



LA RED SOCIAL PERSONAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO 1,2, 3 Y 4.

AUTORES

LAURA ALEJANDRA PINILLA RUBIO

lapinilla@unicolmayor.edu.co

Celular: 300 438 47 61

LAURA NATALY VELASQUEZ GANTIVA

lnvelasquez@unicolmayor.edu.co

Celular: 322 4055321

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

BOGOTA, 2018



LA RED SOCIAL PERSONAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO 1,2, 3 Y 4.

AUTORES

LAURA ALEJANDRA PINILLA RUBIO

LAURA NATALY VELASQUEZ GANTIVA

Trabajo de grado para optar por el título de:

TRABAJADORAS (O) SOCIALES

TUTOR:

LUZ DARY CUBIDES

BOGOTA, 2018

LA RED SOCIAL PERSONAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO 1, 2, 3 Y 4.

AUTORES: Laura Alejandra Pinilla Rubio, Laura Nataly Velásquez Gantiva

OBJETIVOS:

General: Conocer la Red Social como un instrumento la adherencia del tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en estadio 1, 2, 3 y 4 que ingresaron a la Asociación AMESE en el primer semestre del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características de la Red Social personal de los sujetos diagnosticados con cáncer de mama.
2. Describir las funciones de la red social personal en la adherencia del tratamiento
3. Describir los atributos del vínculo en la red social personal

RESUMEN

El siguiente estudio da cuenta de una investigación desarrollada desde la disciplina de Trabajo social, la cual lleva por nombre: Red social en la adherencia al tratamiento de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2,3 y 4, retomando una muestra poblacional de 25 mujeres que pertenecen a la Asociación AMESE; para efectos de la investigación se retomó a Roberto Hernández Sampieri en su libro “Metodología de la Investigación, 6° Edición”, con el fin de conocer la red social como un instrumento que favorece o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama, se plantea el siguiente estudio desde un corte cuantitativo con tipo de estudio exploratorio y se retoman las variables de Red social personal que se analizaron a través de la identificación de las características de la red social personal, la descripción de las funciones de la red y el reconocimiento de los atributos del vínculo; como segunda variable de análisis se encuentra la adherencia al tratamiento. Finalmente se identificó, que todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que hicieron parte del estudio, cuentan con una o varias redes sociales de apoyo que facilitan la continuidad en el tratamiento médico.

ABSTRACT.

The following study reports an investigation developed from the discipline of social work, which is called: Social network in adherence to the treatment of women diagnosed with breast cancer in stage 1, 2, 3 and 4, taking a population sample of 25 women who belong to the AMESE Association; For the purposes of the research, Roberto Hernández Sampieri was taken up again in his book "Research Methodology, 6th Edition", in order to know the social network as an instrument that favors or not adherence to the treatment of people diagnosed with cancer. mama, the following study is proposed from a quantitative section with a type of exploratory study and the variables of the personal social network are analyzed, which were analyzed through the identification of the characteristics of the personal social network, the description of the functions of the network and the recognition of the attributes of the link; the second variable of analysis is adherence to treatment. Finally, it was identified that all women diagnosed with breast cancer who were part of the study, have one or several social support networks that facilitate continuity in medical treatment.

AGRADECIMIENTOS

Solo tengo palabras de agradecimiento para aquellas personas que hoy me acompañan, quienes no están conmigo, ellos de alguna forma me han dado el aliento para continuar cuando creía que la adversidad era más grande que yo. A Dios le doy gracias por ser el centro de mi vida y abrirme el camino, por permitirme conocer personas que han aportado enormemente a mi vida. Quiero agradecerle a mis papas Mariela Rubio Ovalle y Edmundo Pinilla Plazas por nunca rendirse conmigo y siempre ser los primeros en creer en mí, por ser mi inspiración y mi mayor motivación para conseguir este logro; es a ellos a quien le debo lo que soy; a mis hermanos Edwin, Juan y Carolina por los consejos, por su amor incondicional, por apoyarme cuando más lo he necesitado.

