanteamiento de conflictos antiguos con una resolución mucho más adecuada, que surge que ante una situación de muerte anunciada y que genera un sentido distinto de las situaciones que los provocaron.

Lo cual tiene una traducción desde lo sociológico, en el marco de una cultura occidental en que la muerte no constituye una idea de felicidad y normalidad del proceso de vida de un ser humano, sino impregna una connotación más bien negativa; especialmente en aquellos casos con una baja religiosidad.

Un aspecto importante de resaltar como conclusión en el área de dinámica familiar es la situación de violencia intrafamiliar que reconocían vivir algunas las mujeres antes del diagnóstico de cáncer, (9:54 mujeres, que corresponden a 17% de las pacientes entrevistadas). Las cuales se referían a un tipo de violencia física.

Situación que habría cambiado radicalmente una vez conocido el diagnóstico. Concluyéndose que existen factores que determinan una manera distinta de resolución de los conflictos al interior de las parejas, ante la crisis vital en la que se encuentran estas mujeres. Lo cual nuevamente tiene que ver con los procesos de socialización y reproducción de modelos agresivos. Los varones ante la situación de pérdida de su compañera le permite liberar una emocionalidad reprimida, que en algún grado motiva el cambio de actitud y favorece acceder a un repertorio conductual más amplio que logra evitar la agresión como un mecanismo de resolución de conflictos. Por su parte en la mujer surge con la enfermedad una mayor conciencia de su propia existencia, tanto física como psicológica, logra establecer mayores relaciones entre sus intereses y lo que ha estado realizando en su vida previa al diagnóstico, surge una elaboración distinta de valoración de su persona, lo cual le permite plantearse también de una manera distinta frente a su pareja.

En términos de la inserción social se evidenció en el grupo estudiado que la influencia grupal, al visualizarla como la instancia en la cual se

generan refuerzos positivos, esto crea en ellas, un propósito de cambio frente a la visión de la vida y la relación de pareja antes de la ocurrencia de la enfermedad y la situación actual. Permitiéndole un espacio en que la situación de violencia es conversada con otras mujeres, que al ser además una situación recurrente, las ubica de manera distinta frente al tema.

El manejo del conflicto tanto a nivel familiar como grupal de las mujeres que presentan cáncer mamario puede ser explicado a través del proceso psicológico de categorización y conversión, los cuales demuestran la función normativa de los grupos. Y cómo estos procesos crean pautas comportamentales definidas y arraigadas luego de su enfermedad, que por la experiencia de investigación del grupo estudiado supera la misma dinámica grupal, en cuanto que este grupo vivió momentos de conflicto grupal de difícil resolución, de etapa de toma de decisiones en forma autoritaria, de evidencia de una redefinición de liderazgos y roles dentro del grupo.

Sin embargo las propias características del grupo a pesar de las dificultades internas, logran mantener el funcionamiento y la homeostasis o equilibrio que terminan finalmente por validarlo.

Otro aspecto importante de rescatar acerca del proceso de socialización de los seres humanos, tiene que ver la oportunidades para desarrollar habilidades sociales, las cuales, de acuerdo a la teoría psicológica conductista, efectivamente tiene su mayor influencia en etapas tempranas de la vida, lo que se ha confirmado en la muestra, debido a que las mujeres insertas en la red consultadas referían experiencias previas consideradas como significativas y positivas respecto de la retribución psicológica de la situación grupal.

Se consideró esto como un antecedente no menor y que evidencia la relevancia de los contactos sociales previos a una situación de enfermedad terminal como el cáncer, las pacientes que como evento de su vida contaban con este tipo de experiencias se encontraban en mejores condiciones para enfrentar la enfermedad, se sentían más cercanas a un tejido social.

“no somos las únicas que nos aflige esta enfermedad, hay muchas mujeres como nosotras, y siguen adelante”.

La actitud de las mujeres que contaba con estos elementos les había aportado la elaboración de un duelo emocional menos intenso y más corto en tiempo, además en muchos casos adaptativo, de preferencia en las mujeres que además tienen hijos en edad escolar, de menos edad por tanto, y con un rol distinto en la etapa del ciclo de vida de la adultés, en que se vieron aquejadas por esta enfermedad.

