

**CÁNCER DE MAMA: PERCEPCIONES Y CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL
DE MUJERES MASTECTOMIZADAS**

Cáncer de Mama: Percepciones y Caracterización Psicosocial de
Mujeres Mastectomizadas

Universidad Del Rosario

Maestría en Estudios Sociales

Roberto Acosta Peralta

BOGOTÁ, COLOMBIA

JUNIO DEL 2017

Presentación del Proyecto

Este documento ofrece un análisis de las percepciones que existen en torno a la problemática del cáncer de seno y a su vez recopila información sobre la situación psicosocial de mujeres que han sufrido este tipo de cáncer. Para ello, en primer lugar, se hará un revisión teórica y conceptual sobre la construcción de conceptos como *género* y *cuerpo* a la luz del cáncer de seno¹, el cual es considerado un problema de salud pública. A su vez, se logra evidenciar que tipos de desigualdades y diferencias están presentes en las secuelas patológicas que deja esta enfermedad.

El cáncer de seno es una problemática creciente no solo en Colombia si no en el mundo entero. Las tasas de incidencia globales en países en vías de desarrollo se han incrementado en las últimas dos a tres décadas convirtiendo este tipo de cáncer en un tema salud pública y llamando la atención de la gran mayoría de naciones. En los países desarrollados, que históricamente presentaron las tasas más altas de incidencia, se han venido reduciendo paulatinamente gracias a los fuerte esfuerzos en temas de concientización, diagnósticos oportunos y el mejoramiento en lo tratamientos.

De esta manera, el proyecto busca hacer un análisis cualitativo y cuantitativo que de cuenta de las percepciones que giran entorno a esta enfermedad, y la situación psicosocial de mujeres que han padecido cáncer de seno. Es fundamental trabajar con mujeres que han vivido esta experiencia y lograr reconstruir la trayectoria de la enfermedad para posteriormente centrarse en los proceso de rehabilitación e incorporación. El trabajo recopila la información de mujeres sobrevivientes, algunas percepciones sociales sobre la enfermedad y un análisis sobre campañas enfocadas en la problemática. De esta manera se logró caracterizar y profundizar en el conocimiento de esta enfermedad.

¹ Cáncer se mama se entiendes principalmente como un concepto médico y cáncer de seno tiene una concepción más cultural. Se usarán indistintamente a lo largo de este trabajo.

Tabla de Contenidos

Presentación del Proyecto	2
Planteamiento del Problema	5
Objetivo General:	6
Objetivos Específicos:	6
Justificación	7
Elementos Contextuales del Cáncer de Seno	9
Diagnóstico	9
Una aproximación al Cáncer de Seno	9
Factores de Riesgo.....	14
Métodos de Diagnostico y Tratamiento (Mastectomía)	17
Acceso a Sistemas de Salud.....	24
Problemática en el Mundo y Colombia	29
Tratamiento y Atención Psicosocial de las Mujeres Mastectomizadas	33
Tratamiento y respuesta médica.....	33
Atención Psicosocial con cáncer de seno/mujeres mastectomizadas	36
Marco Político y Normativo	39
Marco Conceptual	41
De la importancia del Cuerpo	42
Cáncer de mama y Género.....	44
Metodología	48
Resultados	55
Conclusiones	81
Recomendaciones	83
Desarrollo de Producto (Brasier):	94
Anexos:	95
Matriz de Marco Lógico.....	95
Trabajos mujeres LCCSB.....	98
Bibliografía:	101
Ilustraciones	
Ilustración 1 Tejido mamario normal Fuente: American Cancer Society.....	10
Ilustración 2 Carcinoma lobulillar in situ Fuente: American Cancer Society.....	11
Ilustración 3 Carcinoma ductal in situ Fuente: American Cancer Society.....	12
Ilustración 4 Ganglios linfáticos	13
Ilustración 5 Mamografía Fuente: American Cancer Society	17
Ilustración 6 Fuente: MRI de seno American Cancer Society	19
Ilustración 7 Biopsia aguja fina	20
Ilustración 8 Biopsia aguja gruesa.....	20
Ilustración 9 Mastectomía parcial Fuente: American Cancer Society.....	21

Ilustración 10 Mastectomía radical Fuente: American Cancer Society	22
Ilustración 11 Tres esferas de análisis. Fuente: Elaboración propia	49
Ilustración 12 Árbol de Problemas	51
Ilustración 13 Árbol de Objetivos.....	51

Tablas

Tabla 1 Estado clínico inicio tratamiento/seguridad social.....	25
Tabla 2 Mortalidad por Cáncer de mama. Fuente: SDS-DIRECCION DE SALUD PÚBLICA- AREA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	32
Tabla 3 Muestra encuestados percepciones mujeres mastectomizadas.....	54
Tabla 4 Categorías de análisis, Instrumentos, técnicas.....	55
Tabla 5 Análisis grupos focales.....	56
Tabla 6 Análisis grupos focales.....	58
Tabla 7 Análisis grupos focales. Apoyo familiares, doctores, pacientes.....	59
Tabla 8 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Desinterés	61
Tabla 9 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Temor/susto.....	62
Tabla 10 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Información.....	62

Pantallazo

Pantallazo 1	79
Pantallazo 2	80

Planteamiento del Problema

Las mujeres víctimas del cáncer de seno deben enfrentarse a una enfermedad compleja compuesta por muchos procesos que hacen que la enfermedad no se limite a los temas del diagnóstico y los tratamientos, sino que también deben sobrellevar un proceso mucho más extenso a la hora de la rehabilitación e incorporación a sus actividades cotidianas. El psicooncólogo Gonzalo Rojas-May escribe en el artículo *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama* sobre este tema mencionando lo siguiente: “La multifactorialidad del cáncer cobra especial significación en el cáncer de mama. Los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer (“una larga y penosa enfermedad”) hacen que continúe siendo vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas” (Rojas-May. G, 2006).

Por más que sea beneficioso para la problemática general del cáncer de seno, el que se le de una especial importancia a la divulgación de la promoción y prevención (PyP), esto pareciera dejar a un lado la visibilización del resto de procesos que las mujeres y sus familias tienen que experimentar. El Plan Nacional Para el Control del Cáncer (2012) reconoce esta falencia: “De otro lado es necesario reconocer la baja cobertura que existe en el país de servicios de rehabilitación y de cuidado paliativo relacionados con cáncer”. No es solo que exista una baja cobertura, ésta cobertura también está centralizada en las principales capitales del país, creando mayores niveles de desigualdad.

De esta manera, se establece como premisa principal de este trabajo, el que no existen unos lineamientos que mejoren la intervención social para la atención psicosocial de mujeres mastectomizadas pues, es importante empezar a generar bases que apoyen a las instituciones en la prestación de servicios de rehabilitación y los cuidados paliativos. Los lineamientos sirven como base o guía para establecer ciertas características que se deben llevar a cabo con el fin de tener una mejor atención a las pacientes que han pasado por los diferentes tratamientos del cáncer, prestando una especial atención a la mastectomía.

Objetivo General:

Caracterizar los aspectos psicosociales de mujeres mastectomizadas para reconocer la diferencia en la forma como se vive el cáncer de seno en mujeres que lo padecen.

Objetivos Específicos:

- 1) Analizar los principales discursos que se manejan en las campañas sobre el cáncer de seno.
- 2) Identificar diferencias en las experiencias de mujeres diagnosticadas con cáncer de seno que han sido mastectomizadas.
- 3) Identificar percepciones sociales que rodean a las mujeres mastectomizadas.
- 4) Desarrollar un producto (Brasier) que cumpla con características funcionales, formales y estéticas que suplan necesidades de mujeres mastectomizadas encontradas en la investigación.

Justificación

En el año 2010 la Alcaldía de Bogotá publicó un artículo en el cual exponía que el cáncer de mama se había convertido en la primera causa de muerte en mujeres en la capital del país, en donde pasó de tener 271 casos en el 2007 a 331 en el 2009. Desde el período de cinco transcurrido del 2009 al 2014, se muestra que la problemática del cáncer de seno ha ido incrementando sus niveles de mortalidad en la ciudad con una cifras de 442 muertes en el 2014 y con un pico de mortalidad en el 2012 con 479 muertes registradas ese año (Mortalidad por Cáncer de mama. SDS-DIRECCION DE SALUD PÚBLICA- AREA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA). A esto cabe agregarle que cada vez más los países en vías de desarrollo presentan mayores índices de incidencia y mortalidad sobre esta problemática. Hoy en día, el cáncer de seno es un problema de salud pública que merece la total atención del Estado, entidades sin ánimo de lucro y organizaciones privadas.

Sin embargo, hoy en día existen una gran cantidad de campañas enfocadas en la promoción y prevención del cáncer seno. Diversos esfuerzos que se llevan a cabo alrededor del mundo, en especial en países desarrollados, muestran que la detección oportuna es fundamental para reducir las tasas de mortalidad. En términos globales, en países como Estados Unidos y varios de los países desarrollados, en los últimos 20 años la mortalidad ha ido disminuyendo, a diferencia de lo que viene ocurriendo en países en vías de desarrollo que se caracterizaban por tener tasas de incidencia bajas (Ahmad, 2013).

La problemática del cáncer de seno no solo se limita las cifras locales o globales que se puedan hallar, el cáncer es un enfermedad que afecta a las mujeres que la padecen tanto física, económica y emocionalmente. Si es el proceso del diagnóstico es importante, los demás procesos tienen una importancia no menor pues las mujeres sobrevivientes deben asumir los cambios que ésta enfermedad generó en ellas, y es dónde los procesos de tratamientos, rehabilitación e incorporación cobran especial importancia.

La mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno ingresan a los procesos de tratamientos en estadios muy avanzados de la enfermedad, es por esto que la cirugía que remueve el tumor, y usualmente de paso el seno, se hace imprescindible. Esta cirugía,

denominada mastectomía (radical o parcial), afecta a las mujeres de manera compleja y profunda pues, no es sólo el tener que superar una enfermedad que físicamente es sumamente desgastante, sino que debe lidiar con la pérdida de una parte de su cuerpo que socialmente está cargada de significaciones, haciendo este proceso más traumático de lo que de por sí ya es.

Ahora bien, no solo son estas cargas las que debe asumir una mujer mastectomizada, la problemática social que encierra el tema del cáncer de seno se complejiza pues las mujeres que lo sufrieron y están en mayores condiciones de vulnerabilidad son las que tienen más problemas y barreras para acceder a los sistemas de salud. Estas barreras pueden diferenciarse desde temas económicos, largas distancias para acceder a los centros de salud, desconocimiento del sistema de salud entre otras.

Por estos motivos resulta interesante ahondar en esta problemática y en especial en los procesos que no tienen mayor atención como la rehabilitación y la incorporación. Es así como el foco de esta investigación se centra en estos procesos y en pensar en cómo vive una mujer mastectomizada los procesos de rehabilitación y qué implicaciones arrastró la enfermedad y sus tratamientos a la incorporación de sus actividades cotidianas.

Elementos Contextuales del Cáncer de Seno

Diagnóstico

El cáncer de seno es un fenómeno que se presenta globalmente cuyas repercusiones se pueden ver tanto en temas sociales, psicológicos y económicos. Es de creencia general que esta enfermedad se presenta solo en mujeres, pero lo cierto es que hombres también son víctimas de ella con una diferencia en la incidencia de 100 mujeres a 1 hombre. Existen diversos esfuerzos empleados por instituciones públicas y privadas como iniciativas de movilización social, que han tratado durante varios años de reducir la incidencia y a su vez la mortalidad por causa de esta enfermedad con campañas de promoción y prevención, planes nacionales para el control del cáncer y mejoras en los procesos de diagnósticos y tratamientos.

Este capítulo pretende contextualizar la problemática del cáncer de seno desde cinco principales apartados; 1) Dar cuenta de que es el cáncer de seno 2) Los factores de riesgo que afectan esta patología 3) La mastectomía y otros tratamientos de la enfermedad 4) El acceso a los sistemas de salud por parte de las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de seno y 5) La problemática global y en Colombia de la enfermedad. De esta manera, se hace una revisión de lo particular a lo general que ayudará a entender de manera compleja la problemática que aborda este documento. En principio se hará un acercamiento al cáncer de seno desde unas dimensiones biológicas y médicas que pretenden contextualizar al lector sobre la enfermedad, tema importante y útil para el entendimiento general del documento.

Una aproximación al Cáncer de Seno

El cáncer, sin discriminar si es de seno, estomago, piel o el que sea que se presente, como enfermedad se manifiesta cuando las células de cualquier parte del cuerpo crecen de manera descontrolada. Estas células pueden expandirse y extenderse a otras partes del cuerpo. La definición que se encuentra en un documento publicado por la American Cancer

Society, lo explica de la siguiente manera: “el cáncer de seno (o cáncer de mama) es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo” (American Cancer Society, 2014)

Pero, para lograr entender esta definición, es importante situar la patología en el cuerpo de la mujer y tener un poco de conocimiento del seno como tal para entender en donde se origina principalmente el cáncer. La siguiente imagen, tomada del texto *Cáncer de seno (mama)*, de la American Cancer Society, cuya última revisión médica se realizó el 22 de noviembre del 2014, muestra los principales componentes del tejido mamario. Ilustración 1

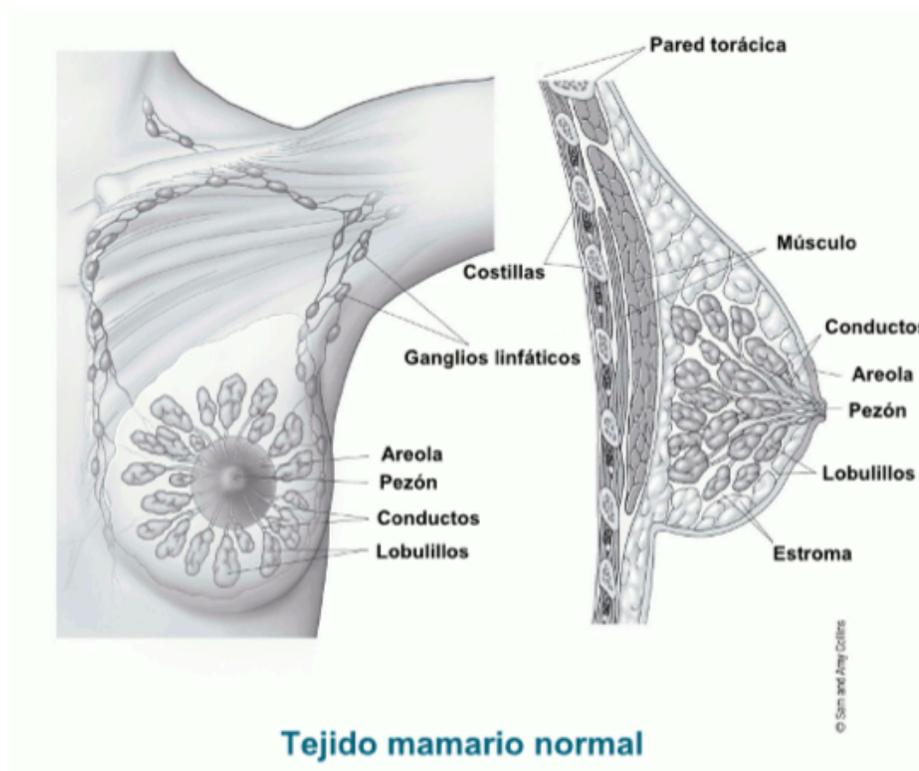


Ilustración 1 Tejido mamario normal Fuente: American Cancer Society

En ella se puede observar como el seno internamente se compone principalmente de tres partes fundamentales; lobulillos, conductos, y estromas. Los *lobulillos* son las glándulas productoras de leche que están conectados a los *conductos*, unos pequeños tubos que llevan

la leche desde los lobulillos hasta el pezón. El *estroma* es el tejido adiposo o la grasa que rodea a los lobulillos y a los conductos, la gran mayoría de los cánceres se presentan en las células de los lobulillos o de los conductos, en los primeros se llaman cánceres lobulillares y en los otros se conocen como cánceres ductales. La localización de cada uno de ellos se pueden ver en las ilustraciones 2 y 3. (American Cancer Society, 2014)

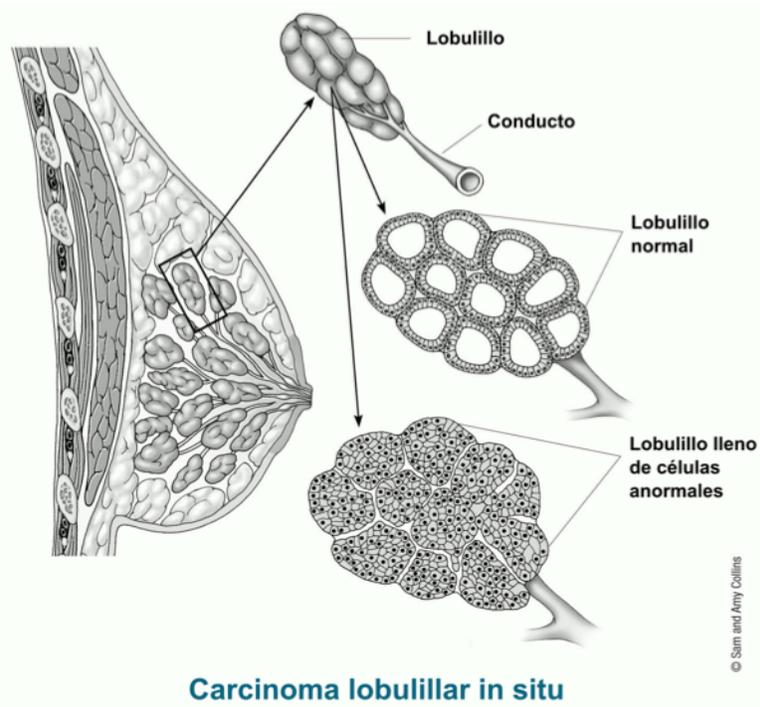


Ilustración 2 Carcinoma lobulillar in situ Fuente: American Cancer Society

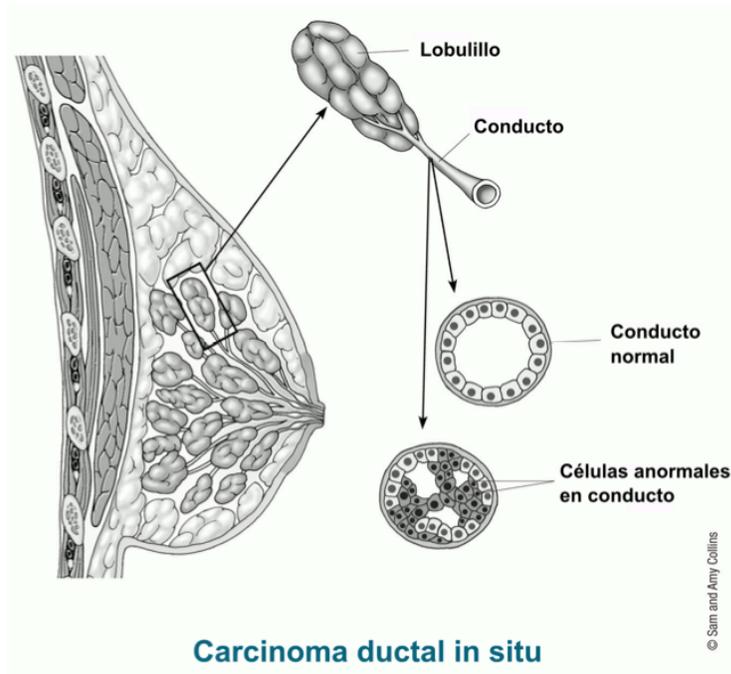


Ilustración 3 Carcinoma ductal in situ Fuente: American Cancer Society

Ahora bien, los ganglios linfáticos se encuentran en todo el cuerpo y se pueden apreciar en la imagen 1, son una parte importante del sistema inmunitario pero, ¿que importancia tienen los ganglios en todo el sistema del tejido mamario? Y ¿Por qué son tan importantes a la hora del diagnóstico y los tratamientos que deben recibir las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno? El documento de la American Cancer Society explica lo siguiente: (Ver imagen 4)

“Los ganglios linfáticos son pequeñas agrupaciones en forma de fríjol de células del sistema inmunológico (importantes en la lucha contra las infecciones) que se interconectan mediante los vasos linfáticos. Los vasos linfáticos son similares a venas pequeñas, excepto que transportan un líquido claro llamado *linfa* (en lugar de sangre) fuera del seno. La linfa contiene líquido intersticial y productos de desecho, así como células del sistema inmunológico. Las células del cáncer de seno pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos”. (American Cancer Society, 2014, pág.2)

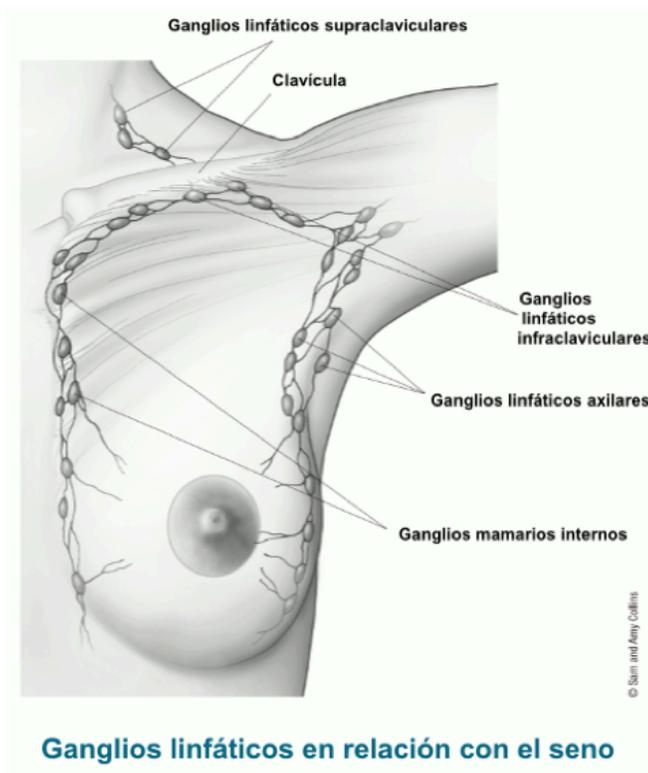


Ilustración 4 Ganglios linfáticos

Entonces, es importante tener conocimiento sobre donde están ubicados y como funcionan los ganglios pues se convierten en los canales de conexión de las células cancerosas con las otras partes del cuerpo, en donde si bien, el cáncer ha alcanzado el torrente sanguíneo, la probabilidad de una metástasis es muy probable.

Existen otros tipos de cáncer de seno que son menos comunes; cáncer inflamatorio del seno, enfermedad de Paget del pezón, tumor filoides y angiosarcoma. Las características de estos otros tipos de cánceres varían tanto en reacciones como en síntomas pudiéndose presentar en las otras partes que componen el tejido mamario (American Cancer Society, 2014). Esta variedad en los tipos de cánceres y la diferencia en los síntomas hace que la enfermedad sea más compleja de lo que parece y la información deba ser más precisa y asertiva pues, cualquier cambio en la anatomía o apariencia del seno debe considerarse como una señal de alarma. Esta aproximación sobre el seno y los diferentes tipos de cánceres que se pueden presentar en él, resulta importante a la hora de hacer una revisión sobre la problemática ya que en esta parte del cuerpo de la mujer se van a centralizar los

diferentes tipos de métodos de diagnóstico como los tratamientos posteriores a un diagnóstico de cáncer.

Factores de Riesgo

Al entrar en una edad avanzada, los tipos de riesgos asociados a diferentes etapas en el ciclo de vida de las mujeres que se reconocen como factores de riesgo. Existen diferentes factores de riesgo que pueden afectar las probabilidades de que una mujer sea diagnosticada con cáncer de seno a lo largo de su vida. Un factor de riesgo es todo aquello que puede aumentar las posibilidades de padecer una enfermedad, en donde si bien, una persona puede tener varios factores de riesgo, esto no significa que la enfermedad se vaya a presentar. Muchos de estos factores tienen que ver con elecciones personales por parte de las mujeres y otros no están ligados a estas elecciones. Unos de los ejemplos de factores que no están ligados a las elecciones personales de las mujeres tienen que ver con la carga genética, la raza o procedencia étnica, antecedentes familiares donde se pudo presentar la enfermedad, periodos menstruales y la edad, entre otros.

Haciendo referencia específicamente a la edad, las probabilidades de que se presente la enfermedad aumentan al pasar de los años. Según el trabajo publicado por los autores D'agostino, Castañeda y Di Iorio, *Epidemiología del Cáncer de Mama en el Distrito II*, la enfermedad tiene "...dos picos de máxima incidencia: entre los 35 y 45 años y el segundo después de los 55 años" (2002. p.11). A su vez, haber tenido el periodo antes de los 12 años y el tener un primer embarazo en edades avanzadas, pueden aumentar el riesgo de presentar cáncer de mama por los efectos de largo plazo en los niveles de hormonas sexuales en mujeres pre menopáusicas, por los cambios prolongados en el tejido mamario, o por otros mecanismos biológicos (Ahmad, 2013).