A mi mejor amigo Sebastián Pinilla le agradezco su confianza en mí, por motivarme todos los días a ser una mejor versión de mí, por ser mi ejemplo y enseñarme que las cosas con esfuerzo y dedicación dan grandes frutos; a él también le dedico este logro. A mis demás familiares Edilma Lombana y Miguel Antonio Duque, quienes han estado conmigo en momentos de felicidad y tristeza quiero agradecerles por darme fuerza y ayudarme a hacer realidad este capítulo en mi vida.

También quiero agradecerle a Laura Nataly Velásquez Gantiva mi mejor amiga, confidente y compañera de tesis, gracias por escogerme a mí para recorrer este camino juntas, gracias por ser incondicional conmigo, por quererme con mis virtudes y defectos, confío plenamente en que serás una gran TRABAJADORA SOCIAL.

No podría olvidar agradecerles a mis profesores del Colegio Departamental San Juan de Rioseco por sus enseñanzas, por su dedicación especialmente a mi eterna rectora Leyla Zarate López; a mis profesores de la universidad Yazmin Cruz Vargas, Luz Dary Cubides, Henry Riaño Soto y Andrés Zapata y Norma Barrios quienes de manera desinteresada fueron guías para la realización de mi trabajo de grado.

Laura P.

En este momento de mi vida quiero agradecer fervientemente a mi madre Marilú Velásquez, quien me ha acompañado en cada uno de los pasos que he tenido que andar para lograr este objetivo, junto a ella hemos luchado para la culminación de esta meta y es que, sin su ayuda y apoyo constante esto, quizás no hubiese sido posible. Igualmente quiero agradecer a Juan Carlos Corrales, quien sin ninguna obligación hacia mí, me ha brindado su ayuda y apoyo no solo en la culminación de mi carrera, sino en cada aspecto de mi vida, por cumplir un rol fundamental en mi educación y formación como persona.

A mi pareja John Lorenzo Rojas Pinilla, quien me ha acompañado en los momentos más difíciles y me ha brindado sus palabras de motivación y apoyo constante, a él, le quiero agradecer por brindarme un pedacito de su corazón que me ha servido de confort y gran ayuda espiritual y emocional. A mi hermano Nicolás Corrales por el aprendizaje y el apoyo emocional que de él he recibido.

Igualmente quiero agradecer a mi compañera y amiga Laura Alejandra Pinilla, por ser parte de esta meta, por su tolerancia hacia mis múltiples falencias, por su compromiso y entrega no solo como compañera de trabajo si no como una gran amiga; finalmente agradezco a los docentes que compartieron conmigo su conocimiento y se esmeraron por brindarme fundamentos éticos y morales para llegar a ser una gran profesional.

Laura N. Velásquez

Tabla de Contenido

Capítulo I.....	1
1. Introducción.....	1
2. Línea de investigación	3
3. Origen del proyecto de investigación	4
4. Antecedentes de estudio.....	5
Capitulo II.....	11
5. Planteamiento del problema.....	11
6. Justificación	15
7. Objetivos de la Investigación.....	18
7.1 Objetivo General.	18
7.1.1 Objetivos Específicos.....	18
8. Marcos de referencia	19
8.1 Marco institucional	19
8.2 Marco Geográfico.....	21
8.3 Marco legal.....	22
8.3.1 Internacional	22
8.3.2 Nacional	23
8.3.3 Local	25
Capitulo III	25
9. Marco teórico conceptual	25
9.1 vccc Teoría General de los sistemas.....	25
9.2 Red Social	28
9.2.1 Características Estructurales.....	33
9.2.2 Funciones de la Red	34
9.2.3 Atributos del vínculo.....	35
9.3 Adherencia al tratamiento	36
9.3.1 Relación Médico- Paciente.....	37
9.3.2 El paciente y su entorno	37
9.3.3 La enfermedad	37