En definitiva la iniciativa de establecer grupos de apoyo institucional para pacientes con cáncer mamario constituye una fortaleza a nivel salud, que consiste en ampliar por una parte el espectro de enfoque biopsicosocial de enfrentamiento de las patologías, y además en que el grupo constituye un factor protector referido a una población con características específicas y además ejercer una labor de contención también actúa en la promoción de la salud, de educar en el autocuidado y fomenta una prevención a partir de la experiencia de enfermedad de las pacientes, al menos en sus entornos inmediatos, lo cual tiene una directa relación con los factores de riesgo de la enfermedad, que establece que los lazos familiares por vía materna, es decir, hijas, hermanas, sobrinas, cuentan con un alto porcentaje de riesgo de incidencia de llegar a desarrollar el cáncer mamario.

APORTE DEL ESTUDIO AL TRABAJO SOCIAL

A partir del trabajo de investigación efectuado con el grupo de pacientes en control por la patología de cáncer mamario en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, es posible realizar reflexiones acerca de la intervención del Trabajo Social como disciplina en el marco de cuatro ejes de análisis que se desarrollan a continuación:

Cuestionamiento ético de la realidad en la identificación de la paciente oncológica.

La evaluación profesional desde la mirada del trabajador social de las pacientes oncológicas, tiene características complejas desde el inicio de la relación paciente – trabajador social, por cuanto la multiplicidad de factores que inciden en el estado anímico de las pacientes requiere también una múltiple concentración de energía que favorezca un proceso de intercambio, que trasciende a la contención psicológica de la paciente, es decir, exige una visión de la realidad muy positiva y optimizadora de los factores favorecedores que pueda presentar cada caso en particular, la claridad para identificar estos aspectos, posibilitarán el acercamiento a la reorganización emocional que emprende la paciente con una cierta expectativa de sobrevida.

El trato directo con pacientes con una enfermedad catastrófica, como el cáncer, requiere del profesional que interviene, una mirada de integralidad del ser humano, es decir, biológica, psicológica y social y además una postura frente a la vida en términos amplios, independiente de concepciones metafísicas y religiosas, en cuanto posibilite procesos empáticos y capacidad de promoción con las pacientes, que sin embargo, están inevitablemente mediados por la subjetividad

del profesional a cargo; por lo que la lucha con la objetividad y el deseo de crear procesos de resolución ante los conflictos es permanente y nos lleva a la reflexión acerca de los esfuerzos a realizar por personas que presentan ya un diagnóstico reservado acerca de la cantidad de tiempo que vivirán.

Por lo que esta lucha entre la vida y la muerte de las pacientes y el esfuerzo entre la subjetividad y la objetividad de la atención, que muchas veces tiene que ver con la distribución de recursos, requieren estructurar muy prolijamente criterios de prioridad.

Son precisamente este tipo de discriminación ética la que implica una valoración de los equipos multidisciplinarios que atienden los casos. Y la importancia de optimizar el apoyo mutuo, evitando la segregación disciplinaria.

Constituye casi una responsabilidad doctrinaria de la profesión el establecer relaciones adecuadas y favorables que motiven la situación laboral y signifiquen individualmente una reevaluación consciente de valores y representaciones sociales positivas.

Por otra parte, también están en juego las propias características del trabajador social en esta compleja área de atención y que dicen relación con las capacidades y herramientas para enfrentar la intervención de acuerdo a modelos estructurados, lo cual implica también una disposición al desarrollo personal y profesional constante. Es y debe ser más que el cumplimiento de protocolos de atención estandarizados impuestos por los sistemas centrales de atención.

La valoración profesional de la Participación y la constitución de Grupos de Apoyo institucional.

Cuando el trabajador social presenta una convicción clara acerca de la condición humana en tanto “ser social”, constructor de sus espacios de referencia y agente de la resolución de sus conflictos, constituye éste el punto de partida para identificar potencialidades en las pacientes, para involucrarse, a pesar de su patología, con otras personas, sean desconocidas o tal vez su propia familia y cómo este estímulo otorga elementos de satisfacción y bienestar individual y colectivo.