En cuanto a la menopausia, una menopausia tardía o en edad avanzada es un reconocido factor de riesgo para el cáncer de mama. Esto sucede por causa de terapias hormonales a las que se someten las mujeres después de la menopausia. El uso combinado del estrógeno y la progesterona muestran un mayor riesgo de presentar la enfermedad que el uso sólo del estrógeno. Ciertos estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Europa, presentan que

hubo una reducción del 5-10% en la incidencia del cáncer de mama a causa de una reducción en la terapia hormonal desde el 2002 (Ahmad, 2013).

Otros tipo de variables son analizadas con detenimiento para entender cuales pueden ser los principales factores de riesgo que afectan a las mujeres y aumenta sus probabilidades de presentar cáncer de mama. Variables como la dieta, el consumo de alcohol o la actividad física son alguna de ellas. Se ha logrado identificar el consumo de alcohol, así sea en pequeñas cantidades, como un factor de riesgo para presentar la enfermedad, y por el contrario, la actividad física como un factor que posiblemente reduzca el riesgo.

La raza es otro factor que es necesario analizar para tener un panorama general de la problemática del cáncer de mama. Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, en Estados Unidos las mujeres blancas son las que presentan mayor tasa de incidencia² seguidas por las negras y las hispanas. La incidencia estaba distribuida de la siguiente manera: a) Blancas = 125.4 b) Negras = 116.1 c) Hispanas = 91.0 d) Americanas nativas = 89.2 e) Americana asiática = 84.9 a una tasa por 100.000 habitantes (Ahmad, 2013). Lo importante de este análisis es la relación de las tasas de incidencia con las tasas de mortalidad³ en donde, las mujeres de raza negra son quienes tienen mayor probabilidad de morir de cáncer de mama, seguida por las blancas. Las cifras de mortalidad se dividían de la siguiente manera: a) Blancas = 23.4 b) Negras = 32.0 c) Hispanas = 15.1 d) Americanas nativas = 13.8 e) Americana asiática = 12.2 a una tasa por 100.000 habitantes. Esta diferencia en la incidencia y la mortalidad puede tener diferentes causas, como lo puede ser los distintos niveles socioeconómicos, el acceso a los sistemas de salud, y los diagnósticos oportunos (Ahmad, 2013).

Algunos otros riesgos están asociados a antecedentes familiares o antecedentes personales de cáncer de seno. En relación a los antecedentes familiares, el riesgo se duplica en mujeres quienes dentro de sus relaciones consanguíneas cercanas (familiares de primer grado) tienen casos de cáncer de seno. Por otro lado, los antecedentes personales se refieren a que

² Fuente de los datos sobre incidencia: Datos combinados del Programa Nacional de Registros del Cáncer tal como fueron enviados a los CDC y los del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales enviados al NCI en noviembre del 2013.

³ Fuente de los datos sobre mortalidad: Archivos sobre mortalidad en EE. UU., Centro Nacional para Estadísticas de Salud, CDC.

una mujer que ha sido diagnosticada con cáncer de seno tiene mas posibilidades de presentar cáncer en el otro seno.

Existen otros factores de riesgo que están relacionados con el estilo de vida de las mujeres. Como se mencionaba anteriormente el tener hijos en edades avanzadas, las terapias hormonales después de la menopausia y el uso de anticonceptivos son algunos de estos ejemplos. Estos factores de riesgo afectan las posibilidades de presentar la enfermedad pero cabe aclarar que los efectos de cada uno de ellos difieren entre mujeres. Otro tipo de factores de riesgo están asociados con el consumo de bebidas alcohólicas, tener sobre peso después de la menopausia, y la actividad física. Sobre este último factor la American Cancer Society dice lo siguiente:

“La evidencia que indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de seno está aumentando. La pregunta principal es determinar cuánto ejercicio es necesario. En un estudio de la "Women’s Health Initiative", caminar a paso ligero tan poco como 1.25 a 2.5 horas por semana redujo a 18% el riesgo de una mujer. Con diez horas de caminata a la semana se redujo el riesgo aún un poco más” (American Cancer Society, 2014, pág. 19)

Habiendo repasado los distintos factores de riesgo que se conocen, es importante aclarar que aún no se puede hablar de la prevención total del cáncer de seno, sin embargo, las acciones que se pueden tomar en cuanto al estilo de vida que la mujer lleva si pueden disminuir la probabilidad y reducir su riesgo.

Ahora bien, existen diferentes síntomas que pueden llegar a ser una señal de alarma para las mujeres. El síntoma más común es la aparición de una masa o una pequeña protuberancia en el seno que puede variar tanto en tamaño, ubicación y densidad. Otros síntomas pueden ser:

- Hinchazón de alguna parte o de todo el seno
- Irritación o hendiduras en la piel
- Dolor en el seno o en la pezón
- Retracción de los pezones

- Enrojecimiento o endurecimiento del seno o del pezón
- Secreción del pezón que no sea leche materna (American Cancer Society, 2014)

Métodos de Diagnóstico y Tratamiento (Mastectomía)

Para entender la mastectomía y los diferentes tipos de tratamientos que se implementan para controlar la enfermedad, es importante saber cuales son los principales métodos de diagnóstico. La mamografía, o mamograma, es una radiografía del seno que se toma desde dos diferentes ángulos con el fin de encontrar alguna anomalía que no se puede palpar o no es visible. Al someterse a una mamografía de detección y encontrar algunos síntomas como los descritos anteriormente, se debe tomar una mamografía de diagnóstico en la cual se toman más imágenes de seno centrandó la atención en el área que presenta el síntoma.

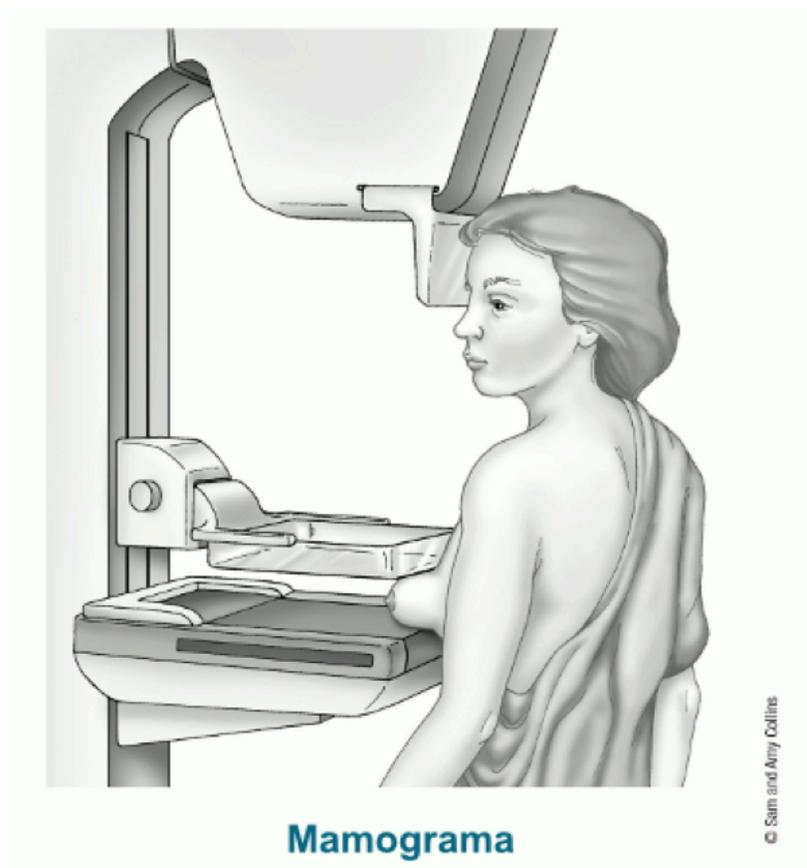


Ilustración 5 Mamografía Fuente: American Cancer Society

Si el diagnóstico muestra algo anormal, se procede a tomar una biopsia para corroborar si se trata de un cáncer o no. (American Cancer Society)

La ecografía es otro medio de diagnóstico que se puede utilizar para la detección del cáncer de seno. Así como la mamografía, la ecografía crea una imagen del seno en donde se puede revisar la aparición de masas y esta, a su vez, puede lograr diferenciar estas de los quistes (sacos llenos de líquido). Es un examen que se centra en la parte afectada, no es doloroso y sirve como complemento a la mamografía. La ecografía es más económica que otros métodos de diagnóstico como lo es el MRI (*magnetic resonance imaging*) imágenes por resonancia magnética. La descripción del examen es el siguiente: “Para una MRI de los senos, usted tendrá que permanecer recostada dentro de un tubo estrecho, boca abajo en una plataforma especialmente diseñada para este procedimiento. La plataforma tiene aberturas para cada seno que permiten tomar las imágenes sin necesidad de compresión. La plataforma contiene sensores necesarios para captar la imagen de MRI”(American Cancer Society, 2014, pág. 30). Ver ilustración 5

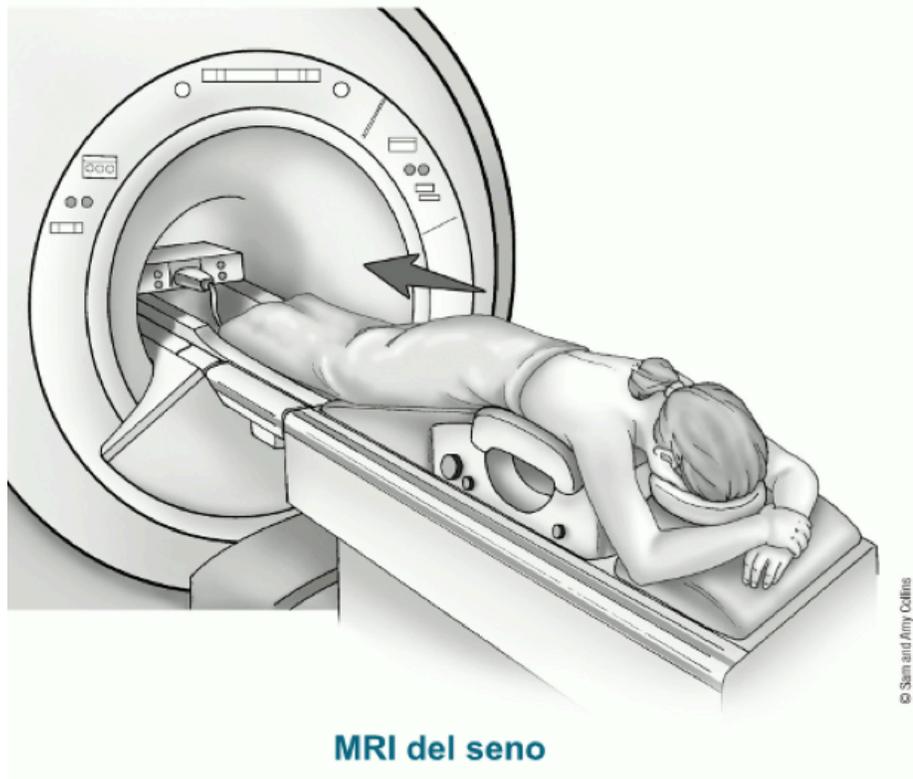


Ilustración 6 Fuente: MRI de seno American Cancer Society

El último examen que usualmente se realiza para determinar la presencia de cáncer en el seno es la biopsia. Después de haber pasado por los métodos de diagnóstico descritos anteriormente (mamografía, ecografía, MRI entre otros), y haber encontrado alguna anomalía en el seno, se realiza la biopsia con el fin de extraer del seno una parte del área afectada para ser analizada por microscopio. Existen diferentes tipos de biopsias; biopsia por aspiración con aguja fina, la biopsia por punción con aguja gruesa y la biopsia quirúrgica. La biopsia por aspiración con aguja fina y la biopsia por punción con aguja gruesa tienen algunas diferencias pero ambas buscan extraer parte del tejido que se ve afectado para realizar el análisis posteriormente. La diferencia entre estas radica en el tamaño de la aguja y por ende en el tamaño del tejido que es extraído, por este motivo, la biopsia por punción con aguja gruesa puede ser más acertada a la hora de diagnosticar el cáncer: “es más probable que la biopsia por punción con aguja gruesa provea un diagnóstico claro debido a que remueve fragmentos de tejidos más grandes, aunque aun así

podría pasar por alto algunos cánceres” (American Cancer Society, 2014, pág. 35) Ver ilustraciones 6 y 7.

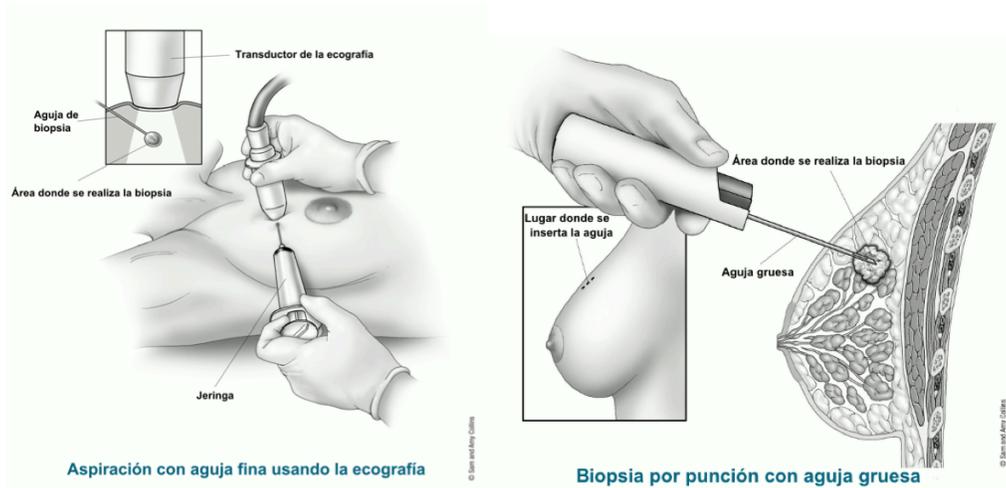


Ilustración 7 Biopsia aguja fina

Ilustración 8 Biopsia aguja gruesa

Fuente: American Cancer Society

Es importante combinar estos diferentes métodos de detección a la hora de realizar los exámenes para saber si el seno tiene cáncer o no. Cada uno de ellos tiene propiedades y características que complementan los otros. A la hora de la detección es mejor asegurarse por distintos medios que la enfermedad no esta presente.

Ahora bien, así como existen diferentes tipos de diagnostico para la detección del cáncer, también existen diferentes tipos de tratamiento dentro de los cuales los principales son:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia hormonal
- Terapia dirigida
- Terapia dirigida a los huesos

Para efectos de este documento, es de principal interés centrar la atención en la cirugía ya que el estudio analiza las implicaciones físicas, estéticas y emocionales que ésta deja en las mujeres. A la hora de realizar un cirugía en el seno para extirpar el tumor canceroso, se puede realizar un cirugía radical o parcial. La cirugía parcial o cirugía con conservación del seno usualmente se lleva a cabo en las primeras etapas del cáncer, cuando el tumor no es tan grande y no ha logrado propagarse por el seno y los ganglios linfáticos. A esta cirugía también se le conoce como cuadrantectomía ya que se divide al seno en cuatro partes imaginarias donde, en alguna de ellas, se llevará a cabo la cirugía que removerá el tumor. Ver ilustración 8.

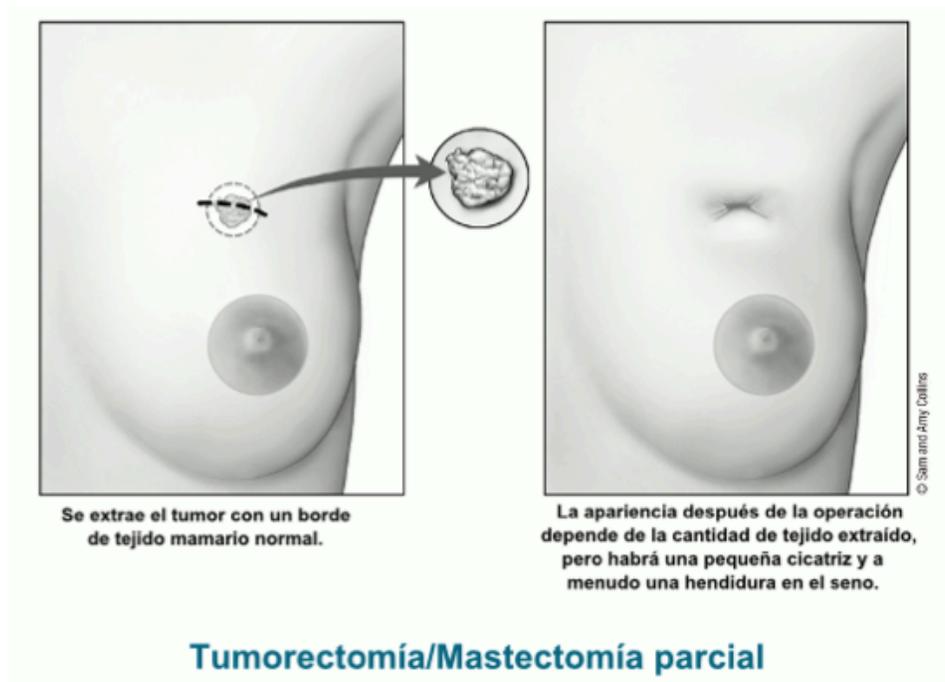


Ilustración 9 Mastectomía parcial Fuente: American Cancer Society

A diferencia, en la mastectomía se extirpa la totalidad del seno y de ser necesario algunos tejidos que puedan verse comprometidos. Existen a su vez diferentes tipos de mastectomía que varían dependiendo de las necesidades de la paciente como de algunas consideraciones por parte de ella misma al pensar en temas como la reconstrucción. En algunas mastectomías se debe considerar la extracción de la totalidad del seno junto con los

ganglios linfáticos y el músculo, esta se conoce como una mastectomía radical. De no considerarse necesario remover el músculo, se considera que se realizó una mastectomía radical modificada (Ver ilustración 9). Este tratamiento puede llegar a tener efectos secundarios que están relacionados con la recuperación del procedimiento quirúrgico llevado a cabo, pero a su vez, tiene efectos a largo plazo que afectan físicamente a las mujeres sin mencionar el choque emocional al que se ven enfrentadas por causa de la modificación del seno.

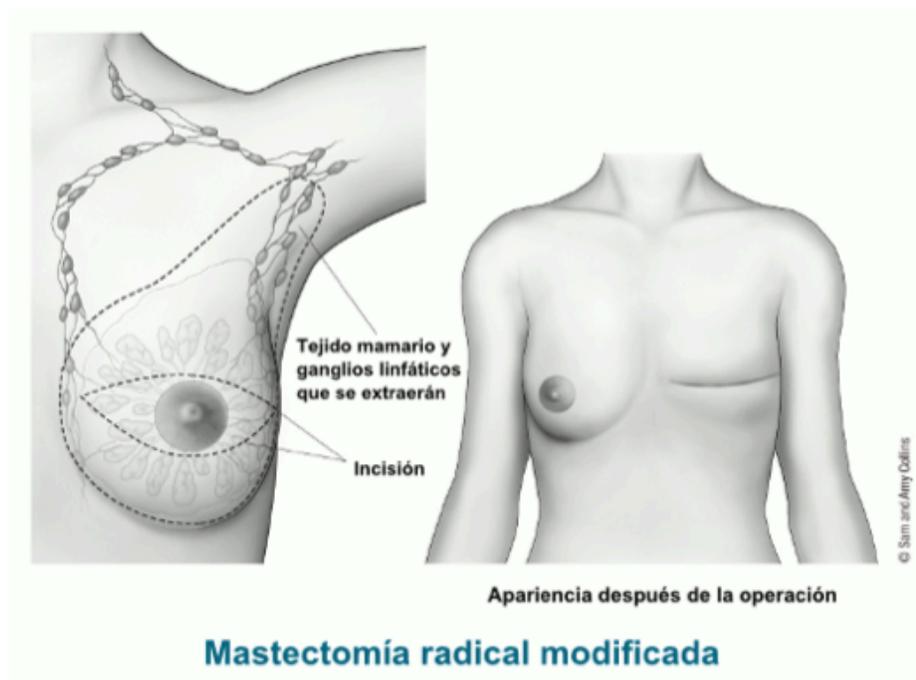


Ilustración 10 Mastectomía radical Fuente: American Cancer Society

Habiendo realizado un primer enfoque sobre la enfermedad desde una mirada principalmente médica, dónde se expone de manera resumida la ubicación de la enfermedad en el cuerpo de la mujer, los principales factores de riesgo que las afectan, los métodos de diagnóstico y tratamiento centrandolo en lo que es la mastectomía, es importante empezar a evidenciar la problemática de una manera compleja. La realización de una mastectomía tiene una serie de implicaciones sociales y culturales sumamente profundas que deben ser asumidas por las mujeres a las que les practican este tratamiento. Esta problemática se puede evidenciar en varios trabajos que se han publicado respecto a

las implicaciones psicosociales que tiene una mastectomía. En un trabajo realizado por José Manuel García Arroyo y María Luisa Domínguez López *“El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas”*, los autores exponen el problema desde una mirada lacaniana, en donde revisan el concepto del cuerpo a la luz de las teorías de Lacan del “cuerpo simbólico”, “imaginario” y “real”. Los resultados de su trabajo muestran como la autopercepción de las mujeres se ve altamente afectada generando una reacción en cadena de distintos sentimientos negativos hacia ella misma y sus relaciones interpersonales. Indican los autores en su trabajo lo siguiente:

“Como resultado fue posible analizar los diferentes aspectos psicológicos de estas pacientes, que son los siguientes: a) la “fractura” del imaginario corporal asociado a la desaparición de un órgano considerado valioso, unido al sentimiento de pérdida de atractivo personal, bajada de autoestima, temor al rechazo y a menudo, evitación de las relaciones sociales. b) El problema con la “feminidad” que presentan se conecta con la “deseabilidad”, algo inherente a la “posición femenina”. c) Dado que el cuerpo posee una dimensión “real”, observamos cómo la mutilación se les hace presente como un agujero imposible de integrar, que va más allá de la mera estética y lo entendemos asociado a la angustia ante la presencia de un cuerpo deforme sobre el que es imposible articular palabra alguna” (García, J. M, Domínguez, M. L, 2011)

El aspecto personal es uno de los principales ámbitos que se afectan por causa de la mastectomía ya sea radical o parcial pues, cualquier cambio en el seno que afecte su apariencia o función, genera un proceso de aceptación que muchas veces es traumático y doloroso. Como bien se mencionaba anteriormente, las consecuencias que deja este procedimiento no solo afectan la parte psicológica de la paciente, la enfermedad y el tratamiento se ven condicionados por el contexto social en el que están inmersos.

Hasta el momento hemos revisado lo que son los aspectos generales del cáncer de seno, los factores de riesgo que afectan esta patología y lo que es una mastectomía y diferentes tratamientos de la enfermedad.

Acceso a Sistemas de Salud

Es así como este análisis pone en escena las diferencias y desigualdades que las mujeres tienen en la sociedad y las distintas barreras que tienen para acceder a los sistemas de salud, y como un mismo diagnóstico o una misma enfermedad se puede vivir de manera muy diferente dependiendo de la trayectoria de cada mujer. Existen diversos estudios llevados a cabo que muestran las dificultades en acceder a los sistemas de salud no solo en Colombia sino en diferentes partes del mundo. Un estudio llamado *La Participación de Mujeres Latinas en Ensayos Clínicos para la Prevención del Cáncer de Mama: Un caso de aplicación del modelo de preparación comunitaria*, realizado por Daniel Holgado e Isidro Maya Jariego en la Universidad de Sevilla, llevado a cabo en dos zonas urbanas y dos zonas rurales en Colorado (Estados Unidos), explica como algunas de las barreras estudiadas tienen que ver con; 1) La poca comunicación entre los agentes de salud y los pacientes 2) La desconfianza médica hacia las minorías étnicas 3) La poca visibilidad por ser inmigrantes 4) El desplazamiento a centros médicos y 5) Las dificultades en los procesos de gestión en los sistemas de salud, en este caso puede ser por dificultades del idioma (Holgado. D, Maya. I, 2010). Este estudio deja claro que la dificultad en el acceso a los sistemas de salud no es una problemática de Colombia como tal, deja entrever que las condiciones del contexto y la población influyen drásticamente en las barreras que se crean a la hora de acceder a los sistemas de salud. En el texto “Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia” llevado a cabo por Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en Cali se mencionan varios aspectos sobre la desigualdad de las mujeres con cáncer de mama en relación al acceso a los sistemas de salud.

