

29
6
Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL DE LA MUJER

SOMETIDA A UNA MASTECTOMIA RADICAL

TESIS PROFESIONAL

ALICIA CASILLAS MEJIA

MEXICO, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL DE LA MUJER
SOMETIDA A UNA MASTECTOMIA RADICAL

I N D I C E

Introducción	1
Capítulo I. - La Familia	
1. 1 Desarrollo histórico de la familia	4
1. 1. 1 Familia Consanguínea, Familia Punalua	4
1. 1. 2 Familia Sindiasmica	5
1. 1. 3 Poliandria, Poligenia	5
1. 2 Familia Conyugal Moderna	6
1. 2. 1 Familia Rural	6
1. 2. 2 Familia Urbana Burguesa, Familia Urbana Proletaria	7
1. 3 Integración Familiar	10
1. 4 Rol de la Mujer en la Familia	15
1. 5 La situación de la Mujer dentro de la Sociedad Capitalista	17
Capítulo II. - Trastornos Familiares y Sociales en la Mujer ocasionados por una enfermedad crónica.	
2. 1 Alteraciones en el núcleo Familiar a causa de una enfermedad crónica en la mujer	21
2. 2 Reacciones familiares y sociales de la mujer que ha sido sometida a una Mastectomía Radical	24
2. 3 Importancia que la sociedad ha dado a la imagen corporal de la mujer	26
2. 4 Procedimientos utilizados por la ciencia médica en el tratamiento del Cáncer de Mama	28
Capítulo III. - Participación del Trabajador Social con Pacientes Oncológicos.	
3. 1 El Trabajo Social en el área médica	35
3. 2 El Trabajo Médico Social en el Hospital de Oncología del C. M. N. del I. M. S. S.	41
3. 3 Rol del Trabajador Social y el Grupo Interdisciplinario	47

Capítulo IV.-	La Investigación	
4.1	Selección al azar de 34 pacientes sometidas a Mastectomía Radical en 1976 en el Hospital de Oncología del C.M.N. del I.M.S.S.	52
Capítulo V.-	Plan de Trabajo para el grupo de pacientes mastectomizadas.	
5.1	El Trabajador Social como consejero del paciente y su familia	96
5.2	Trabajo Social con grupos de pacientes Mastectomizadas	98
5.3	Participación del Trabajador Social en el Tratamiento de pacientes mastectomizadas	101
5.4	El Trabajador Social como consultor y Educador	102
Conclusiones		105
Sugerencias		107
Bibliografía		109

Introducción. -

El cáncer es uno de los padecimientos crónicos que ataca a personas de todas las clases sociales, a las más generosas, a las más mezquinas, a las más ricas y a las más pobres; no existe distinción alguna para presentarse en cualquier ser humano, en la actualidad el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo que sólo es precedido por las enfermedades cardiovasculares.

Dentro de la patología neoplásica encontramos que el cáncer de Mama supone un porcentaje alto, presentándose en la mayoría de los casos en pacientes del sexo femenino.

El rol de la mujer es de vital importancia en el núcleo familiar, él cual puede sufrir serios trastornos cuando el cáncer de Mama se presenta en la esposa a la que le son atribuidas las responsabilidades de la familia, ya que la edad en que se presenta el cáncer de Mama en la mujer es entre los 30 y 45 años en donde se considera que es la etapa más importante en la vida de la mujer.

Para realizar este trabajo fue necesario colaborar como Trabajadora Social en el Hospital de Oncología del C. M. N. del I. M. S. S. donde son atendidos los derechohabientes que presentan padecimiento oncológico.

El mayor interés que se tuvo para realizar este trabajo fue conocer los cambios que se presentan en la mujer que ha sido sometida a una Mastectomía Radical.

Para tal efecto el estudio se dividió en cinco capítulos; el primero analiza la familia desde sus orígenes hasta hoy día, el rol de la mujer en la familia y su situación dentro de la Sociedad Capitalista.

En el capítulo segundo se habla de las alteraciones que sufre el núcleo familiar cuando se presenta una enfermedad crónica en la mujer, y la reacción de la familia y la sociedad cuando el padecimiento que presenta es una enfermedad neoplásica que deteriora su imagen corporal.

En el capítulo tercero se habla de la participación que ha tenido el Trabajador Social y el grupo interdisciplinario con los pacientes oncológicos.

Respecto al capítulo cuarto encontramos los resultados de la investigación motivo de este trabajo; con cuadros y gráficas correspondientes.

El capítulo cinco trata de la participación del Trabajador Social con pacientes oncológicos, en donde se considera que su papel es fundamental.

Con las conclusiones y sugerencias de esta tesis deseo que se de margen a las personas interesadas en el estudio de este tipo de pacientes para que en el futuro los trabajos que se realicen sean con el fin de proporcionar una mejor orientación al paciente y a su familia.

Capítulo 1. - La Familia

- 1.1 Desarrollo histórico de la Familia.
 - Familia consanguínea, Familia punalua, Familia - -
Sindiasmica.
 - Poliandria, Poligenia.
- 1.2 Familia conyugal moderna
 - Familia rural, Familia urbana.
 - Familia urbana burguesa, Familia urbana proletaria,
Familia urbana estrato medio.
- 1.3 Integración Familiar.
- 1.4 Rol de la mujer en la familia.
- 1.5 La situación de la mujer dentro de la Sociedad Capital
lista.

1.1 Desarrollo histórico de la familia

De acuerdo con el Diccionario de Psicología, Larousse familia se define - como: "... una institución social, fundada en la sexualidad y en las tenden- cias maternas y paternas y cuya forma varía según las culturas (mono- gámica, poligámica, poliándrica, etc.)"(1).

Para llegar a esta definición analizaremos a grandes rasgos la evolución - de esta institución para conocer el por qué de tal afirmación.

1.1.1 Familia Consanguínea:

Esta es la primera etapa por la que atraviesa la institución, podemos de- cir que con la aparición del hombre sobre la faz de la tierra, cuando éste forma hordas, o sean los primeros grupos de humanos en donde la única - forma de identificación es el lazo sanguíneo.

De lo anterior nacieron las generaciones y de estas vendrá el parentesco, - éste a su vez podrá ser lineal o sea entre los padres e hijos y también co- lateral, entre los hermanos.

Como último el parentesco podrá ser por afinidad, que se verá más ade- - lante cuando aparezca el matrimonio y es el resultante entre esposo, espo- sa, cuñados, etc.

Familia Punalua:

Esta segunda etapa de la familia se caracteriza porque se empiezan a ex- cluir del grupo humano algunos de sus elementos, esta exclusión se refie- re al campo sexual. Los primeros en ser eliminados serán los padres y - los hijos, en segundo término irán los hermanos uterinos.

(1) Diccionario Larousse, Edit. Larousse, España, 1970, pág. 129

De lo anterior, tendremos que esta familia será la constituida por un grupo de hermanos carnales unidos a un número de mujeres pertenecientes a otra familia diferente, aún cuando todavía exista la unión sexual entre todos.

1. 1. 2 Familia Sindiasmica:

En este estadio de la barbarie se formaron ya parejas conyugales por tiempo más o menos largo, esto sin dejar de cohabitar con otras personas. Tanto el hombre como la mujer tienen una pareja favorita.

De este último grupo nacerán dos nuevos tipos de unión familiar a saber:

1. 1. 3 Poliandria:

Aquella formada por una mujer quien tiene varios maridos; esta es la base que llevará al matriarcado.

Poligenia:

La que se da cuando un hombre tiene varias mujeres, de aquí surge el patriarcado.

De lo antes anotado se deduce que el patriarcado ha sido el antecedente de lo que hoy día conocemos como la Familia Moderna dentro del grupo occidental del que formamos parte.

Ahora bien en la etapa histórica conocida como etapa Moderna aparece una nueva forma de familia resultante del proceso de Industrialización y que se denomina Familia Conyugal.

1.2

"... La familia conyugal restringida es la formada por padres e hijos -- exclusivamente, los que integran un grupo social que mantiene una serie de funciones como la legitimación de las relaciones sexuales entre los padres, el vínculo generacional que permite el proceso de crecimiento y -- educación de los hijos y la coparticipación de los cónyuges en un hogar; -- asimismo, la competencia económica permanente, la aspiración de obtener en forma creciente mejores niveles de vida, la gran movilidad social, el acentuado individualismo ... " "... de ahí que sea el centro primario -- de satisfacción de necesidades emocionales ... " (2).

Con estos elementos analizaremos en forma breve a la Familia Mexicana para adentrarnos en su constitución y dinámica.

Para ubicarnos debemos tener en consideración que nuestro país arrojó -- en el censo de 1970, 48'225, 238 habitantes, así tenemos que el 77.7% de -- las poblaciones de los Estados Unidos Mexicanos se sitúan en zonas rura -- les, y el 22.23% en zonas urbanas, y que para 1976 el aumento de la tasa -- anual de población se calcula que es del 3%.

Por población rural se entiende aquella que está integrada por menos de -- 2,500 habitantes en una zona determinada.

Con relación a la urbana será la que posea más de 2,500 habitantes; de -- ahí la necesidad de estudiar las particularidades de cada una de ellas.

1.2.1 Familia rural:

En México este tipo de familia campesina posee una fuerte cohesión inter -- na, gran número de miembros de 9 a 10 en promedio todavía se rige bajo -- el gobierno patriarcal aunque a decir verdad desde el movimiento armado

(2) Sánchez Azcona, Jorge. FAMILIA Y SOCIEDAD

Edit. Cuadernos de Joaquín Mortiz, S. A., México, D. F., 1974

Pags. 22-23

de 1910 ha resentido cambios en su organización. El niño campesino desde muy temprana edad colabora en la siembra y en la cosecha junto con los demás familiares, ocasionando con esto que se cargue de responsabilidades, las que van a repercutir en su estado de ánimo. Ante esta situación tiene pocas oportunidades de asistir a la escuela, dando como resultado que a falta de preparación su mayor aspiración sea la de emigrar a las grandes ciudades, empezando por la capital de su estado, del país y posteriormente los Estados Unidos de Norteamérica en calidad de braceros.

Respecto a la educación femenina, la mujer también colabora en las labores del campo, el comercio de los productos agrícolas y en la artesanía. En calidad generalmente de sirvientes; las mujeres también abandonan la familia, algunas de ellas llegan a la prostitución.

Unido a este factor de la emigración se encuentra la desorganización familiar.

Como características de la familia rural también encontramos que la esposa campesina por lo general es maltratada, si llegara a caer en el adulterio, en ocasiones puede ser castigada con la muerte.

Dentro de la familia rural existe también la que corresponde al viejo y nuevo latifundista "... difieren entre sí, pues mientras los grandes poseedores de tierra viven en las ciudades, los demás, y sobre todo los viejos latifundistas permanecen en el campo conservando gran cantidad de costumbres que durante el porfiriato adquirieron fanatismo, afrancesamiento, organización patriarcal, etc...." (3).

1.2.2. Familia Urbana Burguesa:

Al igual que la anterior también podemos distinguir dos grandes grupos, la familia de la clase alta y la de la clase baja.

(3) Gómez Jara y Marquez Bohar SOCIOLOGIA
 Edit. Tercer Mundo
 México, 1969, Pag. 105

Hablaremos de la clase alta, también denominada burguesa; este tipo de familia está constituida por las viejas familias porfirianas, que hasta la fecha son propietarias de grandes extensiones de tierra y fincas urbanas, edificios, casas de departamentos y negocios múltiples; también por las viejas familias porfirianas emparentadas a las revolucionarias que han hecho fortuna durante los últimos 40 años y que necesitan el apoyo de la aristocracia y ésta de su dinero. Aquí están representadas también las familias de los altos empleados oficiales presentes o pasados que a través de sus cargos políticos han hecho fortuna, tales como los banqueros, constructores, empresarios, nuevos latifundistas, intermediarios, etc. Para finalizar diremos que aquí también se pueden circundar el grupo de actores populares enriquecidos de cine, televisión, radio y espectáculos, y los altos empleados de empresas extranjeras.

Como dato complementario este grupo que forma el 6% de la población mexicana controla el 70% de la riqueza nacional.

Familia Urbana Proletaria:

En este grupo se encuentran los obreros, artesanos, comerciantes en pequeño, etc. Geográficamente estas familias se encuentran situadas en las zonas más alejadas del centro de las ciudades, donde existe menos urbanización. La familia se basa en la unión libre, también es numerosa en proporción a la de clase alta; mientras la unión perdura el varón colabora económicamente al sostenimiento de la familia; al separarse esta ayuda cesa, las partes generalmente realizan nuevas uniones.

Los hijos de la mujer por lo general quedan bajo su custodia llamando padre al varón en turno, por lo general el compañero es afecto a las bebidas alcohólicas y aún sin estar bajo los efectos de las mismas agrede a los menores en ocasiones sin existir motivo alguno. Se puede decir que por lo común este tipo de uniones se realizan únicamente por atracción sexual, al perderse este interés se cae en la monotonía y cada partícipe inicia una nueva unión.

Ya hemos dicho que esta familia carece de estabilidad, al perdurar la --- unión la autoridad radica en el varón, se reconoce la filiación materna, - asimismo es la mujer quien sostiene a los hijos, ésta recibe un trato brutal del marido, sin respetarla ni durante el embarazo, de ahí la fuerte incidencia de abortos, nacimiento de niños enfermos con taras hereditarias ya sea por la pésima alimentación, las condiciones antihigiénicas o el trabajo agotador.

Es en este tipo de familia en donde aparece la falta de felicidad y contento mayores; entendemos como Oscar Lewis por afecto lo que se denominaría amor y que unicamente se observa en esta clase social durante la época - de cortejo y al iniciar la vida en común la pareja. Esto no resulta sorprendente ya que el hambre y la incomodidad dejan poca energía para demostraciones cálidas.

Para concluir este separado diremos que un grupo intermedio y que se ubica en las zonas urbanas sería el que corresponde al estrato social denominado Medio y que se ha confundido con el con el concepto de Clase Social - Media, pero que en realidad debe enunciarse como Status o Estrato Medio.

Entendemos por Status o Estrato Social a un grupo de una población dividida sobre la base de una jerarquía. En este sentido el término se limita a segmentos de población que se diferencian unos de otros sobre la base de prestigio, poder, salud o cualquiera otra clase de rango.

Bien, volviendo a la familia diremos que este tipo de familia nace a resultas de la reforma agraria con la emigración a las ciudades de los latifundistas expropiados o de los peones agrícolas que recibieron tierras, del crecimiento explosivo del estado, o sea la burocracia, por consecuencia del aumento de la industria y los servicios, como resultado de la ampliación de oportunidades y acceso a la educación popular y media.

Hasta este momento nos hemos dedicado al trabajo de analizar el proceso histórico, y también a clasificar a la institución denominada familia, hemos llegado al análisis de ella en nuestro país, ahora pasaremos a estudiarla en su interior.

1.3 Integración familiar:

Comprendemos por integrar, dar integridad a una cosa, componer un todo con sus partes integrantes. De donde se deduce que "... integración es la acción y efecto de integrar ... " (4).

A estas alturas conocemos el concepto de Familia, de ahí que podamos decir que integración Familiar es la resultante de unir o integrar todos los posibles elementos que forman una familia.

¿ Y cuales son esos elementos ?, pasemos a revisarlos.

Como punto de partida repetiremos que es la familia la unidad básica de subsistencia y de relación con la sociedad en donde se imparten las enseñanzas primarias de las normas y valores culturales la conducta esperada y aprobada. Esta se basa en la división de funciones, señalando obligaciones y deberes de cada miembro que la integre. Es la encargada de transmitir la cultura.

"Ackerman dice que la institución familia atraviesa hoy día por una transformación notable que se debe a los numerosos y rápidos cambios sociales entre los que se encuentran:

- 1). El logro de las normas y expectativas que rigen a la clase media norteamericana.
- 2). Más segura desde el punto de vista económico.

(4) DICCIONARIO MANUAL, Espasa Calpe, México, 1977, Pag. 720.
Ackerman, Nathan W. PROCESOS FAMILIARES
Ediciones "Horme" Editorial Paidós,
Buenos Aires, Argentina. 1974 - pag. 99

- 3). Disfruta más de las cosas materiales de la vida, aunque
- 4). No alcanza por lo anterior la felicidad.
- 5). La familia trata de alejarse de las funciones tradicionales que antaño tenía, como son la transmisión del culto religioso, el cuidado de los enfermos, la educación, el trabajo, que a la fecha se dejan en manos de las instituciones especializadas para tal fin.

Estos cambios han traído como consecuencia en el otro extremo una mayor movilidad de la familia, tendencia al derrumbe familiar, aumento de divorcios, cambio en la moral sexual, resurgimiento periódico de la delincuencia y la aparición de la farmacodependencia entre otros muchos problemas.

A estas alturas podemos decir que existen diversas causas que han contribuido a la transformación del sistema familiar, y son:

- 1). Incapacidad del sistema patriarcal-autoritario para cumplir sus funciones.
- 2). Las revoluciones en contra de las estructuras autoritarias.
- 3). La comunicación masiva que ha irrumpido en la influencia socializadora de la familia patriarcal.
- 4). La liberación de la mujer quien toma parte activa en la política, en la economía, en la cultura; como ejemplo de ésta tenemos la reciente instalación de numerosas guarderías puestas en servicio por el IMSS para la población femenina asegurada.
- 5). La rebeldía de los niños y los adolescentes, exigiendo ser escuchados y tomados en cuenta. Recordemos los movimientos estudiantiles que se han suscitado en todo el mundo y en diferentes fechas.

Entonces diremos que si la familia ha roto con varios de los marcos tradicionales, tendremos que ésta se ha convertido en una institución dinámica que posee la capacidad de adaptación a un ritmo rápido de cambio social. -

De lo anterior tendremos que lo esencial en la familia será la adaptabilidad que se logre entre los integrantes de la misma, ya sea marido y mujer o entre padres e hijos.

Para el logro de esta adaptabilidad deberán tenerse en cuenta:

- a). Flexibilidad en la reacción emocional de una persona,
- b). Tendencia a obrar de un modo apropiado cuando se encuentran en una situación nueva.
- c). La posesión de conocimientos y destrezas que favorezcan los ajustes.

Continuando con lo expresado por Mújica, y en relación con los vínculos familiares éstos se establecen a través de una combinación de factores:

- 1). Biológicos
 - 2). Psicológicos
 - 3). Económicos
 - 4). Sociales
- 1). Como factor biológico sabemos que la familia es la encargada de perpetuar la especie humana.
 - 2). Desde el punto de vista psicológico es dentro de la familia que sus integrantes satisfacen sus necesidades afectivas.
 - 3). Por lo que se refiere a la economía, sus miembros se hayan unidos —recíprocamente por la provisión de sus necesidades materiales, encontrándose que los padres sostienen por lo general a sus hijos, más tarde serán los hijos quienes sostendrán a los padres viejos.
 - 4). Socialmente es la familia quien dicta una serie de normas que todos — los que la integran deberán cumplir.

Con la llegada de un nuevo miembro de la familia, fuera de la pareja, se establece el binomio madre-hijo; se espera que el amor de la madre sea incondicional para el hijo, su primera función es darle seguridad y apoyo puesto que sus deberes son consolar, educar y conciliar. Esta relación empieza desde el inicio del embarazo y se irá haciendo menos cercana -- conforme el menor crezca.

El amor de madre se observará de múltiples maneras como señala el Dr. Alfonso Bernal del Riesgo "... darle pecho a disgusto (al nene), aunque usted no lo crea, él se da cuenta, lo siente, no lo entiende pero sufre ...". De sutilezas como la descrita se irá formando el amor del hijo hacia la madre. Más tarde vendrá la enseñanza a caminar, a hablar, a explorar el mundo que lo rodea, y por consecuencia la relación materna, que podrá ser de confianza básica y que más adelante se proyectará hacia el mundo en general ... " (5).

A pesar de haber salvado una serie de tradiciones, es la madre quien sigue dedicando gran parte de su tiempo a los hijos para su formación, esto equivale a desgaste de energía, salud, distracciones e intereses como sería el caso de las mujeres profesionistas; resultado de lo anterior son los sentimientos hostiles hacia los hijos, a veces expresados conciente o inconcientemente.

De igual manera aunque en menor grado de intensidad sucederán en el padre, al verse privado del interés y atención absoluta o más o menos completa de parte de la esposa, quien llegando el primogénito se verá en franca competencia por ocupar el principal lugar ante la esposa.

Hablando del padre diremos que la demostración de su amor deberá presentarse como una persona tolerante, paciente en la crianza del hijo, deberá saber utilizar su autoridad de manera racional, para no hacer al hi-

(5) Bernal del Riesgo, Alfonso, ERRORES EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS México, 1973, pag. 25.

jo sentirse amenazado, cada vez deberá darle un sentido mayor de competencia y al momento oportuno permitirle ser su propia autoridad.

Aproximadamente hasta los 7 u 8 años el menor tiene una posición receptiva, a partir de esta edad y hasta los 10 años la misma va a variar, entonces surgirá el sentimiento de producir, éste se une al hecho de estar en la escuela y le permite producir mediante alguna actividad escolar, de ahí los trabajos manuales que pueda entregar a sus padres, ya sea por algún evento especial o simplemente por el deseo de agradar, aquí aprenderá a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas.