La fortaleza que reivindican el tejido social nos expone a todos, profesionales, pacientes, familia, en un espacio y tiempo definidos que vale la pena conocer e investigar en sus detalles.

La metodología de intervención grupal supone el conocimiento acerca de la historia y constitución de los grupos, su dinámica y conceptos relacionados. Es por tanto un poco complejo de abordar sin mencionar los procesos que implican la relación grupal cuya característica de interdependencia entre los miembros desde cualquiera de las miradas psicosocial, sistémica o conductista u otras que la veamos implicará un mundo de conexiones que afectarán nuestra individualidad y también el círculo de relaciones que mantengamos.

Ahora bien, cualquiera que sea nuestra postura metodológica y profesional acerca de la participación en grupo nos lleva a la relevancia de considerar la participación social como mecanismo lleno de posibilidades en que las

personas pueden lograr procesos de aprendizaje, desarrollo de habilidades que afectarán su vida cotidiana, disminuyendo por una parte el stress y la conciencia de estar insertos en un contexto, que por más desfavorable que éste sea, no están solos, y pueden con el compartir su vivencia, experimentar un sentido de vínculo importante que permitirá ver la vida desde otras miradas.

Es en este contexto en el que el trabajador social realiza un verdadero aporte, haciendo una apuesta a reivindicar valores, en busca de un sentido nuevo de la vida, a través de un sentido de la democracia y la horizontalidad de las relaciones. Si bien la intervención a nivel grupal constituye una dimensión metodológica, será en este espacio el que requiere un trabajador social comprometido y con una convicción clara y consistente respecto de la valoración del ser humano promotor de su propio cambio, de la resolución de sus conflictos, y transformador de su propia realidad, ya no de una forma aislada sino a partir de sus contactos y de la amplitud de visiones que le otorga gratuitamente y como un regalo la participación grupal.

Creer en la fuerza de la participación y los procesos que allí se suscitan en las personas no puede ser una opción personal en el ámbito de trabajo de nuestra carrera sino debe tener un enfoque metodológico, crítico y esperanzador en las relaciones cooperativas, más aún, en situaciones de alta complejidad como la realidad de las pacientes con cáncer mamario.

La relevancia de los aportes del modelo de intervención en red y sus alcances.

El desarrollo de la precedente investigación social, nos permite vincular estrategias y modelos de intervención, es en este aspecto que la metodología de red es una bandera de lucha, para el trabajador social moderno, en cuanto, la relación de los recursos existentes serán siempre insuficientes para las necesidades complejas, en una sociedad cuya distribución de capitales se presenta con grandes desproporciones.

Es por tanto un gran desafío para el trabajador asumir una labor profesional con el encanto de ejercer un rol articulador de estos recursos, crear vínculos de intercomunicación que ponga en contacto personas e instituciones con un grado de formalidad y de actitud personal para el desarrollo de procesos de transformación social.

Los alcances comunicacionales en esta era de la tecnología, posibilita una recursividad eficiente, que a través de la capacidad de gestionar interrelaciones posibilita un enfrentamiento efectivo de las problemáticas sociales; sin embargo, requiere por otra parte, establecer compromisos de ser parte de una red, asumir una decodificación de la realidad en términos conceptuales que está siempre puesta en juego y que favorece procesos de desarrollo profesional, de reconceptualización del rol del trabajador social.

Aunar esfuerzos, no en la asistencialidad de entrega de beneficios, que por una parte son inevitables, por la precariedad y urgencia de las problemáticas sociales; sino también integrar una mirada de ser humano en tanto sujeto colectivo,

donde cada persona individualmente supone el desenvolver un proceso racional y relacional compartido que conlleve a la comprensión de los obstáculos que operaron para que el problema se produjera, es decir requiere una percepción colectiva de la dificultad y el compromiso de un número considerable de implicados participando en su resolución.

La construcción social se da por la interacción sujeto- sujeto en la experiencia social donde los roles de unos y otros son diferentes, aportando cada uno su propia especificidad. Es entonces el abordaje en red el que sitúa al trabajador social con una mirada de lo que ocurre como algo estático y externo, sino más bien, lo construye conjuntamente con el otro, convirtiéndose en sujeto y objeto a la vez reunidos por una acción comunicativa y cooperativa.