Explica el texto que si bien los servicios de salud se distribuyen entre la población con cierta igualdad, la medicina especializada está disponible en su mayoría sólo para las personas de mayores recursos (2009, p. S247). Existe una falta de equidad por el limitado acceso a los sistemas de salud, especialmente en los tratamientos o cuidados de enfermedades de alto costo, ya sea por el consumo de medicamentos y las tecnologías empleadas en realizarlos, afectando casi siempre esto a la población más vulnerable. Con el afán de dar una solución a esta problemática sobre el acceso a los sistemas de salud en las clases más pobres,

Colombia introduce en los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) la *equidad*, entendida como "la provisión de servicios de igual calidad a todos los habitantes del país, cualquiera que sea su capacidad de pago" (2009, p. S247). En relación a esto y a la problemática que se está analizando, el tratamiento del cáncer de mama está incluido en los regímenes contributivos y subsidiados, al cual las personas de escasos recursos pueden acceder en hospitales públicos.

Tabla 1 Estado clínico inicio tratamiento/seguridad social

ESTADO CLÍNICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Estado clínico	Contributivo	%	Subsidiado	%	Pobre sin seguro	%	Total	%
In situ	11	3.3	4	1.6	0	0	15	2.3
Temprano	88	26.6	31	12.8	9	13.4	128	20.
Loc/avanz	206	62.2	177	72.8	47	70.1	430	67.1
Metastásico	26	7.9	31	12.8	11	16.4	68	10.6
n	331	100.	243	100	67	100	641	100

Fuente: Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia (2009).

Ahora bien, no solo es importante el cubrimiento de salud que las mujeres tengan o las políticas que el estado haya aprobado en relación al acceso equitativo a los sistemas de salud públicos o privados, sino que a su vez es importante las condiciones y características de estos sistemas; disponibilidad de prestadores y características de las personas, su edad, residencia, grupo étnico, o demás variables que puedan afectar su probabilidad de acceder a cuidados médicos. La investigación trabajó en particular con las siguientes variables; “a) tener barreras geográficas para el acceso a las diferentes intervenciones que hacen parte de su tratamiento debido a la necesidad de desplazarse a otra ciudad; b) enfrentar barreras económicas, dado que debe pagarse por los medicamentos; c) y encontrar barreras organizacionales por los horarios de atención o las autorizaciones de las entidades pagadoras”(2009, p. S248). Estas diferentes variables pueden estar asociadas a factores sociales de desigualdad que son importantes en el análisis de la problemática. La investigación tomó factores de diferenciación entre personas como; estado civil, grupo étnico y nivel educativo.

Las conclusiones de este estudio muestran que en Colombia efectivamente existe una inequidad en el acceso a los sistemas de salud por parte de las mujeres dependiendo principalmente de su condición de afiliación a los sistemas de salud. Un ejemplo que expone el texto es que las mujeres que iniciaron sus tratamientos en estados más avanzados fueron mujeres con mayor vulnerabilidad social, mujeres subsidiadas por el gobierno y mujeres pobres que no cuentan con afiliación a los sistemas de salud. La desigualdad no sólo se ve reflejada en este acceso oportuno a tratamientos, la mayoría de estas mujeres se ven forzadas a desplazarse a otras ciudades a recibir diagnósticos y tratamientos. En relación a esto el estudio afirma que “no se ha considerado la demanda de servicios oncológicos para el régimen subsidiado, en el cual se encuentran las demandas de servicios de las pacientes más pobres”(2009. p. S251). En este punto la desigualdad no solo se ve reflejada en la poca oferta de servicios oncológicos para el régimen subsidiado, dicha situación se vuelve más extrema cuando se evidencia que existe a su vez una escasa oferta en puntos no urbanos.

Otro estudio que aborda la misma problemática sobre las dificultades a las que se enfrentan las mujeres en Colombia en el accesos a los sistemas de salud, “Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia” (Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L, 2014), menciona que la principal causa de desigualdad en términos de acceso a los sistemas de salud tiene que ver definitivamente con la capacidad de pago de las mujeres. Explica el artículo que a pesar de que las mujeres cuenten con un seguro y estén afiliadas a los sistemas de salud, usualmente tienen que realizar otros pagos y asumen costos indirectos, lo cual implica directamente en un retraso en la atención por esta dificultad de costear el diagnóstico o los tratamientos iniciales. La barrera del desconocimiento de los derechos también es un factor importante que resalta el artículo, lo cataloga de la siguiente manera: “Esta barrera se pudo establecer en dos niveles, en cuanto al reconocimiento de la salud como un derecho y en el conocimiento de sus derechos como usuarias del sistema de salud”.

El artículo expone otras series de problemáticas a las que se ven enfrentadas las mujeres, la gran mayoría de estas son consecuencia de una desigualdad en el acceso a los sistemas de salud por el factor económico. Una barrera como lo es la distancia para acceder a algún

centro de salud, que mencionan ambos artículos, se ve expresada en términos principalmente económicos, no contar con el dinero suficiente para atravesar la ciudad o para el bus. Una de las mujeres que hace parte del estudio expresa en una de las entrevistas esta problemática de la siguiente manera: “yo no tenía para estar en cada control de los puntos y para estar gastando 25 o 28 mil que me vale cada carrera de ahí hasta mi casa y eso si no hay trancón ¿Entiende? Tengo para el bus pero las distancias tenaces, tenaces y el hecho es que yo vivo aquí en Bogotá, pero el hecho de que yo viva en Bogotá no quiere decir que las distancias sean cortas”.

De esta manera, la población más vulnerable económicamente presenta mayores dificultades en el acceso a los sistemas de salud para los diagnósticos y tratamientos de la enfermedad, viéndose representada esta desigualdad en diferentes factores que las limitan como son; a) acceso a un diagnóstico o tratamiento oportuno b) dificultades en el desplazamiento a los centros de salud c) los cuidados posteriores a una intervención d) la dificultad de conseguir trabajo nuevamente a causa de sus continuas incapacidades entre otras.

Los últimos dos factores mencionados en el párrafo anterior tienen una relación directa con la problemática que aborda este trabajo. Los cuidados posteriores a la mastectomía y las implicaciones que esta rehabilitación genera, son factores que inciden en la incorporación oportuna de mujeres mastectomizadas. También es importante resaltar que la población más vulnerable sea la que más barreras tiene en el acceso a los sistemas de salud, pues esto implica, como se expuso anteriormente, que a una mayor demora en acceder a un diagnóstico oportuno, aumenta las probabilidades de padecer la enfermedad en estados más avanzados y esto genera a su vez procesos de tratamiento y recuperación más complicados.

Si bien en Colombia las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno tienen el derecho de acceder a una cirugía conservadora (CC) o a una cirugía de reconstrucción ya sea inmediata o diferida⁴, el proceso para llegar a estos es difícil por las altas barreras administrativas que tienen que sortear las pacientes. A continuación se presentan los apartados principales de

⁴ Protocolo de manejo del paciente con cáncer de mama. Versión 1-2009-2022. Actualizado noviembre del 2010. Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia. Pg. 63.

una sentencia a una tutela presentada por una mujeres que trataba de acceder a su respectiva reconstrucción, en ella se evidencia las dificultades a las cuales se enfrentó y la negativa de esta tutela, subrayo en rojo las respuestas de la parte demandada y del ministerio de protección social.

- **Sentencia T-1176/08**

- I. ANTECEDENTES.

- La ciudadana María Consuelo Vargas Ramírez instauró acción de tutela contra Salud Total E. P. S. con fundamento en los siguientes:

- **Hechos.**

- 1. Relata la actora, de 53 años de edad, que se encuentra afiliada a la EPS Salud Total como cotizante. (Expediente a folio 9).
- 2.- Manifiesta que es paciente con antecedente de MASTECTOMÍA BILATERAL desde hace 4 años como consecuencia de un Cáncer Bilateral de seno, por lo cual ha sido necesario el uso de brassier con prótesis comprados en la liga contra el cáncer. (Expediente a folio 9).
- 3.- Expone que su médico tratante le ordenó RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS y aduce que al solicitar autorización a Salud Total E. P. S. dicha entidad se negó a aprobar el procedimiento mediante formato de negación de servicios No. 223754 fechado el día 12 de junio de 2008 por no estar tal intervención prevista en el POS. (Expediente a folio 9).
- 4.- Señala que carece de los recursos necesarios para cubrir los costos de esta operación por cuanto asciende a la suma aproximada de cinco millones de pesos. Indica que se encuentra desempleada y debe asumir el pago de arriendo, servicios, salud, alimentación y demás gastos imprescindibles para su sostenimiento. Añade que debe asumir los costos del medicamento para el corazón que asciende a la suma de 48.000 pesos mensuales, y sostiene que la caja trae 28 pastillas.
- 5.- Establece que necesita urgente la RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS pues ello contribuye a desempeñar “más hábilmente las actividades diarias y normales.” En vista de sus condiciones de salud, relata que realiza labores de costura e insiste en que la prótesis le permitiría llevar una vida en condiciones más dignas. (Expediente a folio 10).

Respuesta de la parte demandada.

8.-Mediante documento fechado el día 10 de julio de 2008, la E. P. S. Salud Total se pronunció respecto de la acción de tutela de la referencia de la manera que se sintetiza a continuación.

En primer lugar, admitió que la ciudadana María Consuelo Vargas se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de esa entidad desde el día 14 de abril de 2003 en calidad de cotizante independiente. Manifiestó que la ciudadana Vargas era una paciente “con diagnóstico **SECUELAS DE MASTECTOMIA RADICAL BILATERAL POR CÁNCER DE SENO**, para lo cual el médico tratante le ordenó **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA BILATERAL CON PRÓTESIS.**” (Énfasis y mayúsculas dentro del texto original). **Subrayó la entidad demandada, que este procedimiento no se encontraba dentro del Plan Obligatorio de Salud, motivo por el cual no era obligación de esta entidad asumir su cubrimiento.**

Respuesta del Ministerio de la Protección Social

9.- En documento fechado el día 8 de septiembre de 2008, la Coordinadora del Grupo de Acciones Constitucionales de la Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo del Ministerio de la Protección Social recordó que según lo dispuesto en el artículo 70 de la Resolución 5261 de 1994 dentro del POS estaba prevista la cirugía de reconstrucción de seno (Cirugía reparadora de seno que incluye reconstrucción de areola, pezón) **pero subrayó que la prótesis mamaria no estaba incluida motivo por el cual debía darse aplicación a lo establecido en el parágrafo del artículo 28 del Decreto 806 de 1998 al tenor del cual “cuando el afiliado al régimen contributivo requiere servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente.”**⁵

En una sentencia a otra tutela realizada por una paciente de cáncer de seno la Corte Constitucional en su portal web, antes de exponer el caso, tiene expresado lo siguiente:

“La cirugía plástica reconstructiva de mama siempre ha estado incluida expresamente dentro de los diversos POS que han estado vigentes desde el año 2005; las únicas cirugías plásticas que se han entendido excluidas del POS han sido aquellas que tienen fines eminentemente cosméticos o de embellecimiento, los cuales, claramente son diferentes a la finalidad que tiene la cirugía reconstructiva de mama como consecuencia de una mastectomía radical”.

A pesar de expresar eso ante en la parte inicial del documento, ante de el caso, la tutela también fue negada, no concediéndole el acceso a la reconstrucción a la paciente. La sentencia es la T-022/14⁶.

Problemática en el Mundo y Colombia

De esta manera, resulta interesante hacer un revisión a algunas cifras que envuelven esta problemática y su evolución en diferentes países para después centrar el análisis en Colombia. Los países con los índices más elevados están en Europa y Estados Unidos mas sin embargo, el crecimiento de la incidencia en estos es mucho menor que en los países en vías de desarrollo de América Latina y Asia.

En términos globales, en países como Estados Unidos y varios de los países desarrollados, en los últimos 20 años la mortalidad ha ido disminuyendo. Las tasas de incidencia en países Europa Noroccidental, Australia y nueva Zelanda es bastante alta, a comparación de países

⁵ <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2008/T-1176-08.htm>

⁶ <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-022-14.htm>

ubicados en Europa Suroriental, Sur América, el Caribe y África del Norte donde la incidencia es media. Los países con tasas de incidencia más bajas son los países ubicados en el África Sub-Sahara y Asia. Algunas de las tendencias globales muestran que en las últimas dos a tres décadas la incidencia ha aumentado rápidamente en países que históricamente han tenido tasas de incidencia bajas. Ejemplos de ello es que la incidencia en Miyagi (Japón) aumento en un 140% entre las fechas comprendidas del 1973-1977 a 1998-2002, en Chennai (India) en un 40% entre las fechas de 1983-1987 a 1998-2002, y un 4.5% por año en Kampala (Uganda) de desde 1991 al 2006 (Ahmad, 2013).

El mismo autor explica que las principales razones de este incremento en la incidencia puede ser la “occidentalización” de estas regiones del mundo. La maternidad tardía, el aumento en el uso de terapias hormonales y la reducción de la actividad física hacen parte de las razones expuestas. Contrario a esto, los países desarrollados en estas últimas dos a tres décadas han mostrado una reducción en la incidencia que se atribuye a la concientización de la problemática en la población en general, el uso de herramientas de detección temprana como lo es la mamografía, el diagnóstico a tiempo y el avance en los tratamientos. En Brasil, el cáncer de seno es la mayor causa de muerte entre las mujeres y en el 2006 tuvo la segunda mayor incidencia con 48.930 casos⁷, y en Cuba, para el 2002, la tasa de incidencia era del 23,5 por cada 100.000, para este año la población proclive a la enfermedad era de 4 millones de mujeres, se esperaba que cada año se presentaran 1040 nuevos casos de cáncer de seno⁸.

Particularmente en Colombia, encontrar datos y cifras sobre zonas o regiones en las que se presenta mayor incidencia o mortalidad, como porcentaje de mujeres que acceden o no a los sistemas de salud son difíciles de hallar. Un artículo escrito por Fernando Andrés Angarita y Sergio Andrés Acuña, estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad

⁷ Participación En Un Grupo De Apoyo: Experiencia De Mujeres Con Cáncer De Mama, Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Raimunda Magalhães da Silva, Marli Villela Mamede, Ana Fátima Carvalho Fernandes. 2008.

⁸ Enfoque Actual De La Problemática Salud-Sociedad En Pacientes Con Mastectomía. My. Jesús E. Borbón Mendoza y My. Abraham I. Beato Canfux. 2002.

Javeriana, llamado “Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento”, expone la siguiente información: “En Colombia, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres; en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar y Valle, genera hasta 22,3% de las muertes por cáncer, y en Bogotá, es la decimosegunda causa de muerte general[12,13]” (Angarita; Acuña, 2008).

El Instituto Nacional de Cancerología en su publicación “Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia 2”, muestra una información similar a la del estudio de Angarita y Acuña. La publicación habla que las REM (Resumen estadístico mensual) más altas se encuentran en la región central del país y que, las zonas de mayor riesgo se concentran en las capitales de departamentos y sus zonas aledañas (Instituto Nacional de Cancerología, 2003)

Un artículo de la Alcaldía de Bogotá muestra la importancia de la problemática del cáncer de seno en la capital. El nombre del artículo es “Cáncer de seno, primera causa de muerte de mujeres en Bogotá” y fue publicado el 9 de noviembre del 2010. El artículo informa que según la Secretaria Distrital de Salud entregó estadísticas donde evidenciaba que el cáncer de seno había pasado de ser la tercera causa de muerte en el 2007 al la primera causa en el 2009.

Las estadísticas que muestra la Secretaria de Salud sobre la mortalidad por esta problemática dejan ver que efectivamente en el año 2009 hubo un incremento de 38 muertes por cáncer de seno en relación al 2008. Desde este año, las cifras se han mantenido constantes con un pico de mortalidad en el año 2012 en donde se presentaron 479 muertes por esta enfermedad. (Ver tabla 2)

Tabla 2 Mortalidad por Cáncer de mama. Fuente: SDS-DIRECCION DE SALUD PÚBLICA-
AREA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Localidad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Usaquén	30	37	38	41	40	29	43
Chapinero	17	14	8	22	16	20	15
Santa Fe	4	8	5	11	5	8	3
San Cristóbal	23	18	20	18	20	21	24
Usme	8	12	8	10	17	12	13
Tunjuelito	8	8	8	11	18	15	12
Bosa	26	22	23	29	38	32	26
Kennedy	40	42	55	54	47	54	49
Fontibón	19	21	23	19	28	25	22
Engativá	50	57	67	58	53	48	56
Suba	64	68	67	55	67	77	58
Barrios Unidos	12	14	11	12	5	13	19
Teusaquillo	10	20	14	11	23	16	11
Los Mártires	4	9	10	10	11	9	9
Antonio Nariño	5	7	7	7	4	7	6
Puente Aranda	21	17	17	18	21	17	19
La Candelaria	1		3	1	2	2	3
Rafael Uribe Uribe	20	15	23	23	29	21	24
Ciudad Bolívar	18	31	21	25	30	23	30
Sumapaz	ND	ND	ND	1	0	0	0
Sin dirección exacta	10	8	10	4	5	1	0
Total Bogotá	390	428	438	440	479	450	442

La tabla 2 muestra la mortalidad de cáncer de seno por localidad en la ciudad de Bogotá. Las localidades de Engativá y Suba han presentado la mayor cantidad de muertes seguidas en el periodo de 2008 – 2014. Este fenómeno se puede explicar por la cantidad de habitantes de cada una de las localidades pues estas dos, junto con Kennedy, conforman las tres localidades con mayor número de habitantes. Habría que ahondar más en este tema para saber las causas de este patrón, tema del que no nos centraremos en este trabajo.

Resulta fundamental prestar atención al cáncer de seno entendiéndolo como un problema complejo que debe ser abordado desde diferentes ángulos y disciplinas pues son muchas las

variables que en él convergen. No se debe abordar simplemente desde un análisis cuantitativo desde la incidencia y la mortalidad sino que a su vez y en paralelo, se debe analizar de forma cualitativa teniendo en cuenta las trayectorias y las historias de vida de las mujeres que lo padecen. De esta manera seguramente se podrán plantear soluciones integrales que abarquen la mayor cantidad de aristas de un mismo problema.

En la primera parte de este capítulo le dimos una mirada a lo que es el cáncer de seno, los principales factores de riesgo y los diferentes tratamientos que existen para tratarlo. En la segunda parte, revisamos el acceso a los sistemas de salud por parte de las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de seno y la problemática global y en Colombia de la enfermedad. Esto nos sirve para dar cuenta de algunos factores que afectan la problemática y lograr contextualizarnos en lo que va a ser esta investigación.

Tratamiento y Atención Psicosocial de las Mujeres Mastectomizadas

Tratamiento y respuesta médica

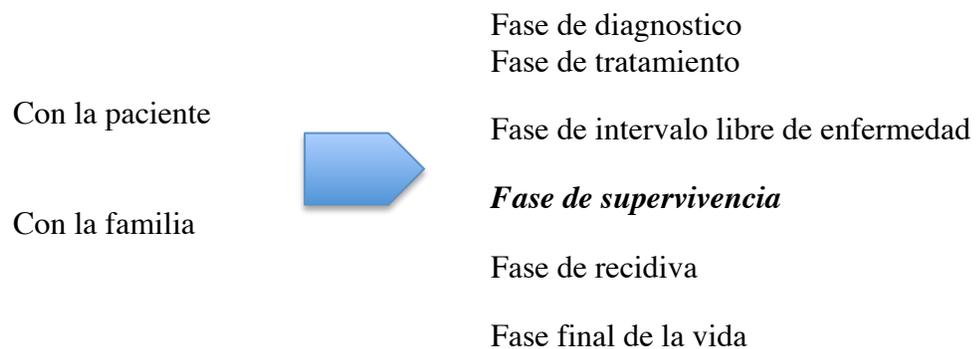
Existen diversos factores a tratar que rodean a las mujeres mastectomizadas que van desde la paciente hasta el entorno inmediato que la rodea. El psicooncólogo Gonzalo Rojas-May explica en su artículo *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama* lo siguiente sobre la psicooncología:

“La Psicooncología, Psicología Oncológica u Oncología Psicosocial es una sub-especialidad “bisagra” de la oncología, la psiquiatría y la psicología, que entiende al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución. Esta ciencia centra su atención en el paciente, no en la enfermedad que lo aqueja. En otras palabras entiende al enfermo en su totalidad biopsicosocial.” (Rojas-May, 2006)

Esta rama de la medicina trata al paciente de manera compleja entendiendo que muchas preocupaciones sobrepasan el tema físico y llegan a afectar el aspecto psicológico de la mujer y a su vez, entiende que las relaciones inmediatas de ella son vitales en su proceso de recuperación. Estas relaciones pueden ser sus familiares, amigos o incluso el personal de

salud con el que tienen contacto que debe ser capacitado en orden de poder atender de la manera más efectiva posible a las mujeres que están en este proceso ya sea de diagnóstico, tratamiento o recuperación. Rojas-May muestra un esquema de intervención que lleva un protocolo de atención psicooncológica que atiende las diferentes etapas por las cuales pasa una mujer al ser diagnosticada con cáncer; negación, rabia, pena, negociación y aceptación. A este proceso se le llama “duelo oncológico”(Rojas-May, 2006). Estas etapas no son secuenciales y no son necesariamente esas cinco, varían de paciente a paciente y pueden llegar a ser siete, ocho o nueve diferentes etapas.

- Esquema de intervención psicológica:



Cada una de estas fases tiene un objetivo y una serie de objetivos específicos que pretenden facilitar el proceso de las pacientes y sus familias a lo largo de la enfermedad. En varios de estos objetivos el acompañamiento médico es sumamente importante pues en cada fase la paciente necesita de información oportuna que le ayude a afrontar las incertidumbres naturales que surgen en el proceso. En cuanto a la *fase de supervivencia*, que es la que principalmente nos interesa en este documento, los objetivos terapéuticos son:

- Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad.

- Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para la paciente.

En cuanto a la fase de recidiva, que es “la reaparición del tumor maligno tras un periodo más o menos largo de ausencia de enfermedad”(Asociación Española Contra el Cáncer, AECC), Rojas-May comenta que el impacto puede llegar a ser mucho mas intenso que en el primer diagnóstico, por lo cual se debe realizar el tratamiento de la paciente en cuanto a la prevención y las psicopatologías, se debe reforzar la relación medico-paciente por posibles recriminaciones, y se debe atender las necesidades emocionales de la familia que puedan llegar a surgir por la recaída (Rojas-May, 2006). Existen cuatro tipos de intervención que ayudan a alcanzar los objetivos que se plantean cada una de las fases; psicoeducación, consejería, terapia grupal y terapia individual. A continuación se presentarán tal y como los presenta Rojas-May pues son muy puntuales y dan un panorama muy claro de la intervención.

- a) Psicoeducación: charlas orientativas, folletos informativos, asistencia a grupos de apoyo formados por pacientes y ex pacientes, cónyuges, parejas o familiares directos.
- b) Consejería: reuniones individuales con personal de la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, matronas) entrenado para dar respuestas específicas a las distintas necesidades de la paciente y su familia directa (i.e. consejería genética; secuelas físicas, cosméticas, funcionales, psicológicas, cognitivas y sociales del cáncer de mama y sus tratamientos; etc.).
- c) Terapia Grupal: Indicada para pacientes y/o sus cónyuges o parejas. Está dirigida a tratar distintos tipos de problemáticas individuales y/o de pareja que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico y tratamiento de la paciente.
- d) Terapia Individual: Indicada para pacientes que presentan problemas psicopatológicos que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico y tratamiento del cáncer. (Rojas-May, 2006)

Lo que deja entrever el artículo es que el tratamiento y la atención psicosocial de mujeres mastectomizadas es un tema complejo que abarca las distintas relaciones de una paciente. Desde su ámbito familiar, el cual debe a su vez entrar en la dinámica del tratamiento y atención, hasta la fuerte relación médico-paciente que resulta fundamental en el desarrollo positivo o negativo de la enfermedad. La información oportuna y clara se presenta también como un eje importante en el tratamiento de la enfermedad, el acompañamiento emocional en todas las etapas del duelo oncológico y una buena transición de la enfermedad a la

incorporación de sus actividades normales, son parte del tratamiento y la respuesta médica al cáncer de seno.

Atención Psicosocial con cáncer de seno/mujeres mastectomizadas

Como se viene mencionando en párrafos anteriores, los procesos de tratamiento y la respuesta médica tienen como principal objetivo lograr brindar una atención psicosocial óptima para las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de seno. Esta atención psicosocial hace parte fundamental de la recuperación de la mujer y de su inclusión nuevamente a la vida cotidiana que llevaba antes del diagnóstico inicial. Para ello, entenderemos atención psicosocial como “Los procesos articulados de servicios que buscan mitigar, superar y prevenir los daños e impactos a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y la vida en relación, generados a las víctimas, sus familias y comunidades ...”⁹.

Podemos encontrar algunos ejemplos de los procesos de intervención psicosocial que se llevan a cabo con el fin mencionado anteriormente. El artículo *Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas*¹⁰, muestra los resultados de un estudio realizado en la Universidad Fortaleza Ceara (UFC) en Brasil, donde se expone que una de las razones por lo cual las mujeres buscan este tipo de grupos, asociados a la atención psicosocial, es por la necesidad de desahogo y de ser escuchadas, que va de la mano con la falta de grupos externos. El artículo menciona que las mujeres entran a este tipo de grupos con los siguientes argumentos:

- Auto ayuda, amistad y compañerismo
- Apoyo, amistad y felicidad.
- Comprensión y amistad.