Ahora hablaremos un poco de los roles sociales, son aquellos aspectos -- de la personalidad que están incorporados en la acción social, de ahí que en la etapa adulta tengamos una serie de roles, como el de padre, esposo, hijo, profesionista, ciudadano, etc.

En nuestra sociedad mexicana se espera que el rol de padre sea el de un hombre autoritario que por lo general permanezca fuera del hogar la mayor parte del tiempo, esto trae como consecuencia que las relaciones entre padre y madre, padre e hijos sean escasas, su conducta deberá ser autoritaria.

A la madre se le ha calificado de tierna, sensible, tolerante, consentidora, dulce, sufrida, etc.

Los roles a cubrir por los hijos son los siguientes: obedientes para con sus progenitores, amorosos, respetuosos, sumisos para lograr ser hijos educados.

De la socialización, entendida ésta como la transmisión de la tradición cultural de generación en generación, sirviendo así la familia como conducto en el mantenimiento vivo de la cultura, diremos que la guía de la familia hará de los integrantes de la misma sujetos sanos o enfermos dentro de su sociedad.

"Volviendo a Ackerman quien señala que es necesario construir una concepción dinámica e integrada de los problemas de salud mental en la vida familiar, relacionando la familia hacia afuera con la sociedad y hacia adentro con el miembro individual.

De esto se deduce que tendremos una visión general si analizamos las actitudes y aspiraciones de los padres acerca del niño, para conocer el trastorno del menor. . . .".

Otro de los elementos fundamentales que hacen a una familia sana es la -- comunicación, ésta debe ser clara y directa para un mayor enriquecimiento de la institución. Deberá hablarse abiertamente, expresando sentimientos ya sea de agrado o malestar, sin pensar que por el hecho de dar una -- opinión se perderá el afecto, amor o cariño de alguno de los miembros -- que integran la familia.

1.4 Rol de la mujer en la familia:

El rol principal que se le ha dado a la mujer en la familia y en la sociedad es la procreación, que exige no sólo asumir la responsabilidad de tener y cuidar a los hijos, sino de proporcionarles un marco adecuado para su mejor desarrollo y desenvolvimiento; responsabilidad que en el seno del hogar debe ser compartida con el hombre. Ante esta situación, se plantea; ¿se debe aceptar esta concepción de la mujer?, consideramos que no, -- puesto que antes de la revolución industrial el hombre y la mujer trabajaban juntos en el cultivo de la tierra, en las artesanías y compartían las labores domésticas, cierto es que el hombre que disponía de suficientes recursos como los señores feudales, los comerciantes ricos; consideraron a la mujer como su posesión más valiosa, rodeándola de lujos y de numerosos sirvientes.

Debemos de tener presente que esta situación la disfrutaba una minoría, mientras la mayoría ayudaba al esposo en las labores productivas cotidianas como sucede aún en la actualidad en los países en proceso de desarrollo. En éstos la familia conserva características tradicionales, consecuencia del predominio de actividades agrícolas de la producción artesanal de tipo familiar y del pequeño comercio como ocurre en Asia, Africa y América Latina.

El advenimiento de la máquina modificó esta situación en los países afectados por la revolución industrial cambiando el centro de actividad económica del hogar a la fábrica, en un principio los patrones trataron de sustituir fuerza de trabajo masculina por la de mujeres y niños principalmente en la industria textil; aunque abundaron mujeres y niños en las nuevas unidades de producción, obteniendo salarios inferiores hacia la segunda mitad del siglo XIX la mayor parte de los obreros eran varones.

El proceso de industrialización se caracterizó por el abandono del campo y el crecimiento de las ciudades, con la urbanización las tierras crecieron, se comenzaron a producir en fábricas muchos bienes hasta entonces confeccionados en el hogar; telas, ropa, pan y una serie de productos alimenticios esto dió como resultado que las mujeres de las clases alta y media fueran las beneficiadas al disponer de más tiempo libre creando el movimiento feminista.

Sin embargo con la revolución industrial y el reconocimiento de los derechos civiles no terminó la lucha por incorporar plenamente a la mujer tanto a las responsabilidades como a los beneficios de la sociedad actual. -- Hasta hace más o menos un siglo la mujer pasaba toda su edad adulta criando o cuidando una familia, hoy en día podemos decir que la mujer una vez que ha concluido su ciclo reproductivo y con el menor de sus hijos en la escuela comparte responsabilidades en el hogar y en el trabajo. En el caso de las mujeres de la clase proletaria y las campesinas, el tiempo libre es casi inexistente pues realizan jornadas agotadoras sin horario, ocupadas en las labores domésticas y en el cuidado de los hijos.

Debemos de tener presente que el avance tecnológico ha de continuar, ante esta situación la mujer no debe permanecer en el hogar sino que se le deben proporcionar suficientes facilidades para que en su tiempo libre se prepare para que pueda compartir en forma adecuada las tareas que se le encomienden.

Ante esta cuestión tenemos que:

La sociedad tradicional sigue considerando que las funciones propias de la mujer requieren que dedique todo su tiempo al hogar, aceptando que trabaje únicamente cuando existen razones de índole económica u otras causas (viudez, divorcio, etc.) que la convierten en sostén de la familia.

Hay quienes consideran que el trabajo realizado por la mujer en su casa es monótono e inferior; ocasionando con esto que la mujer desprecie las labores domésticas, desvirtuando una función que como esposas y madres les impone la naturaleza y cuya función es esencial para lograr una buena integración familiar.

El rol ideal de la mujer es que pueda combinar sus funciones esenciales en el hogar con las tareas económicas, políticas y sociales.

1.5 La situación de la mujer dentro de la Sociedad Capitalista:

La producción capitalista se basa en el trabajo asalariado, los obreros asalariados se hallan libres de las trabas feudales pero carecen de medios de producción, y si no quieren morir de hambre no tienen más remedio que vender su fuerza de trabajo a los capitalistas. La explotación del proletariado por la burguesía constituye el rasgo distintivo fundamental del capitalismo, y la relación entre burguesía y proletariado es la relación de clase fundamental de la sociedad capitalista. Por lo tanto se puede decir que la base del régimen burgués es la propiedad capitalista sobre los medios de producción, la producción capitalista se basa en el trabajo asalariado, la explotación del proletariado por la burguesía constituye el rasgo

distintivo fundamental del capitalismo y la relación entre burguesía es la relación de clase fundamental de la sociedad capitalista, ante esta situación cabe preguntarse que sitio ocupa la mujer en esta sociedad capitalista.

El 51% de la población mundial lo constituyen las mujeres, son el grupo social y económicamente oprimido más grande que existe, las han explotado en el trabajo y se les ha relegado al hogar; estas dos posiciones comprenden su opresión, su estado de subordinación dentro de la producción.

En el campo laboral la mujer desempeña actividades de acuerdo a su condición de mujer, aceptando salarios muy bajos como algo secundario puede gozar de una "solidaridad social", más no política con sus compañeras de trabajo, la labor que desarrolla en la mayoría de los casos no es creativa sino por el contrario es monótona, es un trabajo automatizado, el que les ocasiona una fatiga física y un cansancio mental. La mujer que tiene la oportunidad de estudiar una carrera profesional, escoge las áreas que van más de acuerdo con su calidad de mujer; se inclina por las de ciencias y humanidades, y si quiere adquirir un perfeccionamiento como en el caso de las carreras de medicina se decide por el área de obstetricia, pediatría y ginecología.

Cuando la mujer desempeña un trabajo y percibe por este un salario el cual en la mayoría de los casos no lo distribuye adecuadamente a sus necesidades, sino que se dedica a malgastarlo en productos que la producción capitalista lanza al mercado como es el caso de los cosméticos, la moda en el vestir la que continuamente está cambiando al igual que los artículos utilizados en el hogar; siendo estos elementos la característica de su opresión, es por esto que la mujer en la sociedad es la gran consumidora, lo que ocasiona que sea tomada su imagen de mujer en los medios de publicidad como objeto sexual pasivo, siendo las únicas beneficiadas de esto último las estructuras de poder de las grandes empresas y no los hombres.

"... Una de las tareas de una mujer en esta sociedad es el de ser un objeto sexualmente atractivo y la ropa y los cosméticos son los útiles del oficio. El consumidor principal es en realidad en este caso el hombre, quien consume a la mujer como una mercancía sexual, que es lo que se la venido enseñando a través de la evolución que ha tenido en la historia ver en ella no a una persona con las mismas capacidades intelectuales y creativas, capaz de desarrollar todas sus potencialidades. La imagen que se ha hecho de ella es la de un ser inferior en todos sus aspectos, no aceptando que la única inferioridad entre ambos sexos es la de su fuerza física para ciertas actividades que realiza el hombre y que en nuestra sociedad no le son permitidos a la mujer ..." (6).

(6) Randall, Margaret, LAS MUJERES
Editorial siglo XXI, México, 1976. Pag. 52.

Capítulo II. - Trastornos Familiares y Sociales en la Mujer ocasionados por una enfermedad crónica.

- 2.1 Alteraciones en el núcleo familiar a causa de una enfermedad crónica en la mujer.
- 2.2 Reacciones familiares y sociales de la mujer que ha sido sometida a una Mastectomía Radical.
- 2.3 Importancia que la Sociedad ha dado a la imagen corporal de la Mujer.
- 2.4 Procedimientos utilizados por la ciencia médica en el tratamiento del Cáncer de Mama.

2.1 Alteraciones en el núcleo familiar a causa de una enfermedad crónica en la mujer.

La enfermedad nunca ha respetado a ningún ser viviente, puede presentarse en la planta, en el animal y en el hombre; el más elemental organismo unicelular puede enfermar.

La situación del ser humano es completamente distinta en comparación -- con otros organismos, cuando en él se presenta la enfermedad puede cambiar su destino. En un gran número de casos la enfermedad no lleva al individuo a la muerte, sino a la enfermedad crónica; es por esto que no puede curarse por sí mismo, debe recurrir a la ayuda de un técnico reconocido por la sociedad para poder salir de la situación. La situación social del enfermo en todas las sociedades está regida por reglas instituidas y codificadas que pueden variar de una cultura a otra, estar enfermo es una realidad, una situación de hecho que generalmente tiene una base física y que entraña un comportamiento desviado de las exigencias sociales. El enfermo cualquiera que sea su enfermedad tiene una situación particular, tomando en cuenta que el médico conoce la enfermedad somática, pero no la personalidad ni la situación social real del enfermo.

"... Para el ser humano el solo hecho de padecer una enfermedad orgánica es un factor importante para su vida emocional. La enfermedad orgánica es un factor importante para su vida emocional. La enfermedad y el sufrimiento tienen un sentido para él; son manifestaciones más o menos amenazantes a las que se subordinan los demás valores vitales, por lo tanto la enfermedad es un stress cuyo origen está dentro de las fronteras corporales del individuo. Aparece en un contexto social y afecta el equilibrio psicodinámico del enfermo en relación con su medio ..." (7).

"... Para el individuo el criterio principal de enfermedad suele ser la incapacidad para responder a las exigencias del medio respecto a los demás, el enfermo se diferencia del sano activo por su inactividad. El diagnóstico médico y la suspensión de la actividad tienen repercusiones sociales por esta situación el individuo se convierte en enfermo para la "sociedad" por considerar que el enfermo no puede enfrentarse con sus obligaciones sociales y profesionales, creándole una situación nueva que ya no le deja vivir como antes ..." (8)

La enfermedad crónica puede tener aspectos muy diferentes respecto a la gravedad, al pronóstico y al grado de invalidez del enfermo entraña modificaciones en las relaciones del sujeto enfermo con su mundo.

La presencia de una enfermedad crónica en el individuo, ocasiona alteraciones tanto en él como en su núcleo familiar de donde él forma parte, la mayoría de las familias tienden a reaccionar de forma excesiva frente a la naturaleza pasiva y dependiente del enfermo volviéndose más afectuosos, tolerantes e indulgentes.

Al iniciarse la enfermedad los papeles habituales de los diversos miembros de la familia se hacen vagos y confusos. La familia que está bien integrada se adapta progresivamente a la situación impuesta por la enfermedad a las demandas imprevisibles hechas por la persona enferma pero no sin pagar un grave tributo a su bienestar inicial.

Una enfermedad no es vivida de la misma forma por la familia si el enfermo está hospitalizado, que si permanece en su domicilio. La enfermedad en casa presenta una fenomenología propia. Una familia no es una simple colección de individuos, sino un grupo de inter-relaciones e interdependencias dinámicas entre sus miembros. Cada uno de ellos tiene sus contactos dentro y fuera de la familia y una susceptibilidad distinta para el contagio físico y psicológico.

(8) Ibid, pag. 27

Cuando un miembro de la familia está enfermo, sus familiares reaccionan frente a la enfermedad y a su vez el paciente reacciona frente a la respuesta de su familia. Hasta cierto punto la familia siempre se perturba con la enfermedad de uno de sus miembros. En la enfermedad el individuo enfermo se convierte en algo especial y sus familiares, debido al parentesco y a la proximidad sufren con él. En la casa se producen alteraciones en la estimación de los papeles de cada uno, en la fuerza y dirección de los sentimientos entre los miembros de la familia, en el mantenimiento de la disciplina y en la realización de los trabajos rutinarios de la casa. La familia está cada vez más absorbida por sus problemas y acaba por desconectarse de su ambiente.

Cuando la enfermedad se presenta en la madre se crea un máximo de trastornos en la familia; tanto emocional como físicamente, agudizándose aún más cuando hay hijos menores, puesto que los condena a una falta de apoyo en el momento en el que más la llegan a necesitar.

Es de vital importancia que ante esta situación la mujer sienta el apoyo de su conyuge y demás familiares puesto que las situaciones por las que llegan a pasar varían de acuerdo al tipo de enfermedad y tratamiento. En algunos casos el tratamiento suele ser largo y costoso lo cual repercute en toda la familia, como es el caso del paciente oncológico en donde la familia sufre al igual que el paciente toda la evolución de la enfermedad oncológica.

Se puede decir que este tipo de enfermedad es uno de los principales azotes de la humanidad, porque no solamente afecta al paciente, puesto que las consecuencias fatales repercuten en cada uno de los miembros de la familia; como es el caso de la paciente con un cáncer de Mama.

Tomando en cuenta que el estudio versa sobre este tipo de enfermedad, es esencial que se dedique un punto a la paciente con Cáncer de Mama que ha sido sometida a una Mastectomía Radical.

2.2 Reacciones familiares y Sociales de la mujer que ha sido sometida a una mastectomía radical.

Se puede decir que el enfermo que más problemas puede llegar a tener es el amputado y el caso de las mujeres mastectomizadas es un representante de esto; puesto que su imagen ya no es un todo unitario.

Para la mayoría de las mujeres la Mastectomía les causa una gran ansiedad; una de las principales causas es el énfasis que nuestra sociedad pone en los senos como símbolo de feminidad; esta ansiedad se acentúa en la mujer casada al pensar y sentir que ya no es atractiva, esto puede producir una crisis de identidad sexual, puesto que la actividad sexual es el área más difícil de ajustar en una mujer con vida sexual activa; el médico debe orientar a la pareja indicándoles que la Mastectomía de ninguna manera disminuye el deseo sexual de la mujer, por lo tanto sus relaciones sexuales no están prohibidas medicamente, debiendo ser reanudadas tan pronto la paciente se sienta con deseos de realizarlas; en un principio tanto la mujer como el hombre pueden reaccionar en forma negativa. En este aspecto es importante saber la frecuencia de sus relaciones y las actitudes de ella y su pareja en su vida sexual antes de habersele practicado la cirugía, dado que si la mujer ha tenido una vida sexual activa normal cualquier cambio negativo afectará su vida emocional, con lo que puede llegar a ocasionar trastornos en su rol de esposa y madre, y lo que llega a repercutir en su medio social.

Cuando la paciente no tiene la aceptación de su pareja se sentirá rechazada y menospreciada, con lo que afectará su estado de ánimo, el que puede repercutir en sus actividades cotidianas; en algunos casos el médico aconseja que no desarrollen determinadas tareas, pero esto no quiere decir que abandonen su trabajo y sus obligaciones, este caso lo encontramos en el tipo de pacientes cuyos recursos económicos son desahogados, en relación con las pacientes de la clase media y baja no se pueden desligar tan fácilmente de sus obligaciones, puesto que su familia y su trabajo si

es que lo tienen les exige su participación.

Existen pacientes que se alejan de sus familiares más cercanos a consecuencia de su padecimiento, dejan todo lo que acostumbraban a realizar; unas porque se sienten mutiladas y rechazan toda ayuda de los seres que las rodean, otras porque se sienten abandonadas y con pocos deseos de vivir.

En la toma de decisiones en el hogar en la mayoría de los casos queda a cargo del jefe de familia o en otro miembro ocasionando con esto que la paciente se sienta incapacitada tanto física como moralmente para desempeñar su rol de esposa, madre y de ama de casa.

Otro aspecto no menos importante es el significado que la sociedad le ha dado al seno de la mujer. En nuestra sociedad el seno ha adquirido una importancia desmesurada ¿Como el público ha podido interesarse tanto en esta parte del cuerpo femenino? A primera vista puede explicarse este fenómeno por el atractivo erótico del seno en si mismo. Su utilización por parte de la publicidad; al exhibir fotos de mujeres semivestidas y desnudas hasta la cintura, que se ven en libros, periódicos y revistas expuestas a la vista del público en general provocando reacciones de índole sexual o erótica; pero realmente el seno es erótico. Desde un punto de vista fisiológico puede decirse con toda certeza que el seno no es un órgano genital en el sentido estricto de la palabra, dado que puede establecer una relación sexual completa entre dos personas sin que necesariamente intervengan los senos; pero no por esto puede negársele su calidad sexual, considerando que la sexualidad es mucho más compleja que la simple unión de dos órganos; el seno es de hecho un órgano que actúa de forma psicológica bastante importante durante la copula por ser un atractivo sexual para el hombre.

Existen mujeres que conceden gran importancia a la perfección de su busto, viven angustiadas por la idea de no adaptarse a las normas de su belleza que les han inculcado desde niñas al decirles que están hechas para ---

agradar al hombre y una forma de hacerlo es teniendo un seno que debe armonizar con la línea del cuerpo.

Es por lo tanto innegable que para la mayoría de las mujeres los senos son uno de los signos más importantes de su feminidad, la aparición de cualquier síntoma extraño en ellos las inquieta y las angustia. Cuando la paciente es una mujer joven la reacción que tiene ante la sociedad va a variar al sentir que ya no es como las demás mujeres, los primeros problemas se presentan en el hogar y posteriormente los reflejará en su medio social si es que en su medio familiar no ha encontrado el apoyo y la aceptación principalmente de su esposo y de sus demás familiares, de los cuales dependerá en gran parte que la paciente se adapte nuevamente en forma normal a su medio ambiente.

Las reacciones varían de acuerdo al estrato social de la paciente, puesto que su actitud dependerá esencialmente de los estímulos que reciba de su medio social.

2.3 Importancia que la sociedad ha dado a la imagen corporal de la mujer.

Desde tiempos muy remotos la humanidad ha admirado la belleza física de la mujer y una prueba de esto la encontramos en las cuevas, en las pinturas rupestres, en la piedra o el marfil, en donde la mano del artista ha dejado como testimonio la imagen de una mujer hermosa.

En la era cristiana la humanidad se vió afectada por la censura que se hacía del cuerpo humano, la censura cristiana mata sistemáticamente la estética antigua consagrada en gran parte a la manifestación de la belleza sensual del cuerpo humano.

A finales del siglo XVIII el romanticismo europeo estalla en Alemania e Inglaterra y dos generaciones más tarde en Francia e Italia; este nuevo Renacimiento propaga el culto a toda la gama sensual apetecible y la desplie-

ga en el cuerpo femenino desnudo.

El Romanticismo llega a cansarse de sus propios excesos a mitad del siglo XIX surge el realismo; en esta época la hipocresía cristiana y burguesa vuelve a escandalizarse por las reencarnaciones de las obras de Ticiano y Rafael.

Entre 1900 y 1940 el desnudo femenino atrae numerosos artistas cuyas obras en gran parte son eróticas. En la actualidad encontramos innumerables publicaciones más o menos clandestinas que buscan consumidores que gustan de la pornografía como ejemplo de esto tenemos los puestos de periódico en donde exhiben una serie de revistas cuyas portadas tienen fotografías de mujeres con escasa ropa o completamente desnudas anunciando productos y las nuevas modas, así como coches deportivos, aparatos eléctricos y todo lo que le interesa al hombre.

Existen hombres que no se conforman con ver el cuerpo femenino solamente en revistas, sino que les atrae más verlo en los espectáculos y en el cine. Existe una variedad de lugares a donde puede acudir todo "espectador" sobre todo si se trata de manifestaciones en salas oscuras, conviene decir que el strip-tease se remonta desde las épocas más antiguas y la historia nos lleva hasta la Dolce Vita, hoy en día se cuenta con las discotecas donde se practica el enajenamiento colectivo al ver bailar a la mujer con los pechos desnudos para el disfrute de los espectadores.