El vínculo de la relación paciente – trabajador social implica un intercambio recíproco, mediado por la relación de tipo afectiva – técnica – intelectual y valorativa, a través de un proceso de deliberación, donde cada uno tiene una cuota de responsabilidad.

Integración de los distintos niveles de atención en Salud y los aportes de los trabajadores sociales a los equipos multidisciplinarios de salud y locales.

Otra gran reflexión la constituye la visión de un trabajador social comprometido con el trabajo en red, y vinculado en equipos multidisciplinarios que ponga su énfasis en la transmisión de valores y una racionalidad para incorporarse a ellos con la mirada de integralidad del ser humano, en el caso de la intervención con las mujeres con cáncer mamario, con una idea clara de que la sobrevida constituye

un espacio de trabajo no menor que con pacientes con patologías con un mejor pronóstico.

Constituye un espacio de trabajo donde es posible articular la dimensión educativa y promocional del nivel primario, con la dimensión de tratamiento y también de rehabilitación en un continuo, donde principalmente puede ejercer un rol de prevención de la patología en las mujeres. Por cuanto, una línea de intervención debe apuntar a afectar el control oportuno y la masificación de información para disminuir el riesgo de un diagnóstico avanzado de la enfermedad.

En el cual existe la certeza de la existencia que un grupo de alto riesgo constituido por las familiares mujeres de la línea materna que han padecido la enfermedad.

El trabajo en red apunta a encontrar las potencialidades a partir de las múltiples necesidades que presentan las personas en el ámbito social, lo que confirma la mirada de Manfred Max-Neef respecto de que las carencias pueden ser el motivo generador de recursos internos como externos para enfrentar la opción de los satisfactores.

Que por ejemplo en el grupo estudiado queda reflejado en términos de la experiencia de haber sido capacitadas por el PRODEMU, en la especialidad de Repostería.

Luego por iniciativa y coordinaciones de las propias pacientes obtuvieron hace un año la implementación de una cocina con equipamiento industrial, ejerciendo en ellas una gran motivación, debido a que les ha permitido desarrollar venta de empanadas y otros que son comercializados al interior del recinto hospitalario y constituye una forma de obtención de recursos para actividades recreativas como por ejemplo viaje a la ciudad de Mendoza en Argentina, por cinco días a 20 integrantes del grupo.

Esto que parece ser sólo el relato de eventos poco estructurados, dan cuenta de la importancia de cómo el trabajador social puede establecer un abordaje de las problemáticas en red, y que ésta constituye una metodología de relevancia, mediante la cual sí es posible reconstruir fenómenos sociales a partir del significado de las propias pacientes, es decir a través de la perspectiva cualitativa de la realidad (Valles, 1997), que finalmente provoquen en las personas y los profesionales la optimización de los recursos y capacidades que poseen en torno a un objetivo final que es la transformación social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alpert Harry, 1986

"Durkheim". Editorial Fondo de Cultura Económica.

American Cancer Society, 1996

Oncología Clínica, 2da. Edición, Cap. 12 N° 559, publicación científica, U.S.A.

Ander Egg Exequiel , 1996

"Una noción para el desarrollo", Argentina, ed. Paidós.

Arraztoa J. Y Orlandy L, 1989

"Avances en Oncología" Vol. III N°1, ed. Soc. Medica de Santiago.

Asún Domingo, 1994

"Acerca del Enfoque Psicosocial o la superación de una visión biomédica de los fenómenos sociales" En: Revista Chilena de Psicología, Vol 15 N°1.

Avendaño O., 1979

Epidemiología y diagnóstico en patología mamaria, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol XLIV (6).

Ayestarán Sabino, , J.Francisco Morales, María Soledad Navas, Fernando Molero, Francisco Gil, Miguel García Sáiz, Pilar González López, Agustín Echebarría Echabe, J. Francisco Valencia Gárate, Juan José Orrospide y Javier Cerrato, Mtz-Taboada Claude, Darío Páez, José Márques, Patricia Insúa y Fabio Lorenzi-Cioldi, 1996.

