

1

EL GRUPO DE APOYO EN LA LIGA CONTRA EL CANCER, COMO ESTRATE
GIA PARA EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES MASTECTOMI
ZADAS E HISTERECTOMIZADAS

ELCIE ELVIRA TAMARA

INGRID WONG

CARTAGENA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

1988

2

EL GRUPO DE APOYO EN LA LIGA CONTRA EL CANCER, COMO ESTRATE
GIA PARA EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES MASTECTOMI
ZADAS E HISTERECTOMIZADAS

ELCIE ELVIRA TAMARA

INGRID WONG

Trabajo de Grado presentado como requi
sito para optar el título de Trabaja
dor Social.

Directora: NYDA DE ELJAIK.

CARTAGENA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

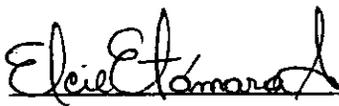
1988

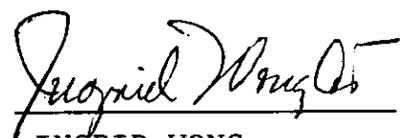
Cartagena, Febrero 26 de 1988

Señores:
COMITE DE TESIS
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Universidad de Cartagena
E. S. D.

Respetados Señores:

Por medio de la presente les hacemos entrega del Trabajo de grado titulado "EL GRUPO DE APOYO EN LA LIGA CONTRA EL CANCER, COMO ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS E HISTERECTOMIZADAS", con el fin de someterlo a su estudio y aprobación.


ELVIRA TAMARA


INGRID WONG

Cartagena, 25 de febrero de 1988

Licenciada
DORA PIÑERES DE LA OSSA
Secretaria Académica
Facultad de Trabajo Social
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Ciudad

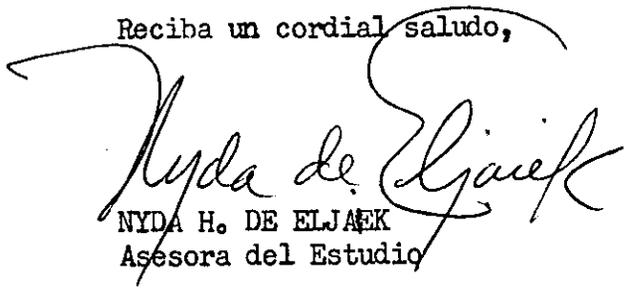
La presente tiene como propósito, informar a usted el concepto final sobre el trabajo de grado de la señora Ingrid Wong de Tarriba y la señorita Elsie Elvira Támara, titulado: "El grupo de apoyo en la Liga contra el Cáncer como estrategia para el Tratamiento Psicosocial de Pacientes Mastectomizadas e Histerectomizadas".

Lo meritorio de este trabajo es su carácter eminentemente profesional, donde puede apreciarse la armonización de los objetivos del Trabajador Social con los del grupo y con los de la Institución y cómo a la vez se aproxima permanentemente a la asesoría interdisciplinaria del psicólogo y del médico, lo cual permite la ejecución y evaluación de resultados y lo más importante, detecta a través de éstos, la efectividad de una intervención que, por lo general se ha mirado desde un punto de vista utópico.

El grupo de apoyo es una realidad en la Liga contra el Cáncer - en Cartagena y su implementación descrita en el presente trabajo, satisface una necesidad sentida y pone muy en alto la identidad profesional del Trabajador Social.

El trabajo es la iniciación de una labor que está planificada para responder cada vez mejor a la comunidad.

Reciba un cordial saludo,


NYDA H. DE ELJAEK
Asesora del Estudio

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

Sólo a mi madre, quien toda su vida la ha dedicado a hacer de mi quien soy.

Sólo a mi esposo, el que con su apoyo y amor impulsó mi trabajo.

Sólo a ellos dedico el fruto de sus esfuerzos.

INGRID WONG

A mi adorado padre (f) por su eterna ayuda y por sus inigualables recuerdos y a mi querida madre por su comprensión y cariño.

ELVIRA TAMARA

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A MILDRED PUELLO, Sicóloga del Instituto de Bienestar Familiar.

A CECILIA DE CHAR, Voluntaria de la Liga contra el Cáncer, Seccional Cartagena.

A todas aquellas personas que en una u otra manera colaboraron en la realización del presente trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

	pág
0. INTRODUCCION	1
1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	6
1.1 ANTECEDENTES	6
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo General	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.4 JUSTIFICACION	17
1.5 MARCO TEORICO	19
1.6 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	39
1.6.1 Tiempo	39
1.6.2 Espacio	40
1.6.3 Población	40
1.6.4 Contenido	40
1.7 ESTRUCTURA METODOLOGICA	44
1.7.1 Nivel de Estudio	44
1.7.2 Técnicas de Recolección de la Información	44
1.7.2.1 Reuniones de Grupo	44

	pág
1.7.2.2 Entrevistas Estructuradas	45
1.7.2.3 Contacto Directo	45
1.7.2.4 Observación Directa	45
1.7.2.5 Revisión Bibliográfica	46
1.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	46
1.8.1 Dinámicas de Grupo	46
1.8.2 Guía de Entrevista	46
1.8.3 Guía de Supervisión	46
1.8.4 Guía de Observación	46
1.8.5 Guía de Análisis	47
1.9 RECURSOS	47
1.9.1 Humanos	47
1.9.2 Físicos	47
1.9.3 Financieros	47
1.10 MUESTRA	48
2. FACTORES PSICOSOCIOCULTURALES QUE SE RELACIONAN DIRECTAMENTE CON LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR CANCER DEL SENO Y CERVIX	49
2.1 FACTORES PSICOLOGICOS	49
2.1.1 Ansiedad	52
2.1.2 Depresión	55
2.1.3 Procesos de Autoimagen	57
2.1.4 Mecanismos de Defensa	60
2.1.4.1 Enfrentamiento Mental	62
2.1.5 Personalidad	68
2.2 FACTORES SOCIOCULTURALES	81

	pág
2.2.1 La Edad	82
2.2.2 La familia	83
2.2.3 Recursos Económicos	89
2.2.4 Cultura	91
3. ANALISIS DE LA INFORMACION RECOLECTADA	97
4. EL PROCESO GRUPAL COMO MODELO DE INTERVENCION PARA LA ACEPTACION Y CAMBIO DE ACTITUD FRENTE AL CANCER	129
4.1 FASE DE CONFORMACION	132
4.2 FASE DE AGRUPACION E INTEGRACION DE LAS PA CIENTES MASTECTOMIZADAS E HISTERECTOMIZADAS	148
4.3 FASE DE ENFRENTAMIENTO CON LA EXPERIENCIA Y RETROALIMENTACION COMO PROCESO DE INTERVENCION	157
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	162
BIBLIOGRAFIA	165
ANEXOS	168

11.

LISTA DE ANEXOS

- ENCUESTAS INTEGRANTES DEL GRUPO DE APOYO
- REGISTRO DE OBSERVACION
- ACTAS DE REUNIONES DE GRUPO
- DIBUJOS ELABORADOS POR LAS PACIENTES

0. INTRODUCCION

Nuestro trabajo de investigación denominado "el grupo de apoyo en la Liga Contra el Cáncer, como estrategia para el tratamiento psicosocial de pacientes mastectomizadas e histerectomizadas" pretende mostrar la importancia que se le debe dar a la atención de la parte psicosocial de un paciente afectado por cáncer, ya que como es bien sabido, esta enfermedad produce una serie de temores y conflictos que afecta desde el mismo paciente involucrado, hasta el último miembro de la familia.

El impacto que causa la aparición de esta enfermedad en un individuo, es la responsable de una desorganización y desequilibrio de funcionamiento psicosocial del paciente, que además es influenciado por un conjunto de factores externos tales como creencias, mitos, y conceptos errados sobre la enfermedad, que conllevan al empeoramiento del individuo enfermo.

La naturaleza de esta investigación "El grupo de apoyo en la Liga contra el Cáncer, como estrategia para el tratamiento

to psicosocial de pacientes mastectomizadas e histerectomizadas", representa toda una sistematización de una experiencia que reúne elementos teóricos y prácticos, buscando siempre la comprensión y análisis de las diferentes situaciones que este tipo de paciente se enfrenta para su tratamiento y su peración.

Esta investigación cuenta con una estructura que puede ser manejada de diferentes maneras desde diferentes enfoques y concepciones lo que la hace flexible y de fácil comprensión. Es decir, los elementos fundamentales que la están conformando en primera instancia es el individuo y todo lo que él implica, como es su personalidad, valores, afectividad, experiencias, cultura, etc, y el medio en que se encuentra o el aspecto social y lo que esto representa como son creencias, mitos, conceptos, tipos de relación, educación, estado civil, religión, condiciones económicas, etc.

Estos dos elementos están en una constante realimentación y relación a la vez que son abstractos en una primera parte de la investigación hasta hacerse necesario dejar claramente delimitado que el paciente de cáncer se constituye así en nuestro objeto de estudio-intervención pasando a un segundo plano de nuestra estructura investigativa. Donde se delimita el tipo de población, tipo de tratamiento, fundamentación teórica-práctica que al respecto se encuentra, diferentes reacciones a la enfermedad, consecuencias de e

lla, miembros que afectan y resultados que se obtienen y observan, que vienen a constituir la esencia de esta investigación y fundamentación de tratamientos e intervenciones futuras.

La presentación de este trabajo está dispuesta en cuatro capítulos íntimamente relacionados.

El primero de ellos "Diseño de la Investigación" recoge todo tema, descripción y análisis del primer momento o acercamiento a esta investigación, o sea, una serie de cuestionamientos y reflexiones que empiezan a darle forma al porqué de la desorganización y desequilibrio psicosocial del paciente con cáncer, que influyen en las relaciones al interior de la familia social, que alteran por ende las posibilidades de recuperación y/o tratamiento. Convirtiéndose en un círculo que es precisamente lo que intentamos demostrar aquí y que se sintetiza en el anteproyecto.

El Segundo "Factores Psicosociales-Culturales" constituyen una parte fundamental de este proceso porque se está arrancando desde el mismo interior del individuo y de la familia para internarse en el espacio social con una serie de repercusiones sobre el paciente y la familia. Aquí se muestra cómo los individuos cotidianos se rompen ante la incurrancia de la enfermedad por toda la connotación psicosocial que implica,

En el Tercer Capítulo "Análisis de la Información Recolectada", se hace un análisis con las diferentes variables que se utilizan para la estructuración y comprensión del objeto de estudio de esta investigación y cómo se fueron produciendo los diferentes momentos de acercamiento en este proceso. Uno de los aspectos más importantes que aquí se explican es que son muchos los componentes los que acompañan las diferentes reacciones frente a la enfermedad así como existen otros elementos que las une haciendo que se presente un equilibrio que permita la aceptación y apoyo tanto entre los pacientes como los miembros que la rodean.

A diferencia de los tres capítulos restantes esta es una acumulación de resultados que pueden medirse cuantitativamente.

"Configuración y Desarrollo del Programa", es el último y cuarto capítulo. Aquí se demuestra cómo un grupo conformado de pacientes de cáncer apoyan, refuerzan, ilustran, comparan con otros que están en sus mismas condiciones pero con una diferencia emocional tanto a nivel individual como familiar y social. Entonces este grupo entra a darle fuerza para que la continuidad del tratamiento como de las diferentes intervenciones tengan un sentido más común, más social que posibilite el avance a la recuperación de estos pacientes. Este capítulo encierra toda una agrupación de experiencias que al respecto se han tenido lo que constituye la e

sencia de esta investigación. Consideramos que una experiencia de esta naturaleza debe seguir reuniendo esfuerzos encaminados al beneficio de estos pacientes, así como también somos conscientes de que en este primer momento que abre esta investigación está mostrando los primeros pasos para una mayor integración y relación tanto familiar y social frente al cáncer.

Es importante mencionar que no fue fácil reunir toda esta experiencia por el carácter que precisamente se le ha venido dando al cáncer como fatal, motivo por el cual nos llevó a una implementación constante de afectividad, tacto y comprensión ante las diferentes actitudes encontradas, que así mismo venían a reforzar nuestra constante intervención y acercamiento para obtener los resultados que a continuación se muestran.

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

1.1 ANTECEDENTES

En 1985 la Liga de lucha contra el cáncer, seccional Cartagena, reinició la intervención de estudiantes practicantes de Trabajo Social, quienes en su desempeño analizaron y evaluaron los diferentes programas ejecutados en la institución así como la intervención del Trabajador Social, el tipo de usuarios y los servicios que presta la Liga, encontrando que para este período desarrollaba distintos programas dirigidos a los usuarios pero que no eran llevados en forma organizadas ni con el enfoque adecuado a la problemática existente, ya que no daban respuesta a las necesidades sentidas que éstos presentaban. Dichos programas están encaminados a la divulgación y educación de la población sobre la problemática del cáncer y al seguimiento y rehabilitación de pacientes intervenidas por cáncer de seno; este último programa, que para el caso es el que nos interesa, era llevado por voluntarias mastectomizadas cuya labor consistía en realizar esporádicamente visitas domiciliarias a pacientes que iban a

ser intervenidas, brindándoles un apoyo moral con base en la experiencia vivida y en la forma como superaron la enfermedad. No se hacía un seguimiento que proporcionara tanto a las pacientes como a la institución un control sobre ésta, es decir, no se llegaba a conocer realmente el proceso de recuperación de las pacientes y mucho menos su rehabilitación en caso de alcanzarla.

* A partir del análisis y evaluación del programa se realizó un estudio sobre las necesidades de estas usuarias. Inicialmente se detectó que debía tratarse a los pacientes psicossocialmente pues se concluyó que no se puede atender sólo la parte física sin tener en cuenta la parte emocional y social siendo que éstos dos aspectos hacen parte del individuo y si hay alguna anomalía en uno a su vez se afecta el otro. De modo que para solucionar esto no sólo se consideró necesario informar a la gente con relación al cáncer sino que se precisó atender la parte afectiva por las que atraviesan estas pacientes, conformando para esto un grupo de señoras que presenten situaciones similares en donde se puedan conocer e interactuar, compartiendo experiencias haciendo aflorar sus sentimientos, emociones e inquietudes antes reprimidas y pueden entonces cambiar su actitud hacia la enfermedad volviéndola más positiva.

Fué de esta manera como se dió paso a la organización y eje

cución del programa Grupo de Apoyo de la Liga contra el Cáncer con el cual la seccional Bolívar atiende el aspecto psicosocial del tratamiento de las pacientes mastectomizadas.

Este grupo se organizó a partir del segundo semestre del año 1985, con un total de ocho señoras mastectomizadas, en adelante se incorporaron pacientes hysterectomizadas pues se tuvo en cuenta que estas pacientes requieren también un tratamiento psicosocial dado que esta enfermedad produce en ellas trastornos psicológicos y sociales que deben ser atendidos con la misma importancia.

Para conseguir los objetivos propuestos para el programa se realiza una reunión quincenal con el grupo tratando temas concernientes a la problemática, específicamente aspectos emotivos y sociales de las pacientes procurando ante todo generar catarsis en cada una de ellas, es decir, hacer que expresen los conflictos y temores que albergan aunque les cause dolor; también se realizan reuniones de tipo social donde celebran entre ellas mismas fechas importantes con el fin de proporcionar más acercamiento y facilitar así la interacción grupal.

Actualmente el grupo de apoyo se encuentra conformado por 16 señoras. Es un grupo heterogéneo, con características diferentes pues algunas son casadas otras son solteras, algunas están en tratamiento, su edad oscila entre los 28 y 55

años, su nivel de escolaridad es variado y sólo tienen en común un problema específico: el cáncer. La estructura del grupo es democrático. Es abierto y flexible pues permite el ingreso y salida de sus integrantes, además permite la fácil integración y adaptación de los miembros nuevos en el seno del grupo.

Hasta el momento se han realizado muchos logros pues estas señoras se hayan en pleno proceso de modificar su actitud frente a la enfermedad. Se ha logrado despertar en ellas una identificación con el grupo y un alto grado de pertenencia a él; han llegado por sí mismas y espontáneamente a manifestar el deseo de ayudar a otras personas en situaciones similares. Esta etapa del grupo es muy importante pues ha permitido que estas señoras reconozcan los distintos momentos por los que atravieza toda persona con dicha enfermedad y tienen claro lo que desean ser y alcanzar.

En estos momentos las pacientes no han cambiado, por decir lo así, totalmente su actitud frente al problema pero si han llegado a la etapa donde pueden hablar francamente de su caso sin cohibirse y sin lastimarse por un recuerdo amargo; pueden reconocer lo que fué y lo que no llegó a ser, es decir, consideran que lo ocurrido fué algo muy doloroso y trágico pero pudo ser peor y aún conservan lo más preciado para todos que es la vida. No se puede hablar de alcanzar la

rehabilitación del paciente porque este proceso sería el refuncionamiento equilibrado no sólo del individuo enfermo sino de todo un conjunto de elementos del que hacen parte la familia y el mismo entorno social del paciente, pues el caso es que muchas veces el deshabilitado no es el paciente sino su familia y su grupo social que no saben cómo tratar a este miembro de la familia con un problema específico, por lo tanto vendría a ser entonces necesario rehabilitar a todo ese grupo de personas mediante la reeducación para la convivencia con el paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Determinar cómo el Grupo de Apoyo de la Liga contra el Cáncer sirve de estrategia para el tratamiento psicosocial de pacientes intervenidas por cáncer de seno y cervix, con el fin de modificar sus actitudes frente a la enfermedad y frente a sí misma.

1.2.2 Objetivos Específicos

Establecer los factores psicosociales y culturales que inciden en las pacientes afectadas por el cáncer, con el propósito de prepararlas para alcanzar el cambio de actitud.

Precisar procesos de intervención del Trabajador Social que puedan tomarse como modelos para su aplicación en problemáticas con características similares a las del paciente canceroso.

Demostrar cómo a través de las dinámicas grupales se facilita a las pacientes la verbalización de sus angustias y temores hacia la enfermedad y sus tratamientos, logrando con esto trabajar en los aspectos más significativos para ellas como personas.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento y propagación incontrolable de células anormales que forman una masa de tejidos o tumor maligno el cual invade las células normales convirtiéndolas en células cancerosas. Estas células se transportan a través del torrente sanguíneo hacia otros lugares del cuerpo donde se originan nuevos cánceres. Este proceso se denomina metástasis y ocurre cuando el cancer tiene cierto tiempo de aparición. Es una enfermedad curable si es diagnosticada a tiempo; los índices de probabilidades de vida varían de acuerdo al estado de avance en que sea descubierta la enfermedad, además el cáncer se puede prevenir mediante su diagnóstico precoz por medio de diferentes exámenes de laboratorios.

Desde la antigüedad el cáncer aparece a los ojos de la gente como un concepto mágico-diabólico; en nuestros días los aparentes fracasos de la medicina y el aumento de nuevas formas de tumores han acrecentado la dimensión de la enfermedad, por eso la cancerofobia es una de las fobias más difundidas en nuestro medio, pero es que el cáncer desde su etimología tiene en sí un signo de temor, de mal inevitable y de muerte penosa.

Luchar contra el temor al cáncer es tan importante como luchar contra el propio mal ya que no hay que descartar que el temor transformado en fuerza negativa sea culpable de demoras peligrosas en la consulta, pueda crear una mayor predisposición para contraerlo en última instancia sea un serio obstáculo para la recuperación de la persona que lo ha contraído. A estos temores se suman los tipos de tratamientos a que son sometidas estas pacientes, los cuales son muy impactantes por los mismos estragos que producen físicamente. En el caso del cáncer de seno y de útero, uno de los tratamientos generalmente recomendados es la cirugía ya que por medio de ésta se eliminan completamente todos los tejidos del tumor maligno aumentando así las probabilidades de vida. Según el doctor Stephen Sherd, la terapéutica de ataque inicial al tumor carcinoide debe ser la extirpación quirúrgica del tumor primario que normalmente se encuentra "in situ" (en un sólo lugar). Por desgracia raramente se hace diag

nóstico antes de producirse metástasis, por lo tanto la decisión de operar un paciente con síndrome carcinoide no puede hacerse impremeditadamente ni sin previo estudio del estado del tumor. La cirugía que se realiza en un cáncer de seno es la mastectomía, la cual consiste en extirpar el tumor eliminando el seno y para el cáncer de útero la cirugía realizada es la histerectomía ó extirpación del útero.

Una vez realizado el acto quirúrgico se replantea con frecuencia todo el problema. El paciente se encuentra frente a una alteración de su esquema corporal que aumenta su desazón y temores. El esquema corporal se ha formado a lo largo de la vida con el aporte de los sentidos, la sensibilidad profunda, las percepciones ópticas y la relación con el mundo exterior; y la aparición del cáncer en una persona significa un hecho de tal trascendencia que conlleva cambios de actitud y de carácter que de por sí generan un cambio de vida ocasionado principalmente por el trauma que sufren estas personas. A partir de esto se presentará comunmente un notable componente depresivo que se manifestará de acuerdo con la personalidad específica de cada una y de las características del medio social en donde se desenvuelve.

Consideramos que este factor, el psicosocial, es fundamental para nuestro estudio ya que de aquí surge toda la problemática emocional que gira alrededor de un paciente con cáncer,

25

es decir, después de intervenida aparecen en la enferma nuevos temores y conflictos que van más allá de la simple recuperación orgánica; en esto intervienen factores de índole familiar y conyugal que conllevan a la pérdida de la confianza en sí mismo y de la autoestima, pues ello es ocasionado muchas veces por el disfuncionamiento que se origina al interior de estas relaciones.

La relación conyugal se afecta de manera muy marcada desde el mismo momento en que a la mujer se le diagnostica cáncer y más aún cuando es intervenida quirúrgicamente, si se tiene en cuenta que se está afectando la sexualidad de la mujer, la cual es un esquema de conducta humana aprendida, un conjunto de habilidades y sentimientos que están relacionados con la identidad de sexo, sentido de masculinidad ó femineidad y con la conducta sexual.

Las mujeres que se enfrentan a este tipo de tratamiento se preocupan mucho de todo lo que puede ocurrir tras la intervención; en muchos casos no serán capaces de manifestarlo verbalmente, pero en sus fantasías llegan hasta preocuparse por el aspecto externo de la región afectada, por si podrán seguir practicando el coito y en caso de que así sea, si ése resultará doloroso o nó. Las preocupaciones psicológicas, sociales y sexuales de estas mujeres son: miedo a vivir siempre presentes en esta enfermedad independientemente de su lo

calización, pérdida de la femineidad, fertilidad, vitalidad, capacidad orgásmica, maternidad, entre otros. Los cambios que experimentan las paciente en las capacidades funcionales y en el interés sexual varían en importancia dependiendo de la edad, grado de desarrollo, personalidad, expectativas y papel social (madre, esposa, portadora de los ingresos para el sostenimiento de la familia).

La adecuada adaptación a los cambios producidos por la enfermedad puede resultar dramática, siendo necesario tener que reeducar sexualmente al paciente y su pareja, ya que éste también experimenta ciertos temores e inquietudes respecto a la sexualidad, pues la amputación de uno de los órganos sexuales de la mujer lo conduce a pensar que ésta ha perdido parte de sus atributos físicos femeninos y de placer sexual, disminuyendo su interés hacia ella. Esta concepción surge de la misma cultura de nuestra sociedad, dado que la mujer ha sido valorada desde mucho tiempo atrás por sus atributos físicos más que por sus otras cualidades. Estas creencias se generan al interior del contexto social en el que cada una de ellas se desenvuelve y las van adquiriendo de acuerdo al grado de acercamiento e integración que tengan con ese medio; estos elementos culturales están tan arraigados en nuestra comunidad que generan ciertos comportamientos inapropiados para abordar de una manera adecuada la problemática del cáncer.

Debido a la misma complejidad del cáncer y teniendo en cuenta la trascendencia que tiene esta enfermedad en toda persona afectada por ella, se debe analizar toda una serie de características psicológicas y sociales que repercuten negativamente en su estado emocional, por lo tanto el paciente canceroso requiere dentro de su tratamiento no sólo la atención médica sino también de la atención emocional y social ya que ambas interactúan en pro de la recuperación total del individuo. Los factores psicosociales son a menudo menospreciados en los esfuerzos de prevención e intervención; sin embargo ellos pueden jugar un rol como parte de los niveles primarios de intervención y son a menudo de gran importancia en la calidad de vida de las pacientes sobrevivientes.

Consideramos que es imprescindible tratar al paciente con igual permanencia y continuidad en las dos unidades (psicológica y socialmente) ya que el estado emocional del paciente se altera de manera evidente, pues los estados de ansiedad y angustia que manifiestan produce un deterioro en el estado general del paciente y más aún cuando tienen un órgano comprometido por una afección de la seriedad que denota el cáncer, requiriéndose una atención especial.

Todo lo anteriormente dicho nos aproxima al hecho acerca de que la evolución y mejoría de un paciente por una atención grupal dirigida depende en gran parte de cuatro elementos

fundamentales: el paciente, el médico, el Trabajador Social y el medio ambiente familiar del individuo. Todos ellos en una interacción dinámica alcanzarán la recuperación y adaptación que pueda desear todo enfermo por cáncer.

1.4 JUSTIFICACION

El cáncer es una de las enfermedades más agravantes que puede padecer ser humano sobre la tierra.

La inquietud por conocer el estado psicosocial que viven las personas afectadas por cáncer y el aislamiento al que se aferran, fueron las principales razones que motivaron la realización de este estudio, el cual pretende demostrar la importancia del tratamiento psicosocial al igual que el tratamiento médico en un paciente de esta naturaleza.