"... Existen innumerables formas de hacer llegar la imagen de la mujer en donde muestra todos sus encantos femeninos como sucede en los calendarios eróticos que comienzan a finales del siglo XVIII; nuestros calendarios eróticos actuales circulan más o menos oficialmente y se editan asociados con frecuencia a productos tocantes al automóvil, presentando estilos muy variables que van de la belleza más sofisticada hasta la pornografía menos disimulada ..." (9).

(9) Guy Robert, LOS SENOS
Edit. Daimon, Barcelona, España, 1972; pag. 20.

Ante esta situación predominante en la sociedad, en donde la mujer debe lucir una figura agradable para los demás la ciencia médica está luchando contra uno de los más terribles padecimientos de la mujer en donde ve destruida su imagen corporal.

En el siguiente punto hablaremos de los procedimientos utilizados por la ciencia médica en el tratamiento del Cáncer de Mama.

2.4 Procedimientos utilizados por la ciencia médica en el tratamiento del Cáncer de Mama.

Antes de hablar de las enfermedades y tratamiento de los senos se dará una explicación somera de su anatomía.

En la mujer cada una de las glándulas mamarias se halla situada en el tórax, sustentada por una cierta cantidad de músculos. En cuanto a los límites periféricos de la glándula, son extraordinariamente variables de una mujer a otra; la más importante aparece a la altura de las axilas, donde puede observarse a veces una prolongación de la glándula. Además del pezón los senos están compuestos por una envoltura superficial de grasa, glándulas y una red de finos conductos que llegan hasta los pezones, cada seno está compuesto de diez o doce grupos glandulares canalizados por idéntica cantidad de conductos que llevan al pezón. Estos componentes, glándulas y conductos varían tanto según el período de vida - pubertad, vida genital activa, climaterio, menopausia -, como en función de la estimulación hormonal que reciben.

Exámen médico de los senos: En las mujeres que presentan problemas de cualquier tipo en los senos, el médico debe realizar no sólo un reconocimiento de éstos, sino que también de la pelvis; dado que es frecuente que vayan asociadas ambas perturbaciones ginecológicas ¿ Como es que se debe de hacer el exámen médico? Primero debe realizarlo sentada, desnuda hasta la cintura y con las manos descansando en las piernas. Así se -

comprobará la igualdad de dimensiones y la similitud de contornos, su forma y las posibles variaciones en la altura del pezón, el color, la consistencia y la ausencia o presencia de retracción en la piel.

Esta posición con el tórax inclinado hacia adelante permitirá al médico observar la movilidad de los tejidos, la distribución de los vasos sanguíneos por toda la piel, pasando luego a un reconocimiento de la base del cuello y la cavidad del brazo para buscar pequeños ganglios linfáticos duros o de escasa movilidad. Finalmente el exámen se acabará con la palpación del seno en posición horizontal, de esta manera las glándulas y el tejido del seno se extiende por la caja torácica y se desbordan lateralmente.

El médico realizará el exámen sistemático de los cuatro cuadrantes en que por necesidades clínicas y teóricas se divide el seno anatómicamente; el cuadrante superior interno, el superior externo, el inferior externo y el inferior interno. Esta división por cuadrantes es muy importante para determinar algunas lesiones. Existen varios métodos para saber que tipo de padecimiento presenta una mujer en el seno.

La mamografía consiste en un reconocimiento radiológico del seno, este método está particularmente indicado; a) como medio para confirmar el diagnóstico clínico del médico, b) para ayudarlo en los casos difíciles de reconocer, c) como guía para el cirujano indicándole el emplazamiento del posible tumor por unos puntos de referencia conocidos.

Un segundo método es la Citología cuando existe derrame en el pezón, se deposita esta gota de líquido obtenida por flujo espontáneo o provocado por presión, en una lámina se colorea y examina al microscopio, este exámen permite determinar el tipo de secreción y de células y ayuda al médico a conocer la naturaleza misma de la lesión interna causa del pequeño flujo.

El tercer método es la termografía que consiste en medir el calor que desprenden las diversas regiones del seno por medio de un aparato especial que mide las diferencias o variaciones de temperatura en los tumores benignos o malignos; se dice que este exámen es menos preciso que la Mamografía.

Existe un último sistema de diagnóstico la xerografía. Por sistema la imagen biológica se proyecta sobre una placa metálica impregnada de selenio. El tejido y la piel del seno quedan dibujados con una simple exposición a los rayos X. De esta manera se acentúan las más ligeras diferencias de densidad. En ciertos casos, este procedimiento es superior a la Mamografía.

Entre las principales lesiones que afectan a los senos existen las siguientes:

Lesiones quísticas y displásicas. - Entre estas se reconocen los quistes simples y papilares o quistes que se desarrollan en el tejido o en los canales glandulares con inmediata distensión de estos y acumulación de líquido, estos quistes son benignos.

Tumores adenomatosos y fibromatosos. - Entre los tumores los más frecuentes son los adenomas y los fibroadenomas; se trata de tumores benignos de las glándulas normalmente solos, que pueden localizarse por todas las regiones del seno y que aumentan de volumen continuamente.

Enfermedades de la piel tipo eczema del pezón. - Entre las lesiones de la piel del pezón muchas producen prurito o escosor; es importante distinguir estas lesiones de otras más graves y de la llamada enfermedad de Paget, dado que estos tumores se presentan en la piel del pezón.

Enfermedades infecciosas o inflamatorias. - Entre ellas, están las trombosis y flebitis de las venas del seno, están relacionadas con un traumatismo o golpe recibido en la región de los senos.

Dolor mamario. - El dolor de las mamas puede ser ocasionado por muchas causas; embarazo, menstruación, lactancia, comienzo de la pubertad, grietas o infecciones del pezón, mastitis, cardiopatías, efectos de un traumatismo, trastornos digestivos, etc.

Mastitis aguda. - Se presenta durante la lactancia, aunque en ocasiones aparece en el curso del embarazo. En los comienzos de la enfermedad apare-

cen escalofríos seguidos de fiebre y sensación de peso y dolor en la mama que en seguida se hace muy agudo. La presencia de fiebre y el intenso dolor localizado en una parte de la mama son suficientes para distinguir la mastitis aguda.

Secreción Mamaria. - Durante el embarazo, sobre todo en las mujeres -- multíparas no es raro que aparezca secreción de leche, tanto ésta como la secreción espontánea durante la lactancia son escasas. En ciertos casos la salida espontánea de leche llega a hacerse molesta; normalmente la secreción desaparece de manera espontánea al cabo de algún tiempo. Se han descrito en forma general algunas de las afecciones más comunes en los senos, los que por su estrecha relación con el aparato genital femenino; -- por su dependencia de las secreciones hormonales y por su misma complejidad como órgano de la lactancia está sujeto a una serie de fenómenos de origen fisiológico aparte de otros traumas y lesiones cuyas causas pueden ser internas en algunas ocasiones o externas en otras; es por esto que vamos a ver ahora como es que aparece el Cáncer de Mama.

"... El cáncer mamario es la forma de cáncer más frecuente en las mujeres; este se presenta generalmente en la época de la menopausia o después, aunque se puede desarrollar después de la pubertad.

El primer síntoma (y signo) es un bulto en el pecho; el cáncer sólo es responsable de un pequeño porcentaje de estas formaciones, empieza con un pequeño abultamiento en el seno, sólo un médico puede diferenciar bien un tumor benigno de uno maligno. El tumor a veces empieza en uno de los diminutos conductos (lácteos) que van del centro del seno al pezón.

El cáncer mamario es de los que se prestan mejor al diagnóstico precoz. La enfermedad se inicia con una hinchazón o bulto en una estructura que es superficial y que se puede palpar fácilmente, dado que los tejidos son blandos. Los resultados del tratamiento del cáncer mamario incipiente son buenos. El cáncer mamario generalmente no produce dolor, un tumor mamario maligno no suele ser doloroso..." (10).

"... En todo el cuerpo hay fibras finas llamadas nervios. La presión o el daño en estos da como resultado dolor, algunas zonas del cuerpo tienen muchas fibras nerviosas y se requiere muy poca interferencia para producir dolor. Sin embargo el pecho no está muy innervado y por esta razón los tumores en él a menudo no ocasionan dolor.

El cáncer se presenta cuando el tumor se extiende a los vasos linfáticos; - los cuales abundan en el pecho y la mayoría de ellos pasan por los nódulos linfáticos de la axila del mismo lado (ganglios linfáticos axilares). Aquí - tiene lugar la primera retención de las células cancerosas, al tratar este padecimiento, se pueden extirpar estos nódulos linfáticos por cirugía o se pueden tratar con radioterapia. El padecimiento puede extenderse a otras partes del cuerpo si no ha sido eliminado por tratamiento, a veces afecta los huesos que debido al padecimiento se debilitan y se rompen ... " (11).

"... Uno de los principales métodos para tratar el cáncer es la cirugía, - puesto que el cirujano tiene como fin eliminar el tumor completo sin dejar células cancerosas, existen determinadas circunstancias que impedirán - que el cirujano realice una operación que cure el cáncer, si se ha extendido a diferentes partes del cuerpo, el cirujano no puede acabar con la enfermedad, para tener éxito el tumor tiene que estar limitado a una zona; en este caso el cirujano tiene que extirpar por completo el tumor además de un margen determinado de tejido circundante.

¿ Cuándo es que se realiza la Mastectomía Radical ?

Hemos dicho ya que el cáncer mamario generalmente comienza en forma de un bulto en el seno; después si no se trata se extenderá a los ganglios linfáticos de la axila del mismo lado. Una operación común de rutina para tratar este padecimiento consiste en extirpar el seno afectado y los ganglios linfáticos de la axila de ese lado. Esta intervención se llama Mastectomía Radical, se realiza cuando se comprueba por el resultado del patólo

go que el tumor fue maligno y cuando el médico no puede palpar ningún ganglio inflamado. Si se eliminan los tejidos antes de que sea seguro que el cáncer ya llegó a ellos la erradicación de todo el tejido maligno es mucho más probable..." (12).

La mastectomía radical es quizá uno de los métodos que más utilizan los médicos oncólogos hoy en día para combatir el cáncer de mama.

Capítulo III. - Participación del Trabajador Social con Pacientes Oncológicos.

- 3.1 El Trabajador Social en el área médica.**
- 3.2 El Trabajo Médico Social en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del I. M. S. S.**
- 3.3 Rol del Trabajador Social y el grupo interdisciplinario.**

3.1 El Trabajo Social en el área médica.

En los últimos 50 años se ha incrementado la participación del Trabajador Social por considerar que los aspectos sociales y emocionales intervienen en la enfermedad y recuperación de la persona humana, es por esto que — cada vez se toma más en cuenta la influencia del ambiente en donde el Trabajador Social puede efectuar en programas de salud y bienestar junto con profesionales afines como médicos, higienistas y enfermeras de salud pública.

El interés profesional del Trabajador Social fundamentalmente son los factores personales y sociales del paciente, principalmente aquellos que intervienen sobre la enfermedad.

"... Las implicaciones son debidas a problemas internos del enfermo o de su ambiente que están contribuyendo a mantener o a agravar la enfermedad o que le impiden pasar de la enfermedad a la recuperación física y de la recuperación física al restablecimiento de la vida social. Puede también haber algo en la naturaleza de la enfermedad que tenga consecuencias serias para el paciente o para las normas de vida que le eran habituales..." (13).

Al personal que labora en un hospital le interesa y le concierne los aspectos sociales de la atención del paciente; pero el profesionista que se acerca más al ambiente familiar y social del paciente es el Trabajador Social; porque es el que se adentra más a sus necesidades que a menudo son complejas y requieren de orientación adecuada.

El Trabajador Médico Social requiere de una formación profesional en donde es indispensable poseer los conocimientos que en los planes de estudio se agrupan en tres áreas básicas:

(13) C. H. de Vittorioso, Lidia TRABAJO MEDICO SOCIAL. Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1976. pags. 7-11

- 1). La conducta humana
- 2). Los servicios sociales
- 3). Los métodos de Trabajo Social

1). La conducta humana. - En esta área intervienen una serie de factores como son los de orden intelectual y emocional.

Los conocimientos de esta área se adquieren mediante el estudio de temas que tratan el desarrollo normal, físico, mental y emocional del individuo.

En un punto de vista dinámico, se analiza como el ser humano se adapta, y la manera de como el organismo se desarrolla, y que actitud toma ante las presiones del medio ambiente en donde encuentra superación y frustraciones en su personalidad durante las diversas etapas de su vida.

Los factores de orden social. - Es de suma importancia que los Trabajadores Médico Sociales tomen en cuenta como influyen las fuerzas sociales en el comportamiento del ser humano que se le considere en forma individual o en grupos.

Bajo la denominación de Proceso Social; que comprende la Sociología, la Psicología Social y la Antropología Cultural se les enseñan los factores biológicos y culturales de la conducta, los elementos culturales de la estructura familiar, las normas aceptadas de comportamiento social y la función de los individuos en la familia y la comunidad.

"... Factores biológicos. - La Organización Mundial de la Salud establece que la salud no es la mera ausencia de enfermedad, sino el más completo bienestar físico, mental y social de la persona humana.

El paciente debe ser considerado en un sentido integral; y como el hombre que está enfermo, es miembro de una familia y de una comunidad, no se le debe considerar como algo ajeno a su ambiente puesto que está so-

metido a las leyes sociales y forma parte de una estructura social ... " - (14).

El individuo enfermo debe tener un equilibrio en los fenómenos físicos y en el ambiente social. Las presiones socio-económicas, la vivienda inadecuada, las condiciones de trabajo desfavorables, las tensiones emocionales, pueden constituir los factores que desencadenen la enfermedad actuando desfavorablemente a la adaptación de los patrones sociales y culturales que aumentan las tensiones.

Es de suma importancia que el trabajador Médico Social tenga conocimientos generales de la enfermedad, sus síntomas, métodos de tratamiento, recursos médicos y de rehabilitación para comprender aún más la situación del paciente; puesto que hay padecimientos que aparte de consumir al paciente consumen a la familia, como es el caso del paciente con cáncer; esto por supuesto se va adquiriendo con la practica profesional continua que se tiene en el hospital.

2). Los servicios sociales. - Esta área incluye la comprensión y los conocimientos que debe adquirir el Trabajador Social sobre los servicios sociales públicos y privados, es decir los recursos con los que cuenta la comunidad; se estudian los programas de bienestar social, su desarrollo histórico y su alcance para llenar las necesidades humanas.

3). Los métodos de Trabajo Social. - Al igual que en otras áreas del Trabajo Social; en el área médica se emplea el trabajo social de casos, trabajo social de grupos y trabajo social en el desarrollo de la comunidad. Empleando en cada uno de ellos el conocimiento profesional requerido y específico a la naturaleza de los problemas expuestos por el paciente, su familia y el grupo de individuos que una u otra forma están ligados al paciente.

El Departamento de Trabajo Social, lleva a cabo prácticas supervisadas su fin el de determinar en una forma efectiva la función que desarrolla el Trabajador Médico Social en un hospital o centro de rehabilitación, estando identificado con los objetivos totales del hospital en el cual se desarrolla su labor.

Ruth Emerson, en su artículo sobre Niveles en Trabajo Médico Social dice: "...Las normas de cualquier departamento del hospital, médico, enfermería, dietología, servicio social, etc., están concentradas en la calidad de la atención dispensada a los pacientes por medio de la coordinación y uso de los recursos de la Institución y de los servicios de salud y bienestar de la comunidad..." (15).

Es por esto que el departamento de Trabajo Social es una parte del hospital que trabaja interdependientemente con los otros departamentos para proporcionar la atención requerida por el paciente.

"...La organización del departamento de Trabajo Médico Social consiste en tres pasos diferentes: 1) Amplia y ordenada agrupación de las tareas a realizar, 2) Distribución de estas tareas entre los Trabajadores Médico Sociales, 3) Definición de las inter-relaciones de las tareas en el departamento con las tareas de otros departamentos del hospital y de la comunidad. Así se asegura el más efectivo aprovechamiento de las destrezas y de la capacidad de los miembros que integran el departamento de Servicio Social..." (16). Es importante que cada Trabajador Social este conciente de cual es su esfera de acción para determinar la conducta a seguir.

(15) Emerson, Ruth, STANDARDS IN MEDICAL SOCIAL WORK
The Hospital in Modern Society The Common Wealth Found
New York, 1973. Pags. 339-343

(16) Moss Celia R., ADMINISTERING A HOSPITAL DEPARTMENT
American Association of ^Medical Social Workers,
Washington, 1955. Pag. 21

En el año de 1949 la Asociación Norteamericana de Trabajadores Médico Sociales publicó un reglamento para que fuera aplicado en los departamentos de Servicio Social de los Hospitales, clínicas y sanatorios; este reglamento comprende las actividades que el Trabajador Social debe desarrollar en colaboración con el cuerpo médico para darle una mejor atención al paciente, dichas actividades son:

- a). Realización del Trabajo Social de Caso Individual.
- b). Participación en la elaboración de programas y la formulación de normas dentro de la institución médica.
- c). Participación en el desarrollo de programas de salud y bienestar para la comunidad.
- d). Participación en programas educacionales para personal profesional.
- e). Investigación social.

a). Realización del Trabajo Social de Caso Individual. - Su función principal del Servicio Social en el Hospital es contribuir al tratamiento integral del paciente ayudándole a resolver aquellos problemas sociales y emocionales que interfieren con el tratamiento médico, su ajuste a la institución y la conservación de su salud física, mental y social.

El Trabajo Social al emplear la técnica de caso individual interviene en el medio ambiente del paciente con lo que le da más confianza, lo que da como resultado que el paciente sienta disminuir sus cargas emocionales; tanto el Trabajador Social como el médico centran su atención en el estudio del contexto de los problemas que presenta.

El trabajador Social emplea el estudio social el cual da una idea del cliente como persona y de cuales son los principales problemas que lo están afectando, al mismo tiempo puede enterarse de sus normas de vida; una cosa muy importante es que el Trabajador Social perciba esta situación tal y como es en la realidad y no se base únicamente a la información que

le proporciona el paciente, ya que él sólo puede decirle lo que el inter--
 preta de su vida y no es posible conocer completamente al paciente si --
 únicamente el Trabajador Médico Social se concreta con las entrevistas que
 que el hace en el hospital, es por esto que se hacen indispensables y ne--
 cesarias las visitas domiciliarias para tener un concepto más claro del -
 paciente, su familia y su medio social; y así se tendrá una mejor inter--
 pretación de la naturaleza y causas de los problemas que actúan en la vi
 da del paciente.

Esto le ayudará mejor al Trabajador Médico Social en la etapa definitiva del
 del estudio; en el que hace una más profunda exploración de las experiencia
 cias vividas por su cliente desde la iniciación del problema central hasta
 el presente.

El diagnóstico social que se haga del estudio social, es de acuerdo a la -
 ordenación e interpretación de los hechos descubiertos; las conclusiones
 a las que se lleguen proporcionaran una definición del fenómeno total, pa
 ra así poder formular el plan de tratamiento social en el que se incluirán
 medidas de relación con los problemas que se consideren centrales y crí
 ticos y que estan afectando la salud, interfiriendo el tratamiento médico pro
 prolongado, la internación en el hospital e impidiendo la recuperación --
 del paciente.

Los problemas con que mayor frecuencia se presentan al departamento -
 de Servicio Social son: la inadaptación del paciente al ambiente hospita-
 lario, dificultades para aceptar su enfermedad y las recomendaciones --
 del médico, problemas económicos, aunado con el problema de habitación
 inadecuada, el que se tenga que incapacitar o cambiar de empleo a conseque
 cuencia de su padecimiento, conflictos interfamiliares que se agravan --
 cuando hay niños.

Es de suma importancia el intercambio de información entre el médico y
 el Trabajador Social para el conocimiento individual del paciente; ayudan
 do al paciente a que lleve a cabo las recomendaciones médicas y sociales.

Una de las principales técnicas que se emplean son las entrevistas que se tiene con el paciente y sus familiares, las que deben de ser realizadas en un lugar adecuado en el que presente un ambiente acogedor y agradable libre de interrupciones dado que se suelen plantear los problemas e intimidades tanto del paciente como de la familia.

Un elemento de suma importancia es el estudio médico social, puesto que en él se describe al paciente, en la actitud que este toma hacia su enfermedad, el ambiente en que vive y su situación total, el estudio médico social reflejará al médico o a otros profesionistas que esten trabajando con el paciente de la situación familiar y social por la que esta pasando el paciente y su familia; tanto antes de su enfermedad como en el momento actual de esta. El trabajador Social debe interpretar los aspectos sociales de la enfermedad en sus actividades diarias.

Una de las características del Trabajador Médico Social es que es el profesional que debe estar capacitado para la investigación social y tiene la ventaja de estar en contacto directo con las personas y los hechos.

Hemos visto en este punto en que consiste el Trabajo Médico Social de una manera general; ahora en el siguiente inciso hablaremos del Trabajo Médico Social que se desarrolla en el Hospital de Oncología del C. M. N.