"El grupo como construcción social", España, ed. Plural Ediciones.

- Baeza R., 1992 "Cáncer de mama" Revista de Cirugía de Chile, Santiago de Chile, ed. Alpes.
- Blanco A. 1987 "La perspectiva histórica en el estudio de los grupos", en C. Huici **Estructuras y Procesos de Grupo**, Madrid, España, Editorial UNED.
- Bhaskar R., 1989 **El conocimiento de la realidad social**, "La poética de la transformación social y los límites del paradigma lingüístico", en t. Ibáñez, Barcelona, ed. Sendai.
- Bleichmar Herald, 1987 **La depresión un estudio psicoanalítico**, Buenos Aires, ed. Nueva Visión.
- Bodi R. y Giralt J., 1994 "Principios de oncología radioterápica", Rev. Sandorama, España.
- Boeninger Julio Edgardo, 1984 Participación: Oportunidades Dimensiones y Requisitos para su desarrollo Centro de documentación Programa Economía del trabajo No 6.
- Bond C.F., 1982 "Social facilitation: A self presentational view, Journal of personality and Social Psychology". U.S.A.
- Caplan Gerald, 1964 **Principles of Preventive Psychiatry basic books**, New York, sin ed.
- Chadi Mónica, 1996 **Redes Sociales en el Trabajo**

- Social**, Argentina, Ed. Espacio.
- Claire Selltiz, Lawrence S.,
Wrightsman , W. Cook Stuart,
1998 **Métodos de Investigación en las
Relaciones Sociales**, Ed. Ediciones
Rialp.
- Cooley Ch. H., 1909 Social Organization. A Study of the
Larger Mind, Nueva York, Ed.
Scribner.
- Corporación Nacional del Cáncer
(CONAC) 2001 “Estudios Estadísticos”, Chile, ed.
CONAC.
- Danziger F., 1983 “A theory of objective self-awareness,
Nueva York, Ed. Academic Press.
- De los Rios Danae, 1995 “La exclusión Social en Chile”
Santiago de Chile”, ed. Mimeo.
- Durán Blanca y Figueroa Lucila,
1987 Ministerio de Salud Chile, Servicio
de Salud Sur Oriente, **Normas para
la pesquisa y control del cáncer de
mamas**. Santiago, ed. S.S.M.S.O.
- Erickson Erick, 1968 **Identity Youth and crisis**, New
York, ed. Norton.
- Fernández G., 1998, **“Metodología del Trabajo en
Red”**, Buenos Aires ed. Espacio.
- Flisfich, Angel, 1980. “Algunos problemas conceptuales
en el análisis de la participación”,
ed. CEPAL/ILPES.
- Florenzano Ramón , 1984 Revista de Psiquiatría, “Salud

- Mental y ciclo vital”, Vol. año 1, N° 4 Oct- Dic 1984, Chile, Ed. Alfabet.
- Floréz A. , 1994 **La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos.** España: Ed. Edika Med.
- Frankl Victor, 1998 **En búsqueda de sentido,** España, Ed. Soles.
- García-Ferrando L., 1992 **Métodos de investigación cualitativa y técnicas de recolección”,** Argentina, ed. Andes.
- Garrido Lucy, Molina Natacha, Ortíz Marcela, 1996 **Plataforma de Berig 95 Un instrumento de acción para las Mujeres,** Santiago Chile, Ed. Andros.
- Instituto Nacional del Cáncer de España, 2002. España, El Cáncer, Informe actualizado al 04/11/2002, [www Instituto Nacional del Cáncer NCI](http://www.instituto-nacional-del-cancer.es).
- Jaramillo, J. “El cáncer: Fundamentos de oncología, análisis del problema en Costa Rica”, San José - Costa Rica Ed., de Universidad de Costa Rica.
- Klefbeck J., y Ogden T., 1994 Nettverk og Ekologi. Problemløsende arbeid med barn og ungdom, “Los conceptos de la perspectiva de red y los métodos de abordaje en red”, Oslo, Noruega, ed. Tano.
- Kubler –Ross Elizabeth, 1975 **Etapas del Desarrollo Humano**