Analizando los diferentes períodos por los que pasa todo enfermo de cáncer, podemos afirmar que su estado emocional se altera de una manera evidente por la zozobra de saber que se le está acabando la vida, que su vida depende de muchos elementos o que finalmente sí se puede salvar pero necesariamente quedará una gran huella inborrable en su físico y en su memoria que le recordará por siempre la enfermedad que ha padecido. Esa huella permanecerá no sólo por la alteración de su esquema corporal sino por tener la certeza de

29

haberse enfrentado a la muerte.

Todo paciente que haya padecido cáncer requiere un tratamiento psicosocial, que se le puede brindar de distintas maneras; individualmente, con su grupo familiar, o con un grupo de personas con una situación similar. El conocimiento de que el hombre no existe exclusivamente para sí mismo sino que vive en comunidad con los demás, es un concepto que data por lo menos desde hace 2000 años, vemos entonces que el hombre es un ser social desde el comienzo de su historia y ha sentido la necesidad de formar grupos; es así como se ha ido evolucionando desde la formación de clanes hasta la sociedad actual.

El Grupo tiende a promover un apoyo tanto psicológico como social para los paciente con problemas y les ayuda a expresarlos. La ayuda y el apoyo que un grupo dá a un individuo es notable cuando se requiere que el paciente acepte o cambie una determinada actitud frente a una situación.

El trabajo con el Grupo de Apoyo es de gran importancia por que le brinda a la paciente la oportunidad de expresarse sin temores ni inhibiciones, de ser francas consigo mismas y con personas que han pasado o tienen igual situación.

Los estudios que se han realizado sobre este tema son muy po

cos. A nivel nacional, el Instituto Nacional de Cancerología es una de las pocas entidades que ha realizado estudios sobre este aspecto. Es igualmente la única Institución que realiza tratamiento psicosocial con este tipo de paciente. A nivel de la Costa Atlántica los estudios que se han adelantado están enfocados a investigar las diferentes formas de descubrir y atacar la enfermedad. De igual manera el Grupo de Apoyo de la Liga contra el Cáncer seccional Cartagena es pionero en esta sección del país ya que en toda la zona no se realiza ningún tipo de atención psicosocial a pacientes mastectomizadas e hysterectomizadas. De aquí la importancia de realizar este tipo de trabajo con el grupo de pacientes de la ciudad ya que es una forma de intervenir ante una problemática que es desconocida para muchos, que no se toma en cuenta como necesaria y que además requiere dedicación, esfuerzo y sobre todo el apoyo de las personas.

1.5 MARCO TEORICO

Para estudiar la enfermedad del cáncer es necesario ante todo tener un amplio concepto sobre como ha sido y es considerada la enfermedad y la salud.

Según R. Nisbet, una visión popular de los problemas sociales que podríamos hacer equivaler a la noción de la enfermedad del sentido común, parte de la imagen de la sociedad

como un organismo sano invadido por "sustancias extrañas", o sea lo ajeno a la experiencia cotidiana.

Para Bichat, la enfermedad no es algo que viene de afuera y ataca la vida sino que es una "gran vegetación orgánica"; la enfermedad es la vida, modificándose en un funcionamiento desviado que tiende a un fin determinado que es la muerte. La salud tanto en el hombre como fuera de él, es armonía, equilibrio; la enfermedad es la alteración de ese equilibrio, ya no está localizada en una parte del hombre, está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores son acciones y no causa.

Canguilleu considera a la enfermedad o a la experiencia del enfermo como una situación "polémica" ya sea entre el organismo y un ser extraño o como una lucha interna entre fuerzas enfrentadas.

El doctor Enrique de la Vega, distinguido médico cartagenero (f), habla de la enfermedad como un reto o desafío de un ser poderoso al hombre, para ver hasta donde resiste este último. Es la experiencia la que nos habla acerca de la soledad inefable del enfermo. Define el mismo doctor a la salud como un armonioso e inestable equilibrio; la enfermedad, lo patológico, es la ruptura de ese equilibrio.

Otra definición ampliamente conocida es la promulgada por

la Organización Mundial de la Salud, la cual considera a la salud no sólo como la ausencia de la enfermedad sino como un estado de bienestar físico, mental y social de las personas y de la comunidad como un todo.

Actualmente la salud y la enfermedad no se contemplan únicamente en el individuo por sí sólo, sino que es un problema que atañe a todo un grupo social. Es así, como nuestra propia experiencia nos permite definir a la salud como el estado ideal de bienestar permanente de una comunidad, reflejado por el normal estado de funcionamiento físico y mental de los individuos que la conforman. Es la previsión de un daño ante la más leve amenaza. Enfermedad es entendida como la ruptura del normal estado físico, mental y social de los miembros de una comunidad, ocasionado por diversos factores ya sean ambientales, orgánicos, etc.

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento y propagación incontrolable de células anormales que forman una masa de tejidos o tumor maligno el cual invade las células normales convirtiéndolas en células cancerosas. Estas células pueden transportarse a través del torrente sanguíneo y los nódulos linfáticos hacia otros lugares del cuerpo donde se originarán nuevos cánceres. Este proceso se denomina Metástasis.

La importancia del diagnóstico precoz se basa en este hecho,

es decir, que el cáncer comienza a desarrollarse en una célula o en grupo de ellas y es por lo tanto una entidad muy pequeña; si se encuentra a tiempo puede eliminarse utilizando los diferentes métodos de tratamiento conocidos actualmente como la quimioterapia, radioterapia, o cirugía. Una vez descubierto y localizado el cáncer, el paciente tiene más oportunidades de seguir con vida.

Esta enfermedad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública con los que se enfrenta actualmente nuestra sociedad. En términos de incidencia, el cáncer en la mujer es la causa líder de mortalidad; es más frecuente en mujeres de más de 40 años aunque puede aparecer a cualquier edad. Durante los últimos 150 años el mundo occidental ha eliminado virtualmente la muerte producida por las enfermedades infecciosas pero el cáncer y las enfermedades cardiovasculares las han reemplazado convirtiéndose en las mayores causantes de muerte. El cáncer es pues uno de los problemas más notorios de la biología aplicada.

Los Estados Unidos, con una población por encima de 200 millones de habitantes, mueren alrededor de 190.000 personas al año; la mitad de esas muertes son debidos a enfermedades vasculares y al cáncer. A juzgar por la epidemiología del cáncer en el hombre parece claro que todas sus funciones están provocadas en su mayoría o enteramente por factores de

nuestro medio ambiente, que varían de un lugar a otro y de una generación a otra tales como la diferencia de edad, sexo, raza, estilo de vida, origen genético, hábitos, entre otros.

Los tratamientos de radioterapia y quimioterapia son dos formas de combatir el cáncer, cuando no está muy avanzado o como complemento del tratamiento quirúrgico. Pueden utilizarse separadamente o en combinación dependiendo siempre del grado de desarrollo del cáncer y del paciente a quien se suministre el tratamiento. En el primero se trata de eliminar el mayor número de células cancerosas por medio de la radiación o quemazón, aunque con el inconveniente de que a su vez se eliminan células normales. La segunda persigue el mismo propósito pero utilizando drogas químicas que van directamente al tumor. Ambos tratamientos deben ser supervizados por el médico y generalmente se suministra en los hospitales con equipo y personal especializado. La cirugía es el tratamiento de ataque inicial al tumor carcinoide y es el que se practica en la mayoría de los casos por ser el más guiable pues dá a eliminar todo el tejido afectado desde la raíz.

Ante el problema del cáncer ha de tenerse en cuenta especialmente la inexistente claridad e indebida y mala connotación que tiene la mayoría de las personas sobre la enfermedad, lo

que produce un miedo y pánico hacia los diferentes exámenes para prevenirlos, convirtiéndose esto en un punto central de atención; deben enfocarse todos los esfuerzos hacia la educación preventiva en todos los niveles sociales, para con ello lograr que las personas tengan una información verdadera sobre el tema.

A través de los años el papel de la lucha contra el cáncer ha sido significativo, concentrándose en la investigación, la epidemiología, el tratamiento y el diagnóstico; todo esto a cargo del Instituto Nacional de Cancerología. La necesidad de descentralizar las actividades del Instituto coinciden con las políticas generales del gobierno en el intento de descongestionar la administración en todos sus órdenes incrementando la autonomía regional y beneficiando directamente a los habitantes de las provincias con una atención médica especializada a su alcance.

Por otra parte, los datos acumulados por el Registro Nacional de Cáncer, señalaban un aumento progresivo de la enfermedad oncológica que reclamaba con urgencia un replantamiento de las formas de intervención del problema. En Colombia los cánceres del tracto vaginal femenino ocupan el primer lugar entre todos los tumores malignos con incidencias cercanas a un 30%. Los de la piel representan un 28% y los del aparato digestivo se aproximan a un 20%. Dicho en otras pa

labras, el 78% de los cánceres señalados en el registro para el año de 1974 se presentan en las tres zonas anatómicas antes mencionadas. Otro dato estadístico que destaca la trascendencia de establecer un programa nacional de cáncer, es la alta tasa de muertes en las mujeres por cáncer del cuello uterino, con una incidencia cercana al 40% entre todos los tumores malignos de la mujer, es decir, en nuestro país sólo un poco menos de la mitad de los casos de cánceres del sexo femenino ocurren en el cuello del útero. La gravedad de esta realidad determinó que el Ministerio de Salud se decidiera a poner en marcha un programa para toda la nación que terminara con la centralización tradicional de esos servicios y proyectara al Instituto Nal. de Cancerología a todas las regiones del país, modernizando sus instalaciones, actualizando su sistema de funcionamiento y estableciéndola zonificación de sus actividades, permitiendo a su vez el acceso fácil y oportuno de los sectores más pobres de la población a una atención médica especializada sin necesidad de movilizarse a la capital.

El programa nacional de cáncer implantado en 1975, contempla en su organización los siguientes objetivos como bases fundamentales de operabilidad: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento, Evaluación de Resultados, y Readaptación.

La Liga de Lucha Contra el Cáncer nació en la residencia de su primer presidente el doctor Enrique Ancizar Sordo. Había sido creada por una ley de 1947, pero fué necesaria otra, decreto 1598 de 1960 para que el I.N.C. se convirtiera en establecimiento público descentralizado y así hacer realidad el deseo de un pequeño grupo voluntario y de numerosos médicos que veían en la Liga un invaluable instrumento que suplementaría sus labores y las del gobierno en la lucha contra la enfermedad que se perfilaba como el más peligroso enemigo de la salud de los colombianos.

El objetivo de la Liga Colombiana desde sus comienzos era planificada; buscaba organizar y ejecutar todas las acciones posibles encaminadas a disminuir la mortalidad, invalidez y la incapacidad que causa el cáncer, con el apoyo directo de las actividades que realiza el Estado para controlar la enfermedad. Durante la última década la Liga contra el Cáncer se afianzó con el entusiasta apoyo de miles de personas y empresas hasta llegar a conformar 24 seccionales y 21 capítulos en todo el país.

En 1977, el Ministerio de Salud adscribió a la Liga al sistema Nacional de Salud y estableció que toda entidad seccional de lucha contra el cáncer debe ser reconocida por la Liga Colombiana y formar parte de su organización. Es pues la única institución que realiza actividades de promoción y

educación dirigida a la prevención y el diagnóstico de cáncer.

La Liga de Lucha Contra el Cáncer seccional Cartagena es una entidad autónoma de carácter privado y de utilidad común, sin ánimo de lucro, afiliada a la Liga Nacional de Lucha Contra el Cáncer. Esta institución se dedica a la prestación de servicios en el área de la salud en todo el Departamento de Bolívar y las poblaciones vecinas a él. Los servicios que presta son:

- Citología a prueba de Papanicolau
- Examen de seno
- Consulta ginecológica
- Servicio de Colposcopia
- Examen de las vías digestivas
- Examen de garganta y piel
- Citología del esputo
- Banco de drogas.

El cáncer presenta en las personas que lo padecen transtornos severos de carácter psíquicos tanto como físicos, ya que la enfermedad representa un suceso dramático en la vida de estas personas y de sus familiares pues para muchos de ellos el cáncer es la antesala de la muerte y siempre se conservará la duda que verdaderamente han sido salvados. La apa

rición del cáncer en una persona significa un trastorno en su forma de vida la cual se afecta profundamente por el sufrimiento que padecen estas personas.

El doctor Crisp. A. H., explica el hecho concerniente al efecto de los factores psicosociales sobre la etiología del cáncer dirigiendo su enfoque hacia la existencia de una personalidad propensa a éste, ya que el cáncer se refiere ciertamente a una enfermedad determinada por la conducta sobre un trasfondo de susceptibilidad genética. Fué necesario estudiar la génesis del cáncer relacionándolo con el rol de la depresión y estrés de las personas. El desarrollo del cáncer mamario fué correlacionado estadísticamente con diversos factores psicológicos tales como: inhibiciones y problemas de la sexualidad, incapacidad para controlar adecuadamente la cólera, tensiones padres-hijos no resueltas, soledad, depresión y desesperación (1).

El doctor Bacon a su vez encontró que los pacientes cancerosos tienden a suprimir o negar sus sentimientos y conflictos más que la mayoría de la gente, predisponiéndose a manifestar situaciones psicosomáticas (2). Analizando ésto es permisible que afirmemos que la mayoría de las pacientes

(1) CRISP A.H. Algunos aspectos psicosomáticos de las neoplasias. p. 26

(2) BACON G.L. Impactos psicológicos del cáncer y sus tratamientos. p. 182

del Grupo de Apoyo poseen uno o más elementos de los antes mencionados y que los manifiestan ya sea de una manera abierta o disfrazandolos con actitudes poco usuales, siendo entonces necesario realizar una acción que produzca un cambio de esas actitudes de las pacientes, con el objeto de minimizar las secuelas que esta enfermedad deja.

Hay muchas formas como la gente puede estar afectada por el cáncer, nos dice el doctor Vincent T' de Vita (3) se pueden comprender en las siguientes variables:

- Composición genética
- Integridad y funcionamiento del sistema nervioso
- Proceso de crecimiento y desarrollo
- Salud general
- Sexo
- Edad
- Cultura
- Procesos psicológicos y de autoimagen
- Sucesos que causan estrés durante la vida (muertes, divorcios, pérdida de trabajo, etc.).

Todos estos elementos tienen íntima relación con la manera como es acogida la enfermedad en cada persona, ya que en

(3) T' de VITA, Vincent. Aspectos psicológicos de las paciente con cáncer. p. 483.

cada una de ellas la respuesta será diferente y dependerá de la evolución y estadio de cada uno de esos factores.

Aunque muchos estudios efectuados en mujeres que padecían cáncer de mama revelaron que gran parte de ellas aceptaban la enfermedad y sus tratamientos, no por ello dejan de prevalecer algunas dificultades tales como humor versátil, aislamiento, retraimiento social, y aumento de ansiedad entre otros. Dichos cambios pueden ser pasajeros o por el contrario convertirse en un problema psicológico y social crónico que generalmente presenta condiciones premórbidas que aumenta considerablemente su vulnerabilidad (4).

Esta afirmación nos demuestra que es imprescindible un tratamiento psicosocial para estas pacientes ya que su equilibrio emocional es susceptible a cambios y a trastornos que la conllevarían a un trauma en el cual la intervención del Grupo es de gran ayuda pues las hace conocer abiertamente las diferentes repercusiones que produce la enfermedad, por otra parte, les devuelve la confianza en sí misma y ante el contexto social; su familia y comunidad.

De esta forma, al considerar los aspectos psicosociales en un paciente canceroso el Trabajador Social debe ser con

(4) HERSH, Stephen. Intervención psicosocial en familias con pacientes con cáncer. p. 343

ciente del estigma social que el individuo sufre y los efectos potenciales que dicha marca tiene sobre sus relaciones personales, su vida laboral y sobre la sensibilidad misma del paciente. Cuando el estigma se convierte en el proceso activo, el estrés que debe soportar el paciente puede ser irresistible más que suficiente como para causarle depresión, pérdida del apetito, decaimiento, mala tolerancia y quizás mala respuesta a los tratamientos médicos. (5)

El tratamiento de grupo como tratamiento psicosocial, hace énfasis en su utilidad para mejorar las condiciones adversas de individuos cuya conducta es reprochable o de personas afectadas por un disfuncionamiento emocional. Dicho énfasis se manifiesta sobre los problemas personales y sociales y sobre la posibilidad de rehabilitación por medio de grupos dirigidos a aliviar estos problemas.

Las personas que reciben tales beneficios en grupo son individuos que presentan evidentes problemas sociales relacionados con su desempeño de roles sociales convencionales. Estas dificultades de conducta o falta de adecuación y las influencias de tipo situacional que las fomentan son los puntos principales hacia los cuales se orientan nuestros esfuerzos de

(5)
 T' DEVITA, Viment. Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. p.621.

ayuda. (6)

El enfoque de grupo de tratamiento, según Robert Vinter, se concibe como un pequeño sistema social cuyas influencias pueden planearse y guiarse para modificar la conducta del cliente. Esta forma de práctica reconoce el potencial de las fuerzas sociales que surgen dentro de pequeños grupos y busca canalizarlas para alcanzar metas de cambios establecidos especialmente para los clientes. El Trabajador Social influye en la composición, desarrollo y los procesos del grupo de acuerdo a sus propósitos. Este enfoque refleja la concepción de interacción mencionada anteriormente, en el sentido de que el profesional trata de iniciar una serie de transacciones a través de los procesos del grupo y por medio de sus propias interacciones con el cliente, las cuales pueden modificar la conducta y producir otros cambios.

De acuerdo con este enfoque de Trabajo Social con grupos, la sesión de grupo es fundamentalmente importante ya que el grupo es tanto el medio como el contexto. Como medio constituye el vehículo a través del cual se pueden movilizar las interacciones e influencias entre las personas para afectar a los pacientes participantes. Como contexto, ofrece oportunidades para interacción directa entre Trabajador Social-Paciente, las cuales pueden contribuir al cambio, con el fin

(6) VINTER, Robert O. Principios para la Práctica de T.S. de Grupo. p.64

de que el grupo sirva como medio eficaz de tratamiento y a su vez en foco de intervención.

James Mann por su parte, señala que el terapeuta explota el ambiente y las reacciones emocionales en beneficio directo y general del grupo en su totalidad e indirectamente para cada uno de sus miembros; "Es en el trabajo de grupo enderezado hacia la unidad genuina del mismo donde se ponen en evidencia la mayoría de los procesos y fenómenos del dinamismo grupal". (7).

Gordon Hamilton es la autora que plantea el grupo como enfoque terapéutico. La meta terapéutica en el Trabajo Social, dice, tiene dos aspectos fundamentales: reducir las tensiones del medio y fortalecer el ego del cliente para que pueda sobrellevar mejor las presiones; toda terapia social incluye elementos de psicoterapia debido al uso psicológico de la relación. Es una falacia considerar a la persona separada de su ambiente y asignar el tratamiento únicamente al paciente enfermo ya que eso equivale a dividir el cuerpo y el alma. (8).

(7) MANN, James. Ilusiones y realidades en Trabajo Social.
p. 128.

(8) GORDON, Hamilton. Servicio Social de Grupo.

Natalio Kisnerman define el Trabajo Social con grupo como toda tarea con más de dos individuos, centrada en una actividad, teniendo en cuenta una metodología de ayuda psicosocial proceso de ayuda en la resolución de problemas y conflictos que tiene un valor potencial de tratamiento. El proceso terapéutico tiene etapas hacia la resolución de conflictos; la primera consiste en liberar la tensión emocional que tiende a disminuir las conductas defensivas. La segunda etapa es la exploración de actitudes por parte de los miembros para que admitan la existencia de elementos que antes eran incapaces de valorar. El conflicto perdura hasta que los elementos esenciales del problema no son manifestados abiertamente y elaborados en un nuevo marco de relaciones con los que se logra una nueva etapa; mejor nivel de relaciones interpersonales. El grupo es entonces catalizador del conflicto. (9)

Kisnerman agrega que el trabajador Social proporciona un reconocimiento y comprensión de cada miembro del grupo para poder utilizar técnicas que permitan ayudarlos. Un Trabajador Social nunca puede orientar un grupo masificando sus miembros; igualmente hay aceptación auténtica de cada miembro así como de la dignidad humana, de las necesidades, motivaciones y personalidades de cada grupo, permitiendo la libre expresión de sentimientos para mediante su acción en causarlos hacia el objetivo deseado.

(9) KISNERMAN, Natalio. Servicio Social de Grupo. p. 92.

La terapia es entonces el tratamiento que permite la realización del grupo como un todo y por ende la de sus miembros.

P. Symonds señala que la psicoterapia produce cambios, no sólo por lo que haga o diga el terapeuta, sino por el estímulo que recibe al paciente para decir, pensar y experimentar sentimientos, entendiendo que hasta un educador puede hacer terapia si su objetivo se dirige a lograr que el alumno diga, piense, haga y sienta por sus propios medios. (10)

Kurt Lewin hace énfasis en la integridad dinámica del grupo cuando dice: "Hoy en día es ampliamente reconocido que el grupo es más que la suma de sus miembros. Este tiene su propia estructura, sus propias metas y sus propias relaciones hacia los demás grupos. La esencia de los grupos ya no yace en la semejanza de sus miembros sino en la Interdependencia" (11). En términos generales se han planteado que el ser humano en el grupo es único, en cuanto es diferente a todo otro miembro del grupo. De esta manera vemos que cada individuo va a llevar al grupo ciertas características que le son peculiarmente propias; ellas incluyen sus intereses, habilidades, deseos, experiencias, temores, expectativas, en otras

(10) CARTWEINGHT, E. Dinámica de Grupo. p.79

(11) Ibid. p. 79.

palabras, su personalidad. Todos estos detalles de individualidad son fuerzas que contribuyen a la dinámica del grupo. Además de estas fuerzas, otras se desarrollan como resultado de la interacción de los individuos las cuales son propias del grupo como totalidad; y otras como fuerzas externas que se reflejan por medio de las creencias, conceptos y opiniones de su medio social.

En todo esto el coordinador del grupo, trabajador social, debe proporcionar la oportunidad de clarificar y enfrentar las situaciones que se van presentando, acepta la responsabilidad de ayudar al grupo hacia un entendimiento de sus propias vivencias ante la situación presente. Su rol varía de acuerdo al tipo de respuesta que él es capaz de fomentar y que pueden ir sugiriendo entre los miembros del grupo; debe ser un observador activo de las cosas que ocurren en el grupo, con el objeto de percibir el desarrollo de las interacciones y así estimular la participación de aquellos que no lo hacen.

Según Kisnerman, el trabajador social tiene la obligación de clarificar su rol, dejando establecido lo que el grupo puede esperar de él y lo que no. Debe establecer una relación cálida pero coherente y neutral y firme con los miembros para poder entrar y compartir las experiencias de grupo.

37

La actuación del trabajador social varía según los diferentes grupos y según la etapa del proceso. En las primeras etapas del proceso es más directivo que en las últimas ya que el grupo sólo requiere asesoramiento. La orientación tiene que ser adecuada a las características del grupo y a la personalidad de los miembros. (12)

Otra de las situaciones de singular importancia que debemos anotar, vienen a ser las vicisitudes que ocurren en la familia de la paciente mastectomizada o histerectomizada.

Al constituir la familia un sistema interaccional un cambio registrado en la vida de uno de sus miembros por ende va a provocar cambios en todos los demás integrantes. Un enfermo en una familia viene a constituirse en una crisis de todo el sistema, necesitando esta reajustar sus funciones, su forma de resolver los problemas, su interacción con el paciente y utilizar además su capacidad para enfrentar situaciones difíciles, en este caso, el impacto que produce la intervención quirúrgica de uno de sus miembros. (13)

(12)

Op. cit. p. 92.

(13)

KONOPKA, Gisela. T. S. de Grupo, un Proceso de Ayuda.
p.129

Todos sabemos que las relaciones familiares pueden afectar muy frecuentemente el desarrollo y desenlace de muchas enfermedades como también su grado de recuperación. Desde este punto de vista es esencial que el trabajador social logre conocer la naturaleza de las interacciones familiares antes de la intervención y después de ocurrida, incluyendo los puntos débiles y fuertes de cada uno de sus miembros, con el objetivo de comprender los efectos que puede ejercer la enfermedad sobre las relaciones familiares.

El enfoque de Annie Spier, considera indispensable la colaboración de la familia para el logro de una mejoría duradera en el paciente ya que al conocer las preocupaciones e inquietudes de la familia se puede ayudar y comprender al paciente.

Al trabajar con la familia no se pretende profundizar en los dinamismos internos de la estructura familiar, ni resolver ni reestructurar problemas enraizados. Nuestra labor está dirigida, en este aspecto, a evitar que se desvincule el

paciente de su grupo familiar debido a la enfermedad y a estimular la comunicación entre sus miembros para que éstos expresen sus temores, incertidumbres y demás ideas acerca de la intervención quirúrgica del miembro afectado por el cáncer y la forma como esta situación ha influido en ellos.

Hay que anotar un hecho muy crucial para el presente estudio y es que sobre el cáncer se ha escrito mucho, lo suficiente como para conocer ampliamente la enfermedad, pero desafortunadamente acerca del tema en particular, que es el tratamiento psicosocial de pacientes con cáncer, nos encontramos con una escasa y muy deficiente bibliografía que nos limita un poco el conocimiento minucioso de este aspecto; sólo unos pocos estudios han intentado determinar sistemáticamente los componentes psicológicos de la embestida del cáncer de una manera prospectiva.