	XIII
9.3.4 La terapéutica	38
Capítulo IV	39
10. Marco metodológico.....	39
10.1 Paradigma de la investigación.....	39
10.2 Enfoque de la investigación	40
10.3 Alcance de la Investigación.....	40
Capítulo V	41
11. Diseño de la investigación.....	41
11.1 Concepción y elección del diseño de la investigación.....	42
Capítulo VI	42
12. Selección de la muestra	42
Capítulo VII.....	43
13. Define método de recolección de la información.....	43
13.1 Operacionalización de las variables.....	44
Capítulo VIII.....	46
14. Análisis de la información	46
14.1 Caracterización sociodemográficos de la muestra	47
14.2 Características de los cuadrantes de la Red social	52
14.2.1 Tamaño y homogeneidad	52
14.2.2 Densidad.....	54
14.2.3 Composición de la red social.....	56
14.2.4 Dispersión	58
14.3 Funciones de la red social en la adherencia al tratamiento.....	60
14.3.1 Compañía social y paciente y su entorno.....	60
14.3.2 Apoyo emocional.....	63
14.3.3 Guía cognitiva y paciente y su entorno	67
14.3.4 Ayuda material y de servicio	69
Comunitario (EPS)	70
14.3.5 Acceso a nuevos contactos	73
14.4.6 Relación médico paciente	76
14.4.7 La enfermedad y el tratamiento	78
14.5 Atributos del vínculo de la red social.....	80

	XIV
14.5.1 Función prevaleciente	80
14.5.2 La multidimensionalidad o versatilidad	82
14.5.4 Intensidad	84
14.5.5 frecuencia de los contactos.....	86
14.6 Hallazgos de la investigación.....	87
Capitulo IX.....	88
Producto final: Ruta de atención desde Trabajo Social a pacientes diagnosticados con cáncer de mama en la adherencia al tratamiento	88
Metodología de intervención en Red	90
1.1 Recolección de información	90
1.2 Diagnostico – transición.....	91
1.3 Planificación – toma de conciencia.....	92
1.4 Ejecución – acción.....	93
1.5 Evaluación.....	93
15. Conclusiones.....	95
16. Recomendaciones	97
17. Referencias bibliográficas.....	98
18. Anexo.....	102

Lista de tablas

Tabla 1 Marco legal internacional	22
Tabla 2 Marco legal nacional	23
Tabla 3 Marco legal local	25
Tabla 4 Operacionalización de las variables	44
Tabla 5 Presupuesto de la investigación.....	103
Tabla 6 Cronograma.....	104
Tabla 7 Codificación caracterización sociodemográfica	111
Tabla 8 Funciones de la red en la adherencia (Familia).....	113
Tabla 9 Funciones de la red en la adherencia (Amigos)	117
Tabla 10 Funciones de la red en la adherencia (Instituciones comunitarias)	118
Tabla 11 Funciones de la red en la adherencia (Trabajo).....	123

Lista de figuras

Figura 1 Caracterización sociodemográfica, edad de la muestra.....	47
Figuras 2 Caracterización sociodemográfica - estado civil.....	48
Figura 3 Caracterización sociodemográfica, tipología familiar.....	50
Figura 4 problemas a nivel del trabajo.....	51
Figura 5 Características de los cuadrantes de la Red en relación al Tamaño.....	52
Figura 6 Homogeneidad, sexo de los integrantes de la red.....	53
Figura 7 La densidad, la familia con amigos.....	54
Figura 8 La densidad, la familia con el médico.....	55
Figura 9 Composición de la red, localización de la red por circunferencia.....	56
Figura 10 Dispersión de los amigos.....	58
Figura 11 Dispersión al centro medico.....	59
Figuras 12 Función de la red, actividades para la salud.....	60
Figura 13 Compañía social a cita médica.....	61
Figura 14 Compañía social a cita médica.....	62
Figura 15 Apoyo emocional de la iglesia.....	63
Figura 16 Apoyo amigos y familia.....	64
Figura 17 Apoyo emocional, relación familiar.....	65
Figura 18 Apoyo emocional, relación pareja.....	66
Figura 19 Guía cognitiva, la iglesia.....	67
Figuras 20 Guía cognitiva la familia.....	68
Figura 21 Ayuda material y de servicios por la familia.....	69
Figura 22 Ayuda material y de servicios EPS.....	70
Figuras 23 Ayuda material y de servicios en el trabajo.....	71
Figura 24 Acceso a nuevos contactos, Trabajo Social.....	73
Figura 25 Acceso a nuevos contactos comunitarios.....	74
Figura 26 Acceso a nuevos contactos AMESE.....	75
Figura 27 Relación médico- paciente.....	76
Figuras 28 Datos de la enfermedad y el tratamiento.....	78
Figura 29 La enfermedad y el tratamiento, EPS.....	79
Figura 30 Atributos del vínculo, función prevaleciente.....	80
Figura 31 Atributos del vínculo, multidimensionalidad.....	82
Figura 32 Atributos del vínculo, intensidad.....	84
Figura 33 Atributos del vínculo, frecuencia de los contactos.....	86