⁹ Programa De Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en el Marco De La Ley 1448 De 2011. Elaborada por la Oficina de Promoción Social con la colaboración puntual de las direcciones de: Promoción y Prevención y Prestación De Servicios. Ministerio de Salud. Noviembre del 2012.

¹⁰ Izabel Cristina Falcão Juvenal Barbosa et al.: Rehabilitación de mujeres mastectomizadas. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 79-84

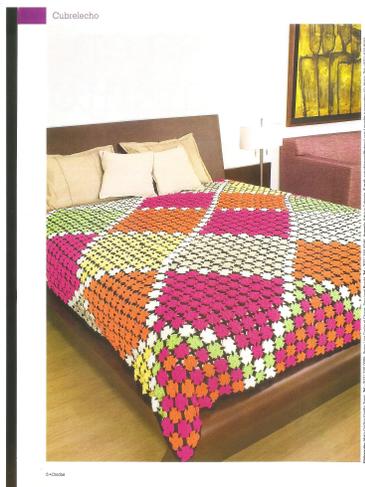
- Experiencia para enfrentar mis problemas
- Desahogarme y conocer más personas y así aprender muchas cosas
- Salud y paz.

El estudio se realizó con mujeres mastectomizadas integrantes del GEPAM, Brasil (Grupo de Enseñanza, Pesquisa, Autoayuda y Asistencia a la Mujer Mastectomizada) a las cuales se les realizaron diferentes actividades durante 4 meses. Las actividades que realizaron fueron descanso, actividades auto expresivas y diferentes dinámicas de grupo que el artículo no especifica.

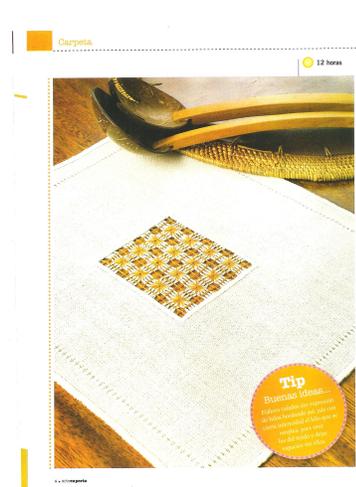
Un ejemplo de estas dinámicas de grupo y actividades de auto expresión se pueden encontrar en la Liga Colombiana Contra el Cáncer Seccional Bogotá. En esta sede se realizan grupos de manualidades con las mujeres que han sido mastectomizadas. Estos grupos son dirigidos o dictados por profesoras que les enseñan a coser, tejer y realizar diferentes objetos de decoración. A continuación se muestran una serie de ejemplos de estos trabajos realizados por las señoras que asisten a estos grupos de manualidades.



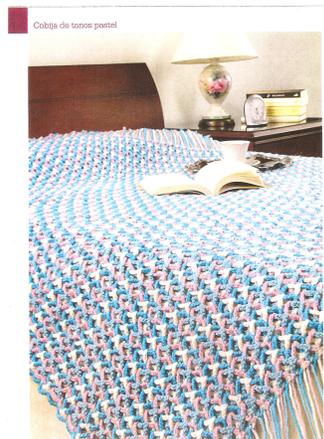
Cojín



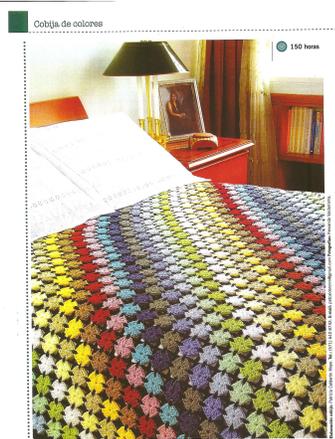
Cubre lecho



Carpeta



Cobija



Cobija



Pañalera

Estos trabajos se publicaron en una revista de manualidades llamada Cintas, en donde se hace mención a la creadora, tiempo de elaboración de la pieza y a la profesora que asistió el proceso. Para ver más trabajos revisar los anexos.

Que sus trabajos sean publicados en una revista implicaba para ellas motivo de orgullo, satisfacción y de lo cual hablan con entusiasmo. Las mujeres que asistían a este grupo de manualidades frecuentaban a su vez el grupo de ayuda que se reunía un día diferente en la semana. Las señoras contaban sus avances, tiempo sin la enfermedad, posibles complicaciones y recaídas entre otros temas que podrían surgir. En estos grupos se veía reflejado el gran apoyo que encuentran las mujeres víctimas del cáncer de seno, las amistades que generan al interior de estos y como encuentran en alguien más una experiencia similar que les da cierto grado de tranquilidad y confort. Esta información se recoge de una experiencia personal y profesional con La Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá en el año 2012. El objetivo era, desde un lugar profesional, desarrollar un brasier que cumpliera con las necesidades físicas y estéticas de estas mujeres. Para esta investigación se realizaron algunos grupos focales de 5 a 6 mujeres, divididos por estratos 1-2-3 y 4-5-6 (a disposición de la LCCSB), se asistió a varias reuniones de estos grupos de apoyo donde se escucharon las historias de vida sobre la enfermedad de las mujeres y se tuvo algunas conversaciones con la psicóloga que acompañaba el proceso y el médico oncólogo de la institución.

Así como el estudio realizado en Brasil, las mujeres generaban lazos de amistad entre ellas, creaban nuevas relaciones y se apoyaban en las experiencias de vida de las mujeres más antiguas en el grupo. Hallar cifras sobre el número de mujeres mastectomizadas es un poco complicado pues la mayoría de los estudios que se encuentran tanto de entidades privadas como entidades públicas se enfocan principalmente en la incidencia y la mortalidad. Por otra parte, se encuentran estudios más enfocados en la parte cualitativa sobre mujeres mastectomizadas, lo que hace que encontrar cifras cuantitativas se complique. Otro problema para encontrar estas cifras es la confidencialidad con la que deben manejar esta información los centros de salud.

En este capítulo revisamos los tratamientos enfocados en la atención psicosocial de las mujeres que fueron diagnosticadas de cáncer de seno que se les practicó una mastectomía. Se explica los esquemas de intervención psicológica por los cuales debe pasar una mujer mastectomizada y se dan unos ejemplos prácticos de estos tipos de tratamiento.

Marco Político y Normativo

En el marco político para el control del cáncer se pretende establecer los objetivos básicos para el control integral del cáncer que la OMS establece. Este control integral abarca; el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo. Dentro de estos, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 y el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, cobran importancia pues establecen criterios básicos desde el gobierno que buscan alinear diversos objetivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos en donde se les garantice la salud, educación, alimentación y los servicios básicos domiciliarios (Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020, 2012). De esta manera se establece la ley 1122 del 2007 que dicta:

“Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización

y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”.

Esto se complementa a que Colombia vinculó en su marco normativo tratados que buscan controlar el cáncer, estos tratados incluyen instrumentos internacionales vinculantes, instrumentos internacionales no vinculantes, normatividad nacional y normatividad internacional. A continuación se presentan algunos de estos tratados:

- Convenio No 139 de 1974, sobre cáncer profesional, exige a las partes determinar periódicamente las sustancias y agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, o sujeta a autorización o control.
- Convenio No 161 de 1985, sobre los servicios de salud en el trabajo.
- Convenio No 162 de 1986, sobre Utilización del Asbesto en Condiciones de Seguridad.
- Convenio No 170 de 1990, sobre los productos químicos
- Convención sobre los Derechos del Niño, entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990
- Declaración del Milenio. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea general, A/RES/55/2, 13 de septiembre de 2000
- Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, hecho en Estocolmo el 22 de mayo de 2001.
- Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, hecho en Ginebra, el veintiuno (21) de mayo de dos mil tres (2003).
- Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: *Prevención y control del cáncer*: Insta a los Estados Miembros a que, en la planificación de sus actividades de control, presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a algunos agentes infecciosos.
- Ley 1384 de 2010, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

La vinculación a dichos convenios muestra la voluntad política del gobierno para tratar de manera efectiva la problemática del cáncer en Colombia. Convenios que no solo apuntan al tratamiento de la enfermedad, a su vez se inscriben en proyectos y programas que buscan prevenir y fomentar la concientización sobre este problema.

Marco Conceptual

En principio este trabajo busca alinear una problemática social con ciertos conceptos claves que pueden ayudar a ahondar un poco más sobre la magnitud e importancia del problema en cuestión. Para ello, se buscará relacionar la problemática del cáncer de mama con conceptos como el de cuerpo, género, diferencias y desigualdades.

El cáncer de seno es el segundo cáncer más común entre las mujeres en Colombia y genera el 10% de todas las neoplasias (masa anormal del tejido), siendo el cáncer más frecuente en las mujeres en el mundo. Particularmente en Colombia, según la Liga contra el Cáncer seccional Bogotá, 6,500 mujeres serán diagnosticadas con cáncer invasivo, y un aproximado de 1,600 mujeres morirán por esta misma causa. El Instituto Nacional de Cancerología en, *Recomendaciones para la tamización y la detección temprana del cáncer de mama en Colombia*. Bogotá: INC, 2006, muestra las siguientes cifras:

“los datos de la International Agency for Research (IARC), el cáncer de mama represento el 22,8% de los cánceres de las mujeres en el mundo en el 2002, estimándose en más de un millón de casos nuevos por año. En Colombia, para el año 2000, el cáncer de mama ocupó el segundo lugar de incidencia (5.526 casos nuevos estimados al año) y el tercero en mortalidad después del cáncer de cuello uterino y el cáncer de estomago ...”

La incidencia de este tipo de cáncer es mayor en países desarrollados que en países en vías de desarrollo, y es más común en mujeres blancas que en cualquier otra raza. “Hoy en día se diagnostican un millón de nuevos casos en el mundo y existen más de 4,4 millones de mujeres que padecen esta enfermedad”.

La problemática del cáncer no solo se limita a la incidencia que este tiene en las mujeres y si unas tienen mayor factor de riesgo de presentarlo a lo largo de sus vidas. Los aspectos

psicológicos relacionados a los cambios corporales que envuelven toda esta problemática son de gran importancia. José Antonio Flórez Lozano escribe en *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos* (1994) lo siguiente: “tras la «desexualización» que se produce como consecuencia de la intervención quirúrgica y de los diversos tratamientos añadidos, corresponde una nueva «sexualización» de su cuerpo que resulta básica para preservar la integridad de su «yo»”. Es sobre este tipo de reflexiones que se busca hacer un análisis desde el concepto de género, tratando de encontrar la importancia de su construcción y como este juega un papel importante en los estereotipos socialmente “aceptados” del cuerpo de la mujer.

De la importancia del Cuerpo

Es importante comenzar este análisis haciendo una reflexión sobre la importancia del *cuerpo* como concepto pues es en él, principalmente, en quien se van a ver reflejados los cambios causados por el cáncer y sobre quien se van a hacer los distintos tratamientos que modificarán a la larga la anatomía de la mujer. Chris Shilling escribe en *The Body in Culture, Technology and Society* (2005), que desde sus comienzos la principales reflexiones que se dieron en torno a este concepto, distinguían entre la idea del cuerpo colectivo de la era pre-moderna y el cuerpo individualizado de la era moderna. Shilling argumenta que el cuerpo ha incrementado su "visibilidad" como el vehículo del consumo, y que el estatus social esta asociado al exterior visible del cuerpo físico (Shilling, 2005). Es así como este cambio de foco a un cuerpo individualizado, generó un creciente interés sobre el entendimiento del cuerpo.

La segunda perspectiva que contribuye al crecimiento del interés por el tema del cuerpo fue el surgimiento de la “segunda ola” del feminismo. Expone Shilling en su libro que desde los años 60’s, las feministas comenzaron a hacer visible su crítica de la división biológica entre el cuerpo sexual y las fuertes tensiones que se vivían en las esferas culturales y sociales en donde argumentaban que no había “nada natural en que la corporalidad justificara la subordinación pública (Oakley, 1972)”. El cuerpo descrito por las feministas en sus estudios mostraban un cuerpo sexuado que no debería tener tantas consecuencias, que son principalmente negativas, en la esfera social, pero que claramente entendían que

este cuerpo sexuado se ha construido y definido en una sociedad patriarcal que “ha determinado las oportunidades en las vidas de las mujeres”.

Ambas perspectivas ayudan a entender la importancia del cuerpo y del por qué hacer este análisis es pertinente. La primera resalta un cambio de enfoque en donde el cuerpo hoy en día es un foco de miradas que sirve principalmente a la sociedad de consumo, y es este su principal herramienta, otorgándole una significación diferente e importante en donde cualquier modificación puede estar a la vista de todos. Es decir se hace presente en un “cuerpo sobre expuesto”. La segunda tiene que ver más con los diferentes sistemas de dominación que se han creado históricamente, pero sobre esto se ahondara más adelante.

Continuando con el análisis de la construcción del concepto de cuerpo, Shilling (2005) menciona lo siguiente: "los filósofos han asociado tradicionalmente al hombre con la libertad y la mente, y a la mujer con la irracionalidad asociada al cuerpo (Grosz, 1994:4). Las mujeres eran vistas de manera *más* biológica, *más* corporal y *más* naturales que los hombres, y por lo tanto más adecuadas para el mundo de lo privado que la existencia pública (Shilling, 2005:3) Fueron este tipo de ideas, junto con otros textos y publicaciones de autoras feministas las que le dieron importancia al debate sobre el concepto del cuerpo, resaltando su importancia y la necesidad de reconsiderar muchos aspectos de la vida cotidiana de los hombres y mujeres que giran entorno esencialmente a las diferencias anatómicas entre ellos.

Es importante rescatar otra idea que da Shilling sobre el realismo corporal. El autor reconoce que el cuerpo es un fenómeno emergente que se genera socialmente. En su discurso expone la idea de que el cuerpo no es solo los límites que lo envuelven, como sus órganos, células, huesos, la sangre que corre en su interior o las conexiones nerviosas que de el hacen parte, sino que el cuerpo es a su vez el "sujeto encarnado esta poseído no solo por sus límites físicos y una red metabólica, sino por sentimientos, disposiciones y una conciencia encarnada ..." (Shilling, 2005:13). Es importante rescatar esta idea pues la mirada sobre el cuerpo cambia, se deja de mirar simplemente como el cuerpo biológico o como el cuerpo cargado de significaciones sociales, y se comienza a ver como el cuerpo

“agente”, capaz de tomar decisiones, de sentir no solo gracias a su corporeidad sino también el tener la facultad de tener y expresar sentimientos.

De igual forma, siguiendo a Le Breton (2002), en la modernidad el *cuerpo* cobró una especial importancia esencialmente gracias a, primero, el cambio de enfoque de cuerpo colectivo a un cuerpo individualizado. Este cambio es importante para el análisis que estamos llevando a cabo sobre el tema de cáncer de seno, pues es *este cuerpo* el que recibe toda la atención y el cual se va a ver modificado por los distintos procedimientos que se tienen que llevar a cabo una vez se realiza un diagnóstico y su resultado es positivo. Por lo tanto, a partir de esta aproximación se materializa el trabajo desde el *cuerpo sobre expuesto* mencionado antes. Segundo, la división biológica que genera fuertes tensiones en el ámbito social puesto que muchas de las subordinaciones existentes están justificadas en esta división. Es importante resaltar de esta idea que las diferencias anatómicas estructuran las dinámicas sociales y que en muchos casos las mujeres se ven confinadas a espacios que les son asignados, esto lo podríamos llamar *cuerpo como desigual* . Por último, el cuerpo no es solamente la materia de la que está compuesto que sirve como herramienta de visualización o que está cargado significaciones por sus diferencias biológicas, sino que a su vez es un cuerpo capaz de intervenir y cambiar el ambiente, con sentimientos y emociones que se pueden ver afectados de una manera profunda por cualquier vulneración a esta corporeidad, como lo puede ser el ser víctima de una enfermedad como el cáncer de mama, a este lo llamaremos el *cuerpo agente* .

Cáncer de mama y Género

A lo primero que hay que hacer referencia, es a la idea de que el “género” como concepto o categoría va en contra posición al determinismo biológico que distingue a los hombres y a las mujeres esencialmente por las diferencias de su cuerpo y las capacidades del mismo. Estas capacidades y diferencias usualmente “asignan” a cada uno de ellos determinadas prácticas sociales y culturales que se han legitimado históricamente, poniendo a la mujer en una posición inferior y relegada a unas actividades específicas y un rol determinado.

Joan W. Scott en su texto “*El género: una categoría útil para el análisis histórico*” habla de los principales debates que se han elaborado en relación al concepto de género. En

primer lugar, menciona la diferenciación binaria entre el hombre y la mujer ligada al cuerpo biológico, aunque lo que los estudios de género han evidenciado, es que esta categoría analítica es una construcción socio cultural que se ha dado a través del tiempo, a la cual se le han dado ciertos significados simbólicos y por lo tanto, ha cambiado con el pasar del tiempo y se ha dejado de entender de manera estática. El género es por tanto “una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado” (Scott, 1996, p. 271).

En relación a esta misma idea, West & Fenstermarker plantean que el concepto de género se puede pensar en cuatro diferentes esferas o enfoques, dos de ellos tienen una relación directa con las ideas de Scott sobre el género como “categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado”. Los enfoques de los que hablan West & Fenstermarker son:

- 1) Diferencias sexuales de la anatomía
- 2) Roles sexuales otorgados
- 3) Carácter minoritario de la mujer (dominación y subordinación)
- 4) La mujer asociada a ideas de estatus y clase

Como podemos dar cuenta, el primer y segundo enfoque relacionan de manera directa el género con las diferencias del cuerpo de los hombres y las mujeres, y le asignan unos roles determinados en la sociedad de acuerdo a estas diferencias. De esta manera las autoras explican el segundo enfoque relacionándolo con ciertas funciones que el cuerpo de la mujer biológicamente puede desempeñar, un tema reproductivo, y paralelamente otorgándole a ella una función cuidadora y socializadora principalmente en una esfera familiar (West & Fenstermarker, 2010).

Ahora, dentro de los debates que plantea Scott, y continuado con el análisis del segundo enfoque planteado por West & Fenstermarker, está lo que el llama el “deber ser” y el “deber actuar” por parte de los hombres y las mujeres. Los roles que emplean ambos suelen ser totalmente diferentes y cada uno pareciera estar aislado a sus manera de “deber actuar”. Estos roles suelen actuar en diferentes escenarios o contextos que cada uno de ellos se ha ido apropiando por la misma asignación que les ha sido dada históricamente gracias a la construcción socio cultural que se ha hecho sobre ellos. “Las mujeres a la casa y los

hombres al trabajo” son frases que parecieran estar pasadas de moda pero que aún hoy tienen cierta importancia social.

A la mujer se le ha otorgado un rol de protección donde cumple una función reproductiva, cuidadora y socializadora como se mencionó anteriormente, siendo pieza vital de la construcción de familia. Si empezamos a pensar este rol asignado a las mujeres en relación a la problemática mencionada del cáncer de mama, nos damos cuenta de la importancia que cobra el cuerpo sexuado de esta misma, y podríamos empezar a imaginarnos las dificultades que carga esta construcción social del “género femenino”, en una enfermedad que afecta directamente una de las partes de su cuerpo que la vinculan directamente con este imaginario del “deber ser” de la mujer.

El problema en esencia termina siendo que el cáncer de mama es una enfermedad que afecta de manera directa una parte del cuerpo de la mujer que está históricamente cargada de un valor sexual muy fuerte (biológico y simbólico), en donde la mujer corre el riesgo de que se afecte su «yo» como lo mencionaba Flórez. Al verse afectada una mujer por cáncer en su mama, puede llegar a creer que peligra su “deber ser”, que peligra su “funcionalidad” en la sociedad, en relación con su familia, hijos y principalmente su pareja, y fundamentalmente peligra su auto-concepto de la “idea” de mujer que ha sido impuesta a lo largo del tiempo. Un ejercicio sencillo para redondear este tema es imaginarnos a una mujer de 55 años, blanca, de nivel socioeconómico medio a la cual se le diagnostica cáncer en el estómago, e imaginarnos a otra mujer, con las mismas características, 55 años de edad, piel blanca y de nivel socioeconómico medio a la cual se le diagnostica cáncer de mama. Por más que las dos tengan que pasar por procesos supremamente difíciles, que afecten su cuerpo de diferentes maneras (quimioterapias, radioterapias y la pérdida del cabello), es la mujer a la que se le diagnostica cáncer de seno la que va a ver comprometida una parte de su cuerpo que la “hace” mujer y la reconoce socialmente como tal.

Otro de los debates que giran en torno del concepto de género, es la relación que tiene este con el poder. Scott desarrolla en su texto la idea de que el mundo está organizado de manera heteropatriarcal y éste es el que estructura las relaciones de manera jerárquica. En esta organización la mujer tiene una desigualdad y posición inferior a la del hombre que la

enmarcan en relaciones de dominación y subordinación. Escribe Scott sobre el interés de las feministas de acabar con esta imposición jerárquica lo siguiente: “La historia del pensamiento feminista es la historia del rechazo de la construcción jerárquica de la relación entre varón y mujer en sus contextos específicos y del intento de invertir o desplazar su vigencia” (1996, p. 286).

De esta manera entendemos que la mujer, desde la misma construcción del concepto de género, está enmarcada en un rol particular que le fue asignado históricamente y que se desenvuelve en unos contextos determinados. Este rol la confina a un espacio en donde su cuerpo biológico sirve - funcionalmente y a disposición de - la sociedad. Las mujeres se han visto confinadas a hacer de madres y esposas, papeles que tienen relación directa de compañía y protección. En el primero, el de madres, alimentan a sus hijos con su mismo cuerpo, siendo este el primer nexo entre la madre y sus hijos, y en el segundo, el de esposas, su cuerpo desempeña un papel de reproducción, siendo la construcción de este, y en especial sus senos, parte fundamental del carácter de feminidad que se le ha adjudicado. Escribe Flórez sobre esta importancia: “La mama es sinónimo de *belleza, erotismo, sexualidad, reproducción o afectividad*”, y menciona anteriormente las implicaciones de la afectación en la mama “... los planteamientos terapéuticos, más o menos refinados ... suponen una agresión física muy importante para la mujer afectada de cáncer de mama, al tiempo que un daño irreparable de su *esquema corporal integral* que repercute de forma muy intensa en el equilibrio de su psicología, en su estado anímico y afectivo”(Flórez, 1994).

En este análisis no es solo el rol en relación al cuerpo lo importante, también el espacio y la jerarquía que ella ocupa. El cuerpo sexuado, protector y reproductor es a su vez un cuerpo inferior, incapaz de desempeñar papeles que le corresponden directamente a los hombres, es un cuerpo relegado a cumplir actividades desiguales en la sociedad.

Si se pudiera pensar que el género trascendiera las fronteras biológicas del varón y la hembra, y que se pensara de una manera más sistémica y posiblemente compleja, en donde lo que importa verdaderamente son las relaciones de interacción que cumple un sujeto con

otros y su entorno, se podría llegar a pensar que estas jerarquías y desigualdades podrían modificarse, y de esta manera pensar en relaciones de género un poco más equitativas.

Metodología

Partiendo del principio que el cáncer de seno es una problemática compleja que abarca diferentes esferas sociales, y que hoy por hoy es considerado un problema de salud pública, resulta importante llevar a cabo una investigación donde las herramientas de investigación puedan dar cuenta de esta complejidad y a su vez logren sintetizar el problema con el fin de generar una caracterización sobre los aspectos psicosociales de mujeres mastectomizadas. Para este trabajo, cuyo enfoque es la intervención social, se realiza una investigación mixta que complementa los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. El objetivo de llevar a cabo esta serie de herramientas y métodos se enfoca en que la información resultante de las herramientas aplicadas permitiera establecer las principales percepciones que rodean la problemática y ayude a caracterizar los aspectos psicosociales de mujeres mastectomizadas.

Para ello, se realizó el análisis de dos grupos focales realizados en el 2011 a once mujeres asistentes regulares a los grupos de apoyo de la Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá (LCCSB), seis entrevistas a profundidad con mujeres mastectomizadas de manera radical o parcial, una encuesta realizada a 20 hombres y 20 mujeres (40 personas) conformados en diferentes grupos de edad y un análisis de los principales discursos encontrados en folletos entregados en instituciones como AMESE y el Cancerológico en la ciudad de Bogotá, y las principales imágenes de búsqueda por navegador al escribir “campañas cáncer de seno”.

Herramientas para la recolección de información:

- 1) Grupos Focales: Dos grupos focales con 11 mujeres
- 2) Entrevistas: Seis entrevistas a profundidad
- 3) Encuesta: Cuarenta personas encuestadas
- 4) Análisis del discurso: Folletos e imágenes de internet

Las herramientas metodológicas buscaban dar cuenta de estos tres ámbitos. De esta manera, los grupos focales y las entrevistas a profundidad buscaban indagar sobre los aspectos psicosociales de las mujeres mastectomizadas en una primera esfera de análisis. Las encuestas se enfocaron en lograr identificar las percepciones sociales que giran en torno a mujeres mastectomizadas en la segunda esfera de análisis, y por último, la tercera esfera estaba centrada en el análisis de discursos de los folletos y de la búsqueda por internet.