3.2 El Trabajo Médico Social en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del I. M. S. S.

Antes de referirnos al Trabajo Social en la Unidad de Oncología se dará una información general de lo que es el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social hasta llegar a la unidad objeto de nuestro estudio, el Hospital de Oncología y su Departamento de Trabajo Social.

"... Conciente de la responsabilidad que tiene en ofrecer a los derechohabientes, el I. M. S. S. estructura un conjunto de instalaciones de alta jerarquía que incluyen servicios hospitalarios, docentes de adiestramiento y de investigación reunido bajo el rubro de Centro Médico Nacional. En él se establecen servicios altamente especializados, con personal capacitado y con el equipo y los recursos científicos y técnicos más avanzados..." (17).

"... Las unidades del Centro Médico no carecen de nada que pueda ser necesario para precisar un diagnóstico o para lograr una curación, cuenta con laboratorios bien dotados, con aparatos de rayos X, con bombas de cobalto y microscopio electrónico, todo aquello que la ciencia actual ha diseñado para armar al hombre en su lucha contra las enfermedades; aparece aquí como símbolo combativo en pro de la salud..." (18).

Actualmente el Centro Médico Nacional del I. M. S. S. cuenta con las siguientes unidades:

- Hospital de Convalecencia
- Hospital de Enfermedades del Tórax, antes de Neumología y Cirugía de Tórax.
- Hospital General
- Hospital de Gineco-Obstetricia
- Hospital de Oncología
- Hospital de Pediatría
- Hospital de Traumatología y Rehabilitación
- Banco Central de Sangre

(17) Cárdenas de la Peña, Enrique, SERVICIOS MEDICOS DEL I. M. S. S. Doctrina e Historia, México, 1973. pag. 198.

(18) Ibid, pag. 199

- Farmacia
- Central de Anatomía Patológica
- Biblioteca de Medicina y Seguridad Social
- Unidad de Medicina Experimental
- Oficinas administrativas
- Central de Ambulancias
- Servicios generales, Talleres y Lavandería
- Escuela de Enfermería
- Unidad de Congresos.

Todas estas unidades e han construido en una superficie de terreno equivalente a 156, 000 metros cuadrados.

Ahora bien entraremos de lleno a hablar de la unidad de objeto de nuestro estudio, el Hospital de Oncología.

El Hospital de Oncología consta de tres edificios conectados por puentes. El primer edificio tiene nueve plantas y en él se encuentran los servicios de hospitalización, las salas de cirugía y aplicación de radio e isótopos radioactivos, las oficinas para el cuerpo de gobierno, el Departamento de Trabajo Médico Social, el archivo clínico y los servicios generales y de mantenimiento. El segundo edificio cuenta con cuatro plantas y en ellas se localizan los laboratorios clínicos, de anatomía patológica, isótopos radioactivos y de citología, las oficinas del servicio de radioterapia, de física, de radiaciones y protección radiológica, control central, D. O. C. de Mama y Ginecología, la consulta externa, la biblioteca. En el tercer edificio compuesto de dos plantas se da cabida a los servicios de radioterapia e isótopos radioactivos y de radiodiagnóstico. El hospital tiene capacidad para 186 pacientes y en la consulta externa se pueden atender más de 200 enfermos, en los diferentes servicios. En radioterapia se tienen

facilidades para tratar 200 enfermos diariamente, en la actualidad se cuenta con un nuevo tratamiento, el Cathetron.

En 1977 se puso en servicio el nuevo equipo de quirófano en el que se practican cinco intervenciones quirúrgicas simultáneas.

Los servicios que se atienden en esta unidad son: Tumores Mixtos, Cabeza y Cuello, Medicina Interna, Urología, Neurología, Ginecología, Oftalmología, Radioterapia y Mama.

Una vez hecha la descripción general del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional pasaremos a decir como es desarrollado el Trabajo Social en esta Unidad, haremos mención de como es que los pacientes llegan a la unidad de Oncología, El Control Central es el que capta en forma inicial a los pacientes que llegan por primera vez a la unidad con una hoja de envío de su clínica de adscripción, en donde se le ha diagnosticado un padecimiento oncológico, y de acuerdo a los estudios clínicos y radiológicos que se le practiquen en la unidad se determinará la etapa de su padecimiento; las pacientes de los servicios de Ginecología y de Mama inicialmente se presentan en el Servicio de D. O. C. en donde se les valora y se les indica el tipo de padecimiento que presentan, así como el posible o posibles tratamientos a seguir.

Actualmente el Departamento de Trabajo Médico Social de la unidad de Oncología del Centro Médico Nacional se encuentra integrado por una jefe del Departamento de Trabajo Social y seis Trabajadoras Sociales, cuatro de ellas prestan sus servicios en el turno matutino y dos en el vespertino para cubrir los servicios de a) consulta externa, b) hospitalización, c) urgencias.

a) Consulta Externa. - Para la realización de las actividades en este servicio se asignan dos trabajadoras sociales en el turno matutino y una en el vespertino; en la jornada matutina una trabajadora social se encarga de captar los casos o problemas médico sociales y recibe solicitudes de intervención, se entera y recaba la información necesaria, investiga

los factores que intervienen en los casos, analiza la situación global y particular de los mismos y realiza las actividades o trámites pertinentes para su atención y solución.

A fines de cada mes elabora un informe de todos los casos que atendió durante el mes, anotando nombre y cédula del paciente para entregarlo a la jefe de Trabajo Social. La otra trabajadora Social de consulta externa se dedica a la elaboración de estudios médico sociales a pacientes que acuden por primera vez a la unidad y que se les va a abrir expediente clínico. En el turno vespertino una Trabajadora Social se dedica exclusivamente a hacer localizaciones de las inasistencias a la consulta externa de los turnos matutino y vespertino; para la realización de esta actividad tiene que acudir al expediente clínico del paciente en donde obtiene los datos generales para localizarlo, ya sea telefónicamente, por telegrama o haciendo visita domiciliaria si el caso lo amerita.

b) Hospitalización. - En la unidad de Oncología, en el Servicio de Hospitalización participan dos trabajadoras Sociales, distribuyéndose el segundo y tercer pisos para una de ellas, y el cuarto, quinto y sexto para la otra. Al iniciar el turno se entrevistan con la asistente social de pisos y se enteran de los ingresos, egresos y de los problemas existentes en sus pisos. Pasan visita a los pacientes hospitalizados para enterarse de sus problemas y darles una orientación adecuada, comunican a la asistente social (repcionista) los problemas de su competencia y la asesoran en su solución.

Se entrevistan con los familiares de los pacientes, les brindan apoyo, los informa, los orienta y solicita su cooperación en caso necesario.

Se entrevista con el médico responsable y le informa de los problemas que ha captado, se entera de los problemas que el médico ha encontrado y planea su intervención para darles una solución favorable.

Realiza las actividades o los trámites inmediatos para la atención o la solución de los problemas que lo requieran.

Capta casos con problemas médico-sociales como los que se presentan cuando el paciente no es derechohabiente, paciente sin familiares, problemas médico legales, defunciones, solicitudes de estudio necropsico, pases de cortesía y otros problemas derivados de la atención del paciente. En caso de defunción habla con los familiares, los orienta, les brinda apoyo y les solicita su autorización para el estudio de necropsia, colabora para agilizar los trámites que se requieran para la entrega del cadáver. En el caso de pacientes foráneos se coordina con la oficina de traslado a su lugar de origen ya sea por vía aérea o terrestre, la Trabajadora Social debe elaborar un memorándum en donde especifique las causas de dicha solicitud.

Mensualmente elabora el informe de todas sus actividades y lo entrega a la jefe de Trabajo Médico Social.

En el turno vespertino, a principio de cada mes hay cambio de actividades, una Trabajadora Social se dedica a localizaciones y la otra a atender problemas de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa, en forma diaria reúne a los familiares de los pacientes que se internan para darles una plática en relación con los reglamentos de la unidad, participa en la junta diaria con el cuerpo de gobierno del turno vespertino, para enterarse de los problemas que se quedaron pendientes de resolver en el turno matutino y darles solución a los casos que a ella competen.

c). Urgencias. - En este departamento los problemas que se llegan a presentar son: pacientes con problemas de vigencia, sin familiares, traslado a Sanatorio Auxiliar (la no aceptación por parte de los familiares ante dicho traslado), defunciones, etc., la intervención de la Trabajadora Social en esta área se hace cuando la asistente social ha tenido algún impedimento para darles solución; cabe aclarar que la Trabajadora Social que interviene en este servicio es la encargada de la consulta externa en el turno matutino y en el vespertino es la queda al frente de resolver los problemas de consulta externa y hospitalización.

Una aclaración importante por hacer es que sábados, domingos y días -- festivos se asigna una sola Trabajadora Social en el turno matutino, y el vespertino queda sin Trabajadora Social, quedandose unicamente dos asis-- tentes sociales para cubrir los servicios de admisión, urgencias e infor-- mes, en los casos en que ha llegado a presentarse algún problema en es-- tos días interviene la asistente social para darle solución, en caso con-- trario lo deja pendiente para el día siguiente en que la Trabajadora Social se encargará de solucionarlo.

Es importante mencionar cuales son las actividades de la jefe de Trabajo Social; al iniciar labores se entera de los problemas surgidos en el tur-- no anterior y de los asuntos pendientes por resolver y dá las instruccio-- nes necesarias a la Trabajadora Social para la solución de los problemas que quedaron pendientes de resolver.

Supervisa la puntualidad, la asistencia y la presentación del personal a -- su cargo y lo distribuye según las necesidades de la unidad, asiste a las -- juntas con el cuerpo de gobierno de la unidad para enterarse y exponer -- los problemas de la misma, mensualmente recibe los informes de las ac-- tivities realizadas por las trabajadoras sociales a su cargo, elabora in-- forme mensual de actividades del servicio y lo entrega a la jefatura de -- los Servicios Médicos, anualmente elabora los períodos turnados de va-- caciones y las guardias del personal a su cargo, semestralmente realiza la valoración del personal a su servicio de acuerdo a las formas estable-- cidas por el L.M.S.S., en donde el personal tiene que autovalorarse para poder recibir el estímulo correspondiente.

3.3 Rol del Trabajador Social y el Grupo Interdisciplinario

"... Se ha considerado que el Trabajo Médico Social en equipo es la coor-- dinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su fa-- milia para solucionar el complejo problema de la recuperación de la sa--

lud del paciente... " (19).

La ayuda que el paciente requiere depende de un número de factores tales como la naturaleza de la enfermedad en sí, la personalidad del paciente, el ambiente social del que forma parte y los recursos de que dispone.

Las enfermedades tienen implicaciones debidas a problemas internos del paciente o de su ambiente, que le impiden pasar a la recuperación física y de la recuperación física al restablecimiento de la vida social, esto se debe a la naturaleza de la enfermedad, dado que puede tener consecuencias serias para el paciente o para las normas de vida que le eran habituales.

El trabajo de equipo en el campo médico, está creado en base a la mutua comprensión generada por dos o más personas que ofrecen servicios diferentes, aunque relacionados a los individuos enfermos. Es de suma importancia que el trabajo en equipo se realice con la seguridad de que cada especialista tenga conciencia y respete la función específica de cada uno de los integrantes del equipo de profesionistas, resulta perjudicial para el tratamiento del paciente cuando la armonía del pensamiento integrador del equipo se rompe; esto puede suceder si dos de los miembros pertenecientes a la misma o a diferentes disciplinas difieren en su criterio o no logran ponerse de acuerdo.

Los principios en que se basa el concepto de trabajo en equipo de un grupo de profesionales son fundamentalmente:

1) La necesidad de que los problemas humanos se resuelvan desde sus raíces y en forma permanente, es decir que ya que actualmente existen conocimientos sobre los males sociales y su tratamiento, es necesario que se logren soluciones más amplias, estables y preventivas.

(19) C. H. de Vittorioso, Lidia TRABAJO MEDICO SOCIAL, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1976. pags. 27-30

2) La concepción del ser humano como una entidad total; física, mental, emocional, espiritual y social.

3) La convicción de que el tratamiento debe presentarse en forma integrada.

Ante estos principios cada uno de los miembros podrá desarrollar y utilizar sus potencialidades al máximo, la opinión de cada profesional debe -- ser tomada en cuenta a fin de que todos los miembros tengan una visión -- polifacética del paciente.

El ser miembro de un equipo, requiere del profesional cualidades como -- amplitud de criterio, liberalidad de pensamiento, deseos de compartir el -- conocimiento y objetividad.

Si el clima del equipo no es democrático surgirán entre los profesionales -- actitudes tales como competencia excesiva, rigidez, agresividad, actitud -- defensiva, creando con esto desintegración en el equipo y por ende perjuicio al paciente; esto puede suceder cuanto el profesional quiere destacar -- por un interés individual para obtener beneficios propios no importándole -- las necesidades del paciente que son las que destruye.

El trabajo en equipo es el más alto nivel de operación profesional porque -- no sólo permite una serie de juicios clínicos que serán modificados por -- otros, sino que el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del equipo -- está formado por la integración de todas las opiniones logrando con esto -- un mejor sistema de evaluación que ninguno lograría por sí solo.

La participación profesional del Trabajador Social es la de manejar situaciones de tensión, necesidades humanas y sociales no cubiertas o insatisfechas.

El Trabajo de equipo que se centra en el paciente se asemeja a un mosaico, cada parte es una entidad que forma con las otras partes un todo, por lo tanto podemos decir que el trabajo en equipo en el campo de la salud es la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia.

Siendo necesario este tipo de trabajo con aquellos pacientes que presentan graves problemas tanto de salud como en su rehabilitación, considerando importante el tratamiento en equipo multidisciplinario en aquellas pacientes mastectomizadas.

Capítulo IV. - La Investigación.

- 4.1 Selección al azar de 34 pacientes sometidas a Mastectomía Radical en 1976 en el Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional del I. M. S. S.**

De acuerdo a lo que reporta la crónica de la Organización Mundial de la Salud emitida en 1975, los Tumores Mamaros Malignos se presentan con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

En pacientes amputadas cuyo tratamiento ocasiona cambios sustanciales en su aspecto físico, especialmente en el rostro o en cualquier parte del cuerpo que el problema psíquico en la familia y en el paciente se incrementa en forma alarmante, ocasionando cambios en la toma de decisiones en su mundo sociofamiliar y cultural que se desintegran ante el diagnóstico de cáncer.

El caso de la paciente sometida a una Mastectomía Radical es ciertamente difícil, puesto que se enfrentará al perentorio rechazo marital al sentirse una mujer incompleta y poco femenina al ver su cuerpo mutilado en la parte más admirada por ella misma y por las demás gentes, que le han venido enseñando que para agradar al hombre hay que lucir una hermosa figura, esto lo percibe en forma constante a través de los medios masivos de comunicación inclusive dentro de su medio familiar y social en donde pueden presentarse cambios significativos en la vida emocional de la paciente.

Para la investigación de las pacientes en estudio fue necesaria la participación del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Oncología, en donde se elaboró parte de la encuesta en base a los datos que a través de la consulta el psiquiatra había obtenido de las pacientes, y donde se vió la necesidad de hacer un trabajo de investigación más profundo de las pacientes en relación con su medio ambiente, para saber si hubo algún cambio en la vida familiar y social de la mujer sometida a una Mastectomía Radical.

En la unidad de Oncología del Centro Médico Nacional del I. M. S. S. , se encuentran datos concretos de pacientes que han sido atendidos en esa unidad con problemas en la Mama desde 1961 a la fecha, dando un total de 78,168 pacientes, de las cuales 4,125 fueron diagnosticadas con cáncer de Mama.

Para los efectos de este trabajo nos basamos en la selección de una muestra significativa de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en 1976 por una Mastectomía Radical, cabe mencionar que en ese año fueron atendidos 5,252 casos con problema de Seno, de los cuales 346 presentaron cáncer; el número de casos analizados fue de 34.

La revisión de los expedientes y análisis de los mismos fue el primer paso de la investigación.

Como segundo paso se procedió a seleccionar los 34 expedientes de pacientes con cáncer de Mama que reunieran las siguientes características.

- a) Ser sujetos del sexo femenino
- b) Que su edad oscilara de los 28 a los 49 años
- c) Pacientes cuya situación jurídica fuera en Matrimonio o Unión Libre.
- d) Pacientes que hubiesen procreado hijos y que actualmente están en edad escolar.
- e) Casos en los que se tuviera conocimiento de que se les podría realizar visita domiciliaria para aplicarles la encuesta y conocer en que aspectos ha cambiado su vida después de haberseles practicado la Mastectomía Radical.

Un tercer paso fue la elaboración de la encuesta que se aplicó a la paciente.

Cuando se habla del punto cinco de características a llenar para este estudio fue con el fin de obtener la información central de la vida familiar, social y afectiva de cada una de las pacientes en investigación.

La técnica utilizada fue la entrevista basada en un relato espontáneo, en vista de que fue la primera vez que una Trabajadora Social visitaba el hogar de la paciente para investigar que aspectos de su vida habían cambiado después de que se le practicó la Mastectomía Radical; es por esto que el tipo de preguntas que se formularon tuvieron que ser desde la toma de de-

cisiones en los aspectos más triviales de la vida familiar, hasta preguntas en relación con su vida sexual, con el propósito de conocer hasta que punto cambia la vida de una persona con este tipo de padecimiento.

Las conclusiones a las que se llegaron en relación a los datos obtenidos de la investigación fueron que la mayor incidencia de carcinoma Mamario se presentó en mujeres cuyas edades oscilaban en los 36 años, estando unidas en matrimonio civil y religioso, (gráfica 1 y 2.) .

El descubrimiento del tumor puede decirse que fue en forma accidental ya que la mayoría se lo descubrió al estarse bañando no dándole importancia a la tumoración, esto lo demostraron el 45% de las pacientes al dejar transcurrir una semana para acudir al médico, y un 32% fue tiempo indefinido el que dejó pasar, la mayoría acudió con el médico familiar de su clínica de adscripción, (gráficas 3, 4 y 5.) ,

Para el 20% de pacientes el cáncer significa peligro de muerte, muchas de ellas temen que alguno de sus familiares llegue a padecer cáncer; al 58% del universo estudiado si le preocupa lo que piensen sus familiares en relación con la Mastectomía Radical que se le practicó, ante esta situación el 77% se siente mal, por ser mujeres mastectomizadas, para que su figura vuelva a ser agradable para ellas y para los demás el 85% usa prótesis, -- (gráficas 6, 7, 8, 9 y 10) .

Un aspecto de mucha trascendencia lo fue el sexual, donde se puede ver en forma gráfica como cambió la vida marital y afectiva de cada una de las pacientes, (gráficas 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, y 19.) ,

El significado que la mujer da a sus Senos es el que le han enseñado a través de los siglos, y es por esto que en este grupo de pacientes vemos que para la mayoría significan la parte más atractiva de la mujer (gráfica 20.) ,

En el área económica podemos ver que también hubo cambios significativos en el universo estudiado, la toma de decisiones de ciertas actividades familiares ha variado en algunos aspectos, (ver gráficas 21 a 27) al igual que los mo--

mentos en que la familia acostumbraba reunirse para intercambiar impresiones y divertirse, esto lo vemos en las gráficas 28 al 38.

El sentimiento de abandono que sienten las pacientes fue significativo, pues to que el 61% se siente abandonada por alguno de sus familiares (gráfica 39).

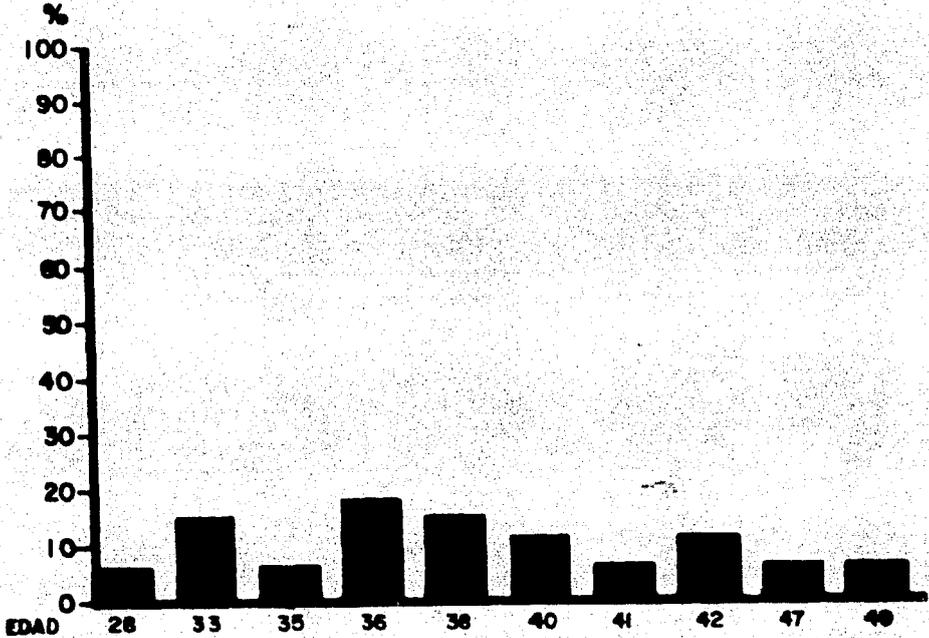
De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación se puede decir que la vida de la mujer sometida a una Mastectomía Radical cambia considerablemente, principalmente en el aspecto conyugal, en donde se ven afectadas las relaciones sexuales al sentir el rechazo de su conyuge, considerando que el hombre desde tiempos remotos le ha dado mucha importancia al seno de la mujer al considerarlo como un estímulo sexual.