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Marco institucional, programas de AMESE	20
Ilustración 2 Marco institucional, ruta de atención AMESE.....	20
Ilustración 3 Marco geográfico, localidades de Bogotá.....	21
Ilustración 4 Mapa de red, Carlos Sluzki	32
Ilustración 5 Marco metodológico, fases de la investigación.....	41
Ilustración 6 preguntas funciones de la red y adherencia.....	102

Lista de términos

Los conceptos de tipología familiar se retomaron de la autora Ángela María en su libro Trabajo Social y procesos Familiares. (Quintero Velásquez, Ángela María. "Trabajo Social y procesos familiares" Editorial Lumen Humanista. Buenos Aires, Argentina. 1997. Pp17-23)

Familia nuclear: conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación. Es dinámica en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y con los cambios socio-culturales que la determinan.

Familia extensa o conjunta: Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales: recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones.

Familia ampliada: modalidad derivada de la familia extensa o conjunta, en tanto permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, tales como vecino, colegas, paisanos, compadres, ahijados. Comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva.

Familia simultánea: Antes denominada superpuesta o reconstruida: Está integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, vienen de tener otras parejas y de haber disuelto su vínculo

marital. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres; siendo mayor el número de hijos que en las forma nuclear o monoparental.

Familias con un solo progenitor o monoparentales o uniparentales: Ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (trabajo, cárcel, etc. de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y conviven; la relación de pareja que esto supone varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles.

Familias homosexuales: Con la reserva que implica un concepto debatible, ya se registra como una tendencia universal la emergencia y reconocimiento de esta organización familiar, que supone una relación estable entre dos personas del mismo sexo. Los hijos llegan por intercambios heterosexuales de uno o ambos miembros de la pareja, adopción y /o procreación asistida.

Concepto de los tipos de cáncer de mama son retomados de Breastcancer.org, página dedicada a brindar información confiable y actualizada del cáncer de mama.

CDI: Carcinoma ductal in situ: Significa que el carcinoma inicia en los ductos lácteos, sin embargo este tipo de cáncer se denomina “no invasivo debido a que no se propaga fuera del conducto lácteo hacia otros tejidos mamarios circundantes normales”.

CDI: Carcinoma ductal invasivo: “El cáncer ha “invadido” o se ha propagado hacia los tejidos mamarios que lo rodean. Ductal significa que el cáncer comenzó en los conductos lácteos, que son las “tuberías” que transportan la leche desde los lobulillos productores de leche al pezón.”

CLI: carcinoma lobular invasivo: “Significa que el cáncer comenzó en los lobulillos productores de leche, los cuales vacían su contenido en los conductos que llevan la leche al pezón,” sin embargo “el cáncer se ha propagado a otras partes del tejido mamario que le rodea.”

CLIS: carcinoma lobular in situ: “significa que el crecimiento anómalo permanece dentro del lobulillo y no se propaga hacia los tejidos circundantes.”

CMI: Cáncer de mama inflamatorio: “El cáncer de mama inflamatorio habitualmente comienza con el enrojecimiento e inflamación de la mama, en lugar del bulto distintivo. El CMI suele multiplicarse y propagarse velozmente, y sus síntomas empeoran en apenas unos días e incluso horas.”

OMS: (Organización mundial de la salud):

Es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948, cuyo objetivo es alcanzar para todos los pueblos el máximo grado de salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Ministerio de relaciones exteriores y de cooperación, España).

Apoyo social: Incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón, 1996, p.10).

Capítulo I

1. Introducción

A nivel mundial el cáncer de mama es considerado uno de los cánceres con mayor incidencia en la población femenina, a su vez, es el segundo cáncer más común con 1,67 millones de personas diagnosticadas anualmente, principalmente en países desarrollados con aproximadamente 794.000 casos y países en proceso de desarrollo con 883.000 casos, (Ministerio de salud y protección social e Instituto Nacional de Cancerología [MPS e INC], 2012). Para el caso de Colombia el cáncer es una enfermedad concebida como un problema de salud pública, ya que anualmente se diagnostica aproximadamente 7000 personas en su mayoría mujeres y mueren 2500 (MPS e INC, 2012). Ante esta realidad el gobierno nacional estableció el Plan Nacional para el control del cáncer (2012-2020), implementadas propuestas como la realización de la mamografía, la realización de exámenes clínicos y la práctica del autoexamen a fin de mitigar los diagnósticos tardíos y generar condiciones que favorezcan el bienestar de la población.