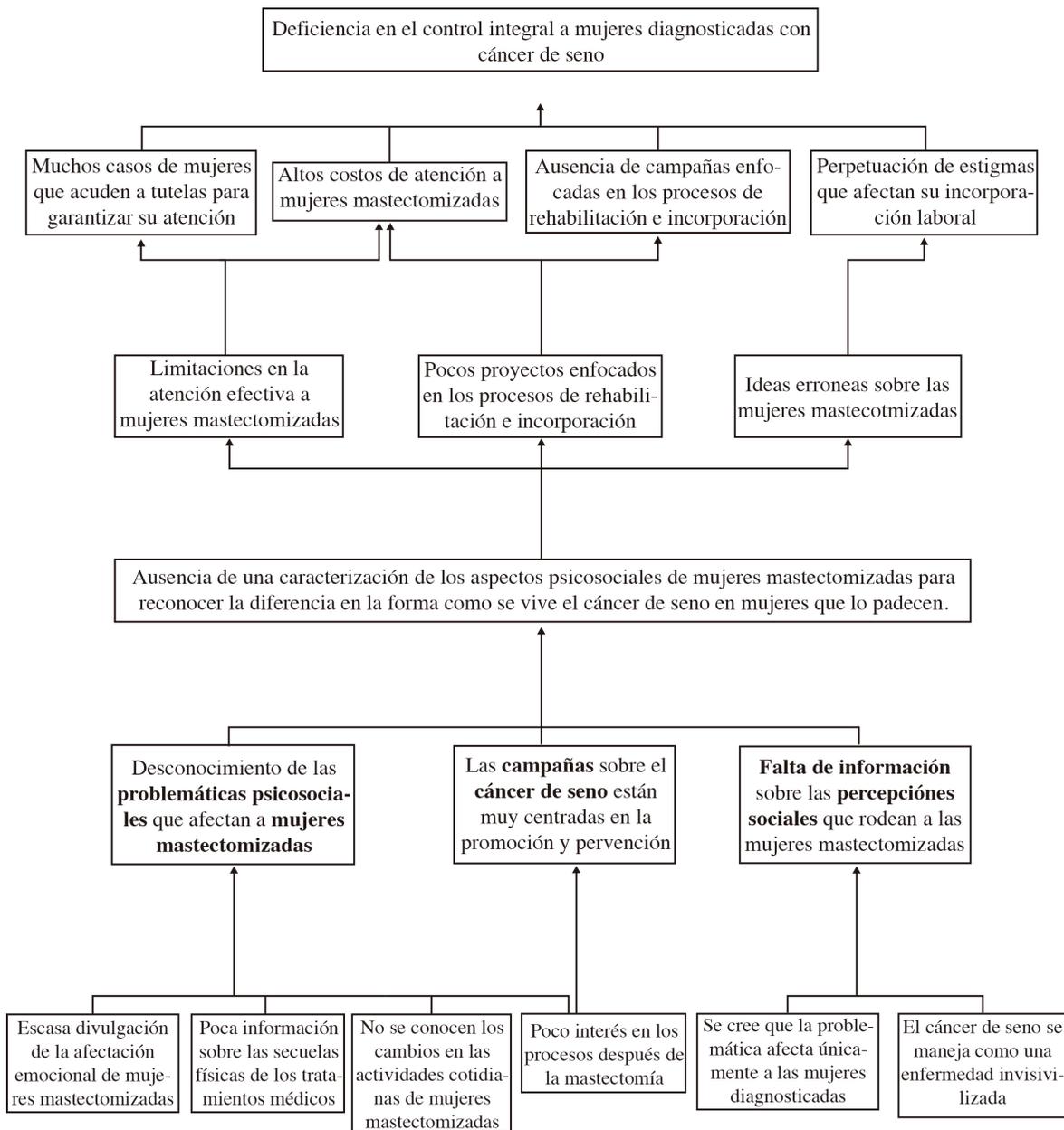


Ilustración 12 Árbol de Problemas

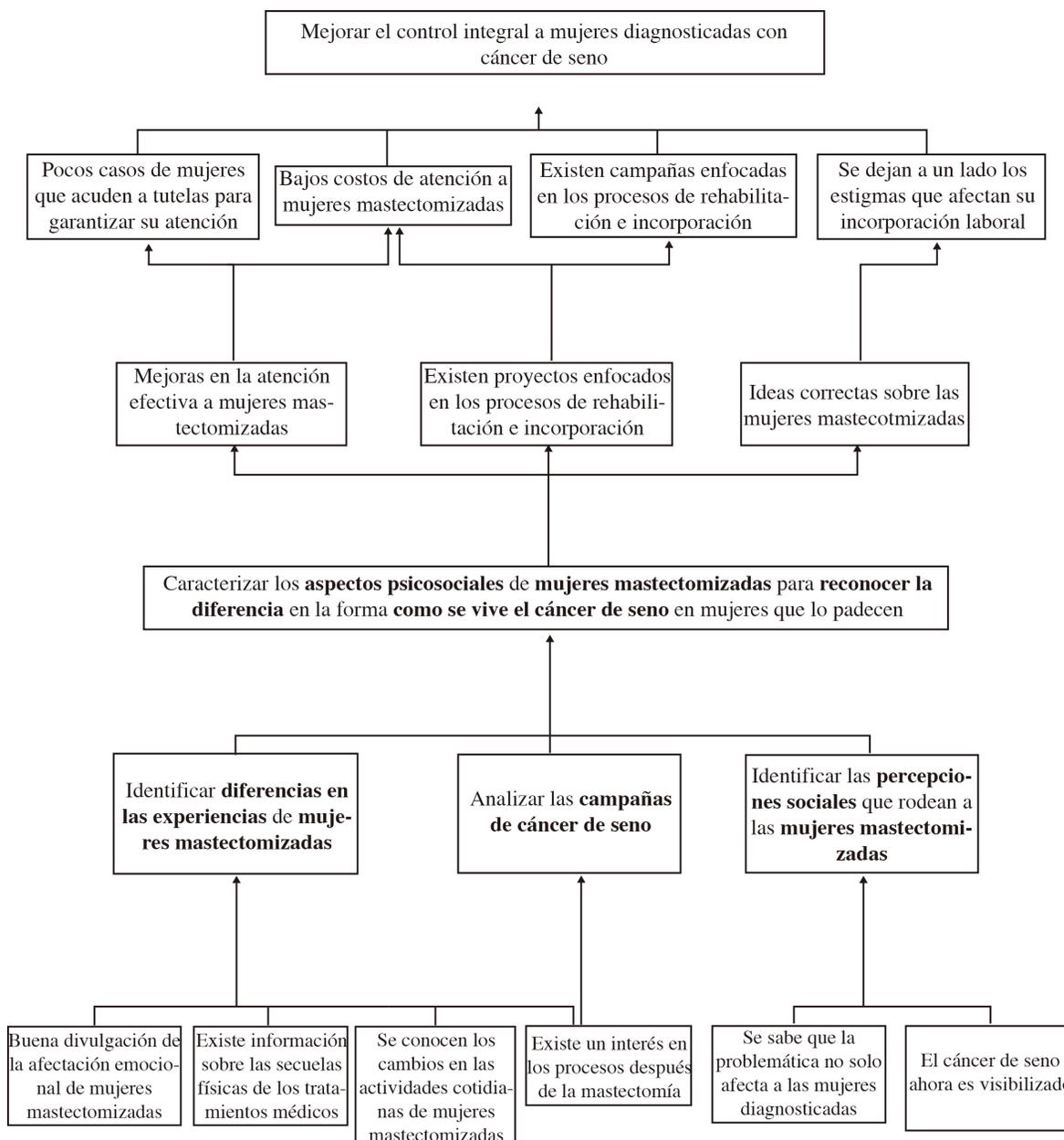


Ilustración 13 Árbol de Objetivos

Junto a la elaboración del árbol de problemas y el árbol de objetivos, se desarrolla la matriz de marco lógico (ver anexos) con el fin de organizar la información y definir las actividades que se deben emplear para la consecución de los objetivos específicos y el objetivo general

del trabajo. Se establecieron seis resultados y seis actividades que respondían a los objetivos específicos los cuales a su vez, ayudarían a establecer los lineamientos de intervención social que mejoren la atención psicosocial para mujeres mastectomizadas. El ejercicio de elaboración de esta matriz se hace como complemento a los árboles, y esta redactado como un proyecto a futuro, se elabora como parte del ejercicio metodológico de la maestría.

- Grupos Focales

Los grupos focales se llevaron a cabo en las instalaciones de la LCCSB y se llevaron a cabo en dos grupos que se dividieron por estratos 1, 2 y 3, en el grupo de la mañana, y 4, 5 y 6 en el grupo de la tarde. Se realizó de esta manera por indicaciones y sugerencia de la LCCSB. El objetivo principal de los grupos focales era indagar sobre la necesidad de un producto para mujeres mastectomizadas que cumpliera con los requerimientos básicos para el proceso de recuperación y incorporación de nuevo a sus actividades. Los grupos focales sirvieron para reconstruir la trayectoria de su enfermedad, los tratamientos recibidos y las secuelas más importantes que había dejado el cáncer centrándose principalmente en las físicas. Para el análisis de ellos se realizó la transcripción pertinente en la cual se crearon códigos a partir de los discursos dados por las mujeres asistentes. El análisis que se realizó con los grupos focales y las entrevistas comienza desde la codificación y categorización de las transcripciones realizadas para cada herramienta y cada mujer entrevistada. La asignación de categorías corresponde directamente al objetivo general de la investigación. Para estos análisis se manejaron matrices en Excel en donde se codificaron las transcripciones de los grupos focales y las entrevistas junto con sus respectivas subcategorías y categorías.

- Entrevistas

Para definir la muestra de las entrevistas se tuvo en cuenta la información que se encontraba en los manuales de investigación que explica la importancia de la escogencia de la muestra y como ésta depende directamente del trabajo cualitativo que se este realizando. En el texto *Manual de la Investigación* (2010) los autores exponen la importancia de un estudio cualitativo y dicen lo siguiente en relación a la muestra: “Como ya se ha

comentado, en los estudios cualitativos el tamaño de muestra *no* es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador *no* es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad”(Sampieri, Collado, Baptista, 2010) En este mismo texto los autores muestran una tabla (Mertens, 2005) en la cual “se hace un observación sobre el número de unidades que suelen utilizarse en diversos estudios cualitativos”, particularmente sobre los estudios de caso en profundidad esta tabla muestra que lo usual es trabajar de 6 a 10 casos, pero reiteran que esto es una guía y que la muestra la termina definiendo el contexto en el que se ve envuelta la misma investigación.

De esta manera, la muestra se define como una muestra no probabilística siendo una muestra por oportunidad (casos que de manera fortuita se presentan ante el investigador) y una muestra en cadena o por redes (bola de nieve), en donde se identifica un informante clave que ayuda a la consecución de otras personas que puedan ser parte de la investigación (Sampieri, Collado, Baptista, 2010).

Para ahondar en las experiencias de las mujeres mastectomizadas y la trayectoria de su enfermedad, se realizaron 6 entrevistas a profundidad semi-estructuradas donde se trató de mantener un orden cronológico y narrativo de la enfermedad desde el momento de su diagnóstico hasta los procesos de rehabilitación. También se indagó por las percepciones que tenían sobre la enfermedad antes de padecerla, la información que tenían sobre esta, como afectó a sus familias y cuales fueron los principales cambios que dejó en sus vidas.

- Encuestas

La encuesta se diseñó con 9 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta que se aplicaron a 40 personas de diferentes grupos étnicos en diferentes sectores de la ciudad de Bogotá buscando que la muestra fuera lo mas heterogénea posible. Para ello, se buscaron 20 hombres y 20 mujeres en diferentes rango de edad que pudieran responder preguntas sobre que percepciones tienen sobre mujeres mastectomizadas, que ideas tienen de la enfermedad y si se imaginan las implicaciones que tienen para las mujeres. Fue una muestra no probabilística pues previamente se había establecido el número de hombres y mujeres encuestados y los rangos de edad de estos mismos y a su vez fue una muestra por cuotas en donde el número de personas encuestadas estaba distribuido de la siguiente manera:

Tabla 3 Muestra encuestados percepciones mujeres mastectomizadas

Edad /Sexo	Hombres	Mujeres	Porcentaje
18 a 25	4	4	21%
26 a 35	4	5	23%
36 a 45	4	4	19%
446 a 55	3	4	16%
Más de 55	4	4	21%
Total	19	21	100%

Los porcentajes de rango por edad se sacan de una encuesta realizada por Ipsos sobre intención de voto en la ciudad de Bogotá. (Gran Encuesta Elecciones locales 2015 Revista Semana).

La cantidad de personas encuestadas se escoge pensando en que la muestra no probabilística tiene como ventaja el que no se necesita un representatividad sino que es más importante las características específicas establecidas para la investigación, “es su utilidad para determinado diseño de estudio que requiere no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema” (Sampieri, Collado, Baptista, 2010) En este caso, el estudio pretende dar cuenta de las percepciones sociales que giran entorno a las mujeres mastectomizadas, la cual responde a segunda esfera de análisis que es la esfera social. Para la escogencia de los casos, fue importante pensar en que fueran una muestra heterogénea y fuera una muestra de participantes voluntarios, que lograra evidenciar las principales percepciones que rodean a mujeres mastectomizadas sin importar género o edad. Para la investigación fue importante la escogencia de esta muestra pues si se cerraba mucho las características de los casos podrían dar una percepción a su vez cerrada, por eso el saber que pensaban hombres y mujeres, jóvenes, adultos y personas de mayor edad era sumamente importante para la investigación.

- Análisis del discurso

Por último, se realizó un análisis discursivo de la publicidad (folletos) entregados en instituciones como el Cancerológico y Amese sobre el cáncer de seno, y las primeras imágenes que salían en internet al buscar “campanas cáncer de seno”. Se tomaron cuatro entregables en Amese y una cartilla informativa que sale periódicamente en el Cancerológico, sobre los cuales se revisó principalmente el contenido de la información, a quien va dirigida ésta, y los principales discursos que contienen estos entregables. La escogencia de estas dos instituciones se hizo pensando en tener una entidad privada y otra pública a las que las mujeres con cáncer usualmente recurren en busca de información sobre la enfermedad. Por último, se realizó este mismo análisis sobre los resultados obtenidos de la búsqueda por un navegador al introducir “campanas de seno”.

Tabla 4 Categorías de análisis, Instrumentos, técnicas

Categorías de análisis	Subcategorías	Instrumentos y Técnicas
Impacto psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo de familiares, amigos, pacientes y doctores Afianzamiento espiritual Economía Cambios en la imagen Contexto Autopercepción Secuelas físicas 	Entrevistas a profundidad, grupos focales, análisis del discurso
Percepciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> Cáncer de seno Campanas Mujeres mastectomizadas 	Encuesta, análisis del discurso
Campanas cáncer de seno	<ul style="list-style-type: none"> Principales discursos Información A quien va dirigida 	Análisis de discurso

Resultados

Si bien el cáncer de seno es una enfermedad que ha cobrado mayor importancia y visibilidad en los últimos tiempos, tanto en la atención que se le da de parte institucional como los sistemas de salud y la creación de políticas y planes que esperan controlar de manera oportuna las diferentes etapas del cáncer, es evidente que aún existen falencias que

no permiten llevar a cabo un control integral de esta patología. Para efectos de este estudio, la caracterización de los aspectos psicosociales de mujeres mastectomizadas resultaba fundamental. Para este fin, los grupos focales y las entrevistas a profundidad se realizaron con mujeres mastectomizadas, donde cada una de estas herramientas siguió un proceso de codificación y categorización aparte. En los grupos focales, las categorías de análisis fueron; cáncer de seno, mujeres mastectomizadas e impacto psicosocial. Se realizaron dos grupos focales a un total de 11 mujeres mastectomizadas, el primer grupo (1) contó con 6 mujeres de estratos 1, 2 y 3 y el segundo grupo (2) contó con 5 mujeres de estratos 4, 5 y 6. Para efectos de orden, se analizarán las tres categorías por separado entendiendo que son transversales. Los principales resultados se presentan a continuación.

- Cáncer de seno

La categoría *cáncer de seno* arrojó dos subcategorías 1) información y 2) susto y temor. Las mujeres en varias ocasiones manifestaron que la información no es suficiente y que hace falta asesoría en varias partes del proceso de la enfermedad. También, la principal percepción que tienen sobre el cáncer de seno es de susto y temor expresado en frases como “cuando uno tiene un problema uno no quiere que eso salga a la luz, entonces uno como que se encierra en uno mismo y uno no busca ni la ayuda de nadie” o “un día me levante y al ponerme la toallita así y al subir la pierna no sé para acomodar el zapato, entonces el pezón votó un pus de mal olor con sangre y yo no me di cuenta sino del mal olor, mire la toalla y me asuste y me quede callada, no dije nada, ni a mi esposo, ni fui al médico”.

Tabla 5 Análisis grupos focales

Nombre	Grupo	Pregunta	Categoría	Sub-categoría	Código
Luisa	1		Cáncer de seno	Información	Falta propaganda
Luisa	1		Cáncer de seno	Información	Información en centros de atención
Fanny	2		Cáncer de seno	Susto y temor	El cancer es terrible
Marcela	2		Cáncer de seno	Información	Problemas de detección temprana
Fanny	2		Cáncer de seno	Susto y temor	Percepción de la enfermedad
Nubia	2		Cáncer de seno	Información	Me cogio desprevenida
Nubia	2		Cáncer de seno	Susto y temor	No dije nada
Nubia	2		Cáncer de seno	Susto y temor	Tratamiento “repentino”
Nubia	2		Cáncer de seno	Susto y temor	Se encierra en uno mismo

La tabla 5 muestra como el problema de la información esta asociado a; la falta de propaganda, la información en los centros de atención y la problemática de la detección

temprana. Y las percepciones que se tienen de susto y temor que giran en torno a la enfermedad las ideas de que el cáncer es “terrible” y “repentino”, y genera una sensación de asumir la carga del problema.

- Mujeres mastectomizadas

Como primera instancia y sin importar su condición socioeconómica, las mujeres que participaron en los grupos se ven afectadas en tres ámbitos:

- 1) La autopercepción
- 2) Secuelas físicas
- 3) Cambio de la imagen (vestimenta, maquillaje, otros cuidados)

En relación a la autopercepción, es evidente que la autoestima de las mujeres se ve afectada junto con una creciente sensación de inseguridad expresada en frases como “y no me gusta que me miren así como mucho”, “y sale uno a la calle y siente que alguien está mirando” y “terrible porque uno de por sí es vanidoso y ya ahorita sobrevivir es lo más importante, pero sí se afecta el autoestima, mucho”. Esto tiene una relación directa con los cambios en la imagen a los que se tienen que ver enfrentadas las mujeres por causa de la mastectomía. La cirugía deja en el cuerpo una serie de secuelas físicas que son determinantes no solo por el cambio en la imagen corporal de la mujer, sino por que estas generan una serie de problemáticas posteriores. Las mujeres de los grupos focales expresaron que la cirugía podía generar “rasquiña” e “irritación” así como dejar “huecos” en el cuerpo que lo asocian con sentirse “deformes”. Estas secuelas físicas tienen una implicación directa con los cambios en la imagen de la mujer, entendiendo que los cambios en la imagen tienen relación con la ropa y vestimenta, así como con las diferentes maneras de arreglarse. Las asistentes a los grupos focales expresaban que tenían que comprar ropa especial que se tratara de acomodar a sus nuevas necesidades, que ya no eran simplemente estéticas, sino que la parte física era un tema fundamental. Algunas mujeres manifestaron frases como “cuando me regalan ropa no me la puedo poner por eso, porque se ve uno más grande que el otro”, “y esa parte me está acomplejando mucho porque ningún brasier me recoge esa parte, entonces se ven como cuatro senos” que muestran claramente las dificultades a las

que se ven enfrentadas las mujeres en el día a día de estar realizando una actividad tan simple como lo es vestirse.

Es claro que este tema resulta ser parte fundamental de la problemática en el proceso de rehabilitación e incorporación, en donde mujeres manifestaron que el tema de la ropa y la vestimenta si ha sido un inconveniente, pero que han logrado manejarlo, “es difícil, es complicado porque uno no sabe cómo arreglarse para salir a la calle pero no ha sido impedimento” o “Porque como que le sienta a uno mucho en la piel donde está la cirugía, pero ya uno se va acostumbrando y bien...” son frases que expresan los procesos de adaptación de otras mujeres al mismo problema. Sobre lo anterior cabe aclarar que cada una de los tratamientos puede ser diferente y las secuelas físicas de las mujeres varían.

Tabla 6 Análisis grupos focales

Nombre	Grupo	Pregunta	Categoría	Sub-categoría	Código
Pilar		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa/Imagen
Ana		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa/vestimenta
Olga	Facilitadora		Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Asimetría en la reconstrucción
Samantha		1	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Asimetría en la reconstrucción
Samantha		1	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Autopercepción
Samantha		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa
Samantha		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa/vestimenta
María Elvira		1	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Trabajo/Autopercepción
Luisa		1	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Autopercepción
Luisa		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa/vestimenta
Ana		1	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Rasquiña parte irritada
Ana		1	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa
Ana		1	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Autopercepción
Olga	Facilitadora		Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	La enfermedad nos transformo
Marcela		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuela física de la cirugía
Marcela		2	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Ropa
Marcela		2	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Autopercepción, autoestima, vanidad
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Cuidar su propia imagen
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Autopercepción	Autopercepción y secuelas físicas de la cirugía.
Angela		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuelas físicas de los tratamientos, problemas c
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuela física de la cirugía, problemas al vestirs
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Cambios imagen	Cambio de Ropa
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuelas físicas de los tratamientos
Adelina		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuela física de la cirugía y el tratamiento
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuelas físicas de la cirugía
Nubia		2	Mujer mastectomizada	Secuelas físicas	Secuelas físicas por la cirugía, trauma, depresió

- Impacto psicosocial

El impacto psicosocial en mujeres mastectomizadas hace referencia tanto a aspectos positivos como negativos que afecten alguna de las dos partes (psicológica o social) o ambas. Los resultados de los grupos focales mostraron que existen cuatro factores relacionados con los aspectos psicosociales:

- 1) El afianzamiento espiritual
- 2) Apoyo por parte de
 - Familiares
 - Doctores
 - Otros pacientes
- 3) La economía
- 4) El contexto

La mayoría de las mujeres asistentes a los grupos manifestaban un afianzamiento espiritual y un apego a Dios gracias a la enfermedad. De sus testimonios se recogían ideas relacionadas a “dar gracias” o “valorar el día a día”. Esto está ligado al apoyo que recibieron durante el proceso de su enfermedad por parte de los doctores, los familiares y los demás pacientes que conocieron en el proceso del tratamiento.

Tabla 7 Análisis grupos focales. Apoyo familiares, doctores, pacientes

Sub-categoría	Código	Cita
Apoyo de los doctores	Doctora gran guía	la Doctora Sandra, ella es un gran apoyo, una guía
Apoyo de la familia	Acompañamiento de familiares/Apoyo	no sola porque me ha tocado con mi esposo que es una persona maravillosa, mis hijos
Apoyo pacientes	Escuchar ayuda	es una experiencia en la que uno se llena de más cosas, porque escuchar a los demás lo llena a uno más
Apoyo pacientes	Nosotras somos sus amigas	No, nos tiene a nosotras como amigas
Apoyo pacientes	Nos dabamos animo	Con otros compañeros teníamos el mismo problema en diferente parte, nos consentíamos entre sí, nos dábamos
Apoyo de la familia	Pensar en los hijos	lo único que me mantenía eran mis hijos, tengo 4 hijos, 3 adoptados y uno que tuve, entonces ellos me motivan
Apoyo pacientes	Nos dabamos animo	no veíamos diferencias, pero entre nosotros mismos nos dábamos mucho ánimo, nos colaborábamos ,
Apoyo de los doctores	Agradecimiento a dios y familia y doc	un doctor con que estuve mis añitos, y los quiero mucho, estoy muy agradecida con Dios y mi familia y grandes
Apoyo de la familia	Acompañamiento de familiares/Apoyo	generalmente salimos los fines de semana los cuatro con mi esposo y mis hijos

En la tabla 7 se muestran resaltados un ejemplo de cada uno de estos tres tipos de apoyo que las pacientes recibieron durante el proceso de su tratamiento. La *economía* y el *contexto* fueron otros factores que emergieron de la categoría de impacto psicosocial. En cuanto al tema económico, las mujeres se referían a dos temas 1) la adquisición de un producto que supliera sus necesidades 2) tener que priorizar otras necesidades familiares. Se aclara que el grupo focal estaba enfocado en gran parte al estudio de un producto que supliera ciertas necesidades de mujeres mastectomizadas, por este motivo los comentarios

sobre temas económicos estaban relacionados al costo del producto. El contexto por otro lado salió como una subcategoría de análisis gracias a los comentarios de dos de las asistentes a los grupos, que comentaron: “y no, uno en clima frío está bien, pero en clima caliente como me pasa a mí y ay no, a ratos provoca quitarse eso porque el calor el sudor con todo incomoda” (Ana), “y sobre todo cuando voy a tierra caliente, porque yo soy de tierra caliente, cada nada voy y se me dificulta mucho. Aquí al menos uno se adapta. Pero en tierra caliente es terrible” (Luisa), ambas refiriéndose al brasier.