En todo matrimonio el aspecto sexual es importante, se puede decir que es el eje principal de la unión de un hombre y una mujer, y cuando se ve afectado llega a repercutir en toda la dinámica familiar.

Ante esta situación es necesario que se proporcione orientación adecuada a la pareja en relación con la conducta a seguir en sus relaciones sexuales, para esto es indispensable que el grupo interdisciplinario colabore para ayudar de la mejor manera posible a la pareja.

Es por esto que se llega a la conclusión de que la mujer sometida a una Mastectomía Radical tiende a modificar la mayor parte de sus actividades de la vida diaria.

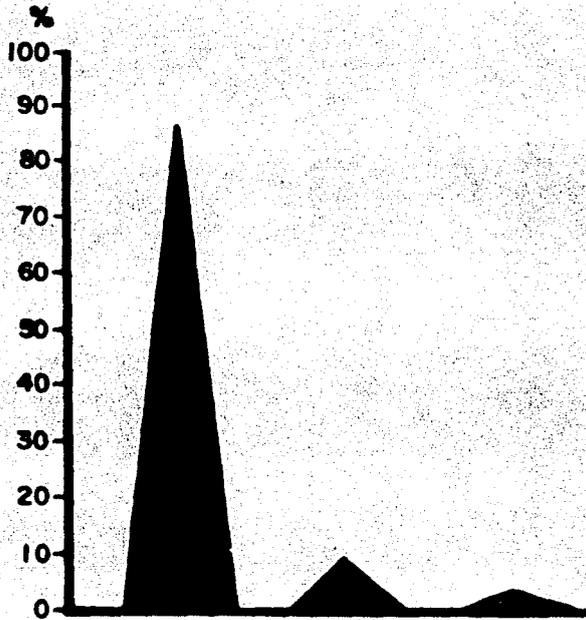
EDAD DE LA PACIENTE



La mayor incidencia de Carcinoma Mamario se presentó en el grupo de pacientes de 36 años, ocuparon el 2o. lugar las pacientes de 33 y 38 años, en 3er. lugar las de 40 y 42 años con el 11% y como cuarto lugar las pacientes cuyas edades -- eran de 28, 35, 41, y 49 años con el 6% respectivamente.

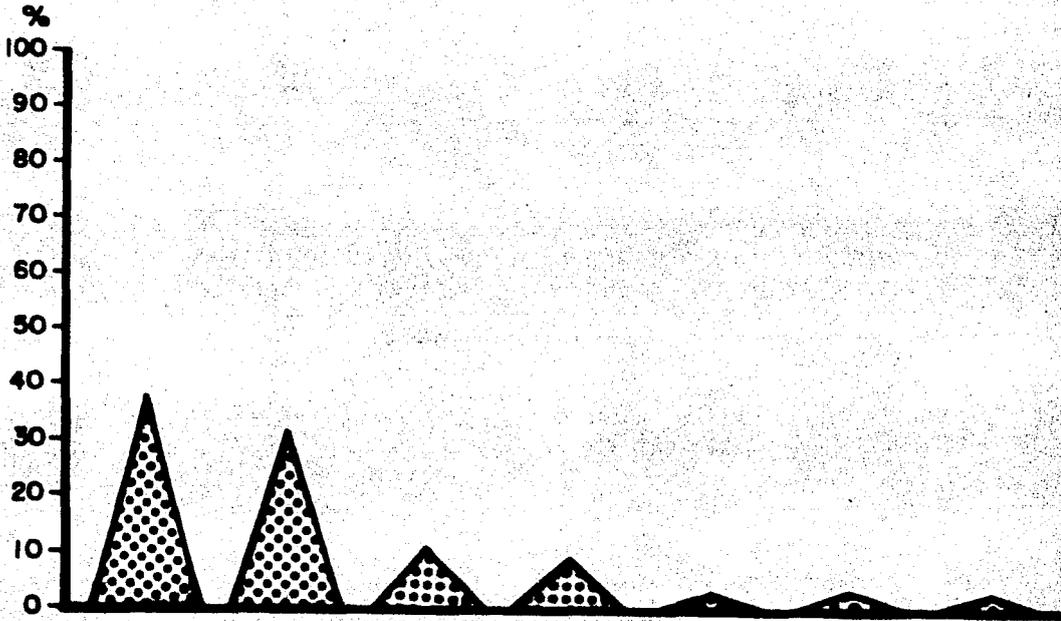
Las edades analizadas fuerón de los 28 a las 49 años, en donde se ha visto que es la edad en que la mujer esta propensa a padecer una enfermedad neoplásica.

ESTADO CIVIL DE LA PACIENTE



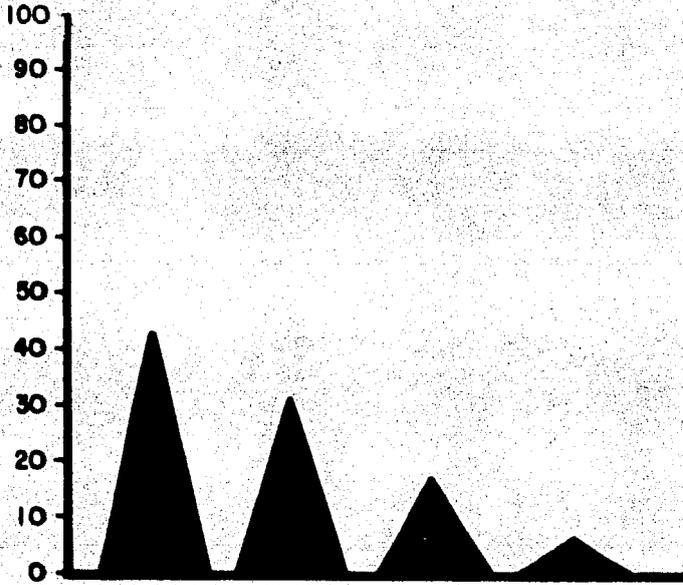
La situación jurídica de las pacientes es de que en un 88% están unidas en matrimonio civil y religioso, el 9% viven en Unión Libre y el 3% esta casada por lo civil.

DESCUBRIMIENTO DEL TUMOR

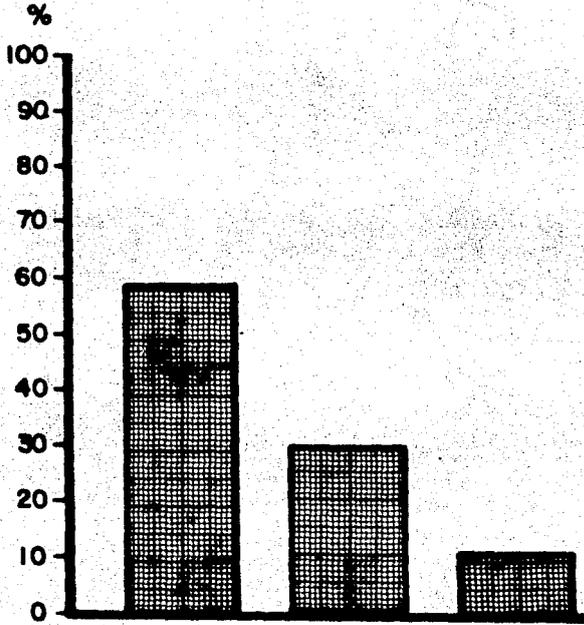


El 39% del universo estudiado descubrió el tumor bañándose, el 32% de los casos fue por caricias del esposo, en 3er. lugar fue al ponerse el Brassette en un 11%, el 9% lo descubrió explorándose y los otros tres casos equivalentes cada uno al 3% fueron jugando con hijos menores por movimientos bruscos del brazo y comer en el pezón.

TIEMPO QUE DEJO PASAR PARA ACUDIR AL MEDICO

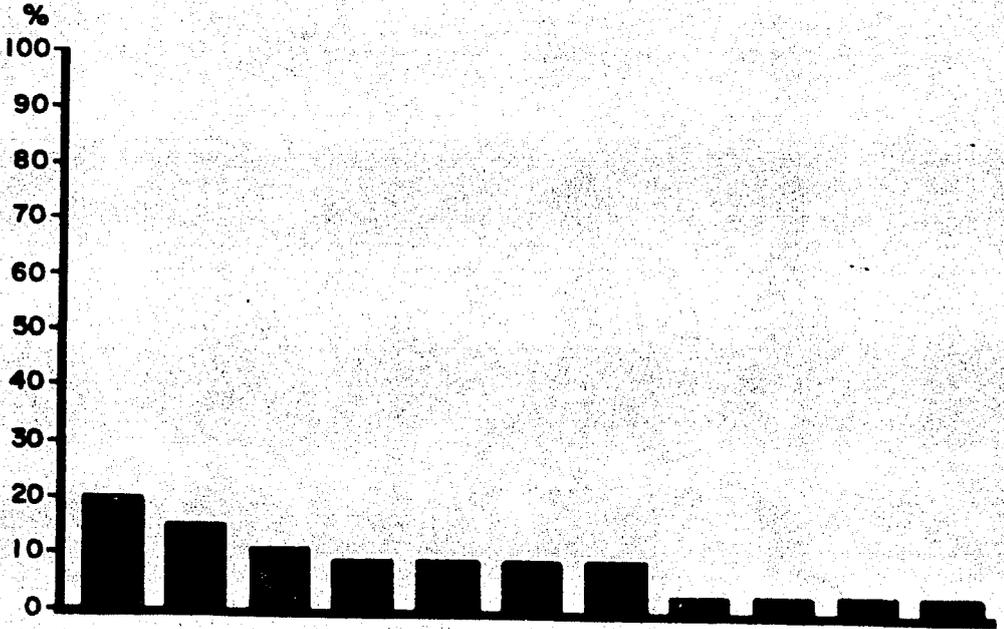


En el número de casos estudiados el 45% acudió al médico una semana después de haberse descubierto el tumor, el 32% dejó pasar un tiempo indefinido, 17% de los casos dejarón pasar un mes para asistir al médico y un 6% consultó al médico 15 días después.

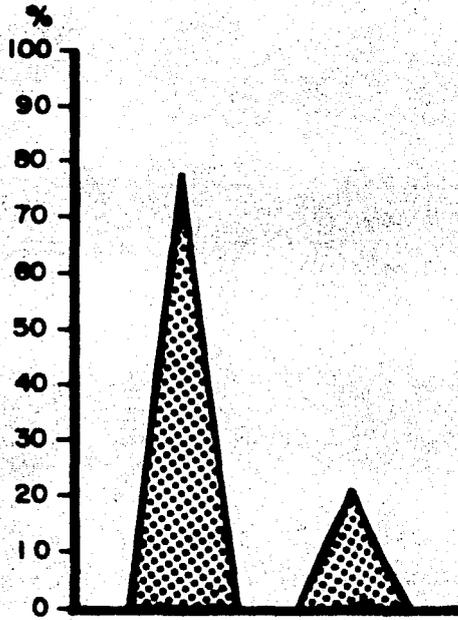
POR QUIEN FUE EXAMINADA

El 59% de las pacientes visitaron al médico familiar de su Clínica de adscripción, un 30% por médico particular y un 11% por el especialista.

SIGNIFICADO QUE TIENE EL CANCER PARA LA PACIENTE

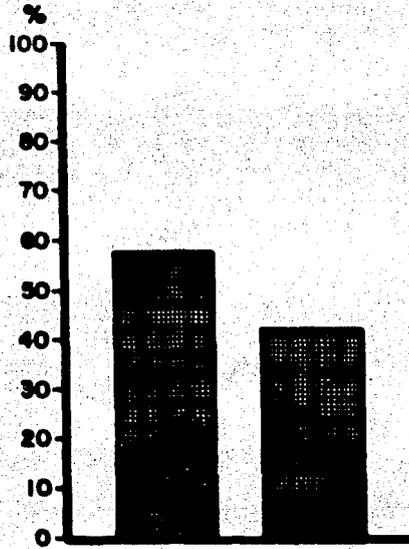


En este aspecto para el 20% de las pacientes el Cáncer significó peligro de muerte, en un 15% muerte segura, para el 11% presentó algo horrible por la impotencia de poder curarla, un 9% de los casos es una enfermedad común y corriente predispuesta a cualesquier gente, 9% más la consideraron como muy mala, --- otro 9% indicó que no hay curación posible, un 9% más de pacientes indicó que es un padecimiento mortal cuando no se atiende a tiempo, lo que significó este padecimiento en seis casos equivalentes cada uno al 3% es de que es una enfermedad muy grave, que es como cualesquiera otra, es un mal que aún no han descubierto el porque se presenta en esa forma, el ignorar lo que significa el Cáncer, enfermedad que se desarrolla por tomar hormonas y por falta de vitaminas y por último el de que es un mal doloroso y sin remedio.

TEMOR DE QUE ALGUN FAMILIAR LLEGUE A PADECER CANCER

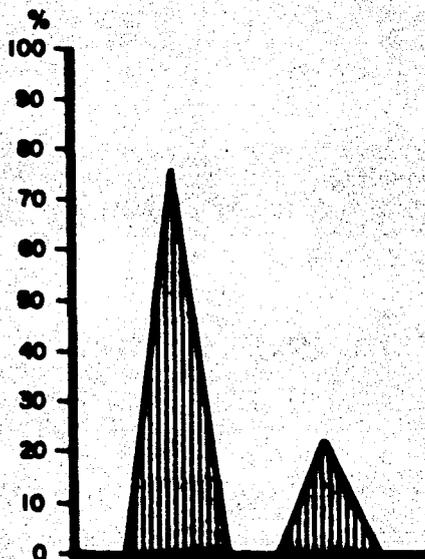
El 79% de las pacientes estudiadas tienen temor de que alguno de sus familiares lleguen a padecer esta enfermedad, por el contrario el 21% de las pacientes no tienen ningún temor de que algún familiar llegue a padecer de Cáncer.

PREOCUPACION RESPECTO A LO QUE PIENSEN SUS FAMILIARES CON RESPECTO A LA MASTECTOMIA RADICAL



Al 58% del universo estudiado si le preocupa lo que piensen sus familiares y el 42% no manifiesto preocupación alguna.

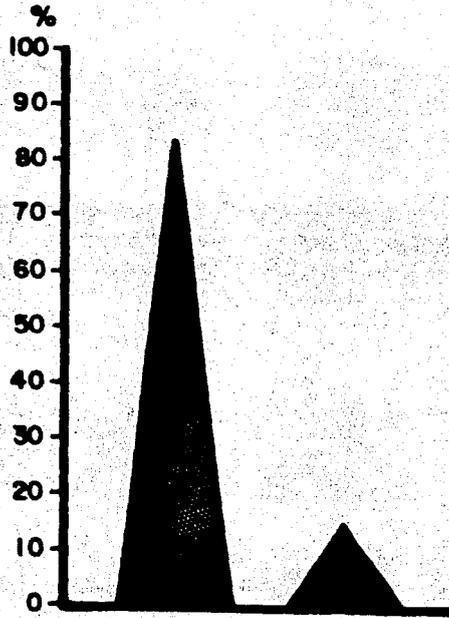
Gráfica No. 8

SE HA LLEGADO SENTIR MAL POR SER UNA MUJER MASTECTOMIZADA

En un 77% del universo estudiado la respuesta fué de que sí, se han llegado a sentir mal, el 23% indicaron que no se han sentido mal.

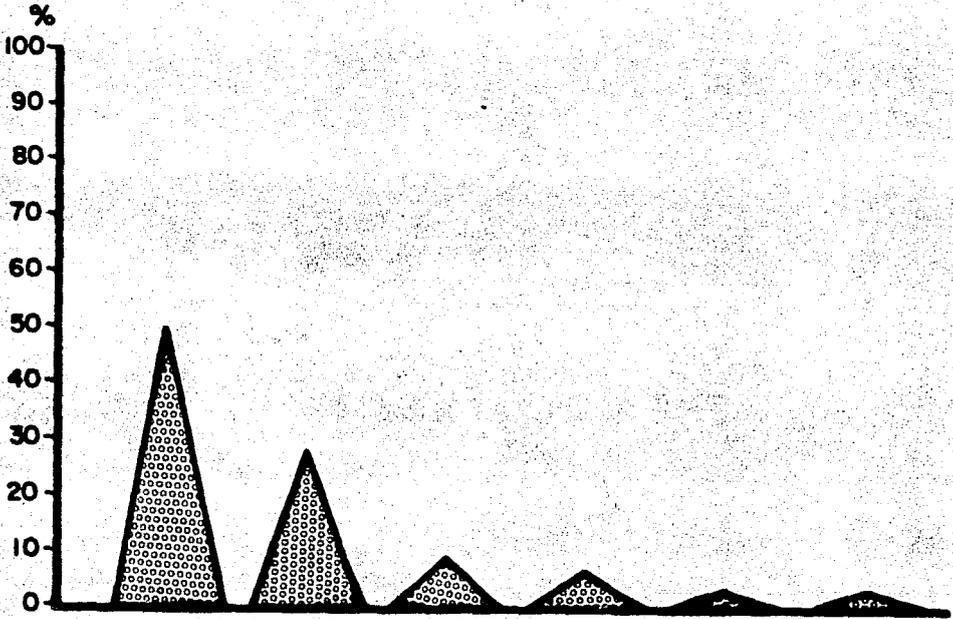
Gráfica No. 9

USO DE PROTESIS

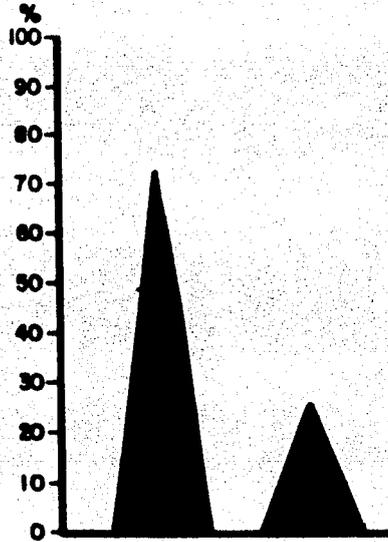


El 85% del grupo de pacientes estudiadas indicaron que si usan prótesis, el 15% restante indicaron no usarla.

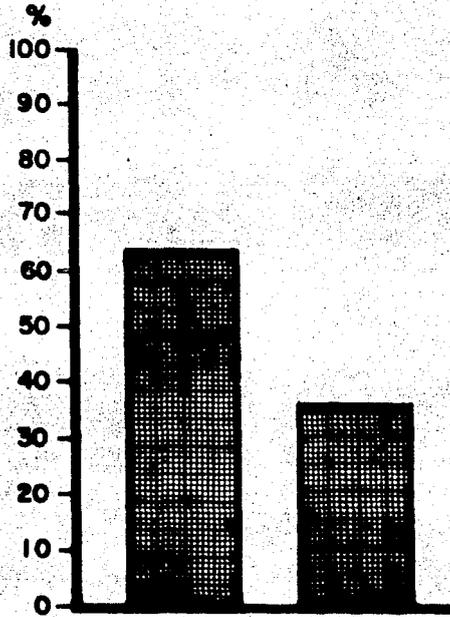
No. DE RELACIONES SEXUALES ANTES DE LA CIRUGIA



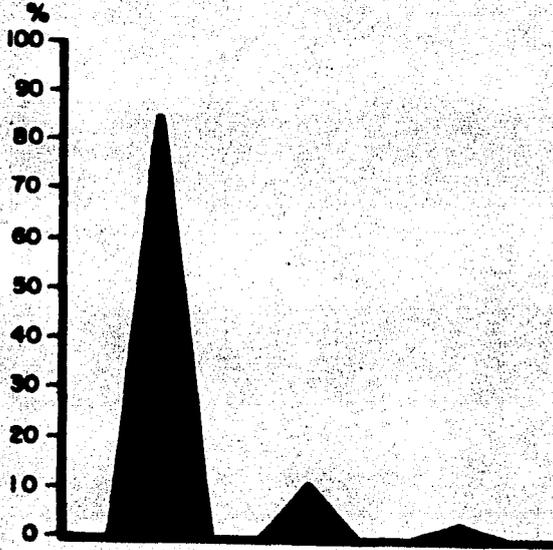
El 50% del universo estudiado tenía 12 veces al mes relaciones sexuales, un 29% 8 veces al mes, el 9% 4 al mes, el 6% las tenía durante todo el mes, un 3% seis veces al mes y el otro 3% diez veces al mes.

LAS RELACIONES SEXUALES LAS ACOSTUMBRABA A REALIZAR DESNUDA

En este análisis el 74% de los pacientes en estudio manifestaron que no acostumbraban a realizar sus relaciones sexuales completamente desnudas, el 26% de los pacientes indicaron que si las acostumbraban.