Dentro del Plan Nacional para el Control del Cáncer se encuentran establecidas unas líneas estratégicas, para efectos del estudio, la investigación se enmarcó dentro de la línea estratégica N°4 denominada mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer en donde se afirma que “ la intervención a pacientes oncológicos debe estar desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, social y laboral abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente,” (Ministerio de Salud y Protección Social [MPS],2012, p.3), desde un manejo multidisciplinario. En ese sentido desde el estudio desarrollado Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1,2,3 y 4 se planteó conocer la red social como instrumento que favorece o no la adherencia al tratamiento retomando a Carlos Sluzki (1996) en la red social a partir de aspectos como las funciones de la red y los atributos del vínculo y a María Luisa Peralta en la adherencia al tratamiento desde el paciente y su entorno, el paciente y el médico, la enfermedad y la terapia evidenciados en el marco teórico (p.26-33).

Adicionalmente desde el proceso metodológico se retomó a Roberto Hernández Sampieri, desde su metodología de investigación cuantitativa (sexta edición) en donde desarrolla 10 capítulos para la elaboración de un estudio de corte cuantitativo. En el **primer capítulo** del estudio se evidencia el origen del proyecto de investigación el cual hace referencia a la idea de investigación, seguido

a los antecedentes de estudios los cuales se construyeron a partir de una revisión documental de carácter internacional, nacional y local. En el **segundo capítulo** se encuentra contemplado el planteamiento del problema el cual concluye en la formulación de una pregunta de investigación dirigida a ver ¿Cómo la Red Social favorece o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama de la Asociación AMESE?, seguido se encuentra la justificación de la investigación construida a partir de la revisión documental realizada y la necesidad sentida de la institución donde se realizó la investigación; posteriormente se encuentran los objetivos de la investigación los cuales pretenden conocer la red como un instrumento (entendiendo la palabra instrumento como un conjunto de elementos que confluyen al cumplimiento de un objetivo en común) que favorece o no la adherencia al tratamiento, retomando las características de la red social personal, las funciones de la red como el apoyo emocional, la compañía social, la guía cognitiva, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos, adicionalmente se tuvo en cuenta un marco de referencia institucional geográfico y legal.

Para el **capítulo tres** se contempla la perspectiva teórica, en donde se utilizó la Teoría general de los sistemas y las variables retomadas en el estudio fueron la red social y la adherencia al tratamiento. En el **capítulo cuarto** se establece el proceso metodológico el cual contempla el paradigma, el enfoque y el alcance del estudio, enmarcando la investigación en un paradigma empírico analítico con enfoque cuantitativo y tipo de estudio exploratorio. Para el **capítulo cinco** se establece la concepción y elección del diseño de la investigación la cual se enmarca en un diseño transeccional no experimental y se menciona la metodología utilizada en el proceso. **Capítulo seis**, Se encuentra la selección de la muestra en donde se retomaron 25 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en las etapas 1, 2, 3 y 4; para el **Capítulo siete** se evidencia el método seleccionado para la recolección de la información y la operacionalización de la información en donde se retomaron técnicas como la observación participante y la encuesta; esta última técnica (la encuesta), se realiza a partir de las variables retomadas red social y adherencia al tratamiento que se observan en la operacionalización. **capítulo ocho** comprende el análisis de la información en donde se logró concluir a partir de lo observado en las gráficas que en la familia prevalece una función de guía cognitiva en un 92% de la muestra, los amigos son fuente de apoyo emocional para el 56% de la población, la comunidad cumple una función de ayuda material y de servicios para 36% y el entorno familiar le facilita al 28% de las mujeres el acceso a nuevos contactos y por último los hallazgos de la investigación que corresponden a aspectos trascendentales en el estudio. El

capítulo nueve Comprende la elaboración de la ruta de atención a personas diagnosticadas con cáncer de mama desde el área del Trabajo Social; finalmente el **capítulo diez** se encuentran las conclusiones y recomendaciones establecidos a partir de la información analizada en el estudio.