1.6 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.6.1 Tiempo

En relación al tiempo nos referiremos a la fecha del inicio y organización del grupo de apoyo, segundo período de 1985, hasta el segundo semestre del año 1987, fecha en que consideramos el grupo se encuentre lo suficientemente consolidado como para dar muestras de su desarrollo y de la labor realizada.

1.6.2 Espacio

El espacio correspondiente al estudio es básicamente la Liga Contra el Cáncer Seccional de Cartagena.

En este punto es necesario aclarar, que las usuarias sujeto de atención provienen de diferentes comunidades de la ciudad como también de diferentes estratos sociales

1.6.3 Población

La población objeto de estudio es de 16 personas, que vienen a ser las integrantes del grupo de apoyo. Pertenecen al género femenino, su edad oscila entre los 28 y 55 años; en su gran mayoría estas señoras tienen relaciones conyugales y han procreado. También se encuentran algunos miembros que son solteras y no han tenido actividad sexual. Tienen bajos niveles de escolaridad y pertenecen a una clase social media y baja, pues generalmente la liga atiende a personas de escasos recursos económicos.

1.6.4 Contenido

Nuestro estudio está enfocado a demostrar como el grupo de apoyo se convierte en instrumento fundamental para el cambio de actitud frente a la enfermedad y a la vida de las pacientes afectadas por cáncer.

En primer lugar se hará un análisis general de la enfermedad y la forma como se está tratando a nivel nacional, regional y local, enfatizando especialmente en los dos aspectos centrales de la investigación, es decir, se conocerá lo que se hace en materia de tratamiento psicosocial en nuestro medio para así poder evaluar la importancia del programa como pionero en este tipo de problema a nivel de la Costa Atlántica.

Se analizará la problemática del cáncer desde el punto de vista psicológico y social estudiando detalladamente cada uno de los factores que intervienen en estos dos aspectos.

En cuanto al elemento psicológico, analizaremos las características individuales de cada una de las integrantes del grupo; se identificarán los tipos de personalidades, las ansiedades que presentan, las depresiones, crisis emocionales y demás factores psicológicos que tienen relación directa con el tipo de actitud que manifiestan las pacientes hacia la situación específica en que se encuentran. De igual manera el elemento social se analiza como factor influyente en el tratamiento; estudiando las relaciones familiares de la paciente y su interacción; la relación con el contexto social, el acervo cultural que poseen y dentro de éste las creencias y conceptos que albergan sobre el cáncer, pues esto nos dará pautas para conocer la influencia que proyecta la sociedad en dicha enfermedad.

Todo lo anterior es necesario considerarlo ya que son los elementos fundamentales que nos van a permitir realizar el tratamiento grupal con pleno conocimiento de cada uno de los elementos que conforman la problemática emocional, siendo esto imprescindible para la adecuada conformación y manejo del mismo.

Al considerar al grupo de apoyo como instrumento fundamental para el cambio de actitud de las pacientes es necesario anotar que el trabajo tocará los aspectos relacionados con el desarrollo y evolución del grupo, es decir, se hará una descripción de las sesiones de trabajo con el grupo y con las pacientes, para mostrar la forma como se investiga y orienta la acción hacia los objetivos deseados. Se considera que el cambio de actitud frente a la enfermedad es una etapa a la cual debe llegar todo paciente que ha sido intervenido por cáncer y que presenta ciertos trastornos emocionales, pues generalmente estas personas poseen un concepto distorsionado acerca de la enfermedad y su evolución que las lleva a tomar una actitud poco favorecedora de la misma.

Existe un factor muy importante al cual está enfocado todo este trabajo que se realiza y que es en última instancia la meta final de todo el proceso y es la rehabilitación total del paciente. Este podría ser muy bien el objetivo general de nuestro estudio, pero considerando que la rehabilitación implica todo un proceso de reeducación integrada tanto

física como psicológica y social, donde no solamente deben estar involucrados la relación médico-paciente-trabajador social, sino también la familia y el medio social donde este se desenvuelve; debe quedar aclarado que no es rehabilitación lo que se busca con el grupo de apoyo, ya que como lo dice por sí mismo es un trabajo de grupo y no algo más general pues ello significaría un trabajo minucioso con el paciente y su familia lo cual no es la finalidad de nuestro estudio. Estos elementos serán tenidos en cuenta como influyentes y complementarios del tratamiento pero no serán incluidos en el estudio como factores determinantes para alcanzar los resultados. Cabe decir que el paciente que ha pasado por el grupo de apoyo está preparado para alcanzar su rehabilitación pues tiene herramientas para lograrlo, sólo le queda hacer que su familia y medio social se sientan tan bien como él en su actual condición.

De manera sustancial demostraremos la acción del trabajador social como parte integral y fundamental del presente trabajo, refiriéndonos específicamente a la intervención profesional en el proyecto que se está elaborando, a su rol en el grupo de apoyo y en lo que representa para las integrantes de él. Se mostrará cómo el trabajador social puede ampliar su espacio profesional analizando las necesidades y problemas que encuentre, partiendo de un trabajo teórico a una praxis, creando soluciones que estén a su alcance, seleccionando las mejores alternativas, definiendo metas, trabajan

do interdisciplinariamente. Todo esto tiene como producto un proceso de intervención que se organizó durante la práctica académica y que como resultado originó la presente investigación.

1.7 ESTRUCTURA METODOLOGICA

1.7.1 Nivel de Estudio

La presente investigación se realizará a un nivel explicativo.

Se consideró este nivel puesto que se pretende explicar los fenómenos que hacen parte y caracterizan la problemática a estudiada ya que son los elementos fundamentales que están presentes durante todo el proceso investigativo.

Hay que anotar que durante el estudio se describirán algunas situaciones y aspectos significativos que son necesarios para la explicación de la problemática estudiada.

1.7.2 Técnicas de Recolección de Información

1.7.2.1 Reuniones de Grupo

Las cuales se desarrollarán periódicamente con el grupo ob

jeto de estudio, en donde se conocerán aspectos internos de las pacientes y las situaciones problemáticas que presentan cada una de ellas; también se podrá conocer por medio de estas sesiones el desarrollo y evolución de las integrantes y las interacciones que alcanzan entre sí; estas sesiones van a ser la técnica fundamental para la recopilación de datos necesarios para el estudio.

1.7.2.2 Entrevistas Estructuradas

Se aplicarán a las señoras integrantes del grupo de apoyo, con el objeto de recolectar información específica y detallada sobre algunos aspectos claves del estudio de una manera confiable y exacta.

1.7.2.3 Contacto Directo

Tendrán lugar en las pacientes que requieran una ayuda más amplia por presentar deficiencias en el avance del proceso recuperatorio y así obtener datos sobre los conflictos que se encuentran arraigados en unas pacientes más que en las otras.

1.7.2.4 Observación Directa

Se hará sobre la unidad de estudio para la obtención de da

tos sobre la situación problemática.

1.7.2.5 Revisión Bibliográfica

Por medio de la cual se obtendrán documentos sobre los cuales basaremos nuestro estudio; se conocerán diferentes concepciones y teorías sobre el tema, se compararán los autores con el fin de retomar a quien defina y se ajuste a la problemática en cuestión.

1.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

1.8.1 Dinámicas de Grupo

- Careos.
- Catarsis.

1.8.2 Guía de Entrevista

- Encuesta.

1.8.3 Guía de Supervisión

1.8.4 Guía de Observación

- Réconds de reuniones

- Diario de campo.

47

1.8.5 Guía de Análisis

- Análisis de contenido.

1.9 RECURSOS

1.9.1 Humanos

La investigación la desarrollarán las egresadas: Elvira Tá mara Arrázola, Ingrid Wong Cárdenas.

Colaborarán en la parte de asesoría: Licenciada Nyda Eljaiek Dra Mildred Puello, Médicos de la Liga Contra el Cáncer y del Hospital Universitario; que intervendrán oportunamente, dictando charlas a las pacientes sobre temas de su interés.

1.9.2 Físicos

La sede de la Liga Contra el Cáncer, donde tendrán lugar las reuniones del grupo.

1.9.3 Financieros

Los que demande la investigación.

1.10 MUESTRA

48

El universo de la muestra es de 16 personas que viene a ser el 100% de la población objeto de estudio.

Hay posibilidades de incremento de la muestra de acuerdo al incremento que tenga el grupo.

2. FACTORES PSICOSOCIOCULTURALES QUE SE RELACIONAN DIRECTAMENTE CON LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR CANCER DEL SENO Y CERVIX

Se considera para el presente trabajo como factores psicológicos, sociales y culturales, aquellos elementos dinámicos e interactivos que generan en el individuo cierta predisposición en la reacción y actitudes frente a determinadas situaciones, en este caso hacia situaciones adversas, pues se relacionan con el enfrentamiento directo con el cáncer.

2.1 FACTORES PSICOLOGICOS

Grupos de sociólogos, psicólogos y médicos han comenzado a explorar aspectos específicos del estado psicológico del paciente y de los miembros de su familia, la atención se ha centrado en cómo el paciente y su grupo familiar afrontan el diagnóstico de esta enfermedad y las vicisitudes consiguientes a los tratamientos que se realizan para controlar la. El creciente interés que ha despertado el término "calidad de vida" ha sido decisivo para poner de manifiesto una cantidad de secuelas psicológicas asociadas al cáncer

que influyen sobre la productividad vocacional de la persona, sus relaciones interpersonales, su adaptación personal, su autoestima, sus relaciones con el medio ambiente y por último sobre su actividad sexual.

En esta tarea con el paciente canceroso hay que considerar que se trata exclusivamente de mujeres en las que predomina lo afectivo y emocional; no sólo están afectadas en su salud con eminente peligro de muerte sino que aún con posibilidades de salvar la vida, tienen plena conciencia de la amenaza que se cierne sobre su persona y su integridad física y sexual, siendo de esta manera su vanidad dañada y amenazada.

Danielle Turns, ha considerado que el cáncer es una enfermedad psicosomática porque existen una serie de trastornos tanto estructurales como funcionales tales como crisis nerviosas, depresiones, alteraciones de la tensión arterial, jaquecas, entre otras; que se originan por la activación o modulación de las vías psicológicas. Es por esto que es importante analizar los aspectos psicológicos, ya que éstos actúan directamente sobre el componente biológico del individuo enfermo de cáncer.

La mayor parte de las enfermedades que se denominan con el nombre común de cáncer caen dentro del grado de las enfer

medades llamadas crónicas. El cáncer y su tratamiento producen un enorme impacto emocional y cambios irreversibles sobre la paciente y su familia. Muchas mujeres deben soportar el stress acumulado de una biopsia positiva, una cirugía radical, quimioterapia prolongada y algunas veces radiaciones recidivas, aunque afortunadamente no todas las pacientes supone ésta serie de tensiones (14).

Al considerar los aspectos psicológicos del cáncer en un paciente canceroso tendremos en cuenta los siguientes como influyentes importantes y particularmente participantes directos de los problemas que surgen a la hora de enfrentarse a la enfermedad, los cuales no son casuales, sino que son activados al presentarse el evento de la enfermedad:

- La ansiedad, incluyendo en ésta la tensión y el stress.
- La depresión
- La conducta sexual
- Los procesos de autoimagen
- Los mecanismos de defensa
- Como complemento de estos dos últimos, la personalidad.

Iniciaremos nuestra explicación teórica retomando las definiciones y conceptos de diferentes autores que permitirán conocer el por qué y cómo todos estos factores inciden de alguna manera en las reacciones y actitudes que evolucionan en las pacientes intervenidas por cáncer de seno y cervix.

2.1.1 Ansiedad

Se han realizado diferentes investigaciones para definir, medir y buscar mejores métodos para aliviar la ansiedad como conducta desadaptada. Freud (1936) la define como reacción del yo ante el peligro; Hull (1943) considera la ansiedad como la forma aprendida o incondicionada del miedo; Mahl (1950), que todos los estados ansiosos conducen a la lesión fisiológica; Mussen, Conguen y Kagan (1974) afirman que la ansiedad lleva al sujeto a ejecutar acciones que pueden ser emocionalmente paralizadoras y hacer caer al sujeo en estados de desesperación; finalmente Sarason (1978) considera que es una reacción de alarma que surge siempre que la persona se cree amenazada.

La ansiedad es un sentimiento de aprehensión que tiende a ser producido por situaciones en las cuales el individuo se siente amenazado mientras que el temor es usualmente producido por peligros conocidos. La naturaleza de la amenaza que produce ansiedad puede ser o no claramente percibida. Muchas situaciones de tensión tales como un diagnóstico positivo de cáncer pueden dar origen tanto al temor como a la ansiedad, puesto que la ansiedad como el dolor físico es agudamente desagradable nos sentimos motivados a hacer algo contra ella y la acción resultante puede variar desde los mecanismos de defensa psicológicos como la negación,

hasta el evitar la situación amenazadora en caso de que sea posible.

Cuando un organismo mantiene equilibrada una estructura de finida decimos que no hay tensión (15), mientras que afirmamos su existencia cuando una desorganización no ha sido totalmente superada con una nueva estructura estabilizada.

Cuando la desorganización o el estado de tensión se encuentra en el sujeto la llamamos ansiedad, que también es una tensión y una conducta que encontrándose desordenada tiende imperiosamente a ordenarse.

La tensión puede aparecer en tres áreas del individuo o sólo en una de ellas y recibe distintos nombres según su predominio en algunas de las tres áreas de manifestación de la conducta.

Si aparece en el área uno o área de la mente, quiere decir que es subjetivamente percibida y recibe el nombre de ansiedad.

Si aparece como fenómeno predominante en el área dos o del cuerpo la llamamos angustia, se manifiesta somáticamente

(15) BAYES, Ramón. Psicología oncológica, prevención y terapéutica psicológica. p. 111.

con temblores, diarrea, poliurea, vómitos, jaqueca, etc.

Mientras si aparece ligada a un fenómeno concreto es decir en el área tres se denomina miedo.

Otro fenómeno ligado a la ansiedad es el stress, el cual se ha convertido en parte de nuestra vida diaria; es un subproducto del cambio y la modernización. Su definición varía según cada individuo, ya que la situación que puede provocar stress en una persona no lo es para otra; depende de la manera en que cada individuo interprete sus circunstancias.

Debido a que la definición de este término se ha centrado unas veces en los aspectos estimulares, otras en los de las respuestas y otras en elementos interactivos, se ha convertido en una especie de pesadilla semántica que cada investigador define en su momento.

En muchas de las investigaciones que han estudiado su relación con la enfermedad (16), se ha considerado como stress a las consecuencias fisiológicas de la exposición del organismo a estimulaciones aversivas o nuevas. Selye (1983), la define más ampliamente como cualquier circunstancia es tímulo-stresante, que provoca:

(16) ORSINI, W. Cáncer ginecológico. Psicoprofilaxis en pacientes con cáncer. p. 1139.

- a. Una alteración en los procesos homeostáticos
- b. La puesta en marcha consiguiente de los mecanismos adaptativos necesarios para reestablecer la normalidad.

De esta definición se desprende que el estímulo stresante puede ser tanto positivo como negativo y tanto físico como psíquico. La idea de Selye de que la respuesta de stress es inespecífica, ha sido criticada. Según Mason (1971), diferentes tipos de stress provocan distintas respuestas. Por otra parte, el que se produzca y la forma en que se produce la respuesta de stress, según algunos autores, viene determinada por la interpretación que hace el sujeto del estímulo, más que por el estímulo en sí.

2.1.2 Depresión

El fenómeno de la depresión casi siempre se debe a un acontecimiento inusitado; la muerte de alguien a quien amamos, el fracazo de nuestro matrimonio o el quedar atrapado en una situación imposible.

Según Otto Fenichel, tal vez sea una reacción excesiva ante la situación pero hay que visualizar que la persona quizás tenga sentimientos de culpa en relación con sus propios actos, que con el transcurso del tiempo la situación se aloja en su memoria y ésta tiende a expulsarla (17).

(17) GATES, Christopher. Revista. Aspectos psicológicos en ginecología y obstetricia. Fascículo IV. p. 211.

La depresión no suele durar mucho; por lo general las reacciones depresivas se desencadenan a partir de un suceso triste para cualquiera, en efecto si una persona no alterna señales de abatimiento en tales circunstancias, se le considerará extraña. La diferencia entre un grado normal de depresión y la depresión neurótica, es que en el primer caso la persona casi siempre se sobrepone a la tristeza, se espera que con el tiempo el sujeto supere su abatimiento. Cuando se trata de una reacción depresiva, la tristeza se prolonga durante tiempo indefinido llegando a estabilizar la vida normal. Las reacciones depresivas severas pueden ser graves cuando hay quienes ante una ruptura de su equilibrio cotidiano reaccionan más inadecuadamente que otros, desarrollando conductas de corte depresivo. Beck psicólogo de la corriente cognoscivista, en su tratado sobre la depresión dice que ésta se puede manifestar de diversas maneras y en diferentes esferas del individuo.

En el plano afectivo, por ejemplo, con un llanto excesivo, una tristeza profunda o sentimientos de minusvalía que pueden llevar al individuo a sentirse incapaz hasta de trabajar. En el cognoscitivo la persona deprimida puede tener pensamientos negativos hacia sí mismo, hacia la gente que lo rodea y hacia el futuro. En el plano motivacional puede reaccionar con pérdida de interés, falta de reactividad hacia el medio que lo rodea, apatía o desgano.

Muchas mujeres pierden totalmente el interés por si quiere establecer relaciones interpersonales (no de romance) con el sexo opuesto y en el plano psicológico se puede llegar a sufrir desde perturbaciones en el sueño, hasta somatización de otras enfermedades. Si el individuo llega a presentar una de estas conductas depresivas, la disminución en la autoestima puede llegar a ocasionarle desajustes graves respecto del medio en el cual se desenvuelve tanto como su estabilidad emocional,

La depresión es una respuesta común que todo individuo tiene a la pérdida de algo o a un disgusto, y puede tomar la forma de sentimiento de desesperación, desesperanza, baja autoestima, indiferencia y la manifestación de algunos síntomas corporales. Muchas personas responden a ciertas situaciones con depresión temporal que se perpetúa si ésta, ya sea consciente o inconscientemente, se torna indiferente hacia distintas formas que la podrían mitigar.

2.1.3 Procesos de Autoimagen

La manera como una persona piensa y siente sobre sí misma se denomina autoimagen.

Esta influye en el nivel de bienestar y aceptación de sí mismo y de los demás, se deriva de las experiencias desde

la infancia hasta la edad adulta, dentro del contexto de los propios recursos clínicos e intelectuales. Los principales componentes de esta imagen son el yo físico, el yo psicológico y el yo social (18)

Cualquiera de los diversos tipos de cáncer y su tratamiento producen cambios pasajeros o permanentes en estas tres áreas; cuando estos cambios ocurren, se basan tanto en la realidad inmediata como en la anticipación de posibles cambios futuros. Por ejemplo: amputaciones, impotencia e incapacidad para el trabajo, pueden ser cambios inmediatos a los que el enfermo debe enfrentarse. Simultáneamente la posibilidad de quedar desfigurado, las dudas sobre la capacidad sexual y la pérdida del puesto de trabajo son las preocupaciones más importantes.

La adecuada adaptación a los cambios producidos por la enfermedad puede resultar dramática, sin embargo, tal como se ha dicho antes, se ve pocas veces la descompensación psicológica en un grado tan importante como para que derive en un problema clínico. El médico y el Trabajador social deben entender que los retos a la autoimagen de un paciente, a pesar de las alteraciones en el nivel de energía, fuerza, agilidad

(18)

T! DEVITA, Vincent. Carreras, principios y Prácticas de Oncología. p.147

y estados de ánimo pueden ser espectaculares pero tratables mediante una buena terapia.

Se debe recordar también que el arsenal humano para tratar los cambios que se producen en la autoimagen, las alteraciones del tumor y las alteraciones vegetativas, así como en otros tipos de stress, está básicamente en los mecanismos psicológicos de defensa.

El cáncer y su tratamiento pueden repercutir en cualquier aspecto de la imagen corporal y fisiológica relacionada con la identidad sexual; el paciente puede experimentar cambios en las capacidades funcionales y en el interés sexual, los cuales varían en importancia dependiendo de la edad, grado de desarrollo, personalidad, expectativas y papel social (esposa, madre, amante). Dichos cambios pueden ser físicos o fisiológicos y ambos producen un trastorno emocional. Entre los cambios físicos podemos citar características sexuales secundarias alteradas, como la pérdida de una mama o del cabello; otros cambios físicos importantes, no bien estudiados se destacan las alteraciones de la capacidad sensitiva tales como hipersensibilidad de la piel y parestesias. Los cambios fisiológicos secundarios a la castración terapéutica tienen importancia en el paciente; puede observarse así mismo inestabilidad vasomotora, cefaleas, nerviosismo y de presión.

Los tumores asociados a los órganos vitales producen más miedo y éste es más difícil de superar. En tanto que los tumores asociados a los órganos sexuales presentan menor carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad de la masculinidad o femeneidad del individuo. Los cánceres más difíciles de superar desde el punto de vista psicológico, son aquellos que requieren aceptación de la realidad de la enfermedad. Basándose en los propios sentimientos de desasosiego y en los diagnósticos de los médicos.

El deterioro de la imagen, el déficit funcional por el tratamiento y las manifestaciones externas de la inferioridad son algunos de los factores que sabemos pueden influir en las reacciones de una persona ante el cáncer.

Los cambios en la imagen corporal, cambios de pigmentación, hemorragia y pérdida crónica de peso. Son todos ellos ejemplos de como pueden manifestarse los distintos tipos de cáncer dando como resultado el tratamiento que origina a menudo amputaciones, pérdida del cabello, debilidad física y disminución de la libido, elementos que conllevan a la pérdida de la confianza en sí mismo y de la autoestima.

2.1.4 Mecanismos de Defensa

"Son procesos mentales protectores y casi siempre inconscien

tes utilizados para proteger al paciente de una excesiva ansiedad, al mismo tiempo le ayudan a afrontar cualquier tipo de esfuerzo interno o externo que le produzca esta ansiedad".

Los mecanismos de defensa son medios con que la persona se defiende de la ansiedad. (19). Las personas adquieren muchos conflictos que producen frustraciones y la consiguiente ansiedad; la gente se conduce de varios modos típicos para tratar de reducir la ansiedad, es decir, utiliza mecanismos de defensa. Casi todo el mundo recurre a ellos en un momento u otro de la vida; cuando nos valemos de ellos con moderación, en conflictos de poca importancia, no son motivo de preocupación si no dañamos a nadie. Si nos hacen sentir mejor en ocasiones, entonces su valor como limitivos de tensiones y de problemas compensan los autoengaños que suponen. Con exceso estos esfuerzos defensivos son nocivos. En primer lugar, nunca resuelve el problema real, sólo mitigan las ansiedades. Si el problema es importante debe enfrentarse abiertamente. Ya que no es posible evadirlo ni solucionarlo mediante un autoengaño; en segundo lugar viene una situación más seria; la conducta defensiva no siempre disipa la ansiedad. Si ciertas situaciones producen ansiedad en nosotros, las tendremos que afrontar aunque no queramos; tarde o temprano nos hallaremos una para la cual no hay defensa y entonces nos sentiremos desnudos, desprotegidos y nos asombrará la ansiedad, encerrándonos en un callejón donde no

(19) ORSINI, W. Cáncer ginecológico. Psicoprofilaxis en pacientes con cáncer. p. 1139.

será muy fácil la salida.

Los 19 mecanismos de defensa que se citan tradicionalmente en las referencias psiquiátricas son:

Desplazamiento, rechazo, proyección, condensación, conversión, disociación, idealización, identificación, incorporación, intelectualización, introyección, racionalización, formación de reacciones, regresión, represión, sublimación, sustitución y simbolización.

2.1.4.1 Enfrentamiento Mental

El enfrentamiento incluye actividades físicas y mentales, ambas motivadas consciente y subconscientemente. (20). Las defensas emocionales son procesos mentales subconscientes, mientras que las actitudes y las creencias son procesos mentales conscientes.

Las defensas emocionales son una frecuente maniobra de enfrentamiento y forman una parte importante del estado mental de la paciente con cáncer aunque todos las usamos a diario, el estilo defensivo específico da una cierta orientación sobre cómo logrará una persona a hacerle frente a la

(20)

GATES, Cristhoper. Revista Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia. Fascículo IV. p.211

enfermedad y su tratamiento.

La negación, por ejemplo, es un mecanismo de empleo esencial para poder vivir con el cáncer; si una paciente estuviera en constante contacto emocional con la plena y sombría realidad de que la enfermedad amenaza su vida y que su tratamiento va a desfigurarla, si sufriera permanentemente los sentimientos de agravio y hostilidad provocados por esas pérdidas, la vida diaria sería sumamente penosa. La paciente estaría tan preocupada por esta realidad que le sería muy difícil albergar otros pensamientos y emociones.

La negación no es una cualidad que se tiene o no; puede aparecer y desaparecer según la necesidad de reducir el stress emocional. De hecho, la paciente bien adaptada usa con flexibilidad la negación -aceptando gradualmente la realidad, en los momentos en que se siente con fuerzas para luchar contra ella-.

La negación puede adoptar dos formas:

- a. Negación de la realidad: "Yo tuve cáncer, pero lo dominaron y ahora estoy muy bien".

- b. Negación de impacto: "Sí, tengo cáncer, pero ¿Qué se puede hacer?, no le hago caso".

La primera respuesta tiene las características de una psicosis y generalmente refleja una gran angustia.