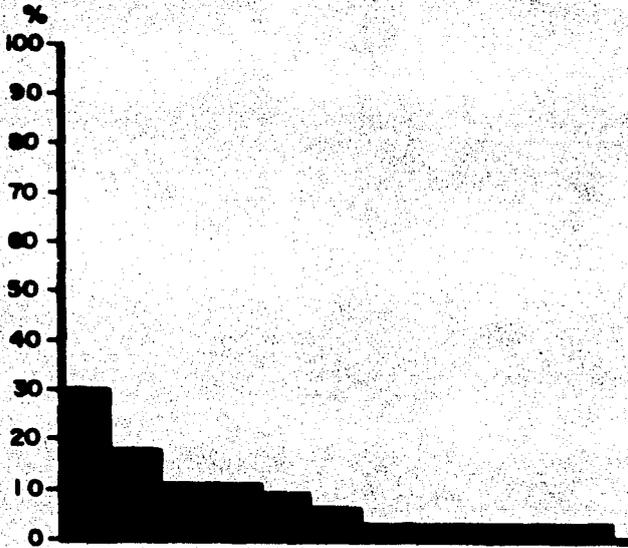
SU ESPOSO ACOSTUMBRABA A PREPARARLA ANTES DEL COITO

Un 64% de las pacientes estudiadas respondieron que su esposo no acostumbraba prepararla antes del coito, el 36% respondió que sí lo acostumbraba.

QUIEN LLEVABA LA INICIATIVA EN LAS RELACIONES SEXUALES

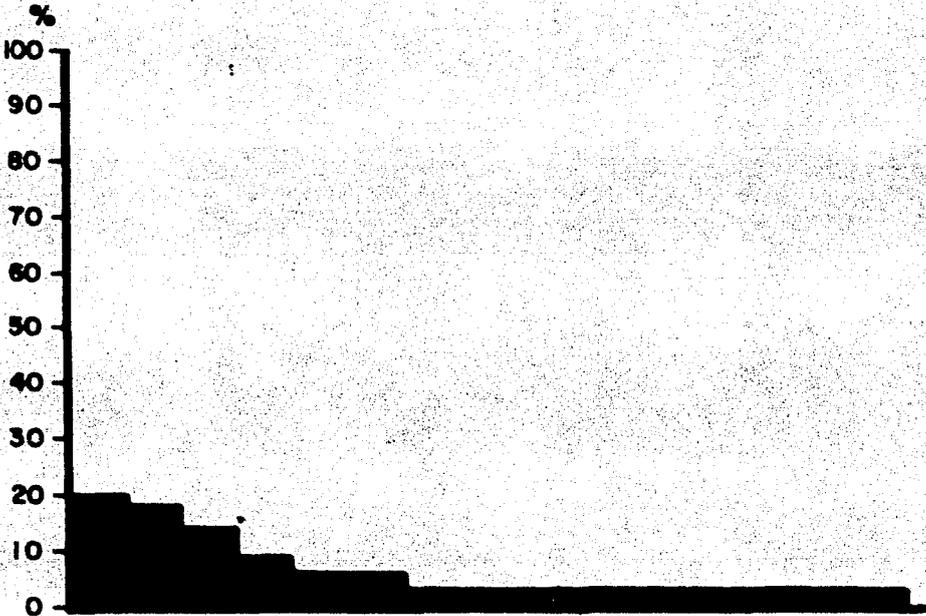
En el análisis de este punto los resultados fueron que en el 86% del universo estudiado el esposo es quien lleva la iniciativa, en el 11% ambos inician las relaciones sexuales y sólo en un 3% corresponde a que la paciente es quien las inicia.

TIEMPO QUE DEJO PASAR PARA TENER RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



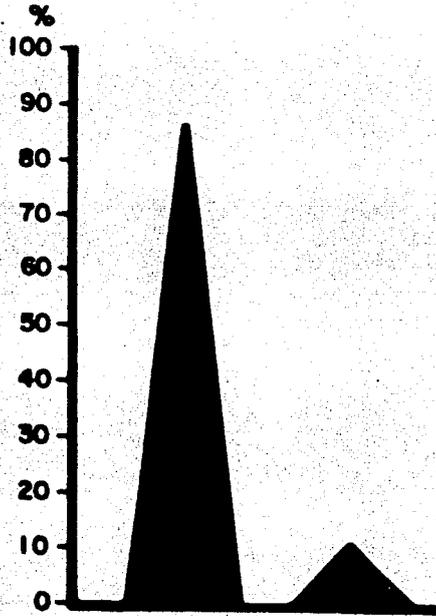
El porcentaje más alto fué del 30% en donde dejaron pasar tres meses, en el 18% el tiempo fué de dos meses, dos subgrupos de 11% cada uno dejaron pasar en uno seis meses y un año en el otro subgrupo, en un 9% decidieron dejar pasar un mes, el 6% fué de cinco meses y cinco subgrupos de 3% cada uno el tiempo -- fue de nueve meses, cinco meses, cuatro meses, ocho meses y diez meses respectivamente.

REACCION DE LA PACIENTE ANTE SU ESPOSO DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



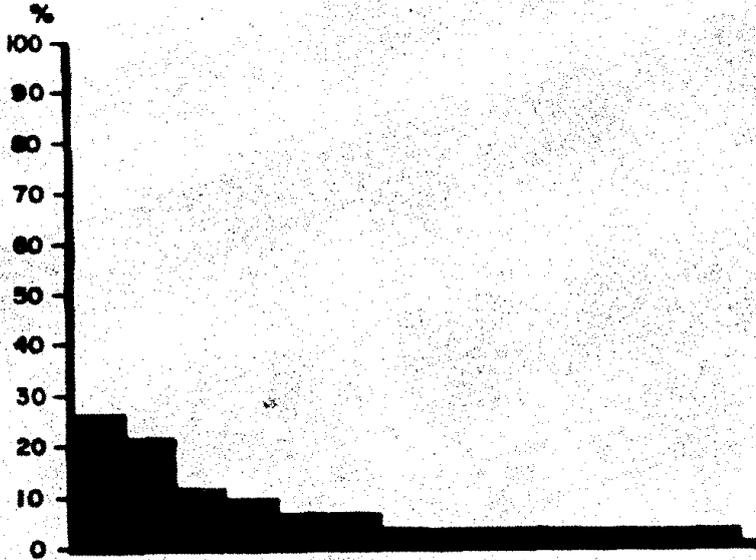
Cada ser humano actúa de distinta forma ante determinada situación que se le presenta, en este aspecto la reacción de cada caso fue significativa, el 20% -- del universo estudiado se sintió acomplexada de que su esposo la viera mutilada, el 18% se puso triste de que su esposo la viera en esas condiciones, el 14% se avergonzó de que la viera en ese estado, el 9% en ese momento desea la muerte -- al escuchar los insultos de su conyuge, cuatro de los casos equivalentes cada uno al 6% indicaron dos de ellas que sintieron que ya no servían para nada, las otras dos lloraron mucho, nueve subgrupos equivalentes cada uno al 3% reaccionaron de la siguiente manera; a) lloró mucho al sentirse emocionada de que su esposo la tratara como siempre, b) miedo al no reaccionar como siempre, c) se sintió distinta y hasta la fecha sin un seno es horrible, d) se deprimió al ver -- que su esposo no la aceptaba como antes, e) se deprimió much al ver que no podía ser la misma de antes, f) vergüenza y tristeza porque su esposo la rechazó, g) se sintió molesta al ya no presentar la misma imagen ante su esposo, h) ---- tristeza y dolor como mujer se siente muy mal, i) se angustio al pensar que su esposo la podría abandonar.

VARIACION DE LAS RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



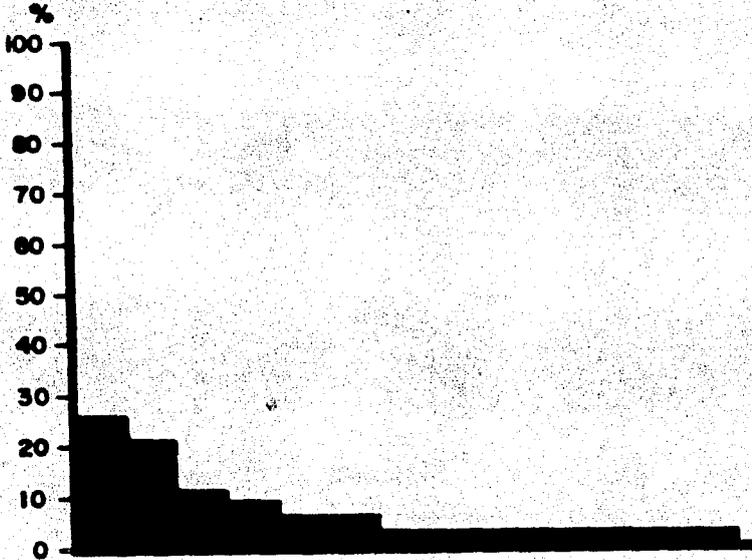
En el 89% de los casos si hubo variación en la vida sexual de las pacientes en estudio, en el 11% del universo estudiado no variaron las relaciones sexuales.

EN QUE HAN VARIADO SUS RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



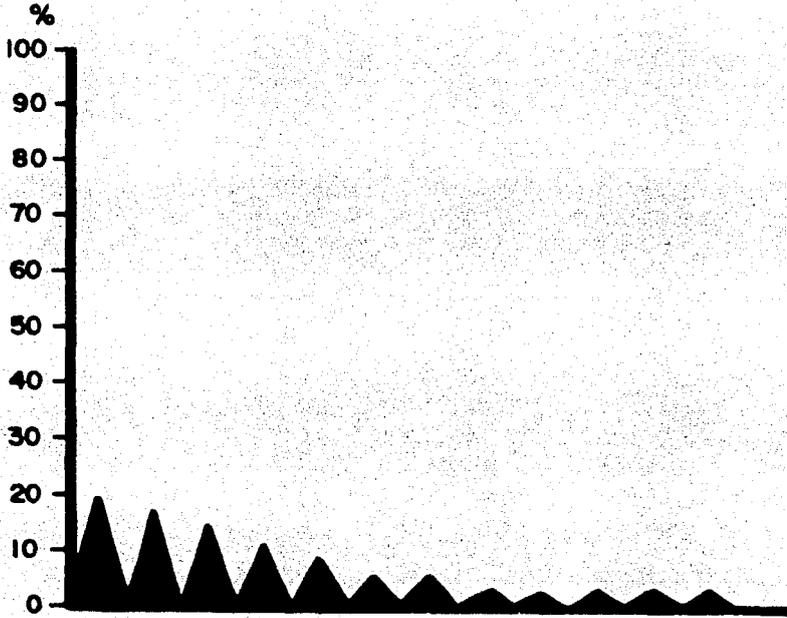
Este es uno de los puntos más importantes considerando que el aspecto sexual en el matrimonio es esencial para que este funcione adecuadamente, el cambio — que cada una de las pacientes n estudio sufrió es significativo. Al ver que en un 26% la frecuencia es menos y el esposo la insulta mucho, en el 21% es menos la frecuencia, en un 11% en nada han variado las relaciones sexuales, el 9% de los casos se tienen que cubrir y la preparación al coito ya no es como antes, — en un 6% se ha reducido la frecuencia y el esposo sólo lo hace por obligación, — en otro 6% el esposo esta en pocas ocasiones con la paciente, en siete de los — casos correspondiendo a cada uno el 3% las variaciones fuerón; a) ahora se tiene que cubrir con un camizón, b) son más esporádicas y usa el método del coito-interuptos, c) su esposo decidió no tener más relaciones con ella, d) en que ya no las realiza desnuda y son menos frecuentes, e) su esposo es más cariñoso, f) el esposo es más cariñoso y comprensivo y g) es menos la frecuencia y la pacien te es quien lleva la iniciativa en las relaciones sexuales.

EN QUE HAN VARIADO SUS RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



Este es uno de los puntos más importantes considerando que el aspecto sexual en el matrimonio es esencial para que este funcione adecuadamente, el cambio -- que cada una de las pacientes en estudio sufrió es significativo. Al ver que en un 26% la frecuencia es menos y el esposo la insulta mucho, en el 21% es menos la frecuencia, en un 11% en nada han variado las relaciones sexuales, el 9% de los casos se tienen que cubrir y la preparación al coito ya no es como antes, - en un 6% se ha reducido la frecuencia y el esposo sólo lo hace por obligación, - en otro 6% el esposo esta en pocas ocasiones con la paciente, en siete de los - casos correspondiendo a cada uno el 3% las variaciones fuerón; a) ahora se tiene que cubrir con un camizón, b) son más esporádicas y usa el método del coito-interruptos, c) su esposo decidió no tener más relaciones con ella, d) en que ya no las realiza desnuda y son menos frecuentes, e) su esposo es más cariñoso, f) el esposo es más cariñoso y comprensivo y g) es menos la frecuencia y la paciente es quien lleva la iniciativa en las relaciones sexuales.

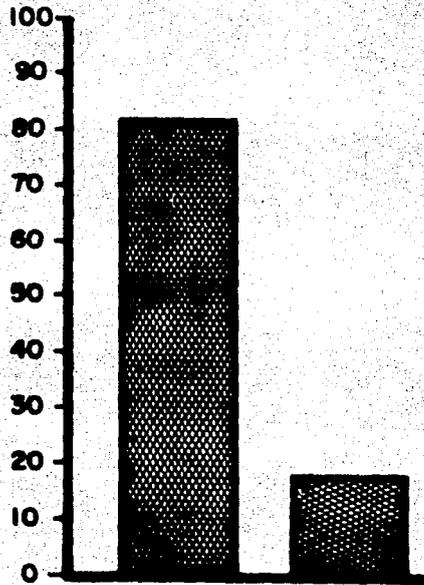
SIGNIFICADO DE LOS SENOS PARA LA PACIENTE



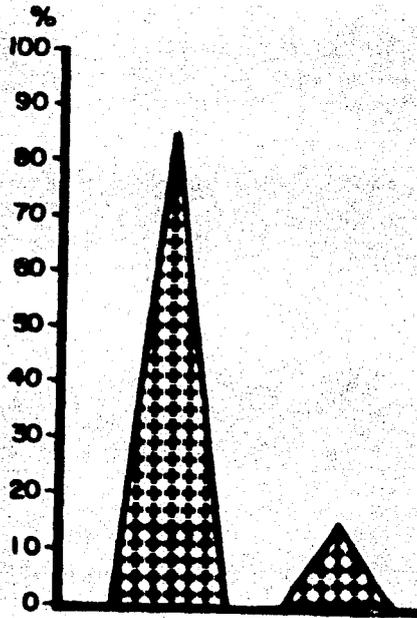
En el contexto actual no se contempla el seno bajo el prisma de la belleza absoluta, como algo perfecto y omnipotente. Se le considera simplemente como que debe armonizar con la línea del cuerpo.

En relación con este concepto es que se verá el significado que tienen los senos para la mujer que ha sido sometida a una Mastectomía Radical.

Para el 20% del universo estudiado los senos significan la parte más atractiva de la mujer, para el 18% es el atractivo femenino que sirve para atraer al hombre, el 15% manifiesto que es un toque de belleza en la mujer, para el 11% es algo importante para la mujer por ser un adorno femenino, el 9% indica que es la parte del cuerpo femenino que más le gusta a los hombres, para el 6% son la vanidad de la mujer de verse hermosa, el otro 6% indica que es algo que toda mujer debe tener para que su esposo la quiera, en cinco de los casos cada uno correspondiéndole un 3% manifestarán; a) los senos son un adorno sin ellos es una como un hombre, b) es una cosa muy importante para la mujer sin el se ve deforme, c) pretensión de la mujer, d) es algo que la hace lucir su ropa, e) la figura de la mujer tiene que ser estética y para que los senos son indispensables.

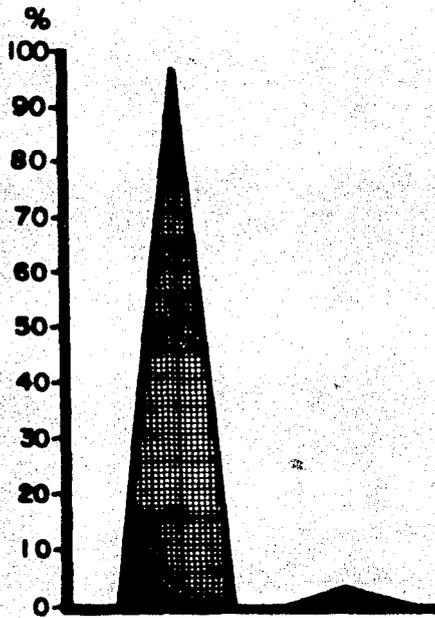
HAN TRABAJADO

El 82% de las pacientes si ha trabajado, y el 18% de ellas nunca ha trabajado.

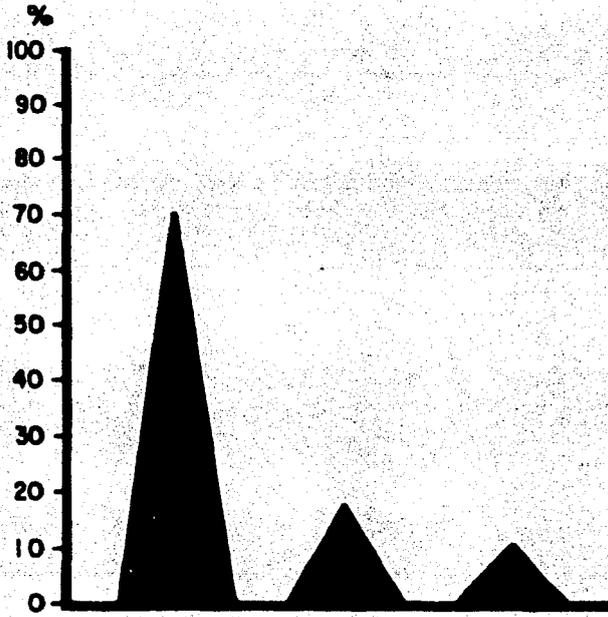
TRABAJA ACTUALMENTE

En relación con el punto anterior vemos un cambio significativo puesto que el 85% del universo estudiado actualmente no trabaja, por lo tanto el 15% representa a los pacientes que actualmente trabajan.

PARTICIPABA EN LA DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR ANTES DEL PADECIMIENTO



El 97% de los casos estudiados si tomaba parte en la distribución del ingreso familiar, no así el 3%.

LA DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR LA REALIZA

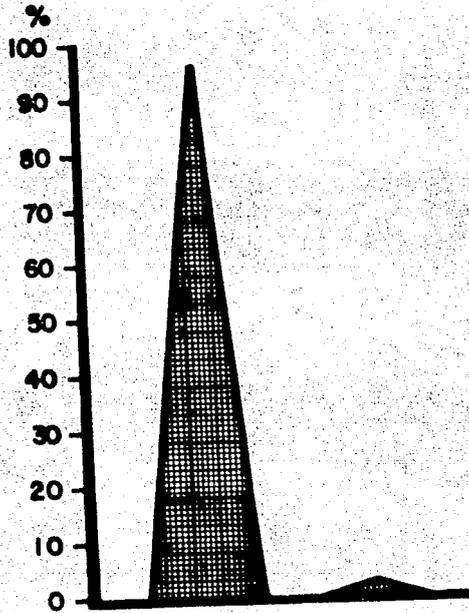
El 71% de los casos corresponden a la paciente, el 18% a la paciente y a su esposo el 11% al esposo.

LA ADQUISICION DE ALGUN ARTICULO PARA EL HOGAR LA REALIZA



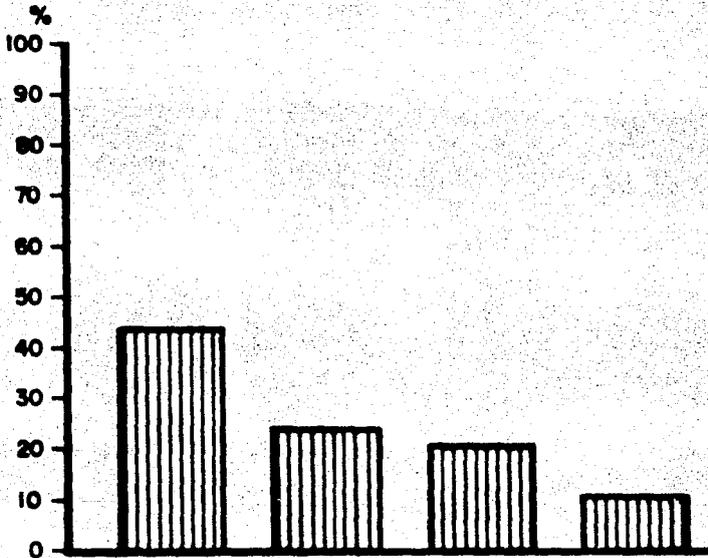
El esposo de la paciente es el que toma estas decisiones esto se ve en un 43%, la decisión de ambos corresponde a un 30%, la paciente decide en un 18% y otros familiares intervienen en un 9%.