2. Línea de investigación

Para la presente investigación se retomaron dos líneas de investigación correspondientes a salud y desarrollo humano y concepción y análisis de la salud; en relación a la primera línea de investigación (salud y desarrollo humano), esta permite concebir la salud de la persona no solo desde una perspectiva biológica, sino también desde una óptica que incluye aspectos como las relaciones que el sujeto construye con su contexto, visibilizando la salud como producto de las interacciones entre la persona y su medio social, ambiental, ecológico, sociocultural, laboral que hacen parte del desarrollo y bienestar de la persona. En este sentido la línea salud y desarrollo humano es relevante para el proceso de investigación porque posiciona el proceso salud enfermedad desde una postura multicausal que no solo repercuten en la persona, sino también en el universo relacional del sujeto.

En relación a la segunda línea de investigación (concepción y análisis de la salud), esta hace alusión a visibilizar la salud desde escenarios biológicos, sociales, psicológicos y culturales articulados a los objetivos planteados por el sistema nacional de salud, la importancia de generar acciones para prevenir la enfermedad y promover la salud a fin de generar condiciones que favorezcan la calidad de vida de la población colombiana. Estas dos líneas de investigación permiten comprender la salud desde un escenario social en donde el Trabajador Social enfatiza su accionar en procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir del reconocimiento del contexto en el que se desenvuelve la persona.

3. Origen del proyecto de investigación

La investigación “Red social personal en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1,2,3 y 4” nace a partir de una necesidad institucional y un interés de las investigadoras; a nivel de la Asociación, surge el interés de conocer la red social con la que cuentan las personas diagnosticadas con cáncer de mama pertenecientes a AMESE, a fin de que la asociación cuente con elementos que contribuyan al alcance de los objetivos misionales orientados a trabajar por la promoción del autocuidado de la mama en la población general y brindar apoyo a personas diagnosticadas con esta enfermedad. Este proceso de promoción del autocuidado de la mama se fundamenta en tres líneas programáticas las cuales se enfocan en sensibilizar a la población en general acerca de los diferentes cuidados que se deben tener para con la mama, la importancia de conocer los efectos de la enfermedad y adherirse a un tratamiento médico.

Teniendo en cuenta lo anterior surge un interés por parte de las investigadoras de realizar un estudio que permita conocer la red social como un instrumento que favorece o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en las etapas 1, 2,3 y 4; esta investigación le permite a la institución conocer la red social de las pacientes y evidenciar la funcionalidad de la red para la adherencia o no adherencia al tratamiento médico.

4. Antecedentes de estudio

Los antecedentes que a continuación se exponen dan cuenta de una revisión documental a fin de conocer algunas investigaciones desarrolladas por la disciplina del Trabajo Social sobre las redes sociales de las personas diagnosticadas con cáncer de mama y la adherencia al tratamiento, igualmente se retoman algunas visiones de otras disciplinas de las ciencias sociales que aportan y amplían la visión del tema a investigar.

Algunos países como España, México, Brasil han desarrollado investigaciones en donde ponen en manifiesto la relación existente entre las redes sociales de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica y los efectos en el tratamiento de la enfermedad. En el caso de la Universidad Católica de Río Grande del Sur en Brasil se realizó una investigación que tenía como finalidad, “comprender la percepción de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, sobre el apoyo social (red social) y la relación que hacen entre este y el autocuidado” (Hermel, Pizzinato, y Uribe, 2015, p.12).

Esta investigación retomó diferentes niveles como prevención, adaptación al diagnóstico y afrontamiento del tratamiento del cáncer, los cuales, sirvieron para identificar cómo era visto el apoyo social, Hermel et al. (2015) entiende la enfermedad: “No solo como una experiencia individual, sino también como un fenómeno colectivo” (p.15), es decir que las afectaciones que se sufre la persona producto de la enfermedad repercuten en los diferentes escenarios en los que esta se desenvuelve, afectando a la propia persona y a las personas que conforman el medio social.