- “Muerte: la etapa final del crecimiento”, Estados Unidos, policopiado sin/ ed
- Le Bon G., 1985
- La Psychology des foules**, París, Francia, Editorial Alcan.
- León A., 1992
- “Cáncer de mama” Revista Chilena de Cirugía, cap.29, Santiago de Chile, Ed. Apes.
- Macdougall W., 1920
- The group Mind**, Nueva York, Editorial G.P. Putnam's sons.
- Mac Clure Oscar y Urmeneta Roberto, 1992.
- "La Exclusión Social en Chile", En Revista Internacional del Trabajo, Vol 118 , Santiago de Chile, Ed. Mimeo.
- Magendzo S. y Toledo M., 1994.
- “Planificación Participativa y Salud Comunitaria”, ed. PIIE, Santiago, Chile.
- Moltedo Cecilia, Hopenhayn Martín, 1998.
- “La gran diferencia entre expectativas y logros se siente como violencia” Revista Instituto Carlos Casanueva año 3 No. 7 y 8 Santiago Chile, sin ed.
- Martínez Roberto, en Compilaciones de Elina Dabas y Denise Najmanvich, 1986.
- Redes, El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil**, “Redes sociales, más allá del individualismo y del comunitarismo”, policopiado sin ed.
- Max-Neef Manfred, , Antonio
- Desarrollo a escala Humana, Una**

- Elizalde y Martín Hopenhayn 1968. **Opción para el futuro**, “Desarrollo y Necesidades Humanas”; “Hacia un desarrollo autodependiente” y “Sobre el mundo invisible”, Suecia, ed. Cepaur Dag Hammarskjold.
- Merton Robert, 1999/2000 "Teoría y estructura sociales" Editorial Fondo de cultura Económica.
- Miller E.J. y Rice A.K., 1967 *Systems of Organization: The control of tack an sentient boundaries*, Londres, Editorial Tavistock Publications.
- Ministerio de Planificación Nacional, 2002. Encuesta de Estratificación socio-económica, CASEN, Santiago de Chile
- Ministerio de Salud Chile, 2001. División Programas de Salud. Departamento epidemiología y Mortalidad por Cáncer en Chile. Santiago MINSAL
- Ministerio de Salud. Chile, 1997. “Reforma de Salud”, Chile, ed. MINSAL
- Ministerio de Salud Chile. 2002 División de Salud de las Personas **Diseño de implementación de las prioridades de salud**, Reforma Programática Chilena, Santiago de Chile, ed. MINSAL.
- Ministerio de Salud Chile, 2004 “Conceptos Promoción en Salud a partir de Ottawa 1986, Adelaida 1988, Sundawall 1991”, ed. MINSAL.

- Ministerio de Salud Chile, 1994. **Objetivos Santarios 2000 – 2010.**
División de Epidemiología
www.minsal.cl
- Molledo Cecilia, 1991. “Violencia Doméstica”, Revista
Instituto Carlos Casanueva año 3
No. 7 y 8 Santiago Chile.
- Morales, J.F. 1987 “El estudio de los grupos en el
marco de la Psicología Social”, en
C. Huici **Estructura y procesos de
grupo**, Madrid, España, ed. UNED.
- Moscovici Serge, Gabriel Mugny
y Juan Antonio Pérez, 1998. **La influencia Social Inconsciente,**
Estudios de psicología
experimental, Ed. Antropodos
Barcelona.
- Municipalidad de Puente Alto,
1996. “Resolución N°753” y “Estatutos
para organizaciones comunitarias
funcionales”, sin ed.
- Pérez-López F, 2001. Recent developments in
Gynecology and Obstetrics, Nueva
York, ed. Genazzani.
- Phao, Organización
Panamericana de Salud, 1987. “Datos patología oncológica
notificados de Chile, y actualizados
para el año 2001”. Ed. Phao.
- Programa de Naciones Unidas
para el Desarrollo (PNUD), 1998 Informe anual 1998. www.pnud.cl
- Pratt Henry “Diccionarios de sociología”. Editor
Fondo de Cultura Económica.