En la segunda reacción se usa la negación como un eficaz mecanismo de lucha. Este tipo de negación es saludable, ya que borra los hirientes detalles de la realidad, sin sacrificar otras pautas del funcionamiento normal ni poner en peligro los métodos de tratamiento.

Mientras la paciente se somete al tratamiento y se esfuerce por mantener, en lo posible, una vida normal y equilibrada, evitará estar pensando constantemente en su enfermedad, sus cicatrices y su dudoso futuro. Sin embargo, si la paciente aplazó su solicitud de atención médica, al observar la lesión inicial o la insinuación de una recidiva, podría refugiarse en una negativa malsana. Cuando el médico encuentre esta situación, deberá aleccionar al cónyuge y a los otros familiares para que observen cuidadosamente a la paciente y le informen de los cambios médicos que ocurran.

La persona que tiende a culpar a otros de sus propios fracasos o problemas, está usando la defensa de proyección. Como ocurre con la negación, una proyección moderada es razonablemente saludable. Sin embargo, el proyector crónico es a menudo una persona que "No sufre úlceras, pero las provoca".

Se puede identificar la proyección al hospitalizar a la paciente. Estas mujeres son quejumbrosas crónicas que encuentran defectos en las enfermeras, la comida, el ruido, etc. La tarjeta de servicio de la enfermera, con informes del excesivo número de quejas, ayuda a descubrir este tipo de conducta.

Con frecuencia, a estas pacientes las preocupan sensaciones de incompetencia y de sus propias cualidades desagradables, agravadas, por supuesto, por el diagnóstico del cáncer y su tratamiento. Las pacientes proyectan hacia el ambiente sus sentimientos de incompetencia.

En la reacción de proyección, a menudo la paciente enfurece a los demás y, si está casada, a su esposo y a su familia puede serles muy difícil tratar con ella.

La mujer que proyecta tiene muchas veces un "Chivo espiatorio", a menudo un hombre. No hay mayor problema si la paciente ha elegido como chivo espiatorio a un jefe de estado o a alguna distante figura nacional, pero puede ser muy molesto si el blanco es el esposo, un hijo, algún miembro de la familia o un vecino. La agresividad puede dirigirse también a alguna causa o tema político que de repente enfurece a la paciente. Aunque este tipo de proyección puede ser constructivo, refleja al mismo tiempo la ira de la paciente por el

infortunio que ha caído sobre ella.

La proyección interviene también en aquellos casos en los que la paciente no quiere que se informe de la situación a ciertos miembros de la familia o cuando los familiares no quieren que la paciente conozca el grado de la enfermedad. Aún así, es casi seguro que la paciente lo sabe. Resulta muchas veces que las personas que piden el secreto para proteger a alguien, en realidad están protegiéndose a sí mismas. Si se descubre el secreto, su indignación es la proyección de su propia congoja por su enfermedad o la de un ser querido. El manejo de estas situaciones es un trabajo de Hércules; pone en una situación casi insostenible al médico a quien la paciente o la familia le pidieron que guardara el secreto y no fuera veráz con la otra parte interesada.

La distorsión, otra defensa fundamental, puede ser también molesta para la paciente y para el médico. En los primeros días post-mastectomía o adrenalectomía, a nadie le inquieta que la paciente exprese su alivio porque el "tumor" no era maligno -aunque se le dió que lo era-. sin embargo, la distorsión continúa en algunas pacientes y tiene por resultado importantes malentendidos sobre el diagnóstico y los planes de tratamiento. Cuando una paciente muestra esta tendencia, el médico, debe hacer un esfuerzo especial para aclarar periódicamente el diagnóstico y el tratamiento con la pacien

te y sus familiares, a fin de evitar o reducir las malas interpretaciones.

Casi todos los médicos se han encontrado con casos en los cuales a pesar de establecer claramente la situación, la paciente interpreta lo que se le dice de acuerdo a sus ideas preconcebidas; sólo oye lo que quiere oír.

En momentos de stress agudo, cuando sus sistemas están en peligro de ser arrollados, las pacientes revierten a éstos tres mecanismos de defensa: negación, proyección o distorsión. Si la paciente pierde el contacto con la realidad se le considera psicótica. De hecho, en cierto sentido esta psicosis, es un proceso homeostático que la ayuda a conservar un cierto equilibrio emocional.

Los fracasos defensivos como los cambios defensivos, suelen ser temporales. Debe considerarse a las defensas como mecanismos fundamentales del equilibrio emocional que ayudan a la paciente y a su familia a hacerle frente a su última aflicción y a tener más éxitos en la conservación de su equilibrio emocional. Todo esto resulta evidente para un observador experto o para aquellos quienes tratan con este tipo de pacientes.

Ahora bien, por otra parte, no sólo deben estudiarse la en

fermedad y su tratamiento, sino también la estructura de la personalidad del paciente, que es un elemento fundamental y conjugatorio con todos los demás factores que rodean a un paciente canceroso.

2.1.5 Personalidad

Uno de los hechos con que nos hemos de enfrentar es que cada persona es un individuo único (21). Dos personas en efecto, no pueden ser exactamente iguales aunque posean parentesco o sean educados en un mismo ambiente. Cada uno posee sus aptitudes, sus hábitos específicos y su dotación hereditaria única, por eso no es prudente generalizar sobre una persona basándose en otra. Para comprender a una persona determinada hay que tener presente que su personalidad posee una continuidad básica, los hábitos y los motivos aprendidos durante años no son fáciles de olvidar o sustituirse por otros, por tanto, son tres los factores que producen cierta continuidad, permanencia y consistencia de la personalidad: la dotación hereditaria, el aprendizaje continuo y los papeles sociales.

Generalmente seleccionamos algunos de los aspectos que más nos interesan y sirven para el conocimiento de una persona como son por ejemplo: las características de ella, las acti

(21) OJBURN, William. Sociología y ciencia. p. 619.

tudes, o la forma de afrontar los problemas, por lo tanto para estudiar las características de la personalidad es necesario considerar los siguientes aspectos: rasgos, tipos y modos de ajuste.

Un rasgo es cualquier aspecto de la personalidad suficientemente característico y distintivo; es probablemente el mejor instrumento para caracterizar a una persona.

Un conjunto de rasgos da lugar a los tipos de personalidad, los cuales en forma global se pueden agrupar en extrovertidos e introvertidos, pero muchas personas configuran la morfología de los dos tipos.

Otro elemento que hace parte de las características de un individuo es el modo de ajuste típico. El término ajuste se refiere a la forma de adaptarse o acomodarse a las circunstancias que va pasando.

Por supuesto la personalidad de un individuo no llega hasta este punto, ésta también depende de la cultura, del lugar en donde se vive. La cultura determina considerablemente las experiencias que una persona posee, las frustraciones o ajustes con los que se enfrenta, y las normas de conducta que se le exige; cada cultura posee sus propios valores, moral y formas de conducta.

El temperamento al igual que la inteligencia y el físico, designa cierta clase de materia prima en la cual se elabora la personalidad. No hay personalidad desprovista de temperamento, ni existe temperamento aparte de la personalidad.

Temperamento es entonces cuando se designa los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, fenómenos entre los cuales se cuenta su susceptibilidad a la estimulación emocional, su intensidad y velocidad de respuestas habituales, la cualidad de su estado de ánimo predominante y todas las peculiaridades de fluctuación o intensidad de su estado de ánimo. Todos estos fenómenos son considerados dependientes de su estructura constitucional y por lo tanto como de origen principalmente y hereditario.

Entre los rasgos constitucionales más importantes para la personalidad se debe incluir el temperamento, definido como una disposición prevalente del individuo. La clásica descripción del temperamento es cuádruple:

- Colérico o excitable
- Flemático o lento
- Sanguíneo o feliz
- Melancólico o triste.

Algunos individuos pueden como es natural poseer combinacio

nes de estas disposiciones.

71

Entrando ya en el tema específico de la patología del cáncer (22) es necesario para el diagnóstico socio-emocional conocer la "clase de pacientes" con la cual se trata.

Muchas son las clasificaciones de personalidad que se pueden utilizar, pero teniendo en cuenta que tratamos enfermos en su reacción psíquica frente al padecimiento del cáncer ginecológico, la clasificación que les denomina son: personalidad histeroide, esquizoide y cliptoide; esta última en sus dos formas maniaca y depresiva.

Podemos completar el diagnóstico de personalidad agregando que se trata de una paciente que se muestra de alguna de estas formas: indiferente, ansiosa, fóbica, excitada, depresiva, paranoide, obsesiva, etc.

No suele ser muy necesario profundizar sobre el tipo de personalidad, pero si es muy necesario descubrir la situación conflictiva vital, frente a la enfermedad orgánica, sin descuidar la condición conflictiva vital básica.

Es por tanto, muy importante no sólo considerar cómo la en

(22) ORSINI, William. Cáncer ginecológico. Parte XIII. p. 1150.

ferma padece su enfermedad, sino también de qué manera la configura.

Al respecto se pueden sintetizar algunos elementos de importancia:

- Si ella cree en la curación o nó; si espera poco de la intervención o mucho, y cuanto le teme.
- Si sus molestias ginecológicas son exageradas o múltiples que puedan estar indicando una falta de adaptación y un desarrollo psicosexual deficiente.
- Si presenta gran cantidad de respuestas somáticas, cuya causal no está en la enfermedad orgánica, es decir, en el cáncer ginecológico, y que muchas veces, los estudios médicos exhaustivos no pueden atribuirlos a otros órganos o aparatos, pero que la enferma objetivamente las muestra o sólo son reales para ellas tales como: Angustia cardíaca, ansiedad respiratoria, desmayos, insomnios, pesadillas, en fin exagerada hipertrofias de los síntomas.

Otras veces ocurre lo contrario; la enferma niega y oculta fóbicamente los síntomas temerosa de ser tildada histérica o neurótica.

En el cáncer ginecológico, al igual que en todo cáncer hu

mano, la incidencia en la estructura psicológica no puede ser conceptuada uniforme ni generalizada; cada enferma constituye una unidad personal que exige un trato individual.

Desde el sospechado diagnóstico surge en la enferma un estado agresivo y fóbico que pasa, ante la seguridad del mal, a la agresión del ser en su totalidad psicosomática. Se insiste en que cada enferma exige un concepto individual, pero el estudio de ellas en grupo durante varios años, permite describir similares reacciones a los que se agregan siempre, durante la evolución agregados propios que responden a la personalidad de cada uno de los pacientes.

Un hecho común, casi sin excepción, que puede darse en mayor o menor grado, pero que siempre se da, es el golpe o shock neuro-afectivo que la enferma percibe y transmite con triste sorpresa, confusión e incapacidad para aceptar la realidad, ante la existencia real del mal, asumiendo una conducta negativa que se traduce en expresiones de elocuente rechazo de la enfermedad, y muchas veces en conductas fóbicos-obsesivas que le hacen huir de la consulta o suspender los estudios de diagnósticos o tratamientos.

A este estado psíquico de variable duración suele seguir, también casi sin excepción, un estado depresivo propio de la pérdida o duelo o de la incapacidad de enfrentamiento e

impotencia, que se traduce en conductas que van desde el límite de la depresión normal con tristeza, angustia, cierto grado de abatimiento y vacío hipocondriaco, hasta muy graves situaciones que pueden llevar al intento de suicidio.

Algunas veces surge apatía, indiferencia, pasividad y aislamiento; sin embargo, y en aparente oposición a esto último, no pocas veces se puede encontrar enfermas en las que surge una curiosa hiperactividad que suele caracterizarse por carecer de fines precisos. Es frecuente también la aparición de conductas agresivas, hostiles o sentimientos de culpa y autocastigo.

Todo lo que antecede, responde a la necesidad de una adaptación, tarea en la que se puede descubrir que algunas pacientes se defiendan al enfrentar la grave enfermedad, mostrando una conducta firme y equilibrada, que le sirve para oponerse a la angustia que anteriormente les agobia.

Al contrario, muchas son las que necesitan quejarse, porque en esta actitud hayan un paliativo. Al quejarse se desprenden un poco de su desgracia; además, es ésta una conducta sincera, real y humana que les permite junto con el desprendimiento de su tristeza, también introyectarla y conocerla mejor, hasta aceptarla como su único patrimonio.

Es también entonces, cuando alcanza esta etapa, que se puede contar con cierta frecuencia que las enfermas toman la decisión de mantener un buen estado de ánimo para no dejar se doblegar.

El cáncer ginecológico tiene una característica propia, a parte de su agresión a la salud y a la vida -lo más importante para todos los enfermos- surge cuando estos factores fueron solucionados realmente con éxito o sólomente paliados o mitigados: la agresividad que pone en peligro la sexualidad.

Este factor sexualidad tiene más importancia que la que hasta el presente le atribuye la conciencia médica, ya que en nuestra cultura no sólo la sexualidad, sino hasta la femeneidad -otro valor que se pone en juego-, está dada por la presencia de los órganos sexuales primarios, y el tratamiento del cáncer ginecológico es principalmente quirúrgico y esencialmente mutilador.

Respecto de la sexualidad amenazada, la realidad es que, realizado el tratamiento quirúrgico, cuando éste es muy mutilante y afecta los órganos sexuales copulativos, deja de ser una amenaza para transformarse en un hecho real consumado.

Si tenemos en cuenta que el ser humano nace sexualizado, pretender negar esa realidad no sólo significa ser absurdo y torpe, sino parcialización del ser, ruptura de su totalidad global, los traumas que se llevan a sus psiquis lo colman de conflictos.

A la sexualidad hay que darle su real valor, que entiendo es de alta jerarquía, no hay porque exagerarla ni negarla; el cirujano tiene muy bien en cuenta estos conceptos cuando se ve obligado a agredir a los órganos sexuales y esta catroge nia en el cancer ginecológico suele ser inevitable.

Tengase presente que ejercer la función heterosexual significa, en la preservación de la salud integramente y en el principal objetivo del ser humano que es felicidad, la más perfecta comunión de dos seres, vivencia en la que vibra toda la emoción cuando están integrados en plenitud.

La enferma que padece de cáncer ginecológico y su marido sabe perfectamente la realidad de lo que se acaba de exponer; y comienzan a sufrir mucho antes de la realización del tratamiento, la distorsión de su pareja y temen su terrible consecuencia: el desafecto.

A esto debemos agregar las numerosas falacias que siempre se ciernen sobre la sexualidad, la distancia que significa

la separación por la intervención, la falacia muy popularizada y troquelada en gran cantidad de hombres y mujeres, frente a la histerectomía total ampliada que suele exigir el cáncer ginecológico y que expresa diciendo: "la dejaron vacía". Todo ello exige del cirujano y del Trabajador Social la mayor dedicación y consideración para ocupar todo el tiempo que quiera, previo a la intervención quirúrgica y continúa en el postoperativo, a fin no sólo de corregir e instruir y educar a la paciente, sino también en adoctrinar al marido.

Por otra parte, el manejo emocional de las enfermas que son histerectomizadas y las que son mastectomizadas, así como las que tienen reacciones psicológicas dentro de límites normales y las que muestran conductas neuróticas o histéricas, no puede ser igualitario pues dicho procedimiento resultaría perjudicial para ambas.

Todo tratamiento de cáncer mamario exige que previamente valoremos los hechos nocivos que impidan la readaptación; se debe atender el profesional que atiende el caso, a la individualidad, a la realidad personal y cuando se desarrolle el diálogo mostrar interesada y cordial comunicación para que así la paciente sienta que su problema es humano y lo entienda.

El cáncer de mama exige como tratamiento, en gran porcentaje de los casos la mastectomía y ésta es causa a su vez de toda una serie de consecuencias psicosomáticas que podemos resumir así:

- Consecuencias somáticas: Mutilación de la zona erógena mamaria, presencia de desagradable cicatriz, modificación de la imagen física corporal (en sentido nocivo por pérdida estética), alteraciones de la circulación linfática con edema y limitaciones funcionales del miembro superior correspondiente.

- Consecuencia psíquicas: Incidencia en los centros nerviosos centrales donde se construye y vivencia al cuerpo, desvalorización del Yo con sentimiento de inferioridad, persistencia y aflicción por la imagen corporal pre-operatoria, rechazo y perseguimiento de la imagen corporal post-operatoria.

Surge así una representación penosa que la enferma hace de sí misma, con profundo daño en su narcisismo, dado que ha sido atacada en su principal signo de femeneidad.

Ello es percibido, introyectado e intelectualizado, produciéndose así durante la evolución nuevos aditamentos en su configuración somato-psíquica, lo que suelen traer alteraciones de la personalidad y la conducta.

Todo esto nos lleva a deducir la lógica existencia de órganos nerviosos centrales efctores, generadores reconstructivos psíquicos que producen modificaciones de la propia esencia del ser.

Todo lo que antecede no es otra cosa que el trabajo de adaptación que tiene lugar en alguna parte del cerebro, para la reconstrucción de una nueva figura corporal, que si es aceptada por la personalidad, dará como resultado un equilibrio psicossomático y buena rehabilitación, más si es rechazada, dará lugar a distintos estados de neurosis post-mastectomía y consumo de energía en conflictos inútiles y negativos.

Todas estas alteraciones emocionales se multiplican:

- a. Por tratarse de la mama, por su caracter sexual.
- b. Porque sus otros genitales están ocultos, mientras las mamas son evidentes.
- c. Porque tienen un alto valor tanto femenino como en la atracción masculina.

Todo esto sucede ante la sola idea de padecer cáncer.

El campo del cáncer pélvico genital es muy amplio y puede ocasionar elevado número de diagnóstico, intervenciones

quirúrgicas y terapéuticas agresivas distintas. Para lograr dar un mínimo de claridad a un tema tan amplio nos referiremos únicamente a las consecuencias psicológicas y sexuales que generalmente se asocian a una histerectomía o vulvectomía radical o a un vaciamiento pélvico total.

Existe amplia información sobre los diferentes grados de alteración emocional y disfunción sexual que se asocian a una intervención quirúrgica seguida de tratamiento radioterápico post-operatorio. Estas reacciones dependen del estadio de la vida sexual de la mujer, de la práctica y satisfacción de sus relaciones y de la eficiencia de las defensas personales de su ego. Las mujeres que se enfrentan a este tipo de tratamiento se preocupan con mucho temor de todo lo que les puede ocurrir tras la operación. En muchos casos no serán capaces de manifestarlo verbalmente, pero en sus fantasías llegan hasta preocuparse por el aspecto externo de la región afectada, por si continuarán practicando el coito y si éste puede resultar doloroso. Las preocupaciones psicosociales y sexuales de estas pacientes son miedo a vivir pendientes de la enfermedad, pérdida de femeneidad, fertilidad, capacidad orgásmica, maternidad y sentimientos de ternura.

Se asustan por la alteración hormonal que van a sufrir y con ello la disfunción por la disminución de estrógeno, el envejecimiento físico, disminución de la libido, falta de

lubricación dispareunia. Todo éstos son conceptos mitificados de la paciente pues existen datos que corroboran la falta de fundamento de estos aspectos.

Es importante proporcionar consejo e información a la paciente con cáncer genital lo antes posible sobre los cambios reales que su cuerpo ha experimentado y los comportamientos alternativos que debe seguir para poder dar y recibir placer y así evitar una disfunción sexual.

Para éstas pacientes es necesario que desmitifiquen los conceptos errados, se forjen esperanzas, recuperen el interés en ellas mismas, intentando con ello disminuir la morbilidad que se asocia a este tipo de cáncer.

2.2 FACTORES SOCIOCULTURALES

Como factores socioculturales entendemos todos aquellos elementos que de una u otra manera inciden en el individuo enfermo de cáncer pero que son externos a él, es decir, que rodean la problemática del paciente y a su vez tienen un papel importante en el proceso de la enfermedad y recuperación.

En primer lugar analizaremos la edad como elemento circundante en la problemática del cáncer.

2.2.1 La Edad

La edad de un paciente con cáncer tiene mucho que ver con la forma en que él y su familia harán frente a dicha enfermedad. Sobre esta base se prevén muchos problemas así como valores positivos, siempre que los profesionales relacionados con el paciente sean conscientes de que no siempre coinciden la edad cronológica y el estado de madurez del enfermo. Con independencia de la edad del paciente, el diagnóstico y el tratamiento inicial que experimenta tanto el paciente como su familia ensombrece de alguna manera las perspectivas de continuidad del ciclo de vida. Esto ocasiona un compartamiento regresivo en el sistema personal y familiar, como por ejemplo, el dejamiento de las relaciones sociales, mayor dependencia de los miembros de la familia, actos impulsivos y manifestación libre de los sentimientos.

Algunos de los problemas más serios con relación a la edad y al cáncer los vemos en las personas jóvenes (23). El hecho de tener que someterse a un tratamiento, su conformidad, la renuncia a gran parte de su vida; todo ello obliga a esta persona a prescindir de su tendencia hacia la autonomía o independencia de su familia.

(23) T' de VITA, Vincent. Cáncer, principios y prácticas de Oncología. Tomo II. p. 781.

La adaptación a la pérdida de algún órgano o la limitación de las funciones del cuerpo no resulta más fácil en las personas de más edad como puede creerse. La continuidad de las experiencias de su vida se interrumpe al igual que en el caso de los jóvenes. La opinión común de que los distintos tipos de cáncer aparece con mayor probabilidad en personas de edad avanzada no hace más aceptable la realidad del cáncer para quien lo sufre. El paciente recordará, sin duda, con claridad el nivel de funcionamiento de su cuerpo en tiempos pasados, su energía y la habilidad para satisfacer sus necesidades. No es de extrañar por tanto que esta adaptación que parece relativamente fácil en los ancianos no lo sea tanto.

2.2.2 La Familia

Dadas las distintas formas que adopta la familia en la sociedad, lo mejor es que el profesional relacionado con el caso de un paciente, la entienda en el más amplio de los sentidos.

Cuando pensamos en familia, nos la representamos como una asociación más o menos duradera de marido y mujer con o sin hijos, o de una mujer con un hombre solos o con hijos(24).

(24) OGBUR, William. Sociología y ciencia. p. 781.

El sexo y las funciones paternas son los distintivos de la familia, ambas funciones constituyen las razones de ser originadas de esta institución y son comunes a la familia en todas las culturas.

Aunque la familia se basa en el sexo y las funciones de paternidad y está por ello enraizada en la naturaleza psicológica del hombre, la familia en la experiencia humana es siempre una institución social, que está gobernada por normas culturales, sanciones y prohibiciones.

En la familia se fundamentan y solidifican las bases de las personalidades de los hijos, ya que es allí donde empieza la socialización de éste, y de la buena relación que se establezca en el hogar dependerá la formación de la personalidad de un individuo.

La familia es con mucho, el más importante grupo primario de la sociedad; históricamente hablando, se ha transformado desde una unidad más o menos autosuficiente, hasta llegar a convertirse en una unidad definida de dimensiones mínimas que principalmente se compone de las partes contratantes originales, padres e hijos; luego continúa constituyéndose en una comunidad para las vidas que nacen en su seno.

Para nuestro trabajo, definiremos a la familia como un gru

po de personas unidas legal o biológicamente. El grupo de estructura familiar en que viven los pacientes con cáncer, así como la dinámica que presenta dicha estructura determina lógicamente muchos de los problemas específicos relativos a cómo la familia y el sistema familiar se ven afectados por la aparición del cáncer en uno de sus miembros.

Las familias son sistemas que existen dentro de estructuras más amplias -vecindades, comunidades, culturas y otros sistemas más vastos- que influyen a su vez en la familia. Se ha discutido la importancia que ejercen los factores mitológicos y culturales sobre el canceroso y su integración a la comunidad. Ello da pretexto a la asistencia y también a la estigmatización que sufre la familia.

Las familias pueden presentar características de comportamiento y estructuras muy diferentes (25). Algunas son sistemas cerrados con límites muy claros. Otras, en cambio, no tienen una frontera muy bien definida, son más vulnerables a los sistemas externos y más flexibles que los de las fronteras cerradas.

Hay otras características que requieren consideración, por ejemplo: si es una familia completa, es decir, viven ambos

(25)
MAC IVER R.M. Sociología, Introducción y análisis. p. 182.

padres o sólo uno de ellos; el tipo de educación de los miembros de la familia; el tipo de relación entre padres e hijos o adultos y menores; si es una familia en la que se comparte la información y hay comunicación entre los miembros; si es el enfermo quien aporta los ingresos más importantes de la familia.

Todo lo anterior es necesario conocer, para así tener una mejor visión de la clase de apoyo que el enfermo pueda encontrar en el seno familiar.

Las familias tienen sus propias etapas de desarrollo que se asocian con valores y percepciones mutantes de sus miembros y con actitudes también cambiantes.

Generalmente las familias se unen en momentos de crisis; su atención se centra en el miembro que enferma. También existe distinta gradación de intensidad de la respuesta inicial ante el diagnóstico de cáncer basándose en la edad o función social del miembro. Los niños, adolescentes y adultos jóvenes, así como las personas que aportan ingresos a la familia, suscitan una reacción de apoyo más intensa.

Entre los familiares de la paciente con cáncer, de ordinario el mayor impacto lo sufre el marido (26) o aquellas per

(26) GATES, Cristopher. Revista. Aspectso psicológicos en ginecología y obstetricia. Fascículo IV. p. 221.

sonas con las que conviva la paciente no casada. A este respecto la experiencia demuestra que la mujer que vive sola tiene una supervivencia menor que la que vive con alguna otra persona o ser amado.

El stress sobre el esposo es evidente. La posible pérdida de su esposa por cáncer lo amenaza emocionalmente. Además el tratamiento es sumamente costoso y aunque todos quieran pagar el costo del último estadio del tratamiento, los aflige intensamente el no contar con los recursos económicos.