En este estudio se destaca la importancia que tiene la familia como medio de apoyo social tanto para “superar momentos de incerteza generados por la enfermedad y para ayudar en el enfrentamiento del tratamiento” (Hermel et al. 2015, p15), como ejemplo en el estudio de Hemel, et al. (2015) se identifica un apartado testimonial que dice: “Desde que yo recibí el resultado, mi familia, mis 3 hijos siempre estuvieron juntos, también mis hermanas y mi suegro que siempre

estuvo presente en los tratamientos de la quimio” (P. 455- 457). Mostrando que para el afrontamiento de la enfermedad la familia juega un papel importante.

Retomando otra investigación desarrollada en Santa Cruz de Tenerife por profesionales en Trabajo Social se identifica que para la construcción del documento los autores integraron en el estudio posturas planteadas por la psicología de la salud indicando que, el no contar con apoyo social posibilita en la persona diagnosticada con cáncer de mama una serie de factores psicológicos que la condicionan a desarrollar sensaciones según Bayo (como se cita en Lorenzo, Rodríguez Lucia 2015) de “amenaza, temor, en definitiva desequilibrios a todos los niveles”.

Es por esta razón que autores como Cassels y Cobb (1976) (citado en Castro, Campero y Hernández 1997) aluden que “el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos”. Sin embargo, la misma investigación indica que en múltiples situaciones la red familiar y de amigos puede optar por distanciarse de la persona enferma, ya que no se consideran capaces de servir como un foco de apoyo para manejar la enfermedad.

Es por ello que para el Trabajo Social y en específico en el área de la salud el apoyo social sirve como instrumento de prevención a la enfermedad, pero también de tratamiento, asociándolo como el recurso más importante con el que se cuenta para promover el bienestar del paciente. Finalmente, los resultados que arrojaron esta investigación fueron que el 31,5 % de las mujeres reconocieron que la persona de la que obtiene mayor apoyo es la pareja, el 18,2 % la hija, el 14,3% se siente más apoyada por el hijo, concluyendo que:

Las redes primarias de apoyo son necesarias, pues cubren los aspectos relacionados con la función emocional en la que se tiene en cuenta los aspectos relacionados con el cuidado y la intimidad, la posibilidad de recibir consejos y orientación y además implica la disponibilidad que se tiene de ayuda directa. Barra (como se citó en Lorenzo, 2015).

Es así que los procesos de intervención social propios del Trabajo Social operan no solo al interior de las familias sino en el contexto. Para efectos de continuidad de lo anteriormente dicho el Instituto Catalá de Oncología publica en el 2004 un modelo de Trabajo Social en la atención oncológica que parte de la necesidad de tener una visión integral de la persona y el tratamiento vinculando a la familia y a la comunidad como consecuencia del impacto que genera en la persona y en el entorno la enfermedad, esta visión que plantea el modelo frente a lo social está ligada a ofrecer una : atención a la persona enferma y al núcleo familiar, atención a situaciones de riesgo y relaciones familiares, ayudar en la comprensión de la enfermedad, favorecer la comunicación, ayudar a identificar recursos y atención al proceso de duelo. (Instituto Catalá de oncología, 2004)

Por otro lado, en México el *Instituto* Nacional de las Mujeres emite un boletín llamada “funcionan las **redes** de apoyo familiar y social en México”, el cual tiene como objetivo:

Mostrar la forma en que las y los mexicanos perciben el apoyo en redes ante determinadas situaciones hipotéticas de riesgo (falta de empleo o de recursos económicos, enfermedades, necesidades de cuidado en sus hogares y falta de servicios en su comunidad) y si tal percepción difiere según el sexo y condición de pobreza de las personas. (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], s.f).

Tras varias preguntas emitidas por la institución a hombres y mujeres estos manifestaron la dificultad que presentan en el momento de requerir apoyo de las redes, en especial cuando se encuentran en situación de enfermedad o crisis económica. Esta dificultad se evidencia en mayor medida cuando algunas mujeres que cumplen función de cuidadoras, en el momento de padecer alguna enfermedad, se convierten en pacientes.