- Puga M., 1983
 “Tratamiento conservador en cáncer de mamas”, Rev. Chilena de obstetricia y ginecología; XLVIII (1): 27 – 29.
- Salinas J. 1996
 Revista de Trabajo Social N°68/1996, Cap. Participación social en el sistema Público de Salud en Chile, ed. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Saravia Héctor, Montero Claudio, Careaga Selva, 1994.
Conceptos básicos y Herramientas para la prevención CONACE Programa OEA/CICAD-CHILE/ CONACE Política y Plan Nacional de Prevención de Drogas.
- Shäfers B., 1984
Introducción a la sociología de los grupos, España, Editorial Herder.
- Schoeck Helmut, 1985.
 "Diccionarios de Sociología" Editorial Herder.
- Scioveletto , 1986.
 "Diccionario de Sociología" Editoriales Paulinas.
- Silver Hilary, 1994.
 "La exclusión social y solidaridad social: Tres paradigmas" En: Revista Internacional del Trabajo, Vol 113, núm 5-6 OIT .
- Steiner, I.D. 1974
 “Whatever happened to the group in social Psychology”, Journal of Experimental Social Psychology.

Swaw, M.E., 1980.

Dinámica de grupo, Barcelona, Ed. Herder.

Valles Miguel, 1997.

Técnicas de Investigación Cualitativa, policopiado sin ed.

Vives E., 1992

“Cáncer de mamas”, Revista Chilena de Cirugía, Cap. 29, Santiago de Chile, Ed. Apes.

Weber Max, 1890.

“El capital humano”, policopiado sin ed.

Weissman M. y Klerman G., 1977.

Sex differences and the epidemiology of depression, Estados Unidos, Ed. Archives General of Psichiatry.

ANEXOS

1.- Operacionalización de variables

2.- Guión de entrevista

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

DEF. OPERATIVA	DIMENSION	INDICADOR	ITEM
Proceso integral de Tratamiento:	Percepción sobre el tratamiento	Opinión positiva de las atenciones	1.-Cuál es su opinión acerca de la calidad de la atención del Programa de Oncología
Es el conjunto de procedimientos definidos por el equipo multidisciplinario de la Unidad de Oncología SSMSO, tendientes a realizar un abordaje biosicosocial de la patología cáncer mamario.	Autopercepción acerca del cumplimiento del tratamiento e indicaciones	Opinión negativa de las atenciones	2.- Luego de su diagnóstico de cáncer sus atenciones han sido oportunas
		Valoración positiva	3.- Ud. considera que ha recibido un trato digno del Programa de Oncología
		Valoración negativa	4.- Ha sido atendida de acuerdo a las horas dadas
			5.- Cuando el servicio ha requerido cambiar la hora de atención Ud., ha sido informada oportunamente.
			6.- Ud. considera que ha cumplido con el tratamiento y las indicaciones que le ha dado el equipo de oncología.

DEF. OPERATIVA	DIMENSION	INDICADOR	ITEM
Representaciones Sociales: Corresponde a la valoración subjetiva que poseen las mujeres en control por cáncer mamario en el SSMSO respecto del proceso integral de tratamiento y su inserción o no en la Agrupación de Pacientes Oncológicas (APO)	AUTOESTIMA	autovaloración: - Física - Intelectual - Espiritual - Vida afectiva - Vida sexual	1.- Cómo se percibía físicamente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario 2.- Cómo se percibía intelectualmente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario 3.- Cómo se percibía espiritualmente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario 4.- Cómo se percibía su vida afectiva antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario 5.- Cómo se percibía su vida sexual antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario
	DINÁMICA FAMILIAR	- Comunicación - Cumplimiento roles familiares. - Manejo del conflicto - Eventos de VIF - Abuso de drogas y/o alcohol - Presencia patología grave o crónica en otro integrante de la familia	6.- Cómo afectó su diagnóstico a su familia 7.- Cómo ha sido la comunicación en su familia antes y después de su diagnóstico 8.- Cómo se han asumido los roles en su familia antes y después de su diagnóstico 9.- Cómo se han resuelto los conflictos en su familia antes y después de su diagnóstico 10.- Existía VIF en su familia antes y/o después de su diagnóstico 11.- Existía consumo de drogas y/o alcohol en su familia antes y/o después de su diagnóstico 12.- Cómo se ha enfrentado el manejo de otro integrante de su familia con enfermedad grave o crónica, antes y después de su diagnóstico.