Las entrevistas a profundidad se realizaron a 6 mujeres diagnosticadas con cáncer de seno que como parte de su tratamiento tuviesen que haber hecho sido mastectomizadas de manera radical o parcial. La etapa o el tiempo del diagnóstico no fueron variables que se tuvieron en cuenta a la hora de la escogencia de la muestra. El lugar de la entrevista fue acordado a mejor conveniencia de las entrevistadas, realizando de esta manera 3 entrevistas en las casas de ellas, y 3 entrevistas en sus sitios de trabajo. Se realizó como una entrevista semi-estructurada (Ver anexo 1) en la cual se establecieron las preguntas pensando en indagar la trayectoria de cada una de las mujeres entrevistadas y tratando de conocer que percepciones tenían de la enfermedad antes del diagnóstico. La otra parte del guión trató de seguir un orden cronológico de la enfermedad, comenzando por el proceso de detección, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación e incorporación de nuevo a sus actividades cotidianas. A su vez se trató de ver qué implicaciones había tenido la enfermedad en sus relaciones cercanas y cuales fueron los principales cambios en sus vidas por causa de la enfermedad.

La codificación y categorización se realizó a 4 de las entrevistas realizadas pues para este momento dejaron de aparecer nuevas categorías de análisis y se podían agrupar las que iban saliendo en las ya existentes. De esta manera, las entrevistas se codificaron en 6 categorías de análisis:

- 1) Trayectoria
- 2) Cáncer de seno
- 3) Campañas
- 4) Mujer mastectomizadas

- 5) Impacto psicosocial
- 6) Sistemas de salud

Las trayectorias de las entrevistadas mostraron una amplia diferencia en el estilo e vida de unas y otras. Mientras que a la pregunta número 4, ¿Qué hacía normalmente en un día antes de ser diagnosticada con cáncer? Una señora respondía “cuidar mi casa, mis hijos, mi esposo y un nieto”, otra podría responder “trabajaba de 7 a 7 donde las madres comunitarias”. Es importante este análisis de las trayectorias por que al cruzar los datos con una variable como lo es Cáncer de Seno, los resultados muestran que sin importar la diferencia de trayectorias, las mujeres manifestaron tener percepciones similares sobre la enfermedad y una información también muy parecida.

Tabla 8 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Desinterés

Nombre	Sistema de Salud	Categoría	Sub-categoría	Código
Olga	EPS	Cancer de seno	Desinteres	No le pare bolas
Olga	EPS	Cancer de seno	Desinteres	Descuidos del paciente
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Desinteres	Preocuparse a tiempo
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Desinteres	Despreocupación por el cuerpo
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Desinteres	Rutinario
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Desinteres	Nunca se me paso por la cabeza
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Desinteres	Uno no coge conciencia
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Desinteres	Ninguna
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Desinteres	No le puse atencion
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Desinteres	La mia tenia 8 cm
Maria Eugenia	Prepagada	Cancer de seno	Desinteres	Desinteres por parte del paciente

Los resultados más importantes muestran que las mujeres presentan un desinterés ante la enfermedad antes de su diagnóstico que se ve manifestado en frases como “no le pare bolas” o “nunca se me pasó por la cabeza”. El estudio también mostró que el desinterés esta asociado al descuido ante algún síntoma presentado en los senos. 5 de las mujeres entrevistadas mencionó el hecho de haber sentido algún tipo de anomalía y no ir inmediatamente a realizarse un examen médico. (Ver tabla 8)

Otras de las percepciones asociadas al cáncer tienen que ver con temor y susto a la hora de recibir la noticia. Esto parece estar asociado a un momento de incertidumbre en las mujeres donde, al no saber mucho del tema (Ver tabla 10), no saben que esperar y cuales son los pasos a seguir después de recibir la noticia. El temor y susto en mujeres diagnosticadas con

cáncer de seno se ve reflejado a su vez en el miedo a contar a sus familiares o personas cercanas.

Tabla 9 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Temor/susto

Nombre	Sistema de Salud	Categoría	Sub-categoría	Código
Olga	EPS	Cancer de seno	Temor/susto	Temor/susto
Olga	EPS	Cancer de seno	Temor/susto	Tu tienes un cancer agresivo
Olga	EPS	Cancer de seno	Temor/susto	Recibir la noticia
Olga	EPS	Cancer de seno	Temor/susto	Temor a contar
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Temor/susto	Temor ante la noticia
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Temor/susto	Noticia del medico
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Temor/susto	Temor a nuevos sintomas
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Temor/susto	Me dio una tristeza
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Temor/susto	Se me abría la tierra
Maria Eugenia	Prepagada	Cancer de seno	Temor/susto	Temor a nuevos diagnosticos

Tabla 10 Análisis entrevistas. Cáncer de seno _ Información

Nombre	Sistema de Salud	Categoría	Sub-categoría	Código
Olga	EPS	Cancer de seno	Informacion	En mi familia no habia cancer
Olga	EPS	Cancer de seno	Informacion	En mi familia no habia cancer
Olga	EPS	Cancer de seno	Informacion	Interes sobre la enfermedad despues
Olga	EPS	Cancer de seno	Informacion	No hubiera tenido que pasar por todo esto
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	Desconociemitno de cómo hacer el autoexami
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	Autoexamen no lo haces a conciencia
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	No tenemos conciencia de cómo hacer ...
Cecilia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	Desconocimiento
Cecilia	Prepagada			Desinformación
Cecilia	Prepagada			Menos tabú
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Informacion	En mi familia no habia cancer
Rosa	Sisben	Cancer de seno	Informacion	Estar más prevenido
Maria Eugenia	Prepagada			Enfermedad que le da a otros
Maria Eugenia	Prepagada			Información sobre prevención
Maria Eugenia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	Acceso a la información
Maria Eugenia	Prepagada	Cancer de seno	Informacion	

Sobre la categoría de mujeres mastectomizadas, las entrevistas a profundidad muestran resultados muy parecidos a los encontrados en los grupos focales. Los resultados más importantes a destacar en cuanto a esta categoría de las entrevistas es lo que tiene que ver con las recomendaciones que reciben las mujeres después de la cirugía pensando en los procesos de rehabilitación e incorporación. Estos son los resultados encontrados respecto a este tema:

- 1) Manejar el estrés
- 2) Sacarse la enfermedad de la cabeza
- 3) Regularidad en los controles
- 4) Estar pendiente a cambios
- 5) Buena alimentación
- 6) Hacer ejercicio
- 7) No sacar sangre brazo afectado
- 8) Mantener el brazo cubierto
- 9) No alzar nada pesado brazo afectado
- 10) No doblar ropa (Inflamación)
- 11) Evitar picadas de sancudos
- 12) Cuidado al cortarse las uñas (Infecciones)

Gloria Martínez, trabajadora de ASUFINC (Asociación de Usuarios y Familiares de Pacientes del INC-ESE) y paciente de cáncer de seno manifiesta los siguiente respecto a las recomendaciones recibidas:

“nos sugieren no doblar ropa, porque se puede inflamar el brazo, puede sufrir algunas lesiones, al cortarnos las uñas hay que tener cuidado de no cortarnos porque puede aparecer alguna infección, que lo hagamos nosotras mismas. Tampoco se pueden levantar cosas pesadas, tener bastante cuidado al respecto, cositas así, y ayudarnos mucho con nuestra parte nutricional. Muy importante no aumentar de peso, cuidarnos con el azúcar, la sal, las carnes rojas en cierta forma, pero eso lo hace uno a nivel personal”.

Otros resultados que se obtuvieron en las entrevistas fueron:

- 1) El trato de la clínica incidió directamente sobre los modos de enfrentar la enfermedad positiva o negativamente. De acuerdo a la experiencia vivida por dos de las mujeres entrevistadas, el trato que le dió el médico a la reconstrucción resulto fundamental pues generó más problemas que soluciones. Diferencias en los tamaños de los senos que generaron problemas posteriores en la espalda (Olga), o una prótesis de mala calidad que generó una rasquiña y comezón tan fuerte que tuvo que volver a someterse a otra cirugía de “reajuste” (Claudia).
- 2) El proceso de detección del cáncer de seno estuvo claramente desligado de un conocimiento profundo de lo que puede significar en las mujeres la enfermedad.
- 3) Es característico de la enfermedad, por más que haya maneras de anticipar su llegada, que se haya presentado de manera sorpresiva y silenciosa. Hasta la aparición de alguna evidencia, el cáncer avanzó en medidas descontroladas.
- 4) Resultaron normalizados los casos de mujeres que con EPS y SISBEN, al pasar por el proceso y el diagnóstico debieron acudir a tutelas como un conducto regular para recibir atención y tratamientos.

- 5) Si bien la atención de todas las pacientes diagnosticadas se dio de manera rápida, se evidenciaron diferencias en los tiempos de los procesos de tratamientos entre mujeres con prepagada, EPS y SISBEN.
- 6) Las mujeres que fueron atendidas por medicina prepagada tuvieron un proceso con mayores ventajas; mejor acompañamiento por parte del médico, asesoramiento oportuno por parte de las instituciones prestadoras del servicio.
- 7) Las entidades de salud dejaron de cubrir la última cirugía estética para arreglar una reconstrucción mal realizada que si bien sí las hace sentir “desfiguradas”, “mutiladas” o “incompletas”. Esto no solo perjudicó el proyecto a corto plazo de algunas de las mujeres que tuvieron que corregir las imperfecciones provocadas pues ellas tuvieron que asumir los costos para este fin, sino que a su vez tuvo efectos colaterales que afectaron la dimensión psicológica de las pacientes por causa de las secuelas físicas de la enfermedad.

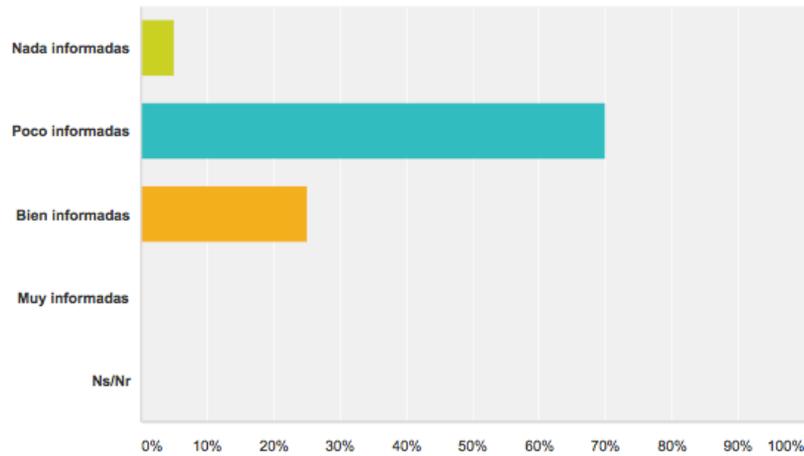
Ahora bien, los grupos focales y las entrevistas a profundidad buscaron dar cuenta de la caracterización de los aspectos psicosociales de las mujeres mastectomizadas como se mostró en los resultados descritos previamente. Estos resultados responden al primer objetivo de este trabajo de intervención.

Las encuestas, por otro lado, estaban enfocadas en dar respuesta a las percepciones sociales que rodean a mujeres mastectomizadas. Para ello se elaboró una encuesta de 9 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta. Se hizo uso del aplicativo *Survey Monkey* para la recolección de respuestas que se llenaron desde el dispositivo celular y ordenadores. Los resultados se muestran en la graficas a continuación.

Gráfica 1

Q1 ¿Que tanto cree que las personas están informadas sobre el cáncer de seno?

Answered: 40 Skipped: 0



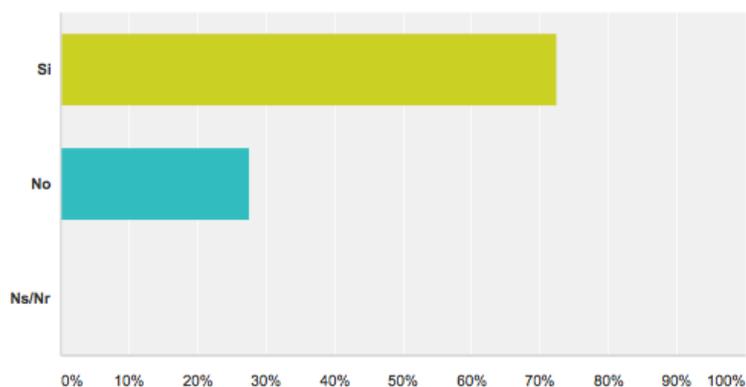
Answer Choices	Responses	Count
Nada informadas	5.00%	2
Poco informadas	70.00%	28
Bien informadas	25.00%	10
Muy informadas	0.00%	0
Ns/Nr	0.00%	0
Total		40

En relación a la pregunta, ¿Qué tanto cree que las personas están informadas sobre el cáncer de seno? El 70% de los encuestados respondió que creían que las personas estaban poco informadas sobre el cáncer de seno y un 5% respondió que creían que las personas no tenían ninguna información. Por otro lado, 10 personas de las 40 encuestadas, o sea un 25%, respondieron que creían que las personas estaban bien informadas sobre esta problemática. Es importante resaltar que ninguna persona respondió que creía que las personas estaban muy informadas sobre el tema.

Gráfica 2

Q2 ¿Conoce usted campañas de prevención sobre el cáncer de seno?

Answered: 40 Skipped: 0



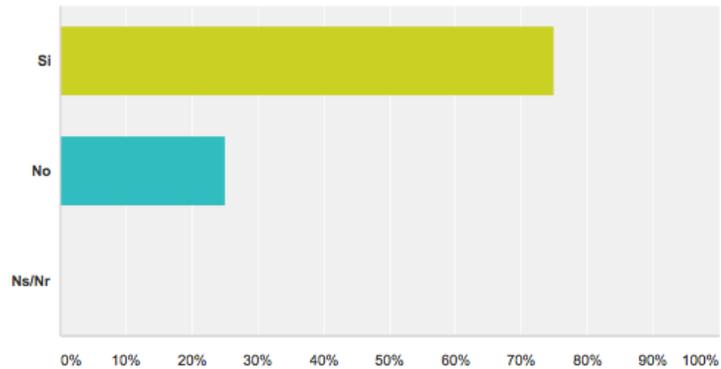
Answer Choices	Responses	Count
Si	72.50%	29
No	27.50%	11
Ns/Nr	0.00%	0
Total		40

Para la pregunta número 2, los encuestados respondieron en un 72.5% que si conocían campañas de prevención sobre el cáncer de seno. El 27.5% respondió que no a la misma pregunta. De estas dos preguntas se puede deducir que casi $\frac{3}{4}$ de las personas encuestadas dicen reconocer campañas que hablan de prevención, pero que a su vez, creen que la mayoría de las personas están poco o nada informadas sobre la problemática.

Gráfica 3

Q3 ¿Teme usted que una persona cercana sea diagnosticada con cáncer de seno?

Answered: 40 Skipped: 0



Answer Choices	Responses	
Si	75.00%	30
No	25.00%	10
Ns/Nr	0.00%	0
Total		40

La grafica 3 muestra que la mayoría de las personas temen que alguna persona cercana sea diagnosticada con cáncer de seno. De las 40 personas encuestadas, 30 respondieron que si a esta pregunta sienten esto el 75%. Al pensar en esta pregunta, resultaba interesante desarrollar una pregunta abierta seguida preguntando por qué sentían este temor, la grafica 4 muestra las respuestas del 75% de las personas que respondió si sentir este temor como la fecha en las que realizaron la encuesta.

Gráfica 4

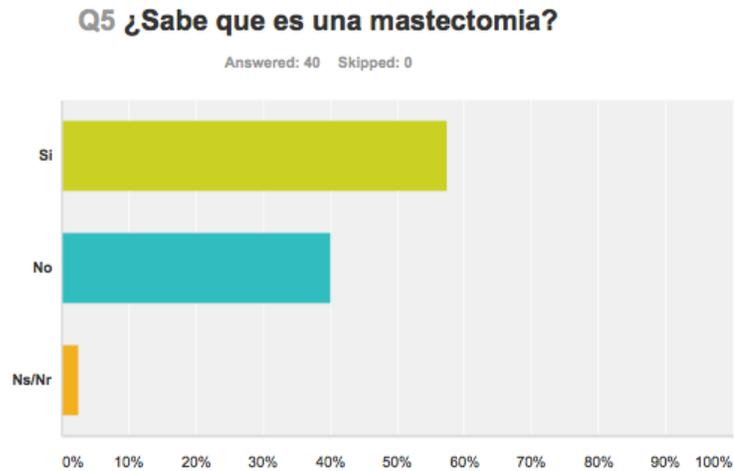
Q4 Si respondió que sí a la anterior pregunta explique por que?

Answered: 30 Skipped: 10

#	Responses	Date
1	tengo ya una tía con cáncer de seno.	11/10/2015 5:30 PM
2	Mi madre, sería muy duro verla padecer esta enfermedad	11/10/2015 8:17 AM
3	No me gusta q. Una persona cercana tenga esta enfermedad	11/9/2015 9:55 PM
4	Por que no debe ser facil asimilar esa situación, y enfermedad	11/9/2015 7:36 PM
5	Por que no debe ser facil asimilar esa situación, y enfermedad	11/9/2015 7:36 PM
6	Porqué. Sería muy difícil superar este problema	11/9/2015 6:23 PM
7	Por que hay veces que la forma de la persona le crean masas y son síntomas del cáncer	11/9/2015 6:07 PM
8	Por que cualquiera esta expuesto	11/7/2015 5:50 PM
9	PORQUE EN LA FAMILIA ES MUY PROBABLE QUE EN CUALQUIER MOMENTO PODAMOS MORIR DE CANCER	11/7/2015 1:33 PM
10	PUEDE SER UNA ENFERMEDAD TERMINAL	11/7/2015 1:32 PM
11	porque cancer de seno no es solo es hereditario sino también por la alimentación y la vida que se vive diariamente	11/7/2015 1:30 PM
12	porque, la persona que tengo cerca ha sufrido mucho y ver ese dolor es muy duro	11/7/2015 1:23 PM
13	en mi familia ya hay una persona diagnosticada con cáncer de seno, es mi tia. A todos nos da muy bduro porque no sabemos como manejar la enfermedad	11/7/2015 1:19 PM
14	porque, por ejemplo mi hermana le sacaron quistes y por temas familiares tendemos a tener ese tipo de cancer	11/7/2015 1:16 PM
15	Todas las mujeres están propensas, aunque también hombres pueden ser diagnosticados con el Cancer.	11/6/2015 4:31 PM
16	Por que mi papá murió de cáncer del hígado	11/6/2015 4:20 PM
17	porque no solo es el miedo de un pariente, sino de que uno mismo sufra de eso y deje sus hijos abandonados	11/6/2015 3:42 PM
18	es un tema que aunque se habla mucho por campañas, vivir es una experiencia diferente de incertidumbre.	11/6/2015 3:40 PM
19	si porque es un proceso duro para la persona y su pareja	11/6/2015 3:38 PM
20	es una problemática para todo su entorno	11/6/2015 3:36 PM
21	Porque es una enfermedad terminal. y aunque se ataque la enfermedad, la situación genera muchos ataques emocionales.	11/6/2015 3:35 PM
22	porque he vivido el cáncer en mi familia y muchas personas no previenen a tiempo	11/6/2015 2:55 PM
23	porque de pronto no hay la suficiente conciencia o falta de información para poder prevenirlo.	11/6/2015 2:10 PM
24	No quisiera que ninguna persona pasara por esa enfermedad, tiene consecuencias terribles como una mastectomia. es triste.	11/6/2015 2:08 PM
25	Por que ahorita hay muchas enfermedades del seno, hay que ir al médico a que le revisen el seno	11/6/2015 9:02 AM
26	Xq me interesa como ser humsno	11/5/2015 2:43 PM
27	Por que de pronto uno no se hace el examen mensualmente y pueda estar diagnosticada	11/5/2015 2:39 PM
28	Porque cualquier enfermedad de una persona cercana genera preocupacion y más aún si es de una de las enfermedades que generan mayor número de muertes en mujeres.	11/5/2015 11:10 AM
29	Es una enfermedad que no simplemente es dolor sino que afecta el autoestima de las personas que lo sufren	11/4/2015 5:15 PM
30	Porque mi mejor amiga fue diagnosticada dos veces con cáncer de seno y temo porque más personas cercanas a mi Les pase lo mismo.	11/4/2015 5:12 PM

De las 30 personas que respondieron el por qué temían que alguna persona cercana fuera diagnosticada con cáncer de seno, 6 de estas manifestaron en sus respuestas tener a algún ser cercano con la enfermedad o que ha padecido cáncer, esto quiere decir que el 20% de las personas encuestadas que respondieron que sí a esta pregunta, han tenido algún tipo de contacto cercano con esta problemática.

Gráfica 5



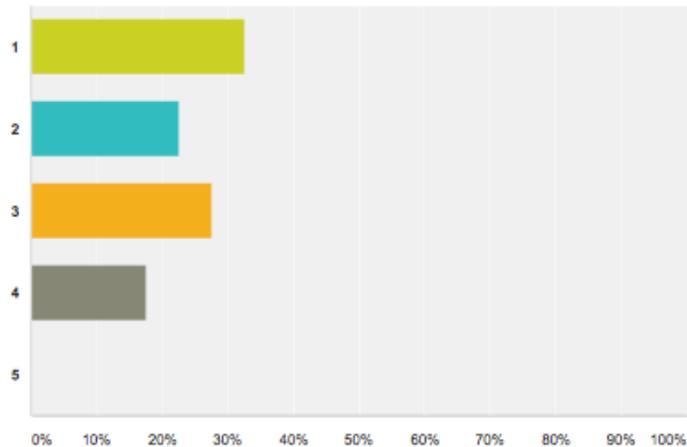
Answer Choices	Responses	Count
Si	57.50%	23
No	40.00%	16
Ns/Nr	2.50%	1
Total		40

Con respecto a la pregunta número 5, ¿Sabe que es una mastectomía?, el 57.5% de las personas respondió que si sabían lo que era mientras que el 40% respondió que no. Estos porcentajes resultan interesantes si se analizan con la siguiente pregunta que buscaba saber que tanto conocimiento tenían las personas de las secuelas físicas de esta cirugía. La pregunta estaba formulada de tal manera que las personas pudieran valorar su propio grado de conocimiento de 1 a 5, siendo 1 muy poco conocimiento y 5 mucho conocimiento. Como se puede apreciar en la grafica 6, el 55% de las respondieron entre el 1 y el 2.

Gráfica 6

Q6 La mastectomía radical o parcial, es la cirugía que se practica con el fin de extirpar el tumor maligno de la mama. Sabiendo esto, califique de 1 a 5 que tanto conocimiento cree usted tener de las secuelas físicas de una mastectomía siendo 1 nada de conocimiento y 5 mucho conocimiento.

Answered: 40 Skipped: 0



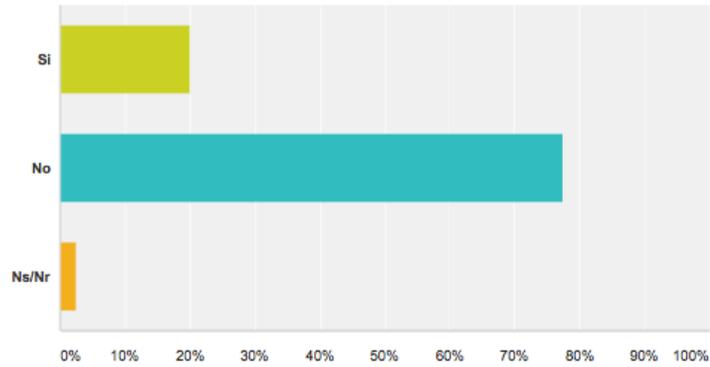
Answer Choices	Responses	
1	32.50%	13
2	22.50%	9
3	27.50%	11
4	17.50%	7
5	0.00%	0
Total		40

El 27.5% de las personas valoraron su propio conocimiento de las secuelas físicas de una mastectomía en 3 y el porcentaje restante se clasificó en 4 (17.5%). Si consideramos que el 3 es un conocimiento medio, por ser la mitad entre 1 y 5, podríamos concluir que el 77.5% de las personas no tiene mucho conocimiento sobre las problemáticas a las que se enfrentan las mujeres después de que se les ha practicado una mastectomía ya sea radical o parcial. Entonces, un poco más de la mitad de las personas respondió que sí sabían que era una mastectomía, pero más de 75% de estas no sabe que implica la cirugía.