SE HA DADO ALGUN CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES



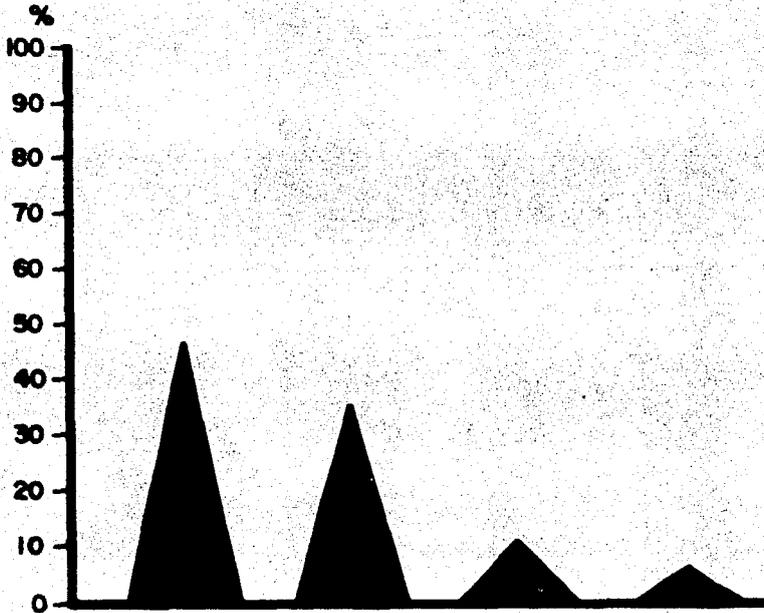
En el 97% de los casos estudiados las decisiones no han cambiado, apenas en el 3% cambiaron.

QUIEN DECIDIO INSCRIBIR A SUS HIJOS MENORES EN LA ESCUELA DONDE ACUDEN ACTUALMENTE



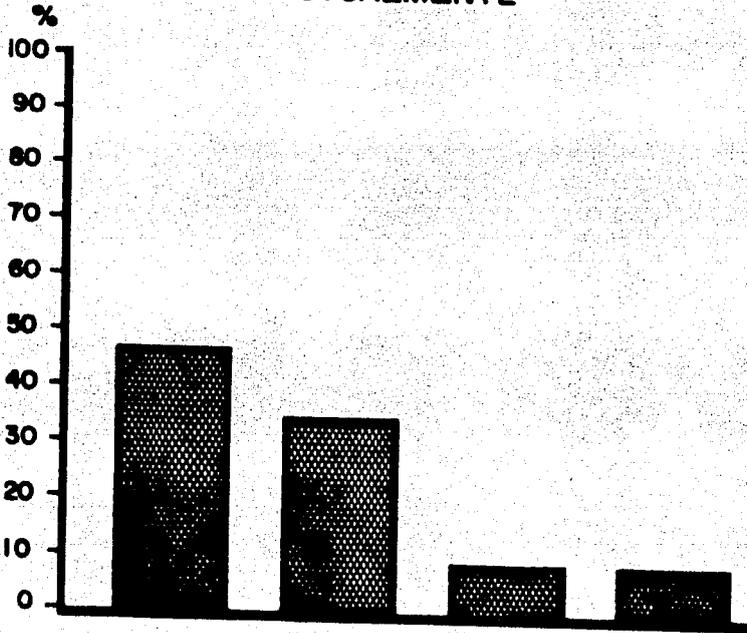
La paciente encabezó el primer lugar con el 44% con el 24% ambos conyuges, el 21% los hijos y en el 11% el esposo.

MOMENTOS EN QUE SE REUNIA LA FAMILIA ANTES DEL PADECIMIENTO DE LA PACIENTE



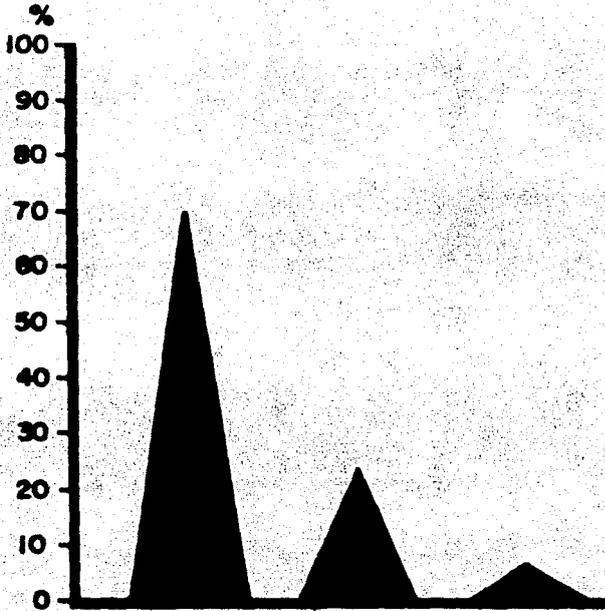
El 47% acostumbraban reunirse en el momento de la comida, el 36% en la cena, 11% nunca se ha reunido y el 6% en el desayuno.

EN QUE MOMENTO SE REUNEN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ACTUALMENTE

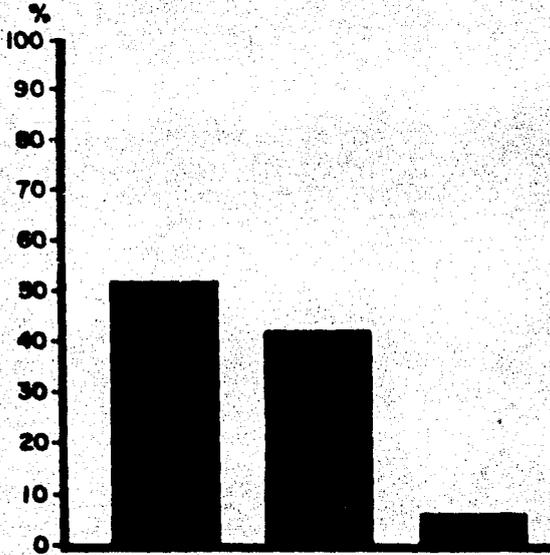


El 47% acostumbra reunirse en la cena, un 35% en la comida, 9% en el desayuno y otro 9% nunca se reúne.

ACOSTUMBRAN INTERCAMBIAR IMPRESIONES AMBOS CONYUGES

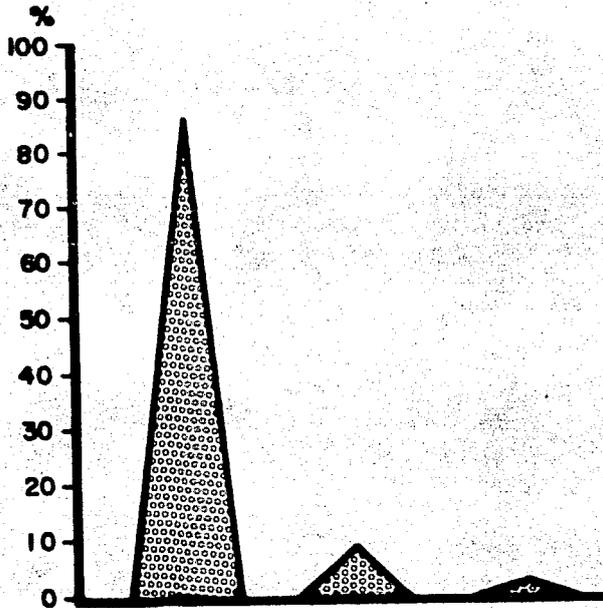


En el 70% del universo estudiado si acostumbra intercambiar impresiones, en un 24% lo hacen en ocasiones y el 6% no intercambian impresiones.

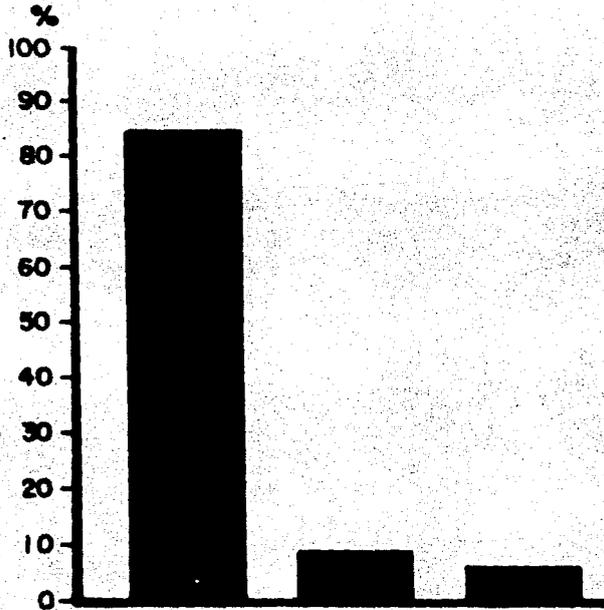
ACTUALMENTE INTERCAMBIAN IMPRESIONES AMBOS CONYUGES

Actualmente el 52% si intercambian impresiones, un 42% lo hacen en ocasiones y el 6% no intercambian impresiones.

TIEMPO EN QUE ACOSTUMBRABA REUNIRSE LA FAMILIA ANTES DEL PADECIMIENTO

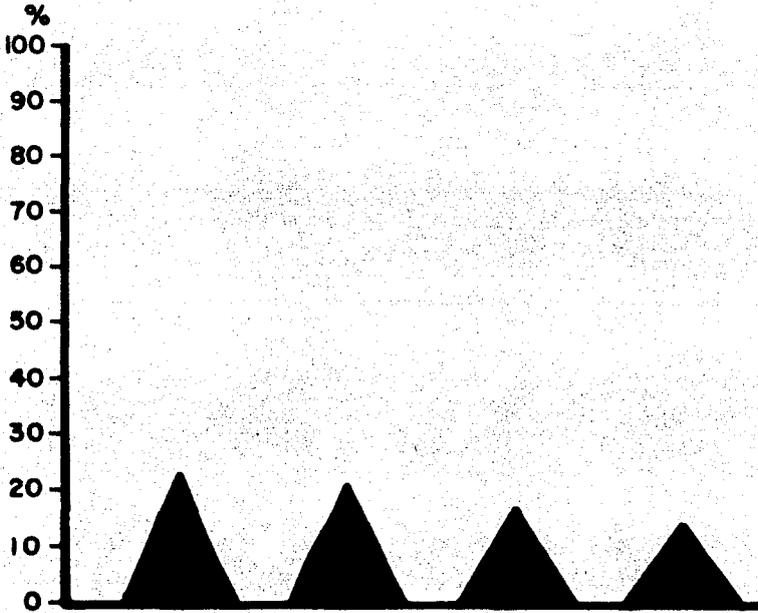


El 88% lo hacía toda la semana, el 9% nunca se han reunido los miembros de la familia, el 3% lo ha hecho en fechas especiales.

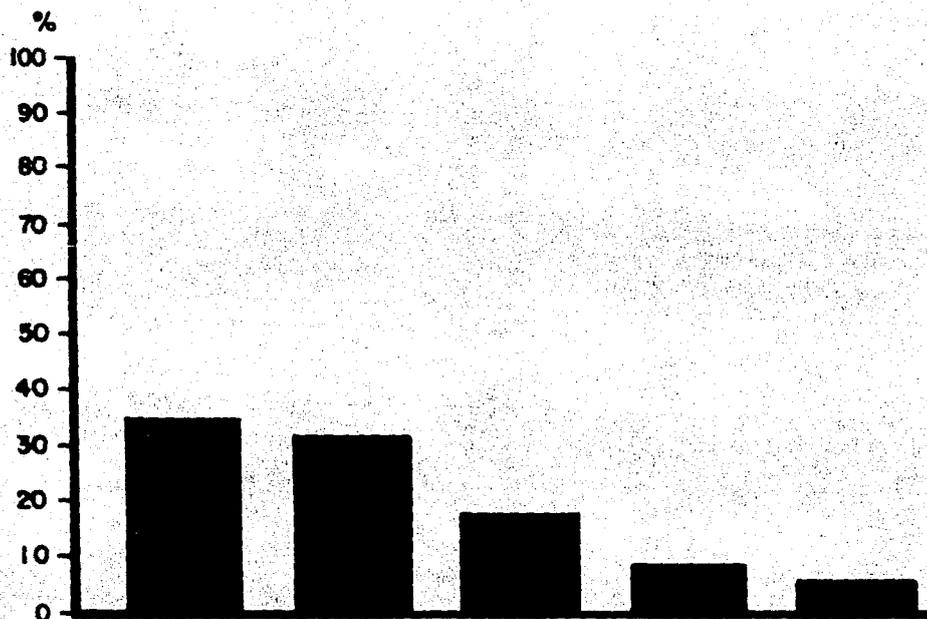
LA FAMILIA SE REUNE ACTUALMENTE

En un 85% la familia se reúne toda la semana, el 9% nunca se reúne y el 6% lo hace en fechas especiales.

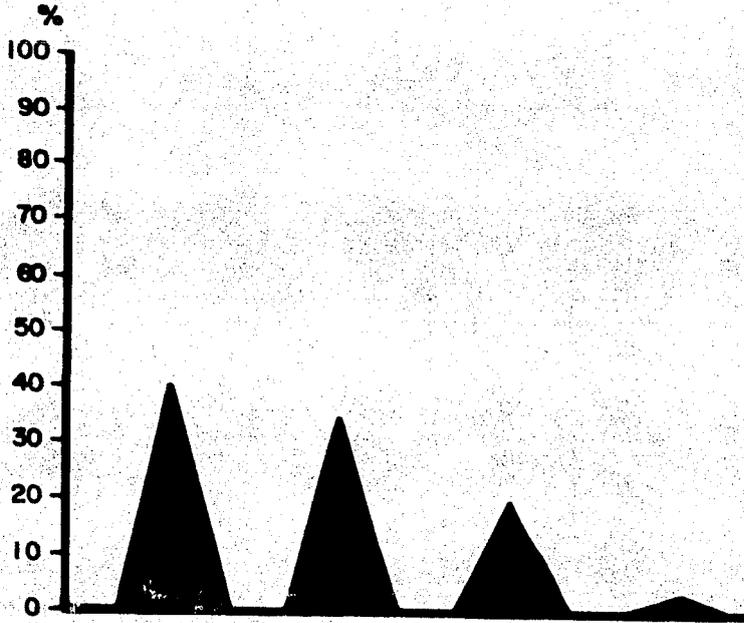
FRECUENCIA CON QUE SALIA LA PACIENTE CON SU ESPOSO A DIVERTIRSE ANTES DE LA MASTECTOMIA RADICAL



En un 24% señalaron que salía con su esposo mensualmente y en fechas especiales, el 21% semanalmente, un 17% quincenalmente y el 14% nunca salió con su esposo a divertirse.

FRECUENCIA CON QUE SALE CON SU ESPOSO ACTUALMENTE

En el universo estudiado el 35% nunca sale con su esposo a divertirse, el 32% en fechas especiales, un 18% semanalmente 9% quincenalmente y el 6% mensualmente.

QUIEN DECIDE EL LUGAR A DONDE ASISTIR

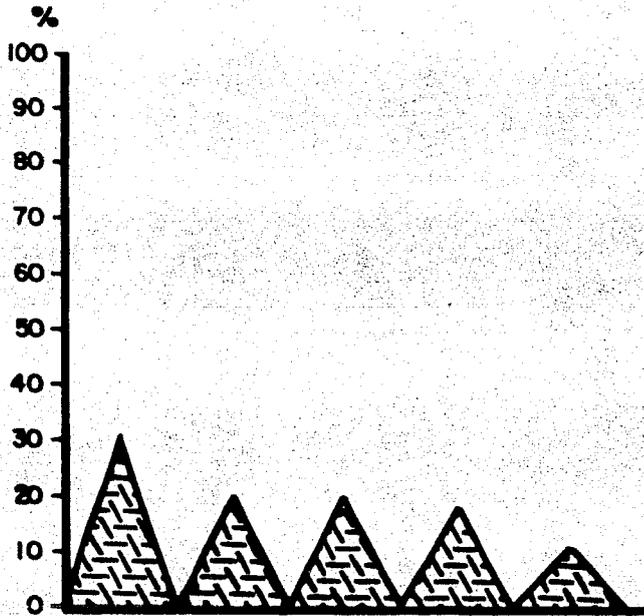
En un 41% la decisión es de ambos, el 35% nunca salen, en el 20% el esposo decide el lugar y en el 3% es la paciente la que selecciona el lugar.

ANTES DEL PADECIMIENTO CON QUE FRECUENCIA SE REUNIAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

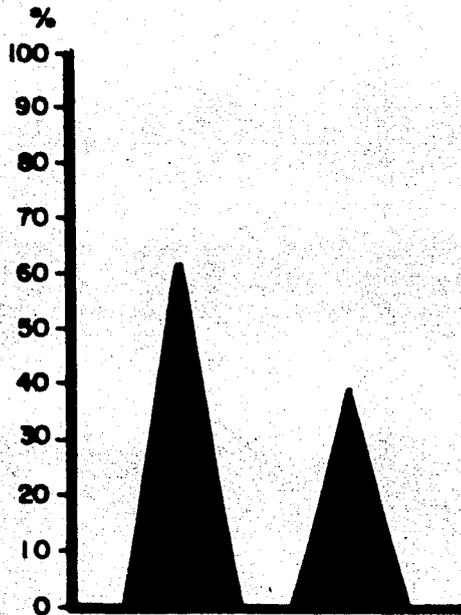


El 33% lo hacían quincenalmente, un 27% semanalmente, el 20% en fechas especiales, un 11% semanalmente y el 9% nunca.

FRECUENCIA CON QUE SE REUNEN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA DIVERTIRSE EN LA ACTUALIDAD



El 31% lo hace en fechas especiales, dos subgrupos de 20% cada uno se reúnen semanalmente y otro nunca se reúnen, en un 18% lo hacen mensualmente y el 11% quincenalmente.

HA SENTIDO ABANDONO POR ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA

El 61% si se ha sentido abandonada, el 39% no se ha sentido abandonada por algún miembro de su familia.

Capítulo V. - Plan de Trabajo para el grupo de pacientes Mastectomizadas.

- 5.1 El Trabajador Social como consejero del paciente y su familia.**
- 5.2 Trabajo Social de Grupos con pacientes mastectomizadas.**
- 5.3 Participación del Trabajador Social en el tratamiento de pacientes mastectomizadas.**
- 5.4 El Trabajador Social como consultor y educador.**

5.1 El Trabajador Social como consejero del paciente y su familia.

El papel del Trabajador Social es significativo porque está abierto a los pacientes y sus familiares. El Trabajador Social debe enfocarse sobre las características sociales y personales del paciente y su familia.

El paciente a menudo habla al Trabajador Social de cuando y como él morirá, de los temores que tiene sobre la muerte y que es lo que pasará con los familiares que deja.

En esta etapa el paciente requerirá la ayuda del equipo interdisciplinario, para que cada uno de acuerdo a su área de trabajo le brinde la orientación adecuada.

En relación con la familia el trabajador Social ayudará a tratar de mantener un balance entre los encuentros de la vida cotidiana y la preparación para la pérdida de la persona que va a morir.

Es probable que los familiares requieran la orientación del Trabajador Social en el proceso de luto; se dirigen a él por haber estado con la familia en las etapas más difíciles de la enfermedad, si el Trabajador Social ha hecho un trabajo razonable de ayudar a los familiares a mantener el balance entre vivir y morir entonces ellos necesitarán de su orientación en el luto y el ajuste de la familia.

La función primordial para el Trabajador Social es la de servir como ~~primario~~ ^{primario} de la unidad familiar y sus transacciones con el sistema de cuidado y salud.

El Trabajador Social representa la función valiosa de la comunicación y enlace con los diversos programas extramurales por ejemplo; con las instituciones gubernamentales, teniendo una contribución importante que realizar para analizar las contingencias del medio ambiente en relación con la conducta del paciente, pero es más importante que el Trabajador Social se centrará más en las interacciones del paciente y sus incapacida-

des que en los aspectos monetarios y adaptativos de la familia del paciente.

El Trabajador Social debe considerar al paciente y a su familia dentro de dos tipos de ambiente, es decir el paciente que tiene cáncer diagnosticado y tratado dentro de un estadio localizado cuando todavía tiene probabilidades de curación, y el paciente cuyo cáncer está avanzado y prontamente o más tarde probablemente sea terminal.

La mayor fuente de fuerza y de significado de la vida proviene de las relaciones con otros seres humanos, esta necesidad es la verdadera esencia de toda la vida humana y es en el ambiente familiar en donde se fundan más frecuentemente.

Ante la presencia del cáncer estos recursos se ponen a prueba como en otras situaciones de la vida humana, la ansiedad de esta enfermedad es usualmente sobrellevada por una evidencia tangible, aquí el rol del Trabajador Social deberá ser el de Consultor, deberá saber cuando y como movilizar los auxilios paramédicos en el hospital, deberá ser cuidadoso con la ayuda de los profesionales circundantes que pudieran llegar a necesitar de otros especialistas, y deberá ser el apoyo emocional.