DEF. OPERATIVA	DIMENSION	INDICADOR	ITEM
<i>Representaciones Sociales:</i> Corresponde a la valoración subjetiva que poseen las mujeres en control por cáncer mamario en el SSMSO respecto del proceso integral de tratamiento y su inserción o no en la Agrupación de Pacientes Oncológicas (APO)	INSERCIÓN SOCIAL EN “AGRUPACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICAS” (APO)	Valoración de elementos emocionales afectivos y/o racionales que reflejan vínculos , satisfacción de necesidades, respecto de su inserción o no a la (APO)	13.- La participación en la Agrupación de pacientes oncológicas se ha reportado algún beneficio 14.- Le ha ayudado su participación en la Agrupación de Pacientes Oncológicas a enfrentar su tratamiento. 15.- Si Ud., no ha participado en la APO cómo ha enfrentado su tratamiento 16.- Usted cree que le ayudaría en algo participar en la APO 17.- Cuáles han sido los motivos por los que Ud., no ha participado.

GUION DE ENTREVISTA

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS O DE ENCUADRE BIOGRAFICO

- 1.- EDAD _____
- 2.- ESTADO CIVIL _____
- 3.- CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE _____
- 4.- ESCOLARIDAD _____
- 5.- ACTIVIDAD _____
- 6.- N° HIJOS Y EDAD _____

1.- VARIABLE: Tratamiento

7.- ¿Cuál es su opinión acerca de la calidad de la atención del Programa de Oncología?

8.- ¿Luego de su diagnostico de cáncer Ud. considera que le han atendido oportunamente?

9.- ¿Ud. considera que ha recibido un trato digno del Programa de Oncología?

10.- ¿Ha sido atendida de acuerdo a las horas dadas?

11.- ¿Cuando el servicio ha requerido cambiar la hora de atención Ud., ha sido informada oportunamente.?

12.- ¿Ud., considera que ha cumplido con el tratamiento y las indicaciones dadas por el equipo de oncología.?

II. VARIABLE: Participación

13.- Asiste o no asiste a Agrupación de Pacientes Oncológicas (APO) y porqué

14.-¿ Conoce Ud., los objetivos de la APO?

15.- ¿Ha participado antes de su Diagnóstico en grupo?

16.- ¿Participa en otro grupo actualmente?

17.- ¿Cuál es su rol en la APO?

18.- ¿Reconoce las normas de la APO?

19.- ¿Cumple con los compromisos ante la APO?

III.- VARIABLE: Representaciones Sociales

20.-¿Cómo se percibía físicamente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario?

21.- ¿Cómo se percibía intelectualmente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario?

22.- ¿Cómo se percibía espiritualmente antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario?

23.- ¿Cómo se percibía su vida afectiva antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario?

24.- ¿Cómo se percibía su vida sexual antes y después de su diagnóstico de cáncer mamario?

25.- ¿Cómo afectó su diagnóstico a su familia?

26.-¿ Cómo ha sido la comunicación en su familia antes y después de su diagnóstico?

27.- ¿Cómo se han asumido los roles en su familia antes y después de su diagnóstico?

28.- ¿Cómo se han resuelto los conflictos en su familia antes y después de su diagnóstico?

29.- ¿Existía VIF en su familia antes y/o después de su diagnóstico?

30.- ¿Existía consumo de drogas y/o alcohol en su familia antes y/o después de su diagnóstico?

31.- ¿Cómo se ha enfrentado el manejo de otro integrante de su familia con enfermedad grave o crónica, antes y después de su diagnóstico?

32.- ¿Qué beneficio cree Ud., que le ha reportado algo su participación en la APO?

33.- ¿Si Ud., no ha participado en la APO cómo ha enfrentado su tratamiento?

34.- ¿Usted cree que le ayudaría en algo participar en la APO?

35.- ¿Cuáles han sido los motivos por los que Ud., no ha participado.?