Gráfica 7

Q7 ¿Conoce usted campañas de incorporación a las actividades cotidianas para mujeres mastectomizadas?

Answered: 40 Skipped: 0



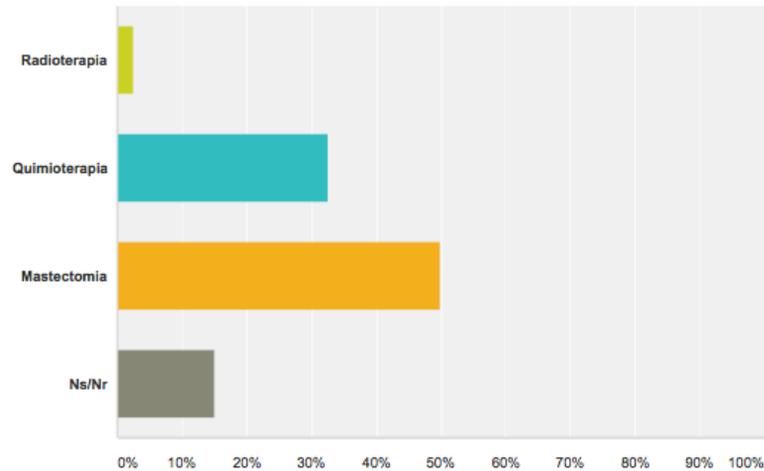
Answer Choices	Responses	
Si	20.00%	8
No	77.50%	31
Ns/Nr	2.50%	1
Total		40

La grafica 7 muestra un tendencia marcada en relación a la pregunta de si conocían campañas de incorporación a las actividades para mujeres mastectomizadas. El 77.5% de las personas respondió no tener conocimiento de campañas de este tipo. Esto se puede dar por que los temas de rehabilitación e incorporación nuevamente a las actividades no cuenta con grandes campañas.

Gráfica 8 Pregunta tomada de La mujer ante en cáncer de mama: aspectos psicológicos (1994)

Q8 De los siguientes tratamientos, ¿Cuál cree que es el más duro o penoso para la mujer?

Answered: 40 Skipped: 0



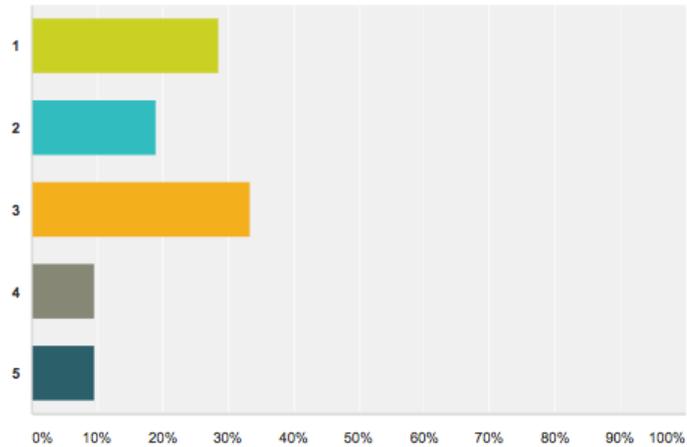
Answer Choices	Responses	
Radioterapia	2.50%	1
Quimioterapia	32.50%	13
Mastectomia	50.00%	20
Ns/Nr	15.00%	6
Total		40

A la pregunta de cual de los siguientes tratamientos consideran más duro o penoso para las mujeres, la mastectomía fue la respuesta con mayor porcentaje con un 50% de las respuestas recopiladas, seguido de la quimioterapia con un 32.5%, 15% de las personas respondió que no sabia o no respondía y un 2.5% respondió que la radioterapia. De esta manera, la mastectomía resulta ser el tratamiento que tiene una percepción social más fuerte y que afecta de manera abrupta la integridad física de las mujeres.

Gráfica 9

Q9 Responder si le atraen las mujeres como pareja. De 1 a 5, siendo 1 muy poco probable y 5 muy probable ¿Que tan dispuesto estaría en salir con una mujer mastectomizada?

Answered: 21 Skipped: 19



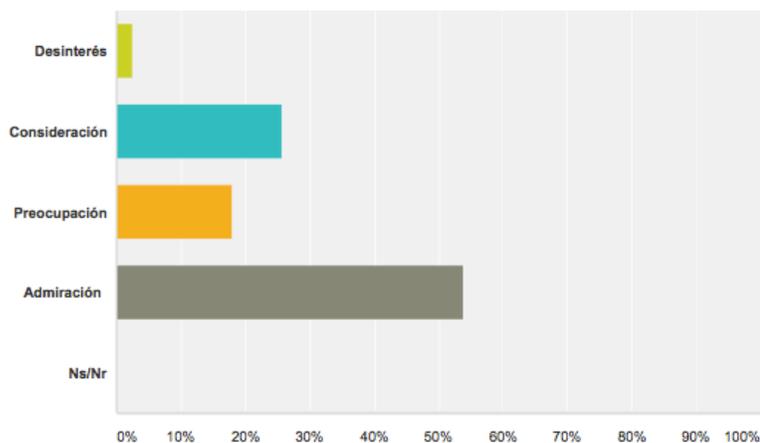
Answer Choices	Responses
1	28.57% 6
2	19.05% 4
3	33.33% 7
4	9.52% 2
5	9.52% 2
Total	21

La grafica 9 muestra las respuestas de la pregunta sobre si le atraen las mujeres como pareja, de 1 a 5, siendo 1 muy poco probable, y 5 muy probable, que tan dispuesto o dispuesta estaría en salir con una mujer mastectomizada. La grafica visualmente es muy dicente, entre el 1, 2 y 3, se encuentra el 80.95% de las respuestas. Cabe aclarar que para esta pregunta hubo 21 respuestas por parte de los encuestados, pues eran las personas a las cuales les interesan las mujeres como pareja. Estos resultados muestran que claramente existe un prejuicio muy marcado a salir con una mujer mastectomizada.

Gráfica 10

Q10 Cuando piensa en una mujer mastectomizada ¿Cuál de las siguientes palabras describe mejor su sentimiento ante la problemática?

Answered: 39 Skipped: 1



Answer Choices	Responses
Desinterés	2.56% 1
Consideración	25.64% 10
Preocupación	17.95% 7
Admiración	53.85% 21
Ns/Nr	0.00% 0
Total	39

Los resultados de la última pregunta muestran que el 53.85% de las personas encuestadas tienen un sentimiento de admiración por las mujeres que han pasado por una mastectomía y en general por un diagnóstico de cáncer de seno. El siguiente sentimiento que generan las mujeres mastectomizadas en las personas es de consideración (25.64%), seguido de preocupación (17.95%) y desinterés (2.56%).

En general, las percepciones o conocimiento que tienen las personas sobre la problemática varían dependiendo del momento de la enfermedad. Al preguntar por campañas de prevención, el 72.5% de las personas contestaron que si conocían de ellas, mientras que las campañas de incorporación a las actividades para mujeres mastectomizadas solo obtuvieron

un 20%. Las personas encuestadas manifiestan una latente preocupación por que algún ser cercano sea diagnosticado con cáncer de seno. A su vez existen dos grandes percepciones sobre las mujeres mastectomizadas 1) despiertan un sentimiento de admiración por parte de la sociedad y quienes conocen su lucha y proceso y 2) aún esta muy marcado el prejuicio por parte de los hombres hacia la aceptación de salir con una mujer a la que le haga falta un seno. Estas dos percepciones son sumamente importantes pues reflejan una dicotomía en la percepción hacia las mujeres mastectomizadas, pero a su vez pueden ser guías a lo hora de establecer y pensar en los lineamientos de atención psicosocial para ellas.

Por último, el análisis del discurso de las campañas de cáncer de seno se realizó con unos entregables recogidos en la fundación Amese, a una cartilla informativa recogida en el Instituto Nacional de Cancerología, y las principales campañas difundidas por internet a la hora de buscar en el navegador “campañas cáncer de seno”. Es importante mencionar que en el Instituto Nacional de Cancerología fue difícil hallar volantes o folletos con información sobre la enfermedad. Después de dos visitas realizadas en donde se obtuvo el dato que en *Trabajo Social* podía haber algún tipo de publicidad entregable, no se pudo tener acceso a esta zona de atención por la cantidad de pacientes en espera.

Entregable 1 Volante Amese



Como se puede apreciar en la imagen, el entregable 1 es un volante informativo dirigido a mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. En la primera parte se encuentran los servicios de la fundación y de manera seguida un título que dice “Derechos de las Pacientes diagnosticadas con Cáncer de Mama”. Los once puntos que menciona el volante tienen una especial atención en informar a las mujeres de los derechos que tienen en el proceso de tratamiento de la enfermedad. El otro discurso que maneja el volante, es un discurso enfocado en el cuidado y en la responsabilidad de la paciente por estar constantemente atenta a cualquier señal de alerta. Gráficamente el volante maneja un el color rosado característico del cáncer de seno.

Entregable 2 Volante Amese

Al pecho, no le des la espalda

“Un minuto por ti, un minuto por la vida. Que no SENOS pase auto-cuidarnos”

¿Qué es el Cáncer de Mama?
Es un crecimiento anormal y fuera de control de las células de cualquier parte del cuerpo. Ocurre principalmente en las mujeres a cualquier edad, pero también se puede desarrollar con menor frecuencia en los hombres.

¿Se puede diagnosticar tempranamente?
Sin duda alguna, la detección temprana, basada en el conocimiento y autocuidado de la mama (autoexamen), el examen médico anual, la mamografía u otras técnicas de imagen han logrado mejores tasas de curación; así como la realización de cirugías más conservadoras.

¿Quién es la Asociación AMESE?
Es una Asociación Colombiana sin ánimo de lucro, no gubernamental, fundada en febrero de 2006. Trabaja por la promoción del autocuidado de la mama en la población general y brinda apoyo a personas diagnosticadas con Cáncer de Mama.

El Cáncer de mama se cura en el 97% de los casos si se detecta a tiempo

¡Quiérete!, realiza el autoexamen cada mes
Hazte el autoexamen 8 días después de tu periodo menstrual. Si dejaste de menstruar, elige el mismo día cada mes. En ambos casos, observa si encuentras:

- Presencia de bulto o masa en las mamas o axilas.
- Cambio en el tamaño o forma de las mamas.
- Hinchazón de ganglios alrededor de la clavícula o axila.
- Cambios en la piel (arrugas, enrojecimiento o piel de naranja).
- Descamación o enrojecimiento en la zona del pezón.
- Hundimiento o secreción de uno de los dos pezones.

Examen clínico de chequeo
A partir de los 20 años, hazte revisar, palpar los senos y el área de las axilas cuando acudas a tu médico por cualquier motivo.

Mamografía
Si tienes 50 o más años, tienes derecho a una mamografía de chequeo totalmente gratis, cada dos años. En caso de presentar signos de alarma o factores de riesgo, tienes derecho de inmediato a la mamografía por sospecha, independientemente de tu edad, ¡Consúltalo con tu médico!

Si te diagnóstican Cáncer de Mama, tienes derecho gratuitamente a los exámenes de inmunohistoquímica, HER2 y Receptores Hormonales. Estos resultados son necesarios para que tu médico pueda empezar el tratamiento.

Amese
Calle 95 # 11-55, oficinas: 304 - 305, Bogotá - Colombia
PBX: 610 3912 | Email: asistente@amese.org
www.amese.org

BOGOTÁ HUMANA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

El segundo entregable (2) también es informativo pero esta dirigido a mujeres que aún no han sido diagnosticadas con cáncer. En la primera parte da una breve información sobre que es el cáncer de mama y si se puede diagnosticar oportunamente. Cuenta en la parte inferior con una cita que responde a la segunda pregunta: “El cáncer de mama se cura el 97% de los casos que se detecta a tiempo”. Esta información es importante pues seguramente es la que concientiza a las mujeres a estar pendientes de cualquier anomalía en sus senos y más aún, a estar realizándose los exámenes periódicamente. La otra parte del volante brinda una información sobre dos métodos de detección del cáncer como lo es el autoexamen y la mamografía. También lista una serie de síntomas a los cuales las mujeres deben estar pendientes. Como el otro entregable, el color rosado es característico en el manejo grafico y la fotografía de mujeres. El principal discurso que maneja el volante es un discurso pro vida, expresado en la frase “Un minuto por ti, un minuto por la vida. Que no SENOS pase auto-cuidarnos”.

Cartilla 1 Instituto Nacional de Cancerología

Diferentes tipos de cáncer de mama

Diferencias:
El cáncer de mama o seno es un crecimiento rápido e inorgánico de células anormales, las cuales inicialmente hacen parte integral de este órgano; que pueden tener además la capacidad de salirse de este generando metástasis. Tratando de hacer una analogía, el seno corresponde a la totalidad de una ciudad y las células anormales una vez las células normales le su vez dejan un función deficiente y al constante crecimiento y aumento de cada uno de estas es lo que permite un adecuado soporte. Existen personas que no se adaptan a este funcionamiento pero la necesidad logra empujar al beneficio colectivo al particular y pueden ser controladas, entre otras las células anormales o cancerosas. Muy pocas veces las células anormales logran controlar las necesidades de control y aparecen el cáncer.

Tipos histológicos:
Los tipos de cáncer son múltiples y variados (Figura 1), entre personas de una ciudad, pero existen unos tipos celulares más frecuentemente asociados con el cáncer entre son las células que forman los ductos y lobulillos que se encargan de producir la leche materna, siendo conocida como carcinomas ductales y lobulillos respectivamente.

La anterior clasificación (ductal o lobulillar) es conocida como la clasificación morfológica o histopatológica, pero al momento cada vez más profundo del cáncer, se han identificado particularidades que logran diferenciar con más esta enfermedad (pueden ser agrupar en

subtipos moleculares (familias, como ocurre en una ciudad) que se comportan de manera muy similar y lo que es más importante diferenciar el tratamiento y que previamente todos los carcinomas de seno se trataban de forma igual.

Expresión:
Las particularidades más importantes a la fecha, corresponden a los receptores hormonales (estrogénico y progesterónico) y receptor HER2 estos favorecen el crecimiento y posibilidad de metástasis de las células cancerosas por ende lo que el médico hace es buscar en el cáncer que afecta al paciente si estos son expresados o sobre-expresados como es el caso del HER2. El conocimiento actual le permite al médico saber que modularlos (modificar su actividad) favorecerá la posibilidad de controlar la enfermedad.

Subtipos moleculares:
Por lo tanto pueden existir múltiples combinaciones algunos ejemplos pueden ser Carcinoma ductales, receptores hormonales positivos HER2 positivo o Carcinoma lobulillar receptor hormonal positivo HER2 negativo entre otros y lo que se espera es que cada vez existan más herramientas para individualizar la enfermedad y permitir un manejo óptimo.

Importancia de los múltiples de estudios en el tratamiento:
Es por esto que los carcinomas receptores hormonales pueden ser tratados con moduladores de esta vía de crecimiento conocida como inhibidores de aromatasa aumentando las tasas de curación o control, pero estos medicamentos no son eficaces en carcinomas receptores hormonales negativos.

Los carcinomas con sobreexpresión de HER2 son tratados con medicamentos que interfieren con el crecimiento y la posibilidad de metástasis (antihormonal). También la posibilidad de curación o control, pero no es efectivo en los pacientes HER2 negativos (no sobreexpresados de HER2). A la fecha contamos con otras opciones de tratamiento para este grupo de enfermedades mejorando la supervivencia de este grupo de paciente.

Algunos tipos neoplasias en mama

Únete a nosotros paciente y familiar, compartimos tu esperanza

La Asociación de Usuarios y Familiares de Pacientes del Instituto Nacional de Oncología - ASUFIC

Carreteras Neutras de México y Tepic
P.O. Box 25 de noviembre
Tepic, Jalisco
Lugar: Avda. Morelos, Tepic, Jalisco, Jalisco, Jalisco, Jalisco

Presidente de la ASUFIC:
Cecilia López de la Cruz
Teléfono: 011 52 33 35 35 35
Lugar: Avda. Morelos, Tepic, Jalisco, Jalisco, Jalisco, Jalisco

© 2010 por el Instituto. ISSN 1121 E-01 2008. "Entrada libre paciente y familiar. Dirección por un camino seguro."

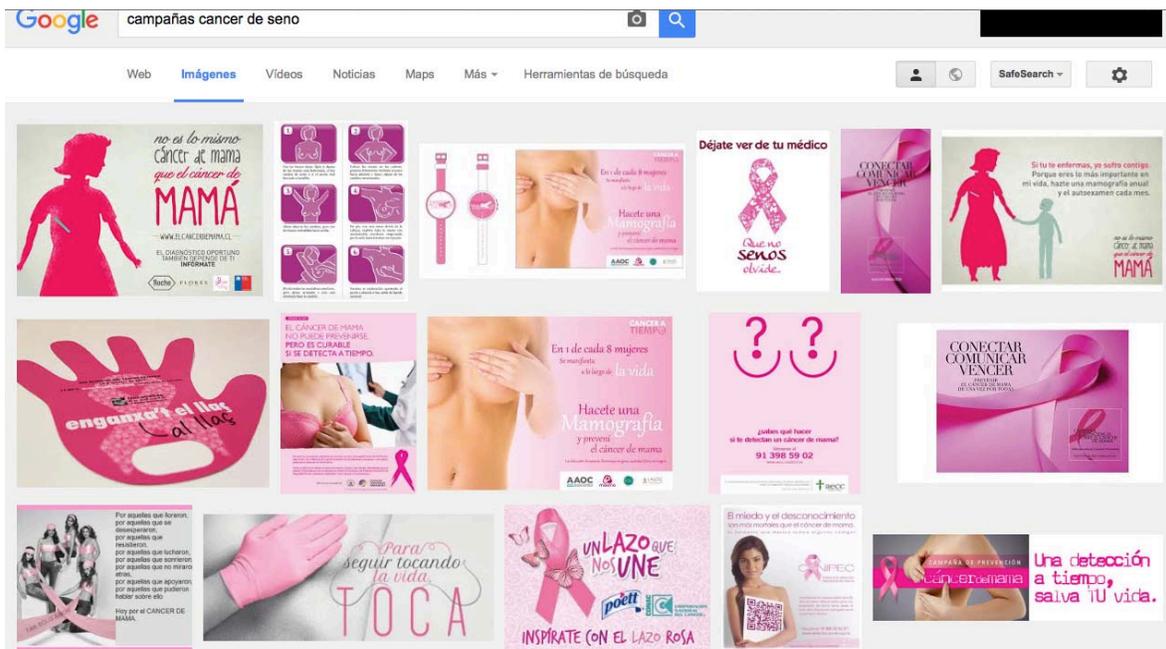
A diferencia de los volantes entregados por una fundación como Amese, la información que se encuentra en esta cartilla es un poco diferente. La cartilla es una cartilla informativa dirigida a los pacientes, donde se tipifican los distintos tipos de cáncer de mama. A su vez, tiene imágenes médicas que explican la enfermedad. Algo que si no cambia entre esta cartilla y los volantes de Amese es el manejo del color rosado como símbolo de identificación de la lucha contra el cáncer de mama.

Las siguientes dos imágenes son dos pantallazos que registran cuales son las principales campañas encontradas en internet al escribir “campañas cáncer de seno”. En un análisis a simple vista, se encontró que el color rosado es una fuerte herramienta de recordación para las campañas de cáncer del seno. Casi el 100% de las imágenes que se encontraron tienen en alguna parte de su diagramación el color que identifica la lucha contra este tipo de cáncer. Los principales resultados encontrados en estas campañas tienen que ver con la prevención y el autocuidado, frases como “para seguir tocando, la vida toca”, “una

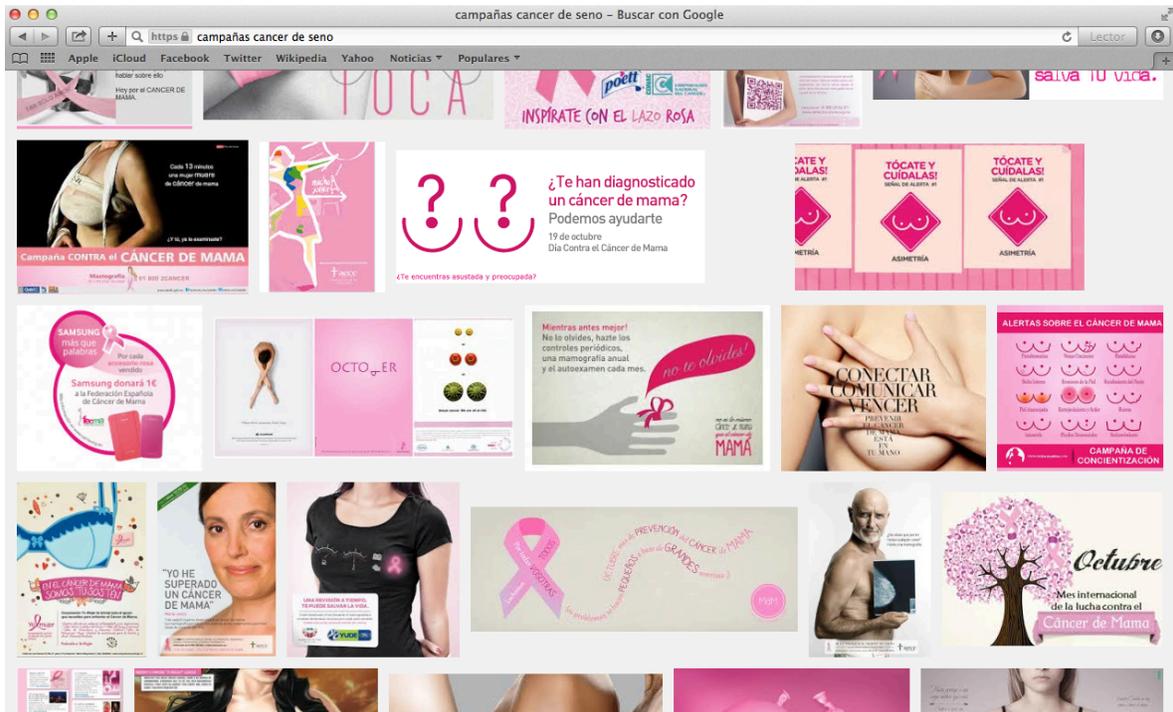
detección a tiempo salva tu vida” y “tócate y cuídatelas”, sintetizan los principales discursos que se manejan en este tipo de campañas.

También se encontró ciertas referencias al mes de octubre, catalogado como el mes de la lucha contra el cáncer de seno. En el segundo pantallazo, se encontró la primera campaña en la que la mujer no era la protagonista sino apareció un hombre, es la imagen número 29 en el orden de búsqueda por el navegador.

Pantallazo 1



Pantallazo 2



Conclusiones

Los casos de cáncer de seno en mujeres residentes en Bogotá, demuestran que el trato de la clínica incide directamente sobre los modos de enfrentar la enfermedad positiva o negativamente. El proceso de detección del cáncer de seno, como se puede apreciar en los testimonios, está claramente ligado de un desconocimiento profundo de lo que puede significar la enfermedad y las implicaciones que esta trae. El descubrimiento del cáncer esta absolutamente ligado a la experiencia de la persona. Una característica fundamental de la enfermedad es que por más que existan diversos métodos de diagnósticos, y una gran variedad de campañas que pretenden generar conciencia en las mujeres con un discurso de autocuidado, su llegada es sorpresiva y silenciosa, pues hasta la aparición de alguna evidencia puede el cáncer avanzar en medidas descontroladas.

El diagnóstico de las pacientes se da de manera rápida pues la mayoría llega en un momento en donde el cáncer se encuentra en estadios avanzados y es urgente la atención efectiva, pero existen unas diferencias marcadas en las trayectorias de las pacientes desde ese momento en que son atendidas por prepagada, EPS o SISBEN. La atención de la medicina prepagada cuenta con una serie de ventajas que las otras formas de afiliación a salud no poseen; el acompañamiento médico constante y las pocas trabas administrativas para el acceso a los tratamientos. Las pacientes que ingresan a los tratamientos por EPS o SISBEN se enfrentan a varias barreras administrativas que demoran sus procesos.

Las entidades de salud no cubren la última cirugía estética para arreglar una reconstrucción mal realizada que si bien, las hace sentir “desfiguradas”, “mutiladas” o “incompletas”. Esta coyuntura no solo perjudica el proyecto a corto plazo de las mujeres para corregir las imperfecciones provocadas, también las somete a otros procedimientos de “reparación” que si no logran sacar por la EPS, tienen que asumir ellas mismas. Esta problemática tiene unos efectos colaterales que afectan la dimensión psicológica de las pacientes, siempre que psicológicamente se ven afectadas por las secuelas físicas de la enfermedad.