Uno de los aspectos difíciles con este tipo de pacientes es anunciar el diagnóstico, lo cual es un error decirlo a todos los pacientes, tanto como no decirlo nunca, cada caso debe ser enfocado individualmente.

Otro punto importante es informar sobre el tiempo específico de la enfermedad tanto como el decirle "tiene tres meses de vida".

La proyección del paciente probablemente transcurra y la seriedad debería ser comunicada a la persona o personas apropiadas, pero siempre con la esperanza y la evidente convicción de que se está haciendo todo lo posible para mantenerla, nunca como una fecha definida de muerte, cualquiera que haya tratado con cancerosos sabe que el término de "tres meses de vida" es una ligera conjetura que frecuentemente se prueba como

incierta, que raramente ayuda y que frecuentemente complica la relación paciente-grupo interdisciplinario-familia.

En la última etapa de la enfermedad, el paciente necesita sobre todo cuidado y tratamiento, en este estadio el cáncer se caracteriza por inducir cierto tipo particular de soledad, lo que sucede por la falta de deseo de alimentarse y de vivir. Esta única sensación de soledad podría ocurrir durante cualquier estadio cuando se enfrente ante el diagnóstico, pero es un problema particular cuando la muerte está próxima. En este estadio el Trabajador Social deberá hacer todo lo posible por evitar la separación del paciente, de la familia y de sus amigos cercanos. El rol del Trabajador Social y el grupo interdisciplinario es en cualquier camino posible al proporcionar confort y serenidad a la familia del paciente.

El Trabajador Social tiene varias responsabilidades, como son: conocer perfectamente al paciente y a la familia para guiar el manejo de esos días tan difíciles y finales, proteger el dolor, el desconfort y problemas de una natural emergencia ya que son hechos que pueden ser controlados, la presencia de la familia viene a resultar más importante que el equipo interdisciplinario en sí. El Trabajador Social deberá estar cerca y disponible a hacer visitas regulares, no importa lo cortas que estas sean pero resultan ser de gran importancia para el paciente y su familia.

5.2 Trabajo Social con Grupos de Pacientes Mastectomizadas

Los grupos se han clasificado de varias maneras; por la edad, por el sexo, por la estructura. Slavson los divide en:

- Obligatorios
- Motivados
- Voluntarios

Hablemos de los grupos Obligatorios, teniendo como base los motivos o

situaciones por los que la gente se reúne.

En estos grupos encontramos a quienes forman parte de una familia, a las personas que laboran en un centro de trabajo, quienes acuden a una escuela.

Se dice que un grupo es motivado cuando quienes lo forman han llegado a él impulsados por el reconocimiento social casi siempre en busca de prestigio social, de ahí el surgimiento de asociaciones culturales, políticas y profesionales.

Grupos Voluntarios son los que se forman por el simple y sencillo deseo de convivir con otros, se forman también porque les agrada a las personas desarrollar algunas actividades específicas.

Se pueden realizar otras subdivisiones y entonces tendremos que entre los grupos voluntarios se hayan también los culturalmente homogéneos, los de intereses homogéneos o especiales, los de actividades múltiples y los terapéuticos.

De manera gráfica:

Obligatorios - Los ajenos a su voluntad

Motivados - En busca de reconocimiento social

Clasificación de los culturalmente homogéneos:

Grupos por su asociación - intereses homogéneos o intereses especiales.
(Slavson)

- actividades múltiples
- terapéuticos

Fines profesionales del Trabajador Social que labora con grupos:

1) Impulsar y enriquecer la solidaridad social de cada individuo miembro del grupo.

- 2) Que el grupo dentro de su comunidad tenga un valor social para servirse como grupo y proyectarse hacia la comunidad.

Los grupos de pacientes mastectomizadas se consideran dentro de los de nominados terapéuticos, siendo indispensable hablar acerca de la teoría referente a la Psicoterapia del Grupo.

Pratt inició alrededor de 1905 la Psicoterapia del Grupo en un hospital de enfermos tuberculosos, definiendo al grupo terapéutico como el "... constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo y comparten normas tendientes a la consecución de un determinado fin, la curación, dentro de este cada integrante desempeña una función conciente - o inconsciente que se halla en estrecha interdependencia con los demás. - El terapeuta es el líder formal pese a los diferentes roles que se le asignan, su función específica es interpretativa ya que no juzga, dicta nor--mas o da consejos..." (20).

Aún cuando se dice que los grupos terapéuticos son grupos homogéneos - éstos en la realidad no son tales ya que cada uno de los integrantes tie--nen una historia personal diferente. Para que un grupo terapéutico se -- considere como ideal deberá estar constituido por cinco a ocho personas. Las sesiones deberán realizarse semanalmente y tomarán una hora a _ una hora y media máximo.

En comparación con la psicoterapia individual, la de grupo presenta una figura nueva que es la del observador que puede ser un Trabajador Social, un terapeuta, o un estudiante de psicología.

Como funciones específicas del observador encontramos:

- 1) Registrar como resultado de la observación directa la comunicación - verbal y no verbal intercambiadas en el grupo, las inter-relaciones - de los distintos miembros y los cambios que se producen de una se-- sión a otra.

2) Conferenciar con el terapeuta después de cada sesión.

3) Analizar junto con el terapeuta los datos obtenidos en las sesiones.

Es costumbre que tanto observador y terapeuta se reúnan antes o después de cada sesión, antes de comenzar la siguiente para comentar y discutir el material de la última sesión en las intervenciones del terapeuta y la medida en que coinciden o difieren con lo apreciado y registrado por ellos. A menudo los datos obtenidos por el observador y que son complementarios constituyen elementos de gran valor para el terapeuta, lo mismo puede decirse de las sugerencias para alguna situación particular.

De acuerdo con los propósitos que persiga el grupo, tenemos que son:

a) Para instruir

b) Para guiar

c) Para comprender al grupo con el fin de modificarlo.

Como se indicó con anterioridad el grupo de pacientes oncológicos, no solo del servicio de Mama, sino que de cualquier otro servicio se ajustaría al grupo terapéutico.

5.3 Participación del Trabajador Social en el tratamiento de Pacientes Mastectomizadas.

En el área médica el Departamento de Trabajo Social deberá participar en la enseñanza cuando se requiera, y con la aprobación de las autoridades del hospital, participando en cursos y conferencias acerca de los aspectos sociales de la enfermedad; con la participación del grupo interdisciplinario del hospital, en donde el Trabajador Social debe interpretar los aspectos sociales de la enfermedad.

El Trabajo Social como las otras profesiones está continuamente cambiando y aumentando su cuerpo de conocimientos; es de suma importancia que el grupo de trabajadores sociales tenga el estímulo y la oportunidad para mejorar la calidad de su actividad profesional, es por esto que a menudo es necesario que los miembros del Departamento sean relevados del cumplimiento de otras obligaciones para que se comprometan en tales proyectos de investigación.

El Trabajador Social más que ningún otro profesional está capacitado para la investigación social y tiene la ventaja de estar en contacto directo con las personas y los hechos.

"... El Trabajador Social a diario palpa las situaciones sociales, conoce los problemas de los seres humanos, sus necesidades, sus anhelos, sus virtudes y sus defectos..." (21).

En el campo de la medicina, la especialización del Trabajador Social en los distintos aspectos de la salud y de la enfermedad, le confieren destrezas especiales para indagar sus causas y efectos, de lo general se capacita para lo particular que en este caso se refiere a las implicaciones psicosociales en la persona que se enferma, constituyéndose entonces en un valor de suma importancia para esta ciencia, donde el tratamiento de los desajustes de la salud va hacia sus efectos donde la solución se circunscribe a una inter-relación dinámica de enfermedad problemas-biopsicosociales.

5.4 El Trabajador Social como Consultor y Educador.

El apoyo al paciente oncológico y su familia debe ser extensivo, el Trabajador Social tiene el compromiso de sensibilizar y ~~orientar~~^{orientar} a otros profesionales dentro de la unidad hospitalaria sobre las necesidades psicosociales

(21) Carrasco Valencia, Rosa LA INVESTIGACION SOCIAL EN EL SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL
Servicio Social Interamericano, Unión Panamericana,
Washington, D. C., Marzo, 1968. No. 10, pag. 37

desconocidas del paciente, debe incluir la comprensión de sus propias motivaciones y de su propia manera de encarar y resolver los problemas, - así como conocer sus propias cualidades y limitaciones y ser capaz de -- trabajar con mas eficacia en interés del enfermo y su familia dentro de los límites de su capacidad.

El Trabajador Social debe ser plenamente conciente de la posible o probable respuesta de la gente a sus actos. Debe poseer la aptitud para interpretar, que una actitud de crítica aguda por parte del paciente respecto a los procedimientos del hospital, o contra el personal puede tener su origen en un temor. Así el paciente que teme la intervención quirúrgica, el que exige atención constante, el que rechaza los cuidados, con tales actitudes esta expresando sus necesidades. De la destreza que se adquiera - para comprender y valorar la conducta de los enfermos y su significado, - depende en gran parte la capacidad de usar las relaciones interpersonales como instrumento terapéutico.

La aceptación es un proceso activo y se expresa en distintas formas como son:

Mantener con el paciente una relación no enjuiciadora ni punitiva lo mismo con sus familiares, expresarles directa o indirectamente interés y remunerar los sentimientos del paciente o sus familiares hablandoles para comprenderlos y permitir que expresen sentimientos reprimidos.

Toda persona que trabaje con enfermos crónicos con trastornos emocionales debe mantener alerta y prevenir la expresión de sus sentimientos personales acerca de ellos.

Permitir que el paciente o sus familiares expresen sus emociones es otro de los medios para manifestar nuestra aceptación. Los pacientes estan - abrumados por emociones negativas y necesitan la oportunidad de expresarlas sin daño psicológico para sí mismos.

Las limitaciones que se impongan a la conducta del enfermo o de sus familiares deben ser establecidas por un equipo bajo la dirección del médico y tales limitaciones deberán ser invariable y continuamente respetadas por aquellos que entren en contacto con el paciente.

El papel de educador del Trabajador Social es el de ayudar a la adaptación del paciente a su enfermedad, depende mucho de su actitud filosófica frente a la vida, y de sus antecedentes educacionales, étnicos, religiosos y sociales, de su edad, sexo y posición en la vida, así como las variables psicológicas.

Un parámetro útil para anticipar la capacidad de un paciente y para hacer una óptima adaptación a su enfermedad, es como enfrentó en el pasado las crisis importantes y cruciales de su vida, así como de los recursos de que dispone como apoyo familiar, medios económicos y sociales, así como madurez interna y grado de integración de su persona.

Generalmente la gente más allegada al paciente como son los familiares, es muy afectada por el diagnóstico de cáncer, a menudo más que el paciente mismo. Es por esto que se hace necesario trabajar con la familia y con el paciente para darles mejor ayuda. Desde un principio se debe de indicar al paciente que habrá de conversar con sus familiares y que a todos se les mantendrá al tanto de la evolución de la enfermedad, dependiendo de cada caso, es como el médico con la colaboración del Trabajador Social comunicará con toda franqueza al paciente lo relacionado con su tratamiento y enfermedad.

Conclusiones:

1. - La mujer en la familia ha sido educada desde hace siglos por otras mujeres que le han hecho sentir y creer que su destino normal en este mundo es el matrimonio, la procreación de los hijos y la realización de las tareas domésticas, quedando ante esta situación subordinada al hombre.
2. - En la sociedad capitalista las mujeres son las que realizan la mayoría de las compras, su consumo más frecuente es el de los cosméticos, la moda en el vestir, los artículos del hogar y todo lo que se encuentra relacionado con su opresión. Considerando esta situación la sociedad define a las mujeres como consumidoras proyectando su imagen de mujer en los medios de publicidad como objeto sexual pasivo.
3. - Existen mujeres que conceden gran importancia a la perfección de su busto, viven angustiadas por la idea de no adaptarse a las normas de belleza que les han inculcado desde niñas al decirles que tienen que agrandar al hombre y una forma de hacerlo es teniendo un cuerpo armónico.
4. - Para la mayoría de las mujeres la Mastectomía les causa una gran ansiedad, una de las principales causas es el énfasis que nuestra cultura pone en los senos como símbolo de feminidad.
5. - Del estudio se desprende, que la vida afectiva, familiar y social de la mujer que ha sido sometida a una Mastectomía Radical, cambia considerablemente.

6. - El rechazo que la paciente siente por parte de su conyuge al ya no -
agradarle como mujer llega a repercutir muy seriamente en su esta-
do emocional, ocasionando con estos graves trastornos en la dinámi-
ca familiar.

7. - Cuando en la familia llega a enfermar alguno de sus miembros, el -
resto de los familiares reacciona frente a la enfermedad y a su vez -
el paciente reacciona frente a la respuesta de su familia, cuando lle-
ga a enfermar la madre se crea un máximo de trastornos en la fami-
lia, dejando al marido y a los hijos en un vacío emocional y físico; -
su enfermedad condena a sus hijos a una falta de apoyo en el momen-
to en el que más necesitan.

8. - En relación con la familia del paciente oncológico las situaciones - -
por las que atraviesa desde el momento en que conocen el diagnósti-
co de la enfermedad son diversas en comparación con otras enferme-
dades aunque estas sean también crónicas.

9. - El Trabajador Social, conciente de estos problemas psicosociales, -
tomará un papel profesional de orientador y educador.

Sugerencias:

1. - Es necesario que la mujer tome conciencia de las múltiples capacidades que tiene en el campo familiar, social e intelectual y ver que su papel no solo se concreta en el matrimonio, la procreación de los hijos y la realización de las tareas domésticas, sino que es capaz de desarrollar todas sus potencialidades como ser humano.
2. - Se ha dicho que la familia es la célula de la sociedad, por lo tanto es indispensable que sus miembros se encuentren preparados adecuadamente ante cualquier situación de peligro, como es el caso de que uno de ellos llegue a padecer una enfermedad crónica, cuando es la madre la que llega a enfermar la situación se torna aún más difícil, es por esto que se hace necesaria e indispensable la respuesta favorable de los restantes miembros de la familia.
3. - El padecimiento oncológico es considerado como la más cruel de todas las enfermedades crónicas, puesto que en la mayoría de los casos deja terribles huellas en los familiares, es por esto que se hace necesaria la capacitación del personal que trabaja con este tipo de pacientes, para que los pueda orientar adecuadamente.
4. - Tanto la paciente como los miembros de la familia deben recibir información y pláticas adecuadas en relación con su padecimiento, para que su vida afectiva, familiar y social no se vea afectada radicalmente.
5. - Es importante orientar adecuadamente a la paciente que se somete a una mastectomía radical, haciéndole sentir confianza en sí misma.

6. - La función principal del Trabajador Médico Social en la unidad hospitalaria, es contribuir al tratamiento integral del paciente orientándolo para resolver en forma conjunta con su familia aquellos problemas sociales y emocionales que interfieran en el tratamiento médico, su ajuste a la institución, su rehabilitación y la conservación de su salud física, mental y social.
7. - Se debe de promover una campaña efectiva y permanente para la detección oportuna del cáncer de mama.
8. - Es necesario orientar adecuadamente al cónyuge de la paciente, en relación con el trato que debe de tener con ella después de que ésta ha sido sometida a una Mastectomía Radical.

Bibliografía:

1. - Academia de Ciencias de la U. R. S. S.
Manual de Economía Política
Editorial Grijalbo, México D. F., 1960
2. - Ackerman, Nathan W.
Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares
Ediciones "Horme", Editorial Paidós,
Buenos Aires, Argentina. 1974.
3. - B. de Brandengurg, Ana
Servicio Social Hospitalario
Editorial Humanitas,
Buenos Aires, Argentina. 1971
4. - Baker J. L. Jr. et al.
Psychosexual Dynamics of Patients Undergoing Mammary Augmentation
Jan-June Vol. 53-I-6, Baltimore Maryland, 1974
5. - Beauvoir, Simone de
El Segundo Sexo Tomos I y II,
Ediciones Siglo XX, Buenos Aires, 1977
6. - C. H. de Vittorioso, Lidia
Trabajo Médico Social
Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1976
7. - Crary G. William, Ph. D. And Gerald C. Crary M. D.
Emotional Crises an Cancer
et. al. C. A. 24:36-9 Jan-Feb-1974
8. - Colleagues in Health Care
From A. Special Correspondent
British Medical Journal, 4-615-616, 1971
9. - Dietz J. Herbert; Jr.
Rehabilitación del Paciente con Cáncer
Clínicas Médicas de Norteamérica
Universidad de Nueva York, Mayo, 1969

10. - Emerson Ruth: Standards Medical Social Work, The Hospital in Modern Society. The Common Wealth, Found.
New York, 1943
11. - Escardó Florencio
Sexología de la Familia
Editorial el Ateneo,
Buenos Aires, Argentina, 1970
12. - Engels F.
El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado
Editorial Progreso, Moscú, 1976
13. - Escardó, Florencio
Anatomía de la Familia
Editorial el Ateneo,
Séptima edición, Buenos Aires, Argentina, 1974
14. - F. Byrd, Benjamín Jr., M. D.
Rehabilitation of the Patient with Breast Cancer
University School of Medicine, Nashville, Tennessee, 1972
15. - Fordyce, E. Wilberth Ph. D.
Psychology, Social Work, and Medicine
Presented as part of a panel discussion al the Forty Seventh Annual
Session of the American Congress of Rehabilitation Medicine.
New York City, August, 1970
16. - Galindo, Ma. Gloria
El Trabajo Social en el Hospital de Oncología del Centro Médico
Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Tesis Profesional de Trabajo Social, UNAM, 1965
17. - Gible R., Jack
Manual de Dinámica de Grupos
Editorial Humanitas,
Buenos Aires, 1974
18. - Ginsberg H. Leon Ph. D.
Hospital Social Work Programs
Hospitalts 44:59-61, I-Nov-1970

- 19.- Grimberg, León Psicoterapia de Grupo,
Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1974
- 20.- Gómez Jara y Marquez Bohor, Sociología
Ediciones Tercer mundo,
México, 1969
- 21.- Holland, Jaime
Aspectos Psicológicos en la Práctica Oncológica
Clínicas Médicas de Norteamérica,
Editorial Interamericana, Septiembre, 1977
- 22.- Instituto Mexicano del Seguro Social
Manual de Procedimientos de Trabajo Social,
Subdirección General Médica
México, 1974
- 23.- Kisnerman, Natalio
Servicio Social de Grupo
Editorial Humanitas,
Buenos Aires, 1976
- 24.- Kolontay, Alejandra
La Mujer Nueva y la Moral Sexual
Editorial Claridad,
México, 1972
- 25.- Kra Koff H., Irwin
Aspectos Médicos del Cáncer
Clínicas Médicas de Norteamérica,
Editorial Interamericana, Mayo 1971
- 26.- Kadushin, Alfred
La Entrevista en el Trabajo Social
Editorial Extemporáneos,
Columbia University Press, Nueva York, 1972
- 27.- Markel M. William, M.D.
Rehabilitation After Mastectomy
Seventh National Cancer Conference
Proceedings, 1972

28. - Mitchell, Juliet
La Condición de la Mujer
Editorial Extemporáneos, México, 1974
29. - Moor, Lise
Elementos de Psicología Médica
Ediciones Toray, S. A.,
Barcelona, 1973
30. - M. P. Daniel Assistant Director (Social Work)
The Social Worker's Role
British Medical Journal Vol. 1
London, 6-Enero-1973
31. - Moss Celia R., "Administering a Hospital Social Service Department".
American Association of Medical Social Worker's,
Washington, 1955, pag. 21
32. - Pardinas, Felipe
Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales
Editorial Siglo XXI,
Novena Edición, 1973
33. - Snelle, Laura and Saxon, Graham
From the Departments of Sociology and Social and Preventive
Medicine
State University of New York at Buffalo U. S. A.,
Received for publication May-18-1974
34. - Sutton, Maurice
El Cáncer Explicado, Síntomas, Signos y Diagnóstico Precoz
Editorial Diana,
México, D. F., Mayo, 1973
35. - Schanaper, Nathan
Aspectos Psicosociales del Tratamiento del Cáncer
Clinicas Médicas de Norteamérica
Editorial Interamericana, Septiembre, 1977
36. - Solomon Philip, Vernon D. Patch
Manual de Psiquiatría
Editorial el Manual Moderno, S. A.,
México, 1972.

- 37.- Shonle Cavan, Ruth
Lá Familia
Editorial Bibliográfica OMERA,
Buenos Aires, Argentina 1967.
- 38.- Sherry W. Johnson, MA. M. S. W.
Role of the Medical Oncology Social Worker
Editors. Stephen E. Jones, M. D. Associate.
Ariz. Med. 31 (4): 2579,
Tucson Arizona,
April, 1977.
- 39.- Sánchez Azcona, Jorge
Familia y Sociedad
Cuadernos de Joaquín Mortiz, S. A., primera edición,
Febrero, 1974
México, D. F.
- 40.- Vargas Tenorio, Emelia
Aspectos Psicológicos de la Personalidad en la Mujer con Cáncer
Tesis Profesional Facultad de Psicología, U.N. A.M.,
México, 1963.