Las penalidades las sufren la paciente y sus allegados. El impacto emocional sobre el marido incluye tratar con una esposa cuyo equilibrio emocional está bajo stress, y el sentir la amenaza de su posible pérdida.

Estas dos considerables tensiones despiertan en el marido sentimientos con los que debe enfrentarse en algún plano. Los esposos sufren a menudo en resentimiento intenso que los coloca en situaciones insostenibles. Existe la tendencia a desconocer sus sentimientos negativos o a igualarlos, también a asumir una actitud positiva viviendo día a día y adoptando la actitud de que todo va a salir bien y nada ha cambiado. Con ello se logra un efecto de adaptación a la lucha, pero puede ser emocionalmente costoso para la paciente quien sabe muy bien que las cosas no son iguales y que su

vida está amenazada.

Otra situación no infrecuente especialmente en las pacientes mastectomizadas, son las dificultades de la pareja para volver a su previo nivel de actividad sexual. Muchos casos se ha llegado a la conclusión de que la mujer no cree que su compañero la encuentre sexualmente deseable. El origen de su incredulidad es que no se imaginan cómo puede ser deseable después de la mastectomía y empieza a pensar que su marido se acerca a ella para satisfacer sus propias necesidades sin un deseo específico por ella enfureciéndose contra su marido, actitud que deja perplejo al esposos, complicando aún más la situación pues ninguno de los dos sabe como manejarla.

El cáncer ginecológico y su tratamiento producen tensiones emocionales acumulativas sobre la paciente y sus familiares, de un proceso de lucha complejo e individual; aunque cada mujer es un individuo con su propio mecanismo de lucha se enfrenta al problema común a todas las pacientes que se esfuerzan por mantener su equilibrio emocional. Su individualidad se manifiesta en el modo de hacerle frente a esta lucha.

Una forma de luchar y hacerle frente a la enfermedad está en las actividades físicas y mentales motivadas conciente

mente. La cooperación del médico y otros profesionales es de suma importancia, aquí la instrucción, el estímulo y el apoyo son elementos útiles en el tratamiento cotidiano.

Las creencias y actitudes son mecanismos de lucha para combatir los sentimientos depresivos y mantener el equilibrio emocional, se considera esencial conservar la esperanza en el resultado realista deseado. Se puede mantener una actitud optimista y esperanzada e ir mudándola según las circunstancias. Las pacientes que mejor se adaptan son aquellas que pueden ir derivando sus esperanzas a medida que cambia la realidad. Tal es el caso de alguien con esta capacidad, una paciente que tiene la esperanza de que la masa descubierta sea benigna; si lo es, magnifico; si resulta maligna la paciente tendrá la esperanza de que los ganglios no sean positivos. De nuevo, si no son positivos será espléndido, si lo son la paciente confiará en que la quimioterapia y las radiaciones evitarán nuevas recidivas; y así éste cambio de marchas continúa durante toda la enfermedad. Lo importante no es el sentido especial de la esperanza sino la capacidad de generarla y poderla derivar al cambiar las circunstancias manteniendo una actitud positiva.

2.2.3 Recursos Económicos

Uno de los más importantes factores que han dado lugar a

cambios en la estructura de la familia, es el creciente grado de independencia económica que ha conseguido la mujer; por supuesto todavía distan mucho de poseer un status legal semejante al de los hombres y es que además de la persistencia del predominio del varón, las mujeres se hayan en desventaja por razón de su ineptitud en ciertos terrenos, la incapacidad física en otros y sobre todo por las pesadas exigencias que la familia tiene para con ellas que acrecientan su inferioridad tanto antes como después del matrimonio.

El grado de dependencia económica que la mujer ha conseguido ha dado ya lugar a significativos resultados. En la actualidad, ella se mantiene por sí misma con lo cual consigue un sentimiento intuitivo de independencia que afecta toda su actitud. Si a esta mujer se le presenta un cancer que llega a arrasar con toda esa carrera que ha ganado y la deja impedida para continuar de la misma manera con sus labores, se genera en esta paciente otros sentimientos que se le agrega a los demás sinsabores que le producen la enfermedad. Si la paciente estaba empleada y no puede reanudar su trabajo, los ingresos disminuyen, siendo éste otro conflicto. Para la mujer que no tiene una familia que la mantenga, la reducción o la pérdida del empleo durante algún tiempo exigirá un cambio completo en la forma de vida que acarreará las estrecheces económicas, además del enorme stress de la enfermedad y el tratamiento.

2.2.4 Cultura

91

En este campo de las enfermedades cancerosas existe un factor de dificultad que son aquellos sentimiento y símbolos que nuestra sociedad asocia en la palabra cáncer y todo el folclor que lo envuelve.

Primero que todo conozcamos un poco de qué es cultura y qué son las costumbres y los valores, como punto de partida para entender el significado que tiene para nuestra sociedad.

Según E. B. Tylor, la cultura es un complejo total que incluye dentro de sí el conocimiento de creencia, arte, moral, leyes, costumbres y otras capacidades adquiridas por el hombre como miembro de la sociedad que perdurando por medio de la tradición caracterizan un grupo humano (27). El término indica la configuración más o menos organizada y persistente de hábitos, ideas, actitudes y valores que el niño recibe de los mayores a medida que crece.

Ella proporciona gran parte del contenido de nuestras creencias y opiniones, de nuestros prejuicios, afectos y antagonismos. Cualesquiera que sea la naturaleza de su sociedad. El individuo se mueve en una complicada red de relaciones

(27) HERSKOVIKS, Melville. El hombre y sus obras. p. 301.

interpersonales. Cada relación implica comunicación e interdependencia. Las relaciones interpersonales son básicamente los mecanismos mediante los cuales el individuo aprende su cultura, alcanza sus fines y logra seguridad y satisfacción de vivir comunitariamente.

La mayor parte de las enfermedades que se denominan con el nombre común de cáncer caen dentro de las enfermedades llamadas crónicas. Una atención basada en el conocimiento psicosocial resulta hoy tan importante para el cuidado del enfermo como lo es el conocimiento propiamente dicho de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Existe además en este campo de las enfermedades cancerosas un factor de dificultad que son aquellos sentimientos y símbolos que nuestra sociedad asocia con la palabra cáncer y todo el folclore que lo envuelve (28).

Es bien conocido el miedo generalizado que la misma palabra, y no menos el diagnóstico, cáncer suscitan en la gente. El alcance psicológico del cáncer está matizado y fuertemente influenciado por el miedo que la sociedad proyecta en dicha enfermedad. Este miedo se centra especialmente en la pérdida de control y la mortalidad.

El cáncer suscita una imagen de soledad, abandono y desampa

(28) T^o de VITA, Vincent. Cáncer, principio y práctica de Oncología. p. 247.

ro. Un médico que ignore su naturaleza alegoricósimbólica sería más un técnico que un médico propiamente dicho.

En diferentes épocas de la historia de la humanidad varias y distintas enfermedades han representado en el pueblo la realidad de que todos tenemos que morir, y más particularmente las limitaciones que sufrimos en nuestro control sobre lo que sucede en la propia vida. Distintas enfermedades (por ejemplo, lepra, peste bubónica, malaria, tuberculosis) han actuado en función de símbolos parecidos y han sido además consideradas como misterios en su día. Incluso los "hombres sabios" y los curanderos de la época ignoraban la etiología. Lógicamente esas personas carecían de medios para modificar el curso y contagio de persona a persona de dichas enfermedades. Este tipo de misterios siempre anima a la gente a formular razones que expliquen su desgracia.

En nuestra civilización nacida al amparo de la cultura judeocristiana, ejemplarizada en la historia de Job, los misterios resultantes de un sufrimiento personal tienden a quedar asociados con el castigo por transgresiones desconocidas. Esto proporciona una causa identificable, una razón. También contribuye considerando su asociación con el pecado, a formar una de las bases para la estigma, una marca especial de la persona, una marca asociada con la desgracia, reproche e infamia.

A pesar de los esfuerzos para educar a la gente por parte de varias instituciones americanas, las enfermedades denominadas cáncer continúan marcando a la gente en su familia, sus amistades, grupos, vecinos y lugares de trabajo. Esta estigmatización se manifiesta hoy día de varias maneras. Por ejemplo, se expresa a través de la curiosidad morbosa que muestran algunas personas que antes no estaban interesadas en aquel conocido que de repente ahora se convierte en un enfermo canceroso: se muestra también a través de la conducta de distanciamiento de otros que antes se relacionaban bien con este individuo (dicho distanciamiento significa a menudo miedo al contagio); Se muestra a través de una conducta que ocasionalmente puede resultar muy cruel por parte del empresario que despide o deja de contratar a alguien en cuanto conoce que está diagnosticado de cáncer; a través de los vecinos que intentan hacer el vacío y evitar que una familia que tiene un niño cancerosos adquiriera un nuevo hogar en su vecindad.

Así, al considerar los aspectos psicológicos del cáncer en un paciente cancerosos el médico debe ser consciente de el estigma social que dicho individuo sufre y de los efectos potenciales que dicha marca tiene sobre sus relaciones, su vida laboral y la sensibilidad misma del paciente. Cuando el estigma se convierte en el proceso activo social que de nominamos estigmatización, el estrés que debe soportar el paciente puede ser insoportable, más que suficiente para

causarle depresión, pérdida del apetito y decaimiento. Más aún, este estigma combinado con el miedo general por la pérdida de control implícito en el diagnóstico es causa de muchas conductas manifiestamente integrantes. Entre ellas podemos citar "conducta de retraso" y el rechazo o incapacidad de una persona con síntomas a atreverse a efectuar una visita diagnóstica al médico.

Las distintas y múltiples hipótesis y puntos de vista relativos a las posibles causas de cáncer que se refleja en la opinión pública y prensa tanto científica como no especializada complica aún más la metodología del cáncer. Podemos citar como ejemplos algunos aspectos como la delimitación de los agentes químicos, incluyendo el alcohol, que pueden producir cáncer; el descubrimiento de que una cierta diferenciación cromosómica transmisible puede aumentar de manera importante la probabilidad en personas de ciertas líneas genéticas a sufrir cáncer; las posibles relaciones de infecciones por virus lentos en personas con cierto tipo de cáncer, y la hipótesis de que algunos estados emocionales crónicos producidos por el estrés pueden predisponer a cierto tipo de personas a sufrir algún tipo de cáncer. Todo esto resulta muy aumentado por la ansiedad, la precaución y el miedo que suscita entre la gente ignorante ésta "enfermedad". El cáncer en Estados Unidos hoy día está asociado con cualquier cosa, desde un castigo por pecado hasta problemas de

rivados de la consanguinidad, mala suerte, mal de ojo, malos genes. y gente malvada que ensucia irresponsablemente el medio ambiente. El cáncer parece que está en todas partes y es causado por cualquier cosa. No es de extrañar que algunos empezaran a hacer chistes tiempo atrás con frases como "¿Sabías que las prendas deportivas pueden producir cáncer en el hombre?". (29).

Para la comprensión general de la problemática de los integrantes se requiere necesariamente de un conocimiento detallado y profundo de los aspectos psicológicos y sociales que predominan en cada paciente enferma, porque para el trabajo de grupo es indispensable no sólo contemplar la parte social-grupal sino también la psicológica-individual que para el caso se considera básico, ya que este último factor es el que encierra toda la problemática a estudiar. Es por ello que el factor psicológico es estudiado y analizado tan ampliamente.

(29)
Ibid. p. 248.

3. ANALISIS DE LA INFORMACION RECOLECTADA

Se observa en la Tabla 1 que el 50% de las integrantes del grupo de apoyo poseían conocimientos acerca de la enfermedad del cáncer antes de su aparición, en tanto que el 50% restante la desconocía; aunque se puede decir que este porcentaje puede ser más alto ya que éstas sólo tenían una escasa información acerca del tema, recogida de diversas fuentes que no constituyen, en la mayoría de los casos, conocimientos valederos que pudiesen proporcionarles bases sólidas como para comprender la magnitud del problema.

De igual manera que las reacciones de las personas ante un diagnóstico de cáncer son muy variadas y su origen es de diversa índole, de tal forma que es incidida por múltiples factores tales como la edad, el estado civil, el medio social donde se desenvuelve, la condición de madre y su personalidad, entre otros. Cada uno de ellos repercute de alguna forma y de diferente manera en cada individuo enfermo.

Hay dos clases de reacciones ante un diagnóstico de cáncer: La reacción inmediatamente después de notificada la enfer

DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, EN MAYO DE 1987.

REACCION ANTE EL DIAGNOSTICO	CONOCE LA ENFERMEDAD					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
AGRESIVA	2	12	2	12	2	12
DEPRIMIDA	3	19	3	19	6	38
NERVIOSA	3	19	1	6	4	25
TRANQUILA	1	6	1	6	2	12
VALEROSA	1	6	1	6	2	12
TOTAL	8	50	8	49	16	100

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

medad y la posterior a ella, o sea, los días siguientes de haber recibido la noticia.

Ambos momentos tienen diferentes sentidos y significados el uno del otro.

Si se refiere a la actitud o reacción que tiene una persona en el instante en que se le diagnostica esta enfermedad, por lo general la reacción ante una noticia de esta naturaleza es siempre dramática, reprobatoria y de aflicción, acompañados de una fuerte descarga de alteración de sentimientos y con ellos posteriormente las reacciones depresivas, histéricas y demás. Más escasamente se encuentra que algunas pacientes reaccionen pasiva o indiferentemente ante este hecho, no queriendo decir con esto que dicha reacción sea anormal, si no que es poco usual este comportamiento. Se hace entonces necesario analizar el porqué esta reacción ante un suceso de tal magnitud. Estos casos se deberán a algunos fenómenos que son o casuales o patológicos. Por ejemplo: una señora puede reaccionar pasivamente ante el diagnóstico porque se considera que es un designio de Dios y esa es su voluntad y la tiene que aceptar pues así mismo él la ayudará más adelante. La paciente mastectomizada adopta un mecanismo común de defensa considerando que la pérdida de un seno es una especie de intercambio por un peligro mayor. "si me puede salvar la vida, entonces merece la pena".

Un caso patológico es cuando una señora reacciona pasivamente ante el diagnóstico, sin inmutarse, obedeciendo ello a razones; impacto emocional que paraliza su sistema nervioso y la impresión que le produce dicha noticia no es descargada ni exteriorizada sino que permanece en un estupor. Esta paciente acepta todo lo que le van haciendo y diciendo por que aún en esos momentos no maneja la realidad del todo conscientemente; en esta situación hay una conjunción de factores que la conllevan a dicho estado tales como mecanismos de defensa bloquadores, ansiedades, depresión excesiva, etc.

Por otra parte, si se hace referencia a la actitud ante el diagnóstico, luego de ser recibida la noticia, se puede decir que están positivas o negativas. Se encuentran pacientes que reaccionan ante el diagnóstico de cáncer de una manera tranquila o valerosamente considerando estas como positivas puesto que son actitudes susceptibles a cambios rápidos que favorecen el proceso recuperatorio de la paciente. Mientras que hay reacciones que se catalogan como negativas por ejemplo el nerviosismo, la agresión y la depresión por que son estados que no permiten que la paciente se predisponga a alcanzar una pronta mejoría y un cambio de actitud positivo; lo anterior haciendo referencia a los cambios a alcanzar para la recuperación emocional.

Ahora bien se puede afirmar que estas reacciones están relacionadas con el conocimiento e información que posea la

paciente sobre el tema; así pues, según el cuadro estadístico 1, se puede ver claramente que la mayoría de las personas ya sea que conozcan o no la enfermedad, reaccionaron en forma agresiva y deprimida ante dicho diagnóstico indicando ésto que tal comportamiento es debido al temor de enfrentarse a algo que es considerado mortal, que es desconocido y en muchas pacientes se siembra la incertidumbre de si seguirán viviendo o no, si soportarán los tratamientos que son tan drásticos y de los cuales no saben nada cierto ni confiable pues sus mínimos conceptos son totalmente populares y por lo tanto poco aceptables. Todo esto es determinante en su manera de reaccionar ya que la forma de exteriorizar sus miedos y temores son incontrolables, desembocando muchas veces en crisis depresivas y en estados angustiosos o agresivos y lógicamente éstos son estados negativos que tienen repercusión directa en la recuperación de la paciente.

Estas dos reacciones negativas en los dos grupos de pacientes se explican de manera diferente en cada una de ellas; vemos que las pacientes que conocen algo de la enfermedad actúan de esta manera porque lo poco que conocen de ella son los aspectos más desfavorables, aún que no sean siempre verdaderos estos conceptos, y ésto produce en ellas una serie de temores, inquietudes y ansiedades puesto que saben que muchas cosas van a cambiar con la enfermedad tales como su estilo de vida, su esquema corporal, aparecen ciertas

limitaciones e impedimentos como el procrear, menstruar, entre otros.

Mientras que las pacientes que desconocen la enfermedad reaccionan negativamente porque no saben a que se van a enfrentar ni muchas veces saben lo que les está ocurriendo, por lo tanto sus inquietudes son mayores, presentando entonces un esquema comportamental drástico ante este suceso.

Se aprecia en la misma tabla que hay un mínimo porcentaje de la población que conociendo o no la enfermedad actúan de una manera menos hostil y más receptiva ante el diagnóstico. Esto se debe en parte a ciertos rasgos de la personalidad del individuo que le permiten actuar positivamente. En ciertas ocasiones se debe a que utilizan mecanismos de defensa que la ayudan a enfrentarse a los hechos positivamente y a no caer en estados emocionales críticos pues estos mecanismos actúan a nivel inconsciente, disfrazando el verdadero sentimiento que producen ciertas situaciones difíciles estableciendo la parte emocional. Hay que tener en cuenta que estos mecanismos se utilizan para reforzar las primeras impresiones ante la enfermedad, más tarde tienden a desaparecer dejando la posibilidad que la paciente entre en estados depresivos. Otros elementos que influyen en estas reacciones y deben ser tenidos en cuenta por su estrecha relación son la familia, el médico tratante y el contexto social del paciente.

En la tabla 2, donde se relacionan las actitudes entre el diagnóstico y la edad de las pacientes se puede apreciar que todas las señoras menores de 38 años presentan reacciones negativas ante el diagnóstico debiéndose ello a factores situacionales tales como el hecho de ser personas jóvenes con muchas expectativas para el futuro, que tienen mucho por vivir y disfrutar, sobre todo si no tienen hijos ni están casadas -en el caso de las más jóvenes- y la ocurrencia de un suceso de esta naturaleza les causa un gran impacto, más a éstas que a las de mayor edad, porque viene a constituir un obstáculo para alcanzar ciertas metas fijadas, lo que no ocurre con las pacientes de 39 años en adelante quienes presentan actitudes variadas tanto positivas como negativas. Las reacciones positivas se deben a que son pacientes que al haber llegado a una edad avanzada, tienen un esquema de vida organizado, es decir, tienen una familia, un hogar, unos hijos, que para el medio social en que viven representa la plena realización como mujer, han alcanzado ciertas metas fijadas y por lo tanto tienen una estabilidad emocional mayor que las menores que ellas; esto hace que el diagnóstico de la enfermedad no las afecte de la misma manera que a las otras, pues tienen otros intereses como velar por sus hijos y su marido, lo que hace que desarrollen actitudes positivas pues to que tienen algo definido por lo que seguir viviendo.

El estado civil es un elemento condicionante en las reaccio

REACCION ANTE EL DIA GNOSTICO	E D A D										TOTAL	%
	29 - 33	%	34 - 38	%	39 - 43	%	44 - 48	%	49 ó más	%		
AGRESIVA	1	6	1	6	2	12	2	12			2	12
DEPRIMIDA	1	6	1	6	2	12	2	12			6	38
NERVIOSA	1	6			2	12			1	6	4	25
TRANQUILA					1	6	1	6			2	12
VALEROSA					1	6	1	6			2	12
TOTAL	3	18	2	12	6	36	4	24	1	6	16	100

FUENTE : Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

nes de las pacientes que se enteran de un diagnóstico de cáncer. Se puede apreciar en la tabla 3 que el 72% de la población reacciona negativamente ante el diagnóstico, de los cuales el 19% son solteras. Estas reacciones negativas se deben a distintas razones en cada grupo de pacientes. Las solteras que no han procreado ni han tenido la responsabilidad que representa un marido, se deprimen y reaccionan agresivamente ya que albergan sentimientos de soledad y su problema es mucho mayor porque representa un obstáculo para su realización como mujer. Las casadas (que convivan o hayan tenido marido), reaccionan de esta manera pero por otras razones; para ellas los hijos representan un factor que genera dos tipos de conducta: una negativa y otra positiva. La reacción negativa se debe a que la paciente teme perder la vida y con ello dejar a sus hijos sólo y desamparados, lo que hace que ella se agobie y entritezca por este hecho; la conducta positiva es en el sentido que la paciente se muestre más optimista ante la enfermedad y con deseos de superarla por la responsabilidad y amor que tiene para con sus hijos, sobre todo si son de corta edad; ellos son causa para seguir adelante enfrentándose a todo. Este último grupo representa el 25% restante de la población.

Lo anteriormente expuesto va ligado indudablemente a características particulares de cada paciente pues el hecho que tema perder la vida y dejar a sus hijos la desmotive es cau

ESTADO CIVIL	REACCION ANTE EL DIAGNOSTICO										ACTITUD DESPUES DE INTERVENIDA												
	AGRE %	DEPR. %	NERV. %	TRAN. %	TRAN. %	VAL. %	TOTAL %	%	ACOMP %	INSEG. %	RESIG. %	TRANG. %	TRIST. %	TOTAL %									
SOLTERA	1	6	2	12			3	19	1	6		1	6	1	6	3	19						
UNION LIBRE	1	6	1	6		1	6	19	1	6		1	6		6	3	19						
CASADA			2	12	3	18	2	12	1	6	8	50	2	12	2	12	1	6	2	12	8	50	
SEPARADA			1	6				6										1	6	1	6		
VIUDA					1	6		6										1	6	1	6		6
TOTAL	2	12	6	36	4	24	2	12	2	12	16	100	4	24	2	12	2	12	5	36	16	100	

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

sa del predominio de una personalidad pesimista y de una permanente desconfianza en sí misma lo que exterioriza una conducta de rechazo e incapacidad para superar sus conflictos.

Ahora bien, en la parte que se refiere a la actitud después de intervenida, se observa que la actitud más común en estas pacientes es la tristeza con el 31%, le sigue la de acomplejada con un 24% en las cuales hay solteras y casadas. Estas actitudes se deben a causas que ya han sido anotadas anteriormente como son para las solteras su no realización como mujer ni como madres, ya que pueden sentirse realizadas en otros aspectos diferentes pero no en estos que son fundamentales en su situación.

Para las casadas éstos estados se deben en muchas ocasiones al miedo de haber perdido su aspecto femenino atrayente, de pensar que para su marido no va a ser lo mismo que antes con esta mutilación y que su capacidad sexual no va a ser igual, en otras palabras, esto quiere decir que la paciente casada teme por la estabilidad de su relación conyugal.

El nivel educativo es otro de los elementos que pueden incidir en un momento dado en las reacciones y actitudes de una persona frente a un diagnóstico o intervención quirúrgica de cáncer.

La educación de una persona es el desenvolvimiento armónico y completo de las facultades y actitudes del ser humano tanto intelectuales como morales y físicas, para el cumplimiento de sus fines personales, sociales y culturales y para su propio perfeccionamiento y bienestar.

De la educación de una persona depende el nivel de aceptación y comprensión de determinada problemática, situación o circunstancia, ya que su capacidad de entendimiento estará más estructurada mientras más educación posea y menos en aquellas cuyo nivel educativo sea bajo o nulo. Otro aspecto que compete a la educación, es la capacidad que tienen las personas para discernir entre lo popular y lo científico. Es así, que para una paciente de bajo nivel educativo sea más factible que se apropie rápidamente de las creencias y mitos populares acerca de la enfermedad, -que muchas veces no tienen validez pues en su mayoría son conceptos errados- que para otra que posea un nivel educativo un poco más alto la cual analiza más detenidamente cada opinión.

El grado educacional de las integrantes del Grupo de Apoyo es relativamente bajo. El 62% de esta población no tienen ninguna educación o sólomente han cursado la primaria, en tanto que el 38% restante iniciaron el bachillerato llegando a culminarlo sólomente el 31% de esta población.

En la tabla 4, donde se comparan las reacciones ante el diagnóstico según la educación, se puede observar que el 75% de la población tiene reacciones negativas frente al diagnóstico de la enfermedad, correspondiendo tal porcentaje a diversas integrantes del Grupo cuyo nivel de escolaridad es variado, es decir, estas reacciones negativas no corresponden a un determinado grupo de personas con un grado de educación específica, sino que por el contrario, sea cual fuere su nivel de educación su reacción es negativa. Mientras que en la misma tabla se puede observar algo muy llamativo y es que del 25% restante de las personas que reaccionaron positivamente, el 19% tienen poca o ninguna educación y de acuerdo a sus propias conceptualizaciones, éstas albergaron la esperanza de salvarse, seguir adelante y resignarse "gracias a la voluntad de Dios". Esto se explica teniendo en cuenta el hecho de que la persona que no tiene ninguna educación ignora muchas cosas acerca de su real situación y se aferra a la parte ideológica de su problema, es que ella considera que su actual situación es a voluntad de Dios. En tanto que la paciente que tiene cierta preparación conoce mejor la situación por la que atraviesa y se da cuenta de lo que puede ocurrir, conllevandola esto a que se atemorice de tal forma que reacciona agresiva o deprimidamente.