La dimensión psicológica tiene grandes implicaciones dentro de la enfermedad. La afectación de la autopercepción es inevitable en tratamientos como la quimioterapia y la

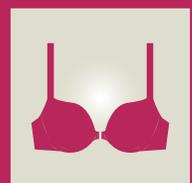
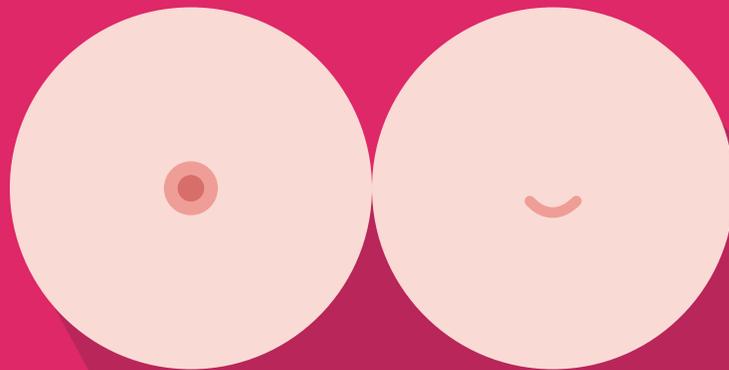
mastectomía. La quimioterapia genera cambios físicos en el momento de tratar la enfermedad, pero la mastectomía deja varias secuelas físicas en el cuerpo de la mujer que se mantienen en el tiempo. Los cambios emocionales que las mujeres suelen tener se derivan de los cambios físicos que acarrea la pérdida de uno de sus senos. No solo la vida íntima con la pareja resulta afectada, se despierta en ellas dificultades en la aceptación de la propia imagen que es apenas lógico después de haber pasado por esta cirugía.

La mastectomía genera en las mujeres cambios cotidianos en relación a los hábitos del vestido, o huir del espejo cuando están desnudas, que en definitiva, se ve representado en un cambio de su autopercepción.

No se puede garantizar que más información reste las posibilidades de sufrir el cáncer, pero al menos sí resulta predecible que un mejor acompañamiento por parte de las clínicas y médicos, y unas mejores decisiones de parte de estos mismos para efectos de la mastectomía y reconstrucción pueda cambiar positivamente la experiencia de las pacientes. Los métodos y herramientas de diagnóstico no son 100% efectivos, para la detección oportuna del cáncer de seno se deben combinar varios de estos con el fin de asegurar un diagnóstico oportuno.

Las campañas de cáncer de seno están sumamente enfocadas en el proceso de prevención, dejando a un lado los otros procesos del cáncer de seno como lo son el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Esto genera una desinformación por parte de la sociedad en general en donde el cáncer de seno es un tema que está en el aire pero, sus verdaderas implicaciones y efectos son desconocidos por la gran mayoría de las personas. Las personas tienen dos grandes percepciones encontradas sobre las mujeres mastectomizadas; admiración por su lucha y cierta apatía a la idea de salir con ellas.

RECOMENDACIONES



OBJETIVO

Este documento de recomendaciones profundiza en factores de apoyo que mejore los procesos de rehabilitación e incorporación de mujeres mastectomizadas. Las recomendaciones de estos procesos se centran en la comunicación, el apoyo, la incorporación y la creación de un producto que supla necesidades específicas.

Dichas recomendaciones involucran soluciones principalmente pensadas desde el ámbito institucional y las relaciones interpersonales de cada una de las pacientes. Dentro de las recomendaciones institucionales se sugiere una revisión a cargo de las entidades prestadoras de los servicios de salud. Como parte de sus actividades a desarrollar tener en cuenta, entre otros, la relación de la paciente con los doctores, el manejo administrativo y apoyos en temas de cuidados paliativos.

Por su parte, en el tema de las relaciones interpersonales de cada una de las pacientes, se han tenido en cuenta la participación en grupos de apoyo y otras herramientas que ayuden en el proceso de rehabilitación de la mujeres. Todas estas recomendaciones surgen gracias a la caracterización lograda a lo largo de este trabajo.



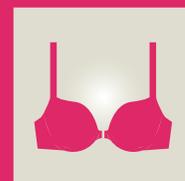
Comunicación



Apoyo



Incorporación



Productos

Comunicación

Las recomendaciones en comunicación centran la atención en la importancia de la visualización de la problemática del cáncer de seno después de su diagnóstico. Buscan dar a conocer las experiencias a las cuales las mujeres mastectomizadas están condicionadas después de la cirugía.



Clasificar la información

- Clasificar que tipo de información existe en los medios sobre el cáncer de seno. Es importante saber cuales son los mensajes que se están transmitiendo sobre esta problemática. A su vez es importante identificar cuales son los principales discursos que maneja la información.

Clasificación de los canales de divulgación de la información

- Si es importante saber cual es la información que circula sobre el cáncer de seno, es a su vez importante saber por donde se transmite esta información. Se recomienda hacer una clasificación de los canales de divulgación y revisar su pertinencia relacionado a si por ese canal o medio llega la información a las mujeres.

Divulgación de las secuelas físicas de mujeres mastectomizadas

- Gracias a la caracterización que se logró desarrollar en este trabajo, es importante generar una divulgación por diferentes medios las secuelas físicas que deja cirugía. Se recomienda identificar y agrupar las secuelas físicas de mujeres mastectomizadas para transmitir y educar a la población en general del impacto de este procedimiento.

Apoyo

Las recomendaciones relacionadas con el tema de apoyo están centradas en aspectos institucionales y en el acompañamiento que deberían tener las mujeres en su proceso de recuperación tanto por las entidades presadoras de servicios de salud, como de su círculo social más cercano.



Diagramar y documentar procesos de atención

- Organizar, clasificar y graficar los procesos de atención sobre el cáncer de seno. Se recomienda tener folletos, flyers, cartillas o cualquier entregable que se les pueda dar a las mujeres que ha sido diagnosticadas con cáncer de seno para que sepan y estén informadas sobre los procedimientos a realizar. Informar de manera efectiva podría reducir el grado de incertidumbre de la paciente

Verificar procesos atención

- Identificar los procesos de atención y los estados de cada uno de los procesos de atención (la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos).

Acompañamiento por parte de familiares y seres cercanos

- Se recomienda facilitar el acompañamiento por parte de familiares e informar de manera adecuada a familiares y seres cercanos que acompañan a las mujeres en el proceso.

Acompañamiento por parte de doctores

- Es importante que las pacientes tengan un acompañamiento constante por parte del personal médico. Es por esto que se recomienda capacitar al personal médico en el buen trato al paciente desde el proceso de diagnóstico hasta el acompañamiento en la rehabilitación.

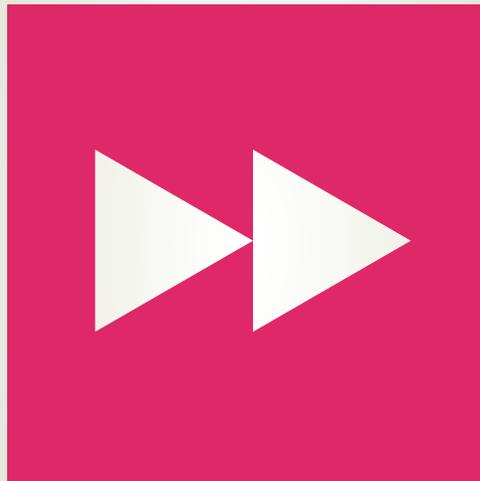
Acompañamiento por parte de entidades prestadoras servicios de salud o creación de ente facilitador

- Hacer una revisión de las herramientas de acompañamiento a las pacientes (grupos de apoyo, redireccionamiento a fundaciones, proyectos de atención). Generar herramientas que faciliten los procesos legales ante las entidades de salud.

Otra recomendación es la creación de algún agente facilitador de tramites para las mujeres de EPS o SISBEN que tienen que poner tutelas para poder acceder a los tratamiento y a las medicinas. Lo que los resultados mostraron es que algunas mujeres que no cuentan con algún tipo de apoyo familiar, amigos o alguien cercano, deben realizar los tramites ante las instituciones ellas mismas. Se piensa en una agente facilitador por que los tratamientos que se reciben para el control del cáncer, como la quimioterapia, son extremadamente fuertes para el cuerpo, y el tener que ir a realizar esta gestión en esas condiciones no es lo más recomendable para la paciente, que se le pide mucha quietud y calma después de recibir estos tratamientos.

Incorporación

En cuanto a la incorporación, las recomendaciones se enfocan en las diferentes herramientas institucionales necesarias para apoyar este proceso, y en que se logre garantizar una igualdad de oportunidades de las mujeres mastectomizadas en retomar sus vidas.

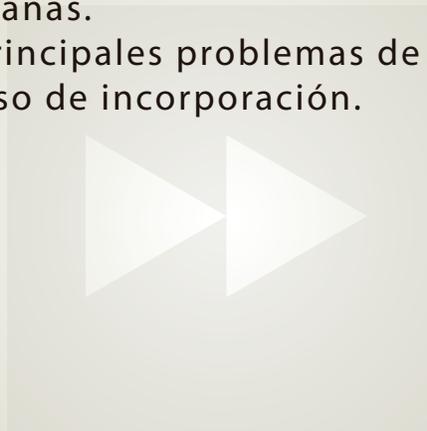


Garantizar el acceso a trabajos adecuados

- Identificar trabajos que puedan ser llevados a cabo por mujeres mastectomizadas teniendo en cuenta sus secuelas físicas.
- Recopilar una base de datos de trabajos adecuados.

Acompañamiento en proceso de incorporación

- Acompañar el proceso de las pacientes en el regreso a sus actividades cotidianas.
- Identificar los principales problemas de mujeres mastectomizadas en el proceso de incorporación.



Productos

Una de las principales recomendaciones que pretende dejar este documento, es la necesidad del desarrollo de un producto para mujeres mastectomizadas que no solamente supla sus necesidades físicas sino que a su vez tenga en cuenta sus necesidades estéticas. Pueden existir otro tipo de productos que también se recomienda explorar, acá se recomienda el desarrollo de un brasier.



Desarrollo de un brasier

- El análisis de los resultados encontrados muestra que las mujeres se ven altamente afectadas en el cambio de su imagen a la hora de tener que adaptarse a no tener un seno. Esto hace que un tema tan sencillo como lo es el brasier cobre una importancia radical a la hora de mejorar las condiciones de las mujeres mastectomizadas.
- El brasier no solo debe tener en cuenta los determinantes físicos de las mujeres; comodidad, higiene, transpirabilidad, sino que a su vez debe estar pensado en responder a una necesidad emocional que como se evidenció en los resultados, se vio sumamente afectada por la modificación de uno de sus senos.
- El brasier debe cumplir con unas características estéticas básicas que genere en las mujeres una sensación de empoderamiento hacia su cuerpo pues claramente se ha visto afectado por todo este proceso. El producto también debe estar pensado en las limitaciones o en las secuelas físicas que dejó la cirugía. Poca movilidad en el brazo del seno donde se presentó el cáncer y cicatrices en diferentes partes de cuerpo dependiendo de donde los médicos hayan tomado musculo para hacer la reconstrucción.

Desarrollo de Producto (Brasier):

El desarrollo de este producto tiene detrás un trabajo de más de 4 años de investigación, con algunos momentos de pausa en el proceso de su creación. Combina un interés profesional de trabajo en temas de responsabilidad social y la relación directa con una empresa familiar de desarrollo y confección de productos para mujeres. En él se ven reflejadas las historias de varias mujeres mastectomizadas que apoyaron su desarrollo haciendo parte de grupos focales y entrevistas a profundidad y el apoyo de diseñadoras que estuvieron dispuestas a trabajar por la idea.

NECESIDAD FÍSICA

REQUERIMIENTOS DEL PRODUCTO

- * Debe abrochar al frente (Puede variar)*Tirantas anchas (Puede variar)
- *Copa completa *Sin barilla *Costuras invisibles o que no tallen en la parte inferior del brasier
- *Materiales que permitan la transpiración y no lastimen la piel
- *Costados un poco anchos (Puede variar)
- *Bolsillo en copa para prótesis*

Sesgo en la copa que sostenga la prótesis

DETERMINANTES DEL USUARIO

- *Secuelas en la movilidad de los brazos
- *Posibles cicatrices en el trapecio
- *Intervención en el seno *Cicatrices y sensibilidad en la piel
- *Posibles cicatrices en el dorsal
- *Mastectomía radical o parcial

NECESIDAD PSICOSOCIAL

El producto debe ser estéticamente agradable. Esto quiere decir que debe contar con detalles como combinación de colores y materiales, ejemplo encajes y accesorios, que lo hagan llamativo para las mujeres. Es **SUMAMENTE IMPORTANTE** que el producto se vea “bonito” y en lo posible pueda llegar a ser sexy y sensual, ya que la parte psicológica de las mujeres se ve altamente afectada al realizárseles una mastectomía.

Idea Importante: “Sacar al producto de la lógica terapéutica u ortopédica”.



Ilustración 14 Brasier para mujeres mastectomizadas (Desarrollo propio, todos los derechos reservados)

Anexos:

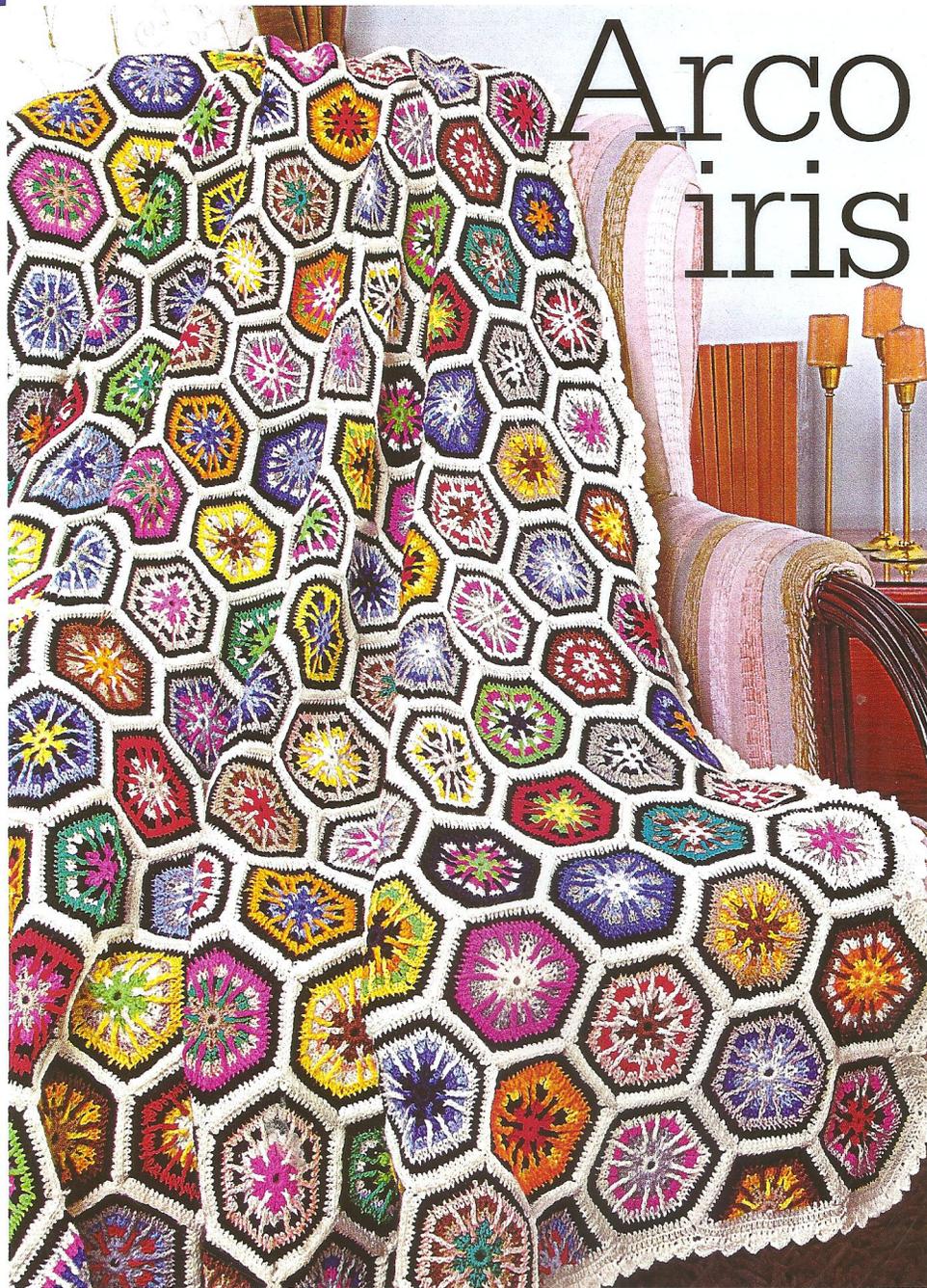
Matriz de Marco Lógico

Objetivos	Indicadores	Fuentes	Supuestos
Fin: Mejorar el control integral a mujeres diagnosticadas con cáncer de seno	I1. F. Los lineamientos establecidos para la atención psicosocial de mujeres mastectomizadas son efectivos	Sistema de monitoreo y evaluación	Falta de capacidad por parte de organizaciones en llevar a cabo los lineamientos de atención psicosocial
OG. Establecer los lineamientos de intervención social para mejorar las estrategias de atención psicosocial a mujeres mastectomizadas	I1. OG Los lineamientos establecidos que mejoran la atención psicosocial de mujeres mastectomizadas	Cartilla o un entregable con los lineamientos	Mal manejo de la información recopilada
OE 1. Caracterizar los aspectos psicosociales de mujeres mastectomizadas	IE1 Se tiene claridad sobre cuales como se ven afectadas las mujeres mastectomizadas tanto psicológicamente como socialmente	Entrevistas a profundidad y analisis de los grupos focales	Dificultad en el acceso a mujeres mastectomizadas o a instituciones que trabajan el tema
OE 2. Analizadas las campañas de cáncer de seno	IE2. Se tiene una idea general de cual es la principal información que circula sobre el tema del cáncer de seno y sus	Analisis del discurso realizado a las campañas de cáncer de seno	Dificultad en el acceso a las campañas

	principales discursos		
OE3. Se identifican las percepciones sociales que rodean a las mujeres mastectomizadas	IOE3. Las personas tienen un conocimiento claro y acertado de lo que es el cáncer de seno y sus implicaciones	Encuestas de percepción sobre la enfermedad	La información que reciben las personas no es la correcta
R1.OE1 Buena divulgación de la afectación emocional de mujeres mastectomizadas	IR1.OE1 Número de campañas que hablan de la afectación emocional de las mujeres	Campañas en revistas, internet, tv, radio	Falta de interés en los medios de la divulgación de esta información
R2.OE1 Existe información sobre las secuelas físicas de los tratamientos médicos	IR2.OE1 Número de campañas que muestran las secuelas físicas de los tratamientos	Campañas en revistas, internet, tv, radio	Falta de interés en los medios en la divulgación de esta información
R3.OE1 Se conocen los cambios en las actividades cotidianas de mujeres mastectomizadas	IR1.OE2 Número de campañas que muestran los cambios después de una mastectomía	Campañas en revistas, internet, tv, radio	Falta de interés en los medios en la divulgación de esta información
R1.OE2 Existe un interés en los procesos después de la mastectomía	IR1.OE2 Número de campañas que explican la problemática post – mastectomía	Campañas en revistas, internet, tv, radio	Falta de interés en los medios en la divulgación de esta información
R1.OE3 Se sabe que la problemática no solo afecta a las mujeres diagnosticadas	IR.OE3 Número de personas que conocen sobre la problemática	Encuestas realizadas sobre niveles de conocimiento del cáncer de seno	La información recibida por parte de las personas no es suficiente

R2.OE3 El cáncer de seno ahora es visibilizado	IR2.OE3 Número de personas que conocen sobre la problemática	Encuestas realizadas sobre niveles de conocimiento del cáncer de seno	Falta de continuidad y falta de aplicación de las estrategias
AC1. OE1 Definir las categorías que se quieren analizar de las mujeres mastectomizadas	IAC1.OE1 Número de categorías de análisis seleccionadas	Codificación de estas categorías en Excel	Las categorías escogidas no influyen el análisis de la problemática
AC2. OE1 Realizar un análisis de dos grupos focales llevados a cabo en la Liga Contra el Cáncer	IAC2.OE1 Número de grupos focales realizados	Aplicación de los grupos focales, transcripción de los mismos y el registro de video	Dificultad en la obtención de la información de los videos grabados
AC3. OE1 Realización de 6 entrevistas a profundidad a mujeres mastectomizadas	IAC3.OE1 Número de mujeres entrevistadas	Aplicación de las Entrevistas	Dificultad en encontrar a mujeres mastectomizadas dispuestas a ser entrevistadas
AC1. OE2 Identificar las campañas de seno a analizar	IAC1.OE2 Diferencias en los medios de divulgación de las campañas	Folletos, revistas, imágenes de internet, cartillas, afiches	Dificultad al adquirir el material para el análisis
AC2. OE2 Realizar un análisis del discurso de las campañas de seno escogidas	IAC2. OE2 Número de campañas enfocadas en la promoción y prevención	Folletos, revistas, imágenes de internet, cartillas, afiches	Escaso material de análisis encontrado en instituciones que trabajan el tema del cáncer
AC1. OE3 Realizar 40 encuestas a personas del común	IAC1.OE3 Número de personas encuestadas	Aplicación de Encuesta	Dificultad en encontrar las personas para realizar la encuesta

Cobija multicolor



Elaboración: Ana Julia Quintero Espitia, Grupo de Lija Contra el Cáncer - Seccional Bogotá. Tel.: (571) 688 6280. Asesoría técnica: Patricia Calderón. Tel.: (571) 640 9743. Fotografías: Fernando Valderrama.

28 = Croché

Toalla beige

Precisión



Elaboración: María Cristina Gamba Torres, Grupo Liga Contra el Cáncer, Seccional Bogotá. Tel.: (571) 230 0005. Locación y accesorios, cortesía de: Almacén Listo. Tel.: (571) 630 8000. Fotografía de producción: Luis Fernando Ramos. Fotografía de detalle: Tatiana Lopez.

38 • Bordados



Tip
Buenas ideas...
Remata los hilos sólo cuando la manualidad ya está terminada, hazlo perdiendo las hebras a través de las mismas puntadas hasta ocultarlas completamente.

Elaboración: Trina Moreno, alumna de Patricia Calderón. Tel.: (571) 640 8743. E-mail: patcaiderom@hotmail.com. Fotografías de detalle: Tatiana Lopera.

Bibliografía:

- Ahmad, A. (2013) Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance. Progress and Prospect.
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2010) Cáncer de seno, primera causa de muerte de mujeres en Bogotá. Recuperado de http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/x_frame_detalle.php?id=43380
- Aldunate, E. & Córdoba, J. (2011). Formulación de programas con la metodología del Marco Lógico. Serie Manuales 68. Santiago de Chile: ILPES-CEPAL.
- American Cancer Society (2014) Cáncer de seno (mama)
- Angarita F. A, Acuña S.A. (2008) Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento.
- Borbón, J, Beato. A. (2002) Enfoque Actual De La Problemática Salud-Sociedad En Pacientes Con Mastectomía. Rev Cubana Med Milit 2002;31(1):47-53
- Flórez, José A; (1994). La mujer ante en cáncer de mama: aspectos psicológicos. Editorial: Edika Med, España, 1994.
- García, J. M, Domínguez, M. L (2011). El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2011, 8(1)
- Hoyos. D, Maya. I (2010). La Participación de Mujeres Latinas en Ensayos Clínicos para la Prevención del Cáncer de Mama: Un caso de aplicación del modelo de preparación comunitaria. Investigación y Desarrollo vol. 18, n° 1 (2010) - issn 0121-3261.
- Instituto Nacional de Cancerología ESE. Protocolo de manejo del paciente con cáncer de mama. Versión 1-2009-2022. Actualizado noviembre del 2010, Colombia. Pg. 63.
- Instituto nacional de Cancerología. Recomendaciones para la tamización y la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Bogotá: INC. 2006
- Oliveira. C. P, Magalhães da Silva. R, Villela. M, Carvalho. A (2008) Participación En Un Grupo De Apoyo: Experiencia De Mujeres Con Cáncer De Mama. Rev Latino-am Enfermagem 2008 julho-agosto; 16(4).
- República de Colombia Ministerio de Salud y Protección Social Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado (2012) Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020.
- Rojas-May. G (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 - 97

- Murillo, R. Piñeros, M. Hernández, G (2003) Atlas de la mortalidad por Cáncer en Colombia. INC. 2003
- Sampieri, R.H, Collado, C. F, Baptista, M. P (2010) Metodología de la Investigación, Quinta edición.
- Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 305-313.
- Scott, J. W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 265-303). México D.F: PUEG
- Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Publica Mex 2009;51 supl 2:S246-S253.
- Falcão, Izabel Cristina. (2002) Rehabilitación de mujeres mastectomizadas. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 79-84
- Shilling, Chris. (2005). The body in Culture, Technology, and Society.
- West , C., & Fenstermarker, S. (2010). Haciendo la diferencia. En H. O, & Q. O, *Estudiar el racismo. Textos y herramientas* (págs. 170-211). México D.F: Afrodese