Las actitudes después de la intervención quirúrgica son la respuesta inmediata que tienen las personas ante su situa

REACCION ANTE EL DIAGNOSTICO	NIVEL EDUCATIVO													
	NINGUNA	%	PRIMARIA				SECUNDARIA				TOTAL	%		
			COMPLETA	INCOMP.	%	COMPL.	%	INCOMP.	%	NORMAL.			%	
AGRESIVA	1	6		1	6								2	12
DEPRIMIDA				2	12		3	19			1	6	6	38
NERVIOSA			1	2	12					1	6		4	25
TRANQUILA	1	6									1	6	2	12
VALEROSA			2		12								2	12
TOTAL	2	12	3	5	30	3	19	1	6	2	12	16	100	

FUENTE : Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

ción actual. Las pacientes intervenidas por cáncer ginecológico actúan de manera diferente cada una porque en ellas influyen en forma conjunta además de otros factores tanto el contexto profesional como el familiar y el social que rodea. El grado de estímulo, motivación o apoyo que en el momento del diagnóstico reciba de estos tres contextos determina en cierta forma la reacción después de practicada la intervención quirúrgica, pues no es lo mismo que una paciente ante tal situación actúe despreocupadamente si muchas veces no se les hace la debida preparación, ni se les dá el interés que se merece cuanto le acontece y la relación Trabajador Social-paciente; la que será más productiva mientras más capacitada sea la enferma ya que asimilará y aprovechará al máximo todo cuanto el profesional le explique.

Ahora bien, si se observa la tabla 5, donde se analizan las actitudes después de la intervención quirúrgica y el nivel educativo de las pacientes, se puede ver la gama de actitudes que es muy variada y va desde los complejos hasta la resignación, pasando por la angustia, la tristeza, la alegría. Todos estos items tienen un porcentaje correspondiente a un punto, teniendo el mayor número la resignación para los que no tienen educación y la triteza para los que tienen preparación. Esto se debe en las primeras, a que al no conocer profundamente todo el problema y tener pocas expectativas en su vida cotidiana tienden a resignarse más rápidamente

ACTITUD DE INTERVENIDA	NIVEL EDUCATIVO															
	PRIMARIA						SECUNDARIA									
	NINGUNA	%	COMPLET.	%	INCOMP.	%	COMPLET.	%	INCOMP.	%	INCOMPL.	%	NORMAL.	%	TOTAL	%
ACOMPLEJADA	1	6					1	6				1	6		2	12
AISLADA					1	6						1	6		2	12
ALIVIADA			1	6			1	6				1	6		2	12
ANGUSTIADA			1	6											1	6
INSEGURA								1	6			1	6		2	12
RESIGNADA	1	6													2	12
TRANQUILA								1	6						1	6
TRISTE								2	12				2	12	4	25
TOTAL	2	12	3	19	5	30	3	19	6	1	16	2	12	16	100	

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

que las segundas que tienen una visión más amplia y más perspectivas de su futuro.

A continuación, en la tabla 6 donde se miden las inquietudes respecto a la sexualidad según la educación, se puede ver que el 38% de la población total posee inquietudes respecto a la sexualidad siendo la mayoría de estas personas, pacientes con poca educación. De aquí se deduce que a estas señoras se le presentan más inquietudes porque tienen pocos conocimientos educativos agregándole a esto la influencia que tiene en ellas su medio social, el cual se presta para el flujo constante de información errada, dando origen a muchos interrogantes no sólo en las pacientes sino también en su grupo familiar, caso específico el del conyugue quien también es arrazado por las mismas dudas de su esposa enferma.

El aspecto de la sexualidad en nuestro medio es un tema que cobra vida al hacer referencia a un cáncer ginecológico cualquiera y dicho tema se relaciona más que todo con los tabúes establecidos en este contexto como respuesta a aquellos comentarios prohibidos y que sólo tienen respuesta dentro de la intimidad de cada individuo; por lo tanto, la sexualidad emerge en estas pacientes como un problema más que agregar y resolver a su complicada situación.

Otro punto que tiene mucho que ver con las pacientes con

INQUIETUDES RESPECTO A LA SEXUALIDAD	NIVEL EDUCATIVO													
	NINGUNA	PRIMARIA				SECUNDARIA				TOTAL	%			
		COMPL.	%	INCOMP.	%	COMPL.	%	INCOMP.	%			NORM.	%	
NINGUNA	2	12	2	12	2	12	1	12	2	12	1	6	10	62
NO PODER SER MADRE			1	6	1	6							2	12
PERDER EL SENO											1	6	1	6
REAPARACION POR CONTACTO SEXUAL			1	6									1	6
TENER RELACIONES SEXUALES NORMALES					2	12							2	12
TOTAL	2	12	3	18	5	30	1	18	3	18	2	12	16	106

FUENTE : Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

cáncer y la sexualidad, son las inquietudes respecto a lo anteriormente dicho y las actitudes después de intervenidas. Tal como lo muestra la tabla 7 podemos apreciar que no a todas se le presentan las mismas inquietudes y sólo un 38% manifiesta esos interrogantes, en tanto que las actitudes de las pacientes después de sometidas a la intervención quirúrgica es muy variada, así, como se ha dicho antes, esta actitud viene acompañada por múltiples factores de carácter personal; los pacientes pertenecientes a este grupo presentan actitudes de inseguridad, tristeza, complejos o indiferencia después de haber sido intervenidas. Dichas actitudes guardan estrecha relación con sus expectativas sexuales ya que su actitud hacia el resultado final del proceso de su enfermedad (postoperación y recuperación) se vé ligado a aspectos tales como la continuidad de sus relaciones conyugales lo que implica relaciones sexuales, intimidad cohabitacional, placer del contacto sexual, fidelidad marital, entre otros; y la realización de sus aspiraciones como mujer madura ansiosa de afecto y cariño, los cuales al llegar a esta etapa postoperatoria presentarán un diferendum entre antes y después. La sexualidad pues, juega aquí un papel importante puesto que ella es uno de los elementos que hacen parte del proceso recuperatorio y la solución de estas inquietudes sexuales representará un gran aporte para el avance de este proceso.

ACTITUDES DESPUES DE INTERVENIDA	INQUIETUDES RESPECTO A LA SEXUALIDAD										
	NINGUNA	%	NO PODER SER MADRE	%	PERDER EL SENO	%	REAP. POR CONT. SEX.	%	TENER REL. SEX. NORM.	%	TOTAL
ACOMPLEJADA	3	18	1	6						4	25
INSEGURA	1	6			1	6				2	12
RESIGNADA	1	6					1	6		2	12
TRANQUILA	1	6	1	6					1	3	19
TRISTE	4	24							1	5	31
TOTAL	10	60	2	12	1	6	1	6	2	16	100

FUENTE : Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

En la tabla 8, en donde se comparan las inquietudes que más las aquejan después de intervenidas y el tipo de cirugía realizada, puede observarse que hay reacciones de todo tipo en estas pacientes. El 69% de las integrantes del Grupo de Apoyo son mastectomizadas y el 31% restante, histerectomizadas. A un 31% de las pacientes mastectomizadas les preocupa principalmente el hecho de perder el seno como órgano en sí. Esto como se ha visto antes, es comprensible desde el punto de vista que la pérdida de un órgano cualquiera representa para todo individuo un suceso trascendental pues ello implica un cambio no sólo a nivel orgánico y fisiológico sino también psicológico, ya que esta persona sufrirá variaciones a las que tiene que adaptarse y aceptarlas. Mucho más grave es la situación cuando se trata de un órgano externo y que está asociado íntimamente con la sexualidad de la mujer como son los senos, los cuales para la gran mayoría de los hombres de nuestra sociedad, son lo más representativo que ella tiene, lo que viene a afectar significativamente a la mujer que se vé en determinado momento sin este miembro. Un 12% de estas pacientes se preocupa más que todo por los hijos, por el temor de dejarlos sólo sin saber la suerte que puedan correr en el futuro, escondiendo realmente detrás de esta inquietud el temor a morirse. Los recursos económicos son otras de las inquietudes que agobian a las pacientes. Un 12% se preocupa por ellos, lo cual se debe a que esta enfermedad y sus tratamientos son bastante costosos, sobre todo para aque

QUE LA INQUIETO MAS	TRATAMIENTO INDICADO				TOTAL	%
	MASTECTOMIA	%	HISTERECT.	%		
LOS HIJOS	2	12	1	6	3	19
LA MUERTE	1	6	3	19	4	25
PERDIDA DEL PLACER SEXUAL			1	6	1	6
PERDIDA DE SENO	5	31			5	31
RECURSOS ECONOMICOS	2	12			2	12
LA SALVACION	1	6			1	6
TOTAL	11	67	5	31	16	100

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

llos pacientes que no tienen una solvencia económica, pues implican la inversión de un gran capital. Se encuentra un mínimo porcentaje que piensa en la salvación y su único deseo es librarse a toda costa de la enfermedad, pero esta salvación no es más que el temor hacia la muerte incapaz de expresar; en tanto que hay otro 6% que afirma pensar en la muerte manteniendo una incertidumbre alrededor de este factor, lo cual puede entenderse puesto que el cáncer es una enfermedad que intimida a mucha gente ya que su desarrollo culmina generalmente, si no es atendido a tiempo en el deceso de la misma, pero muy pocas personas lo aceptan abiertamente.

Por otra parte, las pacientes histerectomizadas tienen diferentes inquietudes muy particulares debido a su tipo de operación. Para éstas la muerte representa su principal inquietud, el 19% teme por ello. Este porcentaje es más alto en éstas que en las mastectomizadas porque las señoras que se les practica una histerectomía centran su atención en la operación y en lo que pueda ocurrir con sus vidas, si logran salvarse o nó; en tanto que a las señoras que van a mastectomizar enfocan toda su atención hacia el aspecto físico que va a ser alterado junto con todo su organismo, perdiendo un poco de vista otros aspectos que están en juego también. Otra inquietud que surge en estas pacientes es la posibilidad de perder el placer sexual, ésto se debe a la influen

cia de factores externos, en este caso culturales, tales como la educación, la falta de información, y la apropiación de creencias populares que fortalecen aún más este tipo de inquietud.

En la tabla 9, en la cual se analizan las reacciones ante el diagnóstico frente al tratamiento indicado, se observa que la gran mayoría de las pacientes, el 75% tanto de histerectomizadas como mastectomizadas, muestran reacciones negativas, entendiéndose que toda cirugía implica una actitud de expectativa y ansiedad y ésta se acentúa más cuando se trata de una amputación. Se puede apreciar esto más específicamente en las pacientes mastectomizadas que son las que pueden evidenciar su transformación. El 25% restante de la muestra reacciona positivamente ante la intervención indicada debido en parte a que las tranquiliza el hecho que la cirugía posiblemente ataque y elimine en forma definitiva el cáncer que las afecta, claro está que en estas pacientes está presente el optimismo y la fé en Dios.

Ahora bien, en el cuadro 10, en el que se confrontan las actitudes frente así mismas después de intervenidas con el tratamiento indicado, se observa algo similar a lo anteriormente explicado, y es que en lo referente a las mastectomizadas, la mayoría reaccionan negativamente, son más dramáticas y sus crisis más durareras puesto que se basan en un hecho ya

REACCION ANTE EL DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO INDICADO			TOTAL	%
	MASTECT.	%	HISTER.		
AGRESIVA	2	12		2	12
DEPRIMIDA	5	31	1	6	38
NERVIOSA	1	6	3	4	25
TRANQUILA	2	12		2	12
VALEROSA	1	6	1	2	12
TOTAL	11	67	5	16	100

FRENTE A SI DESPUES DE LA INTERV.	TRATAMIENTO			INDICADO		TOTAL	%
	MASTECT.	%	HISTERECT.	%			
DECEPCIONADA	2	12			2	12	
DEPRIMIDA	2	12			2	12	
MUTILADA	2	12			2	12	
RESIGNADA	2	12			2	12	
TRANQUILA	2	12	5	31	7	44	
TRISTE	1	6			1	6	
TOTAL	11	66	5	31	16	100	

consumado e irreversible, que si no se controlan pueden llegar a convertirse en algo crítico como depresiones intensas que en algunas permanece por más tiempo que en otras porque no logran enfrentar la enfermedad adecuadamente, sumándosele a esto la poca contribución de elementos tales como el apoyo familiar y profesional entre otros. No ocurre lo mismo con las histerectomizadas pues en su totalidad reaccionan después de intervenidas tranquilamente; para ellas la cirugía resulta algo favorable desde el punto de vista que ya no tienen que preocuparse por periodos menstruales ni por control natal; esto es así porque las señoras histerectomizadas de la muestra son pacientes de mediana edad y con hijos, de otra manera la situación sería diferente y tan grave como lo es para las mastectomizadas.

En la tabla 11, donde se confronta la fácil o rápida aceptación de su nueva condición de acuerdo a la manera de verse así mismas después de operadas, se puede observar que del 62% de las pacientes que aceptaron fácilmente su nueva situación el 50% se sintió a sí mismas resignadas y tranquilas, hecho que es obvio pues es subsecuente de su reacción. En tanto que el 12% restante una vez operadas se sintieron frente a sí mismas mutiladas y a pesar de ello aceptaron rápidamente su condición, esto se debe a elementos muy particulares tales como en primer lugar la educación de estas señoras que es un poco más elevada que la del resto del Grupo,

se desempeñan laboralmente, tienen independencia económica y aportan al ingreso familiar, lo que hace que ellas reflexionen ante su situación y se sobrepongan al sentimiento que experimentan después de ser operadas el cual no las favorece en nada. Ellas proyectan su situación objetivamente con base en la realidad.

Un 25% de las pacientes del Grupo poco a poco aceptaron su nueva situación pues les era más difícil adaptarse al cambio si después de operadas albergaban sentimientos de decepción y tristeza, los cuales fueron cediendo a medida que comprendían la realidad. El 12% restante no pudo aceptar fácilmente su nueva condición sino después de mucho tiempo, y aún en el presente varios años más tarde declaran que ellas no aceptaron nunca su condición, se resignaron a seguir adelante pero sin tolerar lo ocurrido. Estas pacientes, después de ser intervenidas quirúrgicamente se sintieron deprimidas y la actitud de negación se debe a que para ellas la enfermedad llegó destrozando muchos planes e ilusiones que estaban por alcanzar, truncándoles sus metas lo que hizo que ellas no pudieran nunca aceptar lo que les deparó la vida; a este factor se suma la falta de aliento y espíritu luchador que las ayu- dara a superar su problema.

Si se mirase ahora la tabla 12, en la cual se relaciona lo que las pacientes oían acerca de la enfermedad y su opinión

FRENTE A SI DESPUES DE INTERV.	ACEPTO FACILMENTE						SU NUEVA CONDICION			%
	POCO A POCO		%		SI		%		TOTAL	
							NO	%		
DECEPCIONADA	2	12							2	12
DEPRIMIDA							2	12	2	12
MUTILADA					2	12			2	12
RESIGNADA					2	12			2	12
TRANQUILA	1	6			6	24			7	44
TRISTE	1	6							1	6
TOTAL	4	24			10	48	2	12	16	100

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

QUE OIA ACERCA DE LA ENFERMEDAD	QUE ESPERABA DE ELLO											TOTAL	%
	IMPRUD.	%	INQUIET.	%	LOS CREIA	%	NO LOS CREIA	%	NADA	%	TOTAL		
CAUSA DE LA MUERTE	1	6			1	6	1	6				3	19
CREENCIAS POPULARES			1	6			2	12				3	19
INCAPACITA LAS RELACIONES SEXUALES			1	6	1	6						2	12
INCURABLE							1	6				1	6
REPITE							1	6				1	6
NADA											6	6	38
TOTAL	1	6	2	12	2	12	5	30	6		16	100	

FUENTE: Datos procesados de acuerdo al cuestionario aplicado al grupo de apoyo.

acerca de ello, se puede apreciar que hay un gran número de señoras que no escuchaban ningún comentario acerca del cáncer, la cifra alcanza un 38% de la población. Esto indica que hay una gran falta de información en estas personas con relación a la enfermedad, lo que se debe a que son señoras de poca educación que, primero que todo, no se preocupan por conocer las cosas que afectan la salud del ser humano y que además se absorben en sus labores cotidianas no prestando atención a informaciones de gran utilidad para ellas y su familia.

Los comentarios que más escuchaban las pacientes son acerca de creencias populares tales como que el cáncer es contagioso, que es hereditario o infeccioso, que causa la muerte y otros. En cuanto a este último vale la pena aclarar que puede ser que esté basado sobre hechos reales, puesto que muchas personas han visto morir a otras a causa de la enfermedad haciéndoles pensar que el cáncer desemboca siempre en la muerte, no siendo así realmente ya que hay que resaltar el hecho que éste es curable si se descubre a tiempo, y esto es lo que mucha gente ignora. Ahora bien, de estos comentarios la mitad de las personas no los creen y la otra mitad unos los creen y a otros los inquietan, es decir, dudan de la certeza del comentario. Otros comentarios que escuchaban las pacientes son que el cáncer inhibe las relaciones sexuales porque se pierde el placer sexual, o que puede rein

cidir a causa del contacto sexual. Estos crean cierta inquietud en las pacientes y algunas hasta los creen, lo que se debe a la gran especulación que surge siempre que se habla de un tema tan mitificado como es la sexualidad, tema que para muchos es un tabú y que está demarcado por conceptos que perduran desde sus ancestros.

Cuando se habla del cáncer es muy difícil especificar una opinión puesto que éste tema es muy controvertido y despierta inmediatamente la imaginación de las personas; mucha gente se rehusa a hablar de él o a escuchar comentarios por simple temor a pensar en algo que es muy real y que puede afectar a cualquier individuo, lo que contribuye a que las personas no se informen de datos verdaderos. Todo esto no es más que la utilización de un mecanismo de negación que emplean como recurso para escapar de ella ya que creen que si no se piensan en él, posiblemente no aparezca. Esto puede tener su razón de ser cuando se dice que el cáncer es una enfermedad determinada por la conducta sobre un trasfondo de susceptibilidad genética.

4. EL PROCESO GRUPAL COMO MODELO DE INTERVENCION PARA LA ACEPTACION Y CAMBIO DE ACTITUD FRENTE AL CANCER

4.1 FASE DE CONFORMACION

- 4.1.1 Conocimiento de las características generales de la paciente
 - 4.1.1.1 Nombre, Edad, Estado Civil y Número de Hijos de la paciente
 - 4.1.1.2 Indagación, Tipo de Operación y Fecha de la misma
 - 4.1.1.3 Dirección de las residencias de las pacientes
- 4.1.2 Entrevista inicial
 - 4.1.2.1 Presentación del Trabajador Social y de la paciente
 - 4.1.2.2 Conocimiento de su medio familiar y condiciones de vida
 - 4.1.2.3 Información de la paciente sobre el trabajo de grupo
 - 4.1.2.4 Objetivos del programa
 - 4.1.2.5 Aclaración sobre los roles del Trabajador Social y de la participación de la paciente dentro del grupo
 - 4.1.2.6 Especificación de horarios
 - 4.1.2.7 Explicación del espacio donde se va a trabajar
 - 4.1.2.8 Obtener de la paciente su opinión acerca de la entrevista

- 4.1.3 Segunda Entrevista
 - 4.1.3.1 Aspectos generales sobre el proceso del Grupo de Apoyo
 - 4.1.3.2 Aspectos generales sobre la aparición de la enfermedad en la paciente (Métodos preventivos, síntomas, acciones a seguir, etc.)
 - 4.1.3.3 Exploración de las expectativas de la paciente ante un posible tratamiento de radioterapia o quimioterapia
 - 4.1.3.4 Obtener de la paciente su opinión acerca de la entrevista
- 4.1.4 Tercera Entrevista
 - 4.1.4.1 Problemática de la paciente
 - 4.1.4.2 Conocimiento de la paciente acerca del cáncer
 - 4.1.4.3 Nivel educativo
 - 4.1.4.4 Aspectos emocionales frente a la enfermedad
 - 4.1.4.5 Aspectos post-operatorios en relación con su vida social, familiar, laboral y cultural
 - 4.1.4.6 Reacciones ante el diagnóstico
 - 4.1.4.7 Miedos o temores antes y después de la intervención quirúrgica
 - 4.1.4.8 Inquietudes relacionadas con la sexualidad
 - 4.1.4.9 Grado de aceptación de sí misma después de la operación
 - 4.1.4.10 Grado de participación familiar en el problema
 - 4.1.4.11 Creencias, valores y mitos acerca del cáncer
 - 4.1.4.12 Obtener de la paciente su opinión acerca de la entrevista
- 4.1.5 Cuarta Entrevista

4.1.5.1 Motivación para la participación e integración como miembro del grupo

4.2 FASE DE AGRUPACION E INTEGRACION DE LAS PACIENTES MAS TECTOMIZADAS E HISTERECTOMIZADAS

4.2.1 Primera Reunión del Grupo

4.2.1.1 Dinámica de presentación

4.2.1.2 Finalidad

4.2.1.3 Cómo hacer la presentación

4.2.1.4 Evaluación

4.2.1.5 Dificultades que pueden presentarse

4.2.1.6 Exposición de objetivos, metas, recursos y demás aspectos del Grupo

4.2.1.7 Planteamiento de inquietudes, opiniones y expectativas de los miembros del Grupo

4.2.1.8 Programación de la próxima reunión

4.2.1.9 Evaluación

4.2.1.10 Cierre

4.2.2 Segunda Reunión

4.2.2.1 Dinámica de integración

4.2.2.2 Técnica de calentamiento

4.2.2.3 Evaluación

4.2.2.4 Recapitulación de la reunión anterior

4.2.2.5 Intervención del médico invitado

4.2.2.6 Programación de la próxima reunión

4.2.2.7 Evaluación

4.2.2.8 Cierre

4.3 FASE DE ENFRENTAMIENTO CON LA EXPERIENCIA Y RETROALIMENTACION COMO PROCESO DE INTERVENCION

En este capítulo se explicará detalladamente, la forma cómo se va a realizar cada uno de los puntos expuestos en el esquema anterior y que constituyen el trabajo grupal de apoyo que se realiza dentro de la Liga de Lucha contra el Cáncer seccional Cartagena.

Cuando una paciente de la Liga presenta problemas de cáncer su nombre y su historia pasa inmediatamente al libro de casos especiales; cuyos datos sirven entonces de guía para la escogencia de las pacientes que formarán parte del programa.

4.1 FASE DE CONFORMACION

La fase de conformación tiene como objetivo principal el conocimiento y acercamiento a las pacientes con factibilidad de pertenecer al Grupo, para estructurar un esquema general de los problemas y necesidades que cada una presenta y de esta manera elaborar un perfil del Grupo con el cual empezar a trabajar.

Esta fase de conformación es muy importante porque es la etapa en la cual se proyecta el programa y en la que se extiende, ya que se busca hacer ingresar a más y más pacientes afectadas por cáncer, motivándolas y estimulándolas a hacerlo.

En esta fase se pretende hacer llegar a las pacientes un men

saje de comprensión acompañado de mucha información para que puedan conocer el programa que se les brinda y los beneficios que alcanzarán en esta etapa de inducción para ambas partes, Trabajadora Social y pacientes, ya que el profesional durante cada entrevista que realiza conoce diferentes facetas del paciente, investiga a fondo la problemática individual lo cual le sirve indudablemente, como base para la próxima labor a realizar.

Aquí el recurso de las voluntarias surten un efecto muy importante ya que ésta aporta en las entrevistas, su experiencia como paciente, dándole confianza a la señora a la cual se intenta hacer ingresar al Grupo.

Esta fase a diferencia de las demás es la única que se realiza individualmente.

Para esta fase es necesario consultar la procedencia de las pacientes de casos especiales, ya que muchas de éstas habitan o son de las afueras de la ciudad, lo que no permite entonces, integrarlas como miembros activas del programa. Este es el único criterio a tener en cuenta para la selección de las pacientes. Para tal efecto se utilizan las historias clínicas como instrumento indispensable en este primer momento.

El seleccionar la historia de la paciente, nos arroja los primeros datos sobre ella. Para construir sobre ello, los aspectos que a continuación se trabajan:

El nombre, la edad, el estado civil y el número de hijos son datos importantes ya que constituyen en cierta forma, el primer acercamiento del Trabajador Social con la paciente, puesto que sirven para hacerse la idea de cómo es la paciente; indican si ésta es joven, si tiene o no hijos, cuál es su condición o estado civil; elementos indispensables de conocimiento para el primer contacto.

El tipo de operación determina la forma de relación que ha de establecerse con la paciente, y ésta es definida por un conjunto de indicadores como: el contenido y la forma de dialogar con la paciente, la susceptibilidad de la misma, acumulación de temores y miedos entre otros. Es así, pues, como se ha dicho antes no es lo mismo tratar a una mastectomizada que a una histerectomizada, pues la primera presenta una recuperación física generalmente más tardía que la segunda; y casi siempre están más sensibles y deprimidas que las otras, por ende se debe tener mucho tacto, procurando no presionarlas a tocar temas que las agobien, no es recomendable, en la primera etapa generar catarsis en ambos casos, pues se debe procurar crear antes un ambiente de confianza que más tarde estimule dicha catarsis, es decir, que

entre más espontánea que ésta sea mejores resultados se obtendrán.

La Dirección es la residencia de la paciente, no sólo nos va a conducir a la vivienda de ésta para hacer las visitas domiciliarias y entrevistas respectivas, sino que nos va a indicar a qué clase de estrato social pertenece de acuerdo al sector o barrio en donde habite.

Entrevista Inicial: El objetivo de esta entrevista es la de promover la labor del Grupo de Apoyo para inducir a las pacientes, a ingresar a él.

La entrevista inicial se fundamenta más que todo en la observación del estado emocional a primera vista de la paciente y del modus vivendus. No se llega a profundizar más porque resultaría poco profesional entrar a conocer en detalle datos personales y aspectos de la enfermedad que pueden ser muy lastimosos para ella. Téngase en cuenta que se trata del primer contacto con la paciente: se explota su estado emocional actual, captando cada gesto, palabra o expresión que nos permita visualizar cómo se encuentra esta señora.

La duración de esta entrevista va a depender de las circunstancias que rodean cada caso.

En un primer momento de esta entrevista, el Trabajador Social se presentará ante el paciente buscando establecer una relación que permita un mayor acercamiento, confianza y aceptación de ambas partes para que exista una relación de sujeto a sujeto.

El Trabajador Social no debe ceñirse sólo a los aspectos que se ha propuesto para esta entrevista, es necesario escuchar otras inquietudes o temas que surjan en ella; lo importante es que el trabajador Social no pierda de vista los objetivos básicos de ésta, igual ocurre con las demás sesiones.

Durante el transcurso de las entrevistas o al final de ellas el Trabajador Social consignará los datos obtenidos en la exploración y su impresión general del desarrollo de la entrevista y de la paciente con el objetivo de ir estableciendo las pautas para el plan individual a llevar a cabo.

La tarea psicoterapéutica debe hacerse desde el primer momento y durante todo el tiempo que lleva la obtención del diagnóstico, cuidando con esmero el mejor logro en la relación Trabajador Social-paciente, mostrando comprensión y afecto en la asistencia. Este primer acercamiento es vital, pues de éste depende el grado de aceptación de las pacientes para con el Trabajador Social. Para que la aceptación

se dé, el profesional debe mostrarse lo más espontáneo posible, hablarle con un lenguaje sencillo y respetar todo lo que la paciente exprese. Esto tiene como objetivo establecer una alianza de trabajo desde sus comienzos. Al Trabajador Social le interesa conocer el medio en que se desenvuelve la paciente, ya que pudiera ser que estos factores agudicen la problemática, puesto que a veces sus miembros familiares no le dan el suficiente apoyo o estímulo que requiere, y para ella la participación positiva de la familia es importante en su proceso de aceptación y adaptación a su nueva situación.

En cuanto al conocimiento de sus condiciones de vida, es decir, el tipo de vivienda, recursos, etc., es tenido en cuenta ya que para algunas pacientes el factor económico es a veces más preocupante, pues la enfermedad requiere de muchos gastos. Este aspecto es más que todo a nivel de observación.

Cuando se demuestra interés por ayudar a alguien sobre todo si se trata del aspecto emocional, de sentimiento, esto hace que el individuo se entregue más a la relación, se decir, que da más de sí al hablarle de los objetivos, más que todo los específicos del Grupo; la paciente muchas veces empieza a expresar inquietudes, dudas, temores, etc., y con ciertas actitudes y palabras demuestra el interés que en ella se es

tá despertando por pertenecer al Grupo. tales como: "me gustaría sentirme apoyada y saber que puedo ayudar a otros". "El saber que ya otras personas han pasado por la misma experiencia me ayuda a seguir adelante".

Desde un primer momento debe quedar claro, el rol que desempeñará el Trabajador Social y la paciente, para que se establezca entonces el debido compromiso y responsabilidad. El Trabajador Social dejará claro que se constituirá en facilitador, guiando las reuniones, entrevistas y demás aspectos del trabajo con el Grupo, otros roles son los de coordinador, organizador, orientador; clarificando las expectativas e impulsando la toma de decisiones en su vida familiar, laboral, etc. El Trabajador Social elaborará conjuntamente con la paciente el encuadre de trabajo donde se definan las reglas del juego o pautas para lograr que se comprometan en esa tarea.

La mayoría de las señoras son amas de casa o de lo contrario trabajan, es por esto que el horario debe quedar establecido, para horas un poco entrada la tarde y procurando que éstas no se extiendan más de una hora y media con el fin de que no se fatiguen, cosa que las desmotiva. Este horario se puede plantear a las pacientes y estaría sometido a cambios de acuerdo a las circunstancias.

El espacio o lugar de reunión del Grupo, es un tema que hay que tratar; para la paciente el hecho de regresar a la Liga puede constituirse en un problema ya que el sitio les recuerda los primeros momentos angustiantes relacionados con la enfermedad, es por esto que hay que enfatizarles en la necesidad de volver a la Liga para ir desechando algunos temores.

Para la evaluación de esta primera entrevista se tiene en cuenta las opiniones de la paciente, acerca de la misma ya que de ello depende los resultados del programa.

Segunda Entrevista: El objetivo que persigue esta entrevista es el de estrechar un poco más la relación con la paciente, demostrando que realmente sí se está buscando algo beneficioso para ella.

En esta entrevista se charlará con más confianza, ya que el profesional debe ser ameno y afectuoso. No proceder fríamente como si se tratase de un interrogatorio.

En la segunda entrevista se trata de indagar todo lo relacionado sobre la forma de cómo fué la aparición de la enfermedad en sí y qué proceso siguió, sin ir más allá. Se busca saber que hizo la paciente para enfrentar la enfermedad como tal, o sea, recurrir a médicos, realizarse exámenes, pre

pararse para el tratamiento y demás.

Es necesario volver a tocar el tema sobre el Grupo de Apoyo sin ser muy insistentes, esto con el fin de motivarla y además facilita el inicio de la segunda entrevista, ya que este tipo de conversación puede incitarla a que expresen ciertos aspectos personales.

Los aspectos generales sobre la aparición de la enfermedad son los que en última instancia nos van a indicar qué actitud tomó la paciente, de acuerdo a los síntomas que se le presentaron y si los métodos de prevención, en caso de que los usara le ayudaron a detectar a tiempo el cáncer. Estos factores pueden inducirla a tratar cuestiones más internas de su vivencia.

Cuando se ha pasado por una etapa tan difícil como es el vivenciar un diagnóstico positivo de cáncer y luego haber sido sometida a una intervención quirúrgica que trae consigo muchos otros problemas e inseguridad, depresiones, etc., lo más lógico es que la paciente se halle en un estado de expectativa, por tanto cuando el médico le complementa el tratamiento con radioterapia o quimioterapia, lo más conveniente es explicarle detalladamente en qué consiste estos otros tratamientos y qué efectos secundarios pueden ocasionarles. El Trabajador Social debe indagar qué tanto sabe

la paciente para esclarecerle todas las inquietudes, esto en parte puede tranquilizarlas e ir más seguras a sus citas para la aplicación del respectivo tratamiento.

El obtener la opinión de la paciente acerca de la entrevista es fundamental, ya que esto nos dá pautas para la siguiente entrevista y es útil para complementar el programa de acuerdo a las exigencias que ellas expresen.

Tercera Entrevista: Problemática de la Paciente. Es la más importante puesto que aquí se toca en forma definitiva todo el problema de la paciente, la forma como tomó y vivió la enfermedad, sus conceptos frente a ella, sus opiniones. Aquí se conoce claramente cómo y qué tanto la afectó la enfermedad a ella y a su familia y qué tan profunda fué la herida. Asimismo, se puede ver si la paciente muestra condiciones ya sean favorables o no para superar la enfermedad en frentándose nuevamente a ella mediante su recuerdo. Es aquí donde se termina de estructurar el perfil de la paciente y de donde se parte para elaborar el esquema con el cual se va atender la problemática de estas pacientes.

Durante esta fase de exploración, el Trabajador Social se preocupará por establecer el clima emocional adecuado, mostrando interés en lo que está haciendo, manteniendo contacto visual con la paciente, escuchando con atención y en

cierta forma siendo afectuoso. Esto no quiere decir que el afecto e interés debe ser artificial, las personalidades y estilos varían y cada Trabajador Social tiene su forma personal de comunicarse. Lo importante es darse cuenta de las preocupaciones, temores y confusiones de la paciente en torno a la enfermedad y/o a la operación y su necesidad consiguiente de sentirse comprendida y protegida.

El profesional debe en algunos casos usar como estrategia el ignorar el diagnóstico, que sólo sabe que la paciente tiene una afección en la mama o que fué intervenida en sus órganos genitales, esto permite hablar libremente mencionando la palabra cáncer lo que es muy importante, pero nunca caer en el terrible dilema del problema de decirle o no la verdad, porque es mejor que la paciente exprese su propio concepto de la enfermedad y descargue su angustia; en esta entrevista se deben corregir los mitos, creencias de la paciente para la cual verbalizará los temores que la ambargan y se utilizará esta oportunidad para borrar sus fantasías y conclusiones exageradas. Hay que tener en cuenta la individualidad de cada paciente tratando de manera distinta a la que se muestra muy alterada, aún padeciendo del mismo mal.

El Trabajador Social ayudará también a los familiares impidiendo que trastornen sus vidas, las reacciones excesivas de distorsión o de proyección de la paciente y aconsejando que

le pongan límites cuando sea preciso.

Lo anterior se maneja en las respectivas visitas domiciliarias.

Es necesario identificar cuánto sabe la paciente con respecto al cáncer. Es un factor de gran importancia; ya que de ello a veces depende el que su ansiedad sea menor y que su imaginación se llene de fantasías, al no saber a ciencia cierta lo que le acontece. generalmente, en el transcurso de la experiencia se ha observado que las pacientes tienden a relacionar el cáncer con la muerte, la sexualidad y otros miedos, por lo cual se debe entonces conocer este aspecto para luego tomar las respectivas medidas que minimicen la situación.

La educación influye muchas veces en la forma de considerar y afrontar la problemática del cáncer, por tanto el Trabajador Social debe identificar el grado de educación o preparación de cada una de las pacientes. Una paciente con muy poca educación tiene menos posibilidades de analizar a fondo lo que le está sucediendo, por tanto sus preocupaciones pueden ser menores o mayores en caso de que los vacíos que tengan sean llenados con conceptos que escuchan de la gente, los cuales no siempre son verdaderos; de acuerdo al grado de educación de las integrantes del Grupo el Trabajador So

cial` proporcionará toda la información que necesiten en forma adecuada, es decir, que esté al alcance de sus capacidades intelectuales.

Los aspectos emocionales frente a la enfermedad son básicos en el trabajo grupal, pues es la parte central que mueve todo el engranaje que se forma alrededor de la problemática del paciente canceroso, se analiza a partir de cinco elementos principales:

Reacción ante el diagnóstico: El Trabajador Social debe indagar como primera medida cuál fué la reacción de la paciente al conocer el diagnóstico de su enfermedad; esto le permite identificar de qué magnitud fué el impacto que sufrió y qué tanto la afectó para así ir estructurando el diagnóstico del estado emocional de cada paciente.

Posteriormente, éste puede ser un indicador de cómo cada paciente se enfrenta a una situación difícil permitiéndole al profesional desenvolverse de una manera específica con cada una de ellas, actuando con cierto criterio analítico, tranquilizante, persuasivo o sugerente y en todos los casos lo bastante humano.

Miedos o temores antes y después de la intervención quirúrgica: Es importante indagar sobre el miedo que acongoja a

las pacientes porque cada una tiene sus propios miedos específicos en relación a su condición de enferma y a las mismas secuelas que la intervención genera. Ante todo el profesional debe ser consciente de que está frente a una mujer con muchos problemas internos, que de acuerdo a su misma naturaleza se dificulta exteriorizarlos; debe el profesional, entonces tratar de facilitar esta tarea incitándola a hablar ya sea mencionando algunos ejemplos de otras mujeres con igual problema.

Inquietudes relacionadas con la sexualidad: De hecho es que realizado el tratamiento quirúrgico, cuando éste es muy mutilante y afecta los órganos sexuales copulativos, deja de ser una amenaza para transformarse en una realidad consumada; si tenemos en cuenta que el ser humano nace sexualizado, pretender negar esta realidad no sólo significa absurdo y torpeza sino parcialización del ser, ruptura de su totalidad global y los traumas que se llevan a su psiquis lo colman de conflictos. Es necesario tocar profundamente este aspecto ya que este elemento puede en un momento dado disfuncionar todo el esquema comportamental de relaciones conyugales en caso de que posea compañero o de lo contrario generar inquietudes perturbadoras y dudas de lo que pudo ser y ahora ya no es; situación ésta causante del retraimiento y angustia continua, lo cual debe tratarse al máximo, de equilibrar discerniendo las dudas y

apuntando a los otros aspectos positivos que mueven sus vidas, hijos, trabajo, familia, etc.

Grado de aceptación de sí misma después de la operación:

La aceptación de sí misma en cierta forma determina el buen estado emocional, el sentirse bien consigo mismo activa el motor de carga interna positiva y conlleva al deseo de superación y logro. Cuando existe inconformismo de tipo físico, teniendo en cuenta que se produce un cambio, el problema es aún más serio ya que las posibilidades de cambio son mínimas o nulas. Este elemento debe ser considerado el de mayor prioridad, desde el punto de vista que es lo primero que debe superar la paciente al eliminar este obstáculo la tarea de restablecimiento se facilita.

Grado de participación familiar: El grado y la forma de participación familiar es significativo en el proceso de aceptación y adaptación de su nueva condición, por ello es necesario conocer esta situación en cada una de las integrantes del Grupo para ir estructurando conjuntamente Trabajador Social-paciente la forma de involucrarlos en caso de que no lo estén en el problema a fin de que den apoyo, estímulo a la paciente para que recobre la confianza y seguridad en sí misma. La familia es un medio que produce estabilidad del individuo cuando está pasando por momentos difíciles o crisis internas.

De acuerdo a la información de que aquí obtenga el Trabajador Social sumada a la recogida en otras sesiones se determinará la necesidad de hacer visitas domiciliarias a la familia.

Como se ha venido diciendo en capítulos anteriores, las creencias, los valores y mitos son elementos bastante enmarcados en estas pacientes, que por supuesto agudizan el problema.

Se debe recoger la mayor información ya que de esto depende muchas veces las dudas y temores que poseen con respecto al cáncer.

Por último se debe obtener la opinión de la paciente acerca de la entrevista para la correspondiente evaluación.

Cuarta Entrevista: Motivación para la participación e integración como miembro del Grupo. Para motivar a las señoras para la conformación del Grupo, el Trabajador Social puede recurrir a la colaboración de una persona que haya pasado por la misma experiencia, para el caso específico una voluntaria de la Liga o integrante del Grupo que puede compartir con ella experiencias similares y por ende es mucho más fácil lograr la aprobación de su participación en el Grupo de Apoyo, aunque de no contar con esta valiosa ayuda el Traba

jador Social está lo suficientemente capacitado para obtener resultados positivos.

La identificación en este caso es favorable, no sólo se puede lograr rápidamente la aprobación a la invitación sino que ayuda a que la paciente exprese con mayor seguridad todo lo que acontece en su interior con respecto a la enfermedad.

Como anotación general de las entrevistas se puede decir: Que en éstas las preguntas están sujetas a cambios en el orden en que aparecen, de acuerdo a la situación específica de cada paciente (tiempo de operada, características personales, etc.), las entrevistas individuales sirven de base para la formación del diagnóstico psicosocial de cada paciente.

En caso de que la paciente antes o durante el desarrollo de las entrevistas presente un elevado índice de ansiedad, se considera indicado practicar una técnica de relajación.

4.2 FASE DE AGRUPACION E INTEGRACION DE LAS PACIENTES MAS TECTOMIZADAS E HISTERECTOMIZADAS

Este es el eje central del programa, cuyo objetivo consiste en darle la oportunidad a las pacientes de que se desahoguen, dejándolas hablar libremente, que expongan su propio criterio sobre la enfermedad, que aporten lo que ellas esti

men como causal de la misma y la significación que le da a todos sus factores tanto psíquicos como somáticos y ambientales, a fin de buscar alternativas funcionales de vida frente a sí misma, familia y medio productivo; sin olvidar sus interrelaciones con los demás y su visión de futuro. Esto es un recurso para relajar las tensiones perturbadoras por simple catarsis, es un método directo y eficaz para mitigar la ansiedad.

La base de integración es de suma importancia durante el proceso, ya que el trabajo al ser grupal necesita tener buenas bases y éstas se logran si se establecen desde el principio un buen vínculo entre todas las integrantes. Esta integración permite que entre todas exista confianza y crean las unas en las otras, ya que la labor se fundamenta en las experiencias que cada una ha tenido y mutuamente es que van a superar su problema.

Primera Reunión del Grupo: En estas y en las siguientes reuniones ha de procurarse sean lo más amenas posibles. El objetivo de esta primera reunión es conocer las expectativas de cada una de las integrantes del Grupo sobre aspectos relacionados con la conformación del mismo.

Esta reunión debe estar envuelta en un clima de confianza y naturalidad, para que así las pacientes se entreguen de lleno y se compenetren con el resto de las integrantes del

Grupo, en donde expresen su sentir sin que se cohiban debido a la buena identificación grupal. El primer paso para crear una identidad de grupo y confianza entre los miembros es hacer que se conozcan.

La finalidad de la dinámica de presentación es: comenzar la integración del Grupo partiendo de algo fundamental, conocerse unas a otras, iniciando la relación interpersonal. Romper el hielo desde el principio y evitar tensiones. Lograr que ninguna de las integrantes del grupo pase inadvertida.

El Trabajador Social le manifieste al grupo que el trabajo a realizar exige sentirse cómodas y a gusto para aprovechar bien el tiempo. Esto conlleva el saber quiénes son, a fin de poder ayudarse en una empresa común. No se puede llegar a un conocimiento general sino partiendo de los individuos. Esto se puede hacer de varias maneras, se les verbaliza la forma de trabajo, los medios a utilizar, la técnica o técnicas que se van a emplear, evitando sobre todo, en un principio usar la palabra "técnicas" en exceso, para no dar la fría impresión de un laboratorio.

Las técnicas de presentación pueden ser:

- Dejarles que espontáneamente interactúen y que se presen

te cada una de ellas.

- Presentación por binas: cada persona habla durante cinco minutos con la compañera más cercana, para luego presentarse la una a la otra ante el Grupo. Posteriormente los pares se rotan y una de las integrantes pasa a comunicarse con otra.

- Presentación por cuaternas: terminada la presentación por binas, se puede hacer el procedimiento por cuaternas. Se juntan dos binas para hablar durante 10 minutos aproximadamente.

- Presentación en cadena: la persona número uno se presenta y la segunda debe decir el nombre de la anterior y el suyo propio y así sucesivamente.

La evaluación, ha de ser vivencial, evitando toda racionalización. Consiste en decir sencillamente al grupo cómo se sintieron al actuar y cómo se sienten ahora, conviene que el Trabajador Social se limite a resumir y reflejar lo que se va diciendo y lo que se advirtió en la presentación.

Las dificultades que pueden presentarse son:

- Fastidio por parecerles un juego infantil.

- Timidez y nerviosismo.
- Cansancio y aburrimiento.

El Trabajador Social debe dar desde un comienzo señales de seguridad y dominio, manifestar interés por lo que hacen y dicen las personas y reflejar en la evaluación las actuaciones negativas y positivas del Grupo.

Luego de haber roto el hielo y creado un clima de confianza se puede entonces hablar sobre el programa en sí. El Trabajador Social debe ser claro al expresar lo que se desea alcanzar con la conformación y consolidación del Grupo.

Debe plantearle a los miembros que el objetivo no es más que establecer un Grupo dinámico, capaz de apoyarse unas a otras en donde se facilite el deseo de expresar abiertamente dudas, temores e inquietudes internas y ocultas acerca de la vivencia experimentada por la enfermedad, se debe hacer entonces énfasis en que debe ser un Grupo unánime en donde prime la ayuda mutua, el interés por la otra y por las que a la medida del desarrollo del programa se vayan incorporando; la meta del grupo es que se institucionalice en la Liga y que se integren pacientes de diferentes partes, es decir, de otros Centros de atención médica y que logre aceptar y convivir con su nueva situación. Esto último no se le dice a la paciente ya que se puede prestar a malas interpretaciones.

nes. El Trabajador Social debe ser muy cuidadoso ya que éstas pacientes son muy susceptibles; por último el Trabajador Social expondrá cuáles son los recursos con los que se cuenta entre esos y el más importante es el humano; las voluntarias que han experimentado lo mismo que ellas, las cuales deben ser un ejemplo de valor y superación total y el Trabajador Social cuyo fin es orientar, guiar, coordinar, etc.

El profesional, deja que las pacientes expresen sus opiniones acerca del programa, si tienen ideas para complementar lo o si existen aspectos negativos en éste. Es en esta parte donde se caracteriza la libre expresión, puede ser el caso que se traiga a relucir por parte de alguna de las integrantes temas relacionados con la enfermedad o experiencia, lo que debe ser aprovechado por el Trabajador Social e indagar más al respecto.

El tema principal de la próxima reunión debe ser seleccionado por ellas mismas o al menos tratar de que conozcan parte de lo programado. El Trabajador Social puede proponerles, en caso de que no se les ocurra, el invitar a un médico que les explique sobre el cáncer.

Por último se pregunta abiertamente sin designar a alguien en especial cómo les pareció la reunión en términos genera

les.

Antes de la despedida el Trabajador Social debe hacer hincapié en la importancia de cada una de ellas dentro y fuera del Grupo porque sin la valiosa colaboración de todas no puede ser posible la continuidad del programa.

Como anotación, la etapa de seguimiento individual puede ser desarrollada después de esta reunión o de la siguiente dependiendo de diversos factores (observación, solicitud, etc.).

Segunda Reunión de Grupo: El objetivo de la dinámica de integración en esta reunión es desarrollar la participación al máximo y crear un ambiente fraterno y de confianza.

Hay muchas dinámicas que pueden servir para este objetivo, después de haber explicado el Trabajador Social a las pacientes la dinámica y de haber sido utilizada se les pide la opinión de cada una de ellas acerca de la misma, con el objeto de evaluarla el Trabajador Social debe estar atento a las actitudes puesto que a veces dicen más que las palabras.

Es conveniente realizar posteriormente una técnica de calentamiento, la cual tiene por objetivo estimular la socialización en la paciente y el sentimiento de ser aceptada y acogida en un medio que es nuevo y desconocido para ella; lue

go de realizada ésta, el Trabajador Social conjuntamente con las integrantes evalúan la técnica.

Cabe anotar, que es factible que asistan a esta reunión nuevas integrantes para lo cual se debe, como primera medida, presentarlas al resto del Grupo y que cada una de ellas lo haga personalmente, incluyendo su presentación no sólo su nombre sino su ocupación, estado civil, etc.

El Trabajador Social debe hacer una breve recapitulación de la anterior reunión con el fin de recordarles o ubicar a las pacientes en cuanto al desarrollo del programa.

El Trabajador Social antes de la reunión, al coordinar con el médico le dirá lo que exactamente quieren las integrantes, y darle a conocer a éste las características generales del Grupo para que se forme un concepto de esto y prepare la conferencia de una forma tal que esté acorde a las condiciones y exigencias del mencionado Grupo.

En cuanto a la reunión en sí, luego de terminada la charla del médico se abre una sesión de preguntas entre médico-pacientes, este es un momento importantísimo, pues es el momento ideal para sopesar toda duda y temor ya que se hayan en condiciones de preguntar más abiertamente por estar un poco más seguras y relajadas debido a la interacción del

Grupo y de cada una de ellas con el Trabajador Social.

Al máximo el Trabajador Social debe buscar que las pacientes participen, incitándolas ya sea con intervenciones de éste mismo.

Luego analizará conjuntamente las necesidades del Grupo con el fin de acordar qué se debe tratar en la reunión próxima.

El Trabajador Social pide a las pacientes que a través de un dibujo traten de expresar cómo se sintieron en la reunión y qué les llamó más la atención.

Finalmente el Trabajador Social se despide de las pacientes citándolas para la próxima reunión.

Debemos mencionar que básicamente el plan de las dos primeras reuniones se desarrolla como anteriormente se describieron, las posteriores reuniones deben ser más que todo propuestas por las pacientes sin descartar abiertamente la ayuda del Trabajador Social al identificar las necesidades del Grupo en general y estarán centradas hacia: las ansiedades frente al diagnóstico, relación conyugal, su vida laboral, etc.

Generalmente las dos primeras reuniones buscan, como lo di

ce la fase, integrar a las pacientes y hacer que cada una conozca la situación de la otra. Sólo bastan dos reuniones puesto que las señoras al hallarse en un medio común a todas no tardan en exponer sus casos aportando datos que le sirvan a todas.

4.3 FASE DE ENFRENTAMIENTO CON LA EXPERIENCIA Y RETROALIMENTACION COMO PROCESO DE INTERVENCION

Esta etapa es definitivamente la más trascendental en todo el proceso y a ella llegan las pacientes, ya sea unas antes que las otras. La etapa en sí no se puede demarcar en un momento determinado sino que va apareciendo de acuerdo a la situación en que se halle cada paciente.

Cuando encontramos problemas de ansiedad excesiva, aislamiento, retraimiento, baja de autoestima entre otros antes mencionados, procedemos a hacer que las pacientes se enfrenten así mismas con su problema. Se procura hacer una catarsis a esas pacientes para que se expresen y actúen en la forma que han querido hacer tal vez desde hace tiempo atrás. Para lograr esto es necesario que previamente valoremos los hechos nocivos que impidan la readaptación. Debemos por todos los medios atenernos en estos momentos a la individualidad, a la realidad personal y al desarrollar el diálogo se debe mostrar una interesada y natural comprensión para que las

pacientes sientan que realmente se está logrando algo con ellas.

Las catarsis se logran de muchas maneras, una puede ser cuando se les pide a las pacientes que hagan una valoración de lo ocurrido consigo y las consecuencias que consideran ellas que causó la enfermedad, surge así una representación penosa que las enfermas hacen de sí mismas resultando un profundo daño en su narcisismo dado que han sido atacadas en sus principales signos de femeneidad. Estos son los elementos que son introyectados e intelectualizados produciendo así nuevos aditamentos en la configuración somato-psíquica.

Los recuerdos que afloran en la catarsis surgen espontáneamente y hay que actuar sobre ellos para desvirtuarlos y desposeerlos de su carga emotiva dañosa. Cuando no son expresados se las invita a que los comuniquen y así luego actuar sobre ellos. De esta manera se corrigen errores y fantasías, se mitigan sensaciones de culpa, temores, hostilidades y a nivel de las cosas presentes algunos hechos lamentados, rechazados y odiados. Podemos hacer entonces, en estos momentos, que las pacientes ganen comprensión y se formen un juicio, ya sea verdadero o no, pero que en todo caso va a ser más beneficioso.

El profesional debe hacer todo lo posible por ampliarle los campos a la paciente que considera que todo está perdido, convenciéndola que puede compensar esta pérdida dedicando mayores esfuerzos a su profesión o a su vida social. La energía producida por su rebelión ante la adversidad pudieran impulsarla a logros de los que antes no fué capaz. Una parte importante del proceso de lucha consiste en conservar el aspecto físico y en iniciar actividades compensatorias; el Trabajador Social proporcionará apoyo emocional a la paciente, al comentar sobre las prótesis o al obsequiarle una, al felicitarla por haber bajado unos kilos de peso o interesándose en su pasatiempo preferido, o por otros detalles que pasan desapercibidos para ellas pero que el profesional puede resaltar.

Vale la pena que el Trabajador Social averigüe cuáles son las actividades y relaciones que más contribuyen a la propia estimación de la paciente y que más la complazca. Si durante cada reunión o tratamiento individual se tiene en cuenta estos orígenes de propia estimación, le será fácil percibir los problemas de adaptación. Evidentemente, la mujer que antes de su enfermedad estaba muy satisfecha con su jardinería por ejemplo, y dice no haberse ocupado de ella este año, está dando signos de no adaptarse bien. Se le explica claramente que muchas pacientes tienen conducta de avestruz, por que al descubrir el mal no sólo lo consideran como una inju

ria física, sino un elemento capaz de destruir la estructura psicológica de cualquiera. Así se esconden de su mal acudiendo a la fantasía y al rechazo o negación. Este comportamiento de ninguna manera la ayuda a solucionar su problema sino por el contrario la encierra más en él. Lo anterior hay que recalcarlos y dejarlo bien claro para que así pierdan el temor a hablar de su enfermedad a los demás y puedan pensar en ella sin rencor.

El Trabajador Social ha de estar muy atento, observando los estilos de defensa específicos que utiliza la paciente, esto ayuda al tratamiento.

Las reacciones psicóticas son también una forma de expresar la angustia, por ello deben interpretarse como una súplica de apoyo emocional. A semejanza de otros procesos homeostáticos, las defensas de un sistema emocional pueden manejar niveles marginales de estrés, sin embargo, el quebranto de la función defensiva o la pérdida del dominio de ella, indica un trastorno en todo el sistema y la necesidad de ayuda externa, por ejemplo, el Trabajador Social aplazará el mencionar o indagar aspectos que indiquen un posible estrés, si la paciente está ya muy angustiada o se apoya demasiado en la negación o la distorsión.

En este proceso el factor más importante es la comunicación

que se establece entre el Trabajador Social y las pacientes, tratando de evitar cualquier impedimento que la rompa, por que las pacientes necesitan comentar con el profesional todo lo que considera importante y que esté haciéndole daño. De no hacerlo es muy poco lo que puede hacerse.

Por otra parte no hay que dejar de lado la importancia que reviste el trabajar interdisciplinariamente, puesto que la intervención y los diferentes enfoques que proporciona este elemento enriquecen enormemente la labor, pues brinda la oportunidad de realizar un trabajo en equipo y completo en todos los aspectos tanto físicos, psicológicos y sociales. Todos los profesionales relacionados con un caso de cáncer merecen participar abierta y activamente en la presente problemática para lograr el bienestar de muchas personas necesitadas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El esquema de trabajo que se ha propuesto para la realización del grupo de apoyo de la Liga contra el Cáncer corresponde, como se ha venido planteando, a un intento de enriquecer y mejorar el servicio que hasta el momento se ha venido prestando en esta institución, y de ninguna manera pretende ser la mejor y última respuesta a todos los interrogantes que puedan surgir de la labor psicosocial que se realiza en ella.

Pretendemos sí, dejar una puerta abierta para que se realicen modificaciones o posteriores investigaciones que propendan a consolidar el trabajo y la imagen del trabajador social dentro de un equipo interdisciplinario. Es así como sugerimos muy especialmente el que se analice la factibilidad de realizar esta labor grupal complementada con un enfoque donde se atiende más profundamente a la familia de la paciente enferma para los casos en los que se requiera la intervención del Trabajador Social.

En este trabajo no se contempló este aspecto por la dimen

sión y extensión que representa, el cual implica el estudio de otros factores ajenos al objetivo principal de este proyecto.

Consideramos que la labor del médico es fundamental en estas pacientes y representa un gran respaldo para ellas el encontrar apoyo en estos profesionales desde un comienzo del proceso de su enfermedad, es por esto que concluimos que nuestra labor se vería mucho más facilitada si los profesionales relacionados con el caso se dedicaran un poco más a cada paciente, tuvieran presente el que se deben tratar individualmente a estas señoras, dándoles la importancia que se merecen y no desconociendo las características personales.

La imagen y personalidad que proyecta el médico con su trato determinan en los pacientes el tipo de respuesta que produzca esta actitud. Una eficiencia fría y distante produce reacciones muy diferentes en las pacientes y familiares, que otro que demuestre simpatía, afabilidad, calor humano, el que inspirará en el enfermo confianza, comunicación y facilidad de ajuste del paciente y su familia ante la nueva realidad. Esto es imprescindible para el trabajo de grupo por que la paciente se presenta con menos ansiedades, temores y con una actitud positiva y receptiva hacia su recuperación total.

Un aspecto muy importante que debe tenerse en cuenta duran

te el desarrollo de este tipo de trabajo grupal es que no debe crearse dependencia del trabajador social en las pacientes, ya que esto impide que el enfermo actúe por sí solo y busque las alternativas de solución a su problema, se enfrenta a él de una manera resuelta y decidida, supera la crisis y no reincidirá en ella. Esto permite también a que posteriormente las mismas pacientes sean las encargadas de manejar el grupo de apoyo.

BIBLIOGRAFIA

- ANZIEU, Didier. Dinámica de los grupos Pequeños. Editorial Kapeluz.
- BAYES, Ramón. Psicología Oncológica, Prevención y Terapéutica Psicológica. Ed. Martínez Roca. Libros Universitarios y Profesionales.
- BERTOCCI, P.A.. Mead, M. Psicología de la Personalidad. Paidoz, Buenos Aires. 1974.
- BROON, Leonard.. SELZNICK, Philips. Sociología. Ed. Continental, Madrid. 1976.
- CLIFFORD, T. Morgan. Breve Introducción a la Psicología. Ed Mc. Graw Hill. México. 1977.
- CHIOZZA, L. A. y Colaboradores. Ideas para una Concepción Psicoanalítica del Cáncer. Ed. Paidoz, Buenos Aires. 1978.
- DONEGAN, Willian. Cáncer de Mama. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1982.
- FENICHET, Otto. Culpa y Depresión. Ed. Paidoz. Buenos Aires 1977.
- FOULKES, SH. Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Ed. Paidoz. Buenos Aires. 1973.
- FLORES, Hugo. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol II.

Ed. Aguilar. México. 1979.

GALLAGUER, Stephen. Cáncer de Mama Precoz. Editorial A.C. de Libros Científicos de Madrid. Madrid, 1978.

GATES, Cristopher C. Aspectos Psicológicos en Ginecología y obstetricia. Revista Fascículo IV. Ed. P.L.M.S.A. San Bernardino. 1982.

HERS KOVICK, Melville. El Hombre y sus Obras. Ed. Mestre Jou Sao Paulo. 1963.

HORTON, Paul B. Sociología. Ed. Mc. Graw Hill, México. 1970.

KHOURY, Saad. Cáncer. Los grandes científicos responden. Ed. Publicaciones Médicas Aguilar, Madrid. 1981.

KISNERMAN, Natalio. Trabajo Social de Grupo. Ed. Hermanitas. Buenos Aires. 1978.

KONOPKA, Gissella. Trabajo Social de Grupo. Un proceso de Ayuda. Ed. Prentice Hall. New Jersey. 1973.

Libro de Control y Seguimiento de Paciente de casos especiales de la Liga contra el Cáncer Seccional Cartagena.

MAC. IVER, R.M. Sociología Introducción y Análisis. Ed. Tecnos, Madrid. 1969.

OGBURN, Willian. Sociología y Ciencia. Ed. Aguilar, Madrid, 1961.

ORSINILO. Cáncer Ginecológico. Parte WIII. Club de Estudios Ciencias Médicas. Buenos Aires. 1980.

T. DIVITA, Vincent. Cáncer, Principios y Prácticas de Oncología. Ed. Salvat. Barcelona, 1983.

TRIANA, Humberto y Antorveza. La Cultura del Tugurio en Car

tagena. Bogotá. D.E. 1963.

TURN, Danielle; Newby Larry. Cáncer de Mama. Ed. Raven Press
New York. 1979.

VINTER, Robert. Principios para la Práctica del Trabajo So
cial de Grupos. Ed. Humanitas. Buenos Aires: 1970.

ANEXOS

ENCUESTA A INTEGRANTES "GRUPO DE APOYO"
LIGA CONTRA EL CANCER
SECCIONAL CARTAGENA
PRIMER PERIODO DE 1987

Cuál es su nombre?

1- Cuántos años tiene ud.?

2-Cuál es su estado civil?

3- Con quién vive?

4- Tiene hijos?. Cuántos?

5- Qué edad tienen sus hijos?

6- Qué estudios ha realizado? Conclusos o inconclusos?

7- Se ha desempeñado laboralmente alguna vez?

8- Por qué suspendió su trabajo?

9- A qué actividad se dedica actualmente?

10- Trabaja su marido?

11- Quién proporciona los ingresos en el hogar?

12- Cuánto tiempo hace que se le presentaron los síntomas de la enfermedad?

13- Cuáles fueron los síntomas?

14- Acudió de inmediato al médico?. Si la respuesta es negativa, por qué?

15- Qué diagnóstico le dieron?

16- Ante el diagnóstico qué reacción tuvo?

17- Qué pensó en ese momento?

18- Qué la inquietó más?

19- Qué tratamiento le indicaron?

- 20- Cuánto tiempo hace que la operaron?

- 21- Qué actitud tomó después de la operación?

- 22- Después de la operación ha quedado impedida para realizar su trabajo o algún oficio?

- 23- Frente a sí misma cómo se sintió después de operada?

- 24- Aceptó ud. con facilidad su nueva condición?

- 25- Sus relaciones conyugales cambiaron después de haber sido operada?. Por qué?

- 26- Qué inquietudes con respecto a la sexualidad se le presentaron a ud. y a su conyuge?

- 27- Sus relaciones sociales cambiaron después de haber sido operada?. En caso afirmativo de qué manera?

28- Cómo se siente ahora?

29- Cómo fué la participación de la familia ante el problema?

30- Fue suficiente el apoyo que recibió por parte de ellos?

31- Recibió apoyo de otras personas?. Quiénes?

32- Manifestaba ud. sus inquietudes y necesidades a su flia.?

33- Conocía ud. la enfermedad que padeció, antes de la aparición?

34- Qué sabía de ella?

35- Qué comentarios escuchaba de su medio social acerca de la misma?

36- Qué opinión tenía ud. respecto a esos comentarios?

37- Qué aspira alcanzar dentro del Grupo de Apoyo?

REGISTRO DE OBSERVACION

FECHA :
LUGAR DE OBSERVACION :
SITUACION :
OBSERVADOR :
HORARIO :



GRADO DE PARTICIPACION :

EXPOSICION DEL TEMA :

COMPORTAMIENTO EN GRUPO :

ESTADO EMOCIONAL :	NIVELES DE :	ANSIEDAD	_____
		NERVIOSISMO	_____
		HISTERIA	_____
		TRANQUILIDAD	_____
		INDIFERENCIA	_____

RENDIMIENTO DE LA REUNION :

EVALUACION :

Cartagena, 14 de Agosto de 1986

Liga de Lucna Contra el Cáncer

Reunión #6 Grupo de Apoyo

hora: 5:00-6:45 p.m.

Objetivo:

Motivarlas a que continuen con el programa y que refuercen los nombres a través de una dinámica.

Asistentes: Seis señoras del grupo (L.F., C.S., M.B.C., N.D., J.P., y D.P.), la voluntaria C. de CH. y la practicante de T.S. Elvira T. No asistieron; M.C., B.S y E.O. por una casual coincidencia en el cruce de horarios entre la reunión de padres de familia y la reunión del grupo de apoyo; M.B. por motivos de trabajo y A.deC. por desconocimiento de su nueva dirección; y N.O. por inconvenientes de última hora. La reunión se inició con la lectura del orden del día, estableciéndose los siguientes puntos: primero, dinámica de integración "La telaraña" Segundo, tratar sobre la programación de la primera reunión del grupo de apoyo sin la presencia de la practicante de Trabajo Social y en propuestas y varios programar agasajo para la señora N.D. que cumplió años, el 29 de julio y por último, información por parte de Doña Cecilia de Chaar sobre otros programas de rehabilitación.

La dinámica fué explicada por la practicante, la cual consiste en que: el grupo de señoras, de pie, forman un circulo y se le entrega a una de ellas una madeja de hilo, ésta debe decir su nombre, procedencia y una característica de ella o que le gustaría tener o encontrar en alguien, luego debe tirar la madeja a otra compañera y quedarse con el hilo agarrado, la que tiene la madeja ahora, hace su respectiva presentación y así sucesivamente hasta que todas se hayan presentado; al terminar se ha formado dentro del círculo una telaraña, la cual se desbarata, cuando la última repite la presentación de la compañera que le lanzó la madeja y así sucesivamente. Explicada ésta, se realizó, sólo algunas de ellas olvidaron, más que todo la última parte de la presentación, entre ellas C.S. y D.P.; las características que dijeron fueron exclusivamente personales; E.deC. dijo que le gustaba su puntualidad, L.F. su sencillez, C.S. su sinceridad, a ésta última se le tuvo que ayudar a decir la cualidad. La dinámica fue muy participativa y todas dijeron sin equívoco los nombres completos de sus

compañeras y en algunos casos, se ayudaban a decir los otros aspectos que olvidaban.

Antes de pasar a leer los mensajes, una de las señoras expresó que C.S. no quería continuar dentro del grupo; la practicante le preguntó a C.S. el por qué de esta determinación; respondió que le gusta mucho la soledad; entonces Leslie, tomó la palabra aconsejándole que retirarse era peor ya que se sumía en muchos pensamientos negativos y que si su preocupación era más que todo porque es soltera; aludiendo que esto es muy insignificante, puesto que se tiene a la familia que necesita mucho más de uno, esto lo dijo con mucha propiedad ya que ella también es soltera. M.B.S. también la aconsejó y las demás intervinieron al respecto. Luego, Doña C.deCH. se ofreció ayudarla, enseñándole a tejer para que se distraiga; C.S se quedó pensativa.

La practicante antes de leer el mensaje, lo dedicó en especial a C.S. cuya idea principal de este se refiere a la lucha, a la insistencia en el triunfo, una de las frases es: "Lucha, pues, por más que tengas en la brega que sufrir !Cuando todo esté peor, más debemos insistir!". en su análisis participaron más que todo, J.P., L.F., C.deCH. y la practicante, se volvió nuevamente al tema de C.S. concluyendo que si no deseaba continuar dentro del grupo no se le iba a presionar, pero que reflexionara al respecto.

Doña C.deCH., tomó la palabra y habló, entonces, de su experiencia en un seminario realizado en cali a cerca de la rehabilitación de pacientes tratados por el cancer; al respecto dijo que el comité de restablecimiento en Pereira está muy organizado, pues cuenta con un salón para fisioterapia, tienen fondos, festejan los cumpleaños y que todas desean mucho estar siempre en ese lugar, haciéndose necesario decirles que no es posible tenerlas siempre allí. La practicante manifestó que es importante tener en cuenta todos esos aspectos para tratar al máximo de enriquecer el programa, mostrándose, entonces, todas de acuerdo, ya que lo que más desean en el momento es ayudar a otras que lo requieran. D.P., dijo al respecto que le gustaba mucho la idea, pero que pronto tendrá que dejar al grupo, puesto que se va a residenciar en Venezuela.

Luego, se leyó un mensaje a cerca de la amistad, el cual se analizó y todas expresaron que está de acuerdo al grupo. El punto tres no se trató puesto que consideraron hacerlo con todo el grupo para llegar

a un acuerdo unánime. En varios, el cumpleaños de Naime, quedó acordado festejarlo en la próxima reunión del grupo.

Se acordó, además, para la próxima reunión integrar a nuevas señoras y una de ellas se comprometió llevar una y la practicante a otras.

La reunión se acordó para el día, jueves 28 de agosto a las 5:00 p.m.

Por último se evaluó la reunión; todas manifestaron que había sido muy buena por lo participativa y dinámica que lo único que no les había gustado era la determinación tomada por C.S.

La despedida fue muy cordial, quedando todos comprometidos para asistir a la siguiente reunión.

Cartagena, 6 de Marzo de 1987

Reunión #2 "Grupo de Apoyo"

Liga de Lucha Contra el Cancer

Hora: 5:00 p.m.-6:35 p.m.

ASISTENTES: A.C., E.O., M.J., D.P., N.D., L.G., L.F., J.P., I.W. (Observadora), La Voluntaria: C.C. y la T.S. E.T.

OBJETIVOS:

- Conocer expectativas de las integrantes del Grupo acerca de la reconstrucción del seno.
- Ampliar los conocimientos acerca de la reconstrucción del seno, a través de un artículo.
- Presentar al Grupo, nuevas integrantes y darles a conocer la decisión de una de ellas para someterse a la cirugía y tratar de ayudarla a conseguir el dinero para la adquisición de la prótesis que necesita.

La reunión formal se inició a las 5:20 p.m., pero antes, como es costumbre, se habló de diversos temas ajenos a la temática de la reunión, aprovechándose este tiempo, a medida que cada una iba llegando, para firmar la tarjeta que el Grupo daría a Doña P. de P. como regalo de cumpleaños. Se leyó antes que todo el orden del día, el cual fue el siguiente: 1-Presentación de las nuevas integrantes. 2-Dinámica: "Un Hombre De Principios". 3-Comentarios sobre la reunión anterior. 4-Lectura del artículo "Una Solución después de la mastectomía. Reconstrucción del seno". 5-Buscar alternativas de solución para conseguir el dinero suficiente para la prótesis de M.J. 6-Revisar fechas de cumpleaños de las integrantes del Grupo. Al comenzar la reunión, estaba sólo una nueva integrante, la Sra.L.G., quien por sugerencia de la T.S., ella misma hizo su respectiva presentación, luego se dió inicio a la dinámica "Un Hombre De Principios", la cual consiste en formar un círculo y cualquier persona se coloca en la mitad de éste y empieza a narrar una historia en la cual debe mencionar un nombre masculino, luego señala a cualquier persona, lanzando a su vez una pregunta cualquiera; la persona escogida debe responder acorde a la pregunta, pero tal palabra debe comenzar necesariamente con la primera letra del nombre del hombre de principios si no lo hace paga una prenda o se retira del juego. La T.S. explicó con ejemplos, la dinámica y preguntó si preferían pagar una penitencia o salirse del juego si se equivocaban, la mayoría pidió salirse del juego ya que temen a las penitencias, todo esto se acordó antes de la dinámica, en medio de risas y bromas al respecto. Todas participaron en la dinámica y en esos momentos apareció M., quien de inmediato fue presentada y la T.S. pidió a todo el Grupo que alguna le explicara la dinámica para que participara de ésta también. La señora A.C. le explicó y seguidamente se continuó la dinámica. Terminada la dinámica, la T.S. comentó acerca de la reunión

anterior y le cedió la palabra a M. que expusiera su situación, confesó que está un poco atemorizada ya que la familia no la apoya en la decisión de operarse, pero que internamente anhela volver a tener su seno, la T.S. comentó como la había encontrado el Doctor R.P. después de haberle hecho el examen físico; según él M. está bastante opcionada para la cirugía, además de que no la irradiaron, ni tuvo necesidad de la quimioterapia, mantiene en la parte exterior de su vientre el pezón; cuando esto fue mencionado, todas se quedaron admiradas, pero la que más lo manifestó, fue L.F. dijo que le parecía maravilloso y cree que seguramente ya ella estaba destinada, desde el momento en que le dejarón su pezón, a volver a tener su seno a través de la cirugía reconstructiva y que siendo ella no lo pensaría dos veces; L. le dió mucho aliento a M. Seguidamente se leyó el artículo y hubo mucha atención por parte del Grupo y se hallaron muchas respuestas a preguntas e inquietudes que tenían algunos miembros del Grupo. Se habló, entonces, de la situación económica de M., la T.S. le dijo que contara con el Grupo para reunir el suficiente dinero para adquirir la prótesis, cuando finalmente estuviera decidida o preparada; todas apoyaron lo dicho y agregaron que sería bueno realizar rifas y otras actividades, se acordó tratar este punto más adelante cuando ya fuera segura la cirugía. Finalmente se revisó las fechas de cumpleaños, quedando pendiente el cumpleaños de M. para el día tres de Abril. La T.S. preguntó a M. y a R.L. cómo había aparecido el Grupo y ambas respondieron positivamente y que les encantaría volver a reunirse con el Grupo. La despedida fue muy cordial.

Cartagena, 8 de Mayo de 1986

Liga de Lucha Contra el Cáncer
Reunión #2 Grupo de Apoyo

Hora: 5:00-6:15 p.m.

Asistentes: Siete señoras del Grupo, La Trabajadora Social de la Liga; E.H., la voluntaria C de CH. las practicas de Trabajo Social; I.W. y E.T. y el doctor A.P.

La reunión se inició con cinco señoras: D.P., C.S., M.B., N.O. y M.B.C. Luego se dió el saludo respectivo y la presentación de las señoras que no asistieron a la reunión anterior, de la señora voluntaria C. de CH. y de la practicante I.W.

Después de realizado esto, la practicante E.T. pasó a explicar la dinámica de animación "Canasta revuelta" con el fin de ser utilizada en la reunión; ésta consiste en que el animador en este caso la practicante; señalará a alguna de las señoras del Grupo y ésta debe conocer el nombre de la compañera del lado izquierdo y del derecho; ya que si el animador dice naranja ésta debe decir el nombre de la compañera del lado izquierdo y si dice manzana debe decir el nombre de la compañera del lado derecho de no hacerlo o equivocarse se le impone una penitencia. Se puso en práctica la dinámica, se señaló a D.P. y dijo el nombre correcto, lo mismo sucedió con N.D. y al señalar a C.S. se le olvidó el nombre de la compañera, las demás señoras le pusieron como penitencia que cantara pero ésta no quizo hacerlo; en estos momentos llegó el médico. Se suspendió la dinámica; ésta tardó unos 15 minutos; la practicante pasó entonces a presentar al médico, ce diéndole la palabra y entregándole unos marcadores para que

los utilizará en caso de que los necesitara; el doctor especificó que su intervención sería una especie de charla informal con el fin de crearles inquietudes, las cuales él se encargaría de resolver. En esos momentos llegaron M.C. y B.S. el doctor empezó su charla explicándoles primero el cáncer uterino y luego el del seno, haciendo gráficas para explicar más claramente lo que estaba diciendo., intervinieron M.B., C.S. y N.O. las demás hicieron comentarios al respecto de lo que las otras preguntaban. Por otra parte, el doctor, además, de aclarar las dudas de ellas, sin cometer imprudencias ni profundizando, en ciertos casos, para no confundirlas; les aconsejó y les dió algunas sugerencias. Al terminar las intervenciones de las señoras a las 6:45, la practicante agradeció al doctor su colaboración y todas las señoras lo hicieron también. Luego la practicante pasó a presentar a las señoras M.C. y B.S. que llegaron de último y que no asistieron a la primera reunión.

La practicante I.W., intervino haciéndoles algunas preguntas como por ejemplo: Qué sintieron al serles diagnosticado una enfermedad en la cual se les debía quitar algún órgano de su cuerpo para poder curarse del todo. La señora M.C. habló al respecto, notándosele nerviosa y angustiada, las demás señoras se mostraron tranquilas. La mayoría respondieron, a esta pregunta, que temían morir, otras inmediatamente pensaban en su familia.

A las 6:15 se terminó la reunión; todas se mostraron motivadas agradeciendo al doctor y a la practicante de T.S. sobre todo la señora M.B. quien llegó a la reunión muy callada y terminó interviniendo bastante, se despidió efusivamente de todos en especial de la practicante de trabajo social E.T. a manera de agradecimiento. Las demás también se despidieron expresándole a la otra practicante cuando les preguntó sobre el Grupo, lo importante que es este tipo de apoyo.

Dejaron de asistir a la reunión cinco señoras: N.D se excusó con anterioridad a la reunión; J.B. y A.C. no asistieron por motivos de trabajo y E.O. y J.P. por inconvenientes de última hora.