Este tipo de situaciones se observan de manera más recurrente en países que se encuentran en vía de desarrollo ya que no cuentan con políticas suficientes que den respuesta a las necesidades específicas de la población, en el caso de aquellas que padecen alguna enfermedad crónica los

cuidados requeridos para el tratamiento de la enfermedad requieren de mayores ingresos económicos para tratamientos quirúrgicos, quimioterapias o medicamentos y mayor participación de las redes con las que la persona cuenta, ya que este tipo de situaciones conllevan a pensar que las implicaciones no están situadas solamente en esferas individuales, teniendo en cuenta que el ser humano como sujeto perteneciente a un contexto social converge y construye relaciones con el entorno.

Ahora bien, desde el contexto nacional el Ministerio de Salud de Colombia en el año 2014, indicó que el cáncer de mama en el país es una problemática de salud pública ya que se halló un aumento tanto de personas diagnosticadas como de personas fallecidas, teniendo en cuenta que para ese año alrededor de 7000 casos fueron detectados anualmente, razón por la cual el ministerio propone plantear estrategias que permitan la detección temprana de la enfermedad, teniendo en cuenta que la enfermedad se propicia con mayor rigurosidad en ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Santa Marta y San Andrés.

Algunas de las estrategias planteadas por el gobierno nacional consisten en:

1. Realizar la mamografía cada dos años, a las mujeres entre los 50 y 69 años de edad, o antes según criterio médico.
2. Práctica del examen clínico de la mama cada año a toda mujer a partir de los 40 años como parte del examen físico de la mujer.
3. Realizar el autoexamen de mama todos los meses como práctica de autocuidado de la mujer. (Ministerio de salud de Colombia, 2014, Pág.1)

Esta misma entidad expuso un documento realizado por el Consejo Nacional de Trabajo Social en el 2014 el cual plantea que el perfil y las competencias básicas que debe desarrollar un Trabajador Social en el sistema de salud Colombiano están enfocadas en desarrollar un trabajo interdisciplinario con las profesiones que intervienen en el Sistema de Salud Nacional, generando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, organización comunitaria y movilización social a fin de “sensibilizar a la población sobre el sentido de la salud (cultura del

autocuidado y protección de sus propios derechos.)” (Acosta Ramírez, Bohórquez Velasco, Duarte Garzón, González Osorio, 2012). Proponiendo que la intervención de la profesión se enmarca en las acciones comunitarias, guiadas por métodos participativos que permitan la conformación de redes, así mismo profundizar en una mirada crítica que permita determinar nuevos modelos de intervención que dé respuesta a situaciones de enfermedad.

Seguido a esto el Ministerio de Salud en el año del 2012 publicó un documento denominado el cáncer de mama un problema creciente en Colombia el cual argumenta que esta enfermedad ha generado un gran impacto a nivel mundial principalmente en algunos países desarrollados y subdesarrollados; ocupando la segunda posición del cáncer más común a nivel mundial y el más frecuente en mujeres, con aproximadamente “1,67 millones de casos diagnosticados en el 2012” (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2012, p, 1).

Para el caso de Colombia anualmente se diagnostican aproximadamente 7000 personas de las cuales 2500 fallecen, principalmente mujeres MSPS-Colciencias, 2013 (citado en Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2012, p.1). Durante la misma investigación se logró establecer que los principales departamentos de Colombia en los que hay mayor incidencia y mortalidad a causa del cáncer son en:

San Andrés y Providencia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Finalmente Bogotá D.C ocupando el quinto lugar, finalmente los municipios en lo que hay menor incidencia son Amazonas, Putumayo, Chocó, Guajira y Córdoba. (Citado por Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2012, Pág. 2).

Esta investigación que documenta información a nivel internacional y de Colombia pretende formular un programa de detección temprana al cáncer de mama ya que este tipo de enfermedad en la actualidad se desarrolla con mayor intensidad en población que habita el casco urbano, especialmente en aquellas que se encuentran en los niveles socioeconómicos más altos ,

despertando según el doctor Raúl Hernández Murillo una gran preocupación ya que a través de los años ha habido una tendencia creciente en la enfermedad y una relación directa entre la incidencia y la mortalidad, situación que en otros países no se observa de la misma manera, ya que aunque exista un alto porcentaje en la población algunos países han implementado políticas eficientes que han permitido disminuir el porcentaje de mortalidad.

Otra investigación encontrada a nivel Nacional, fue realizada por la Universidad Javeriana de Cali (2016), la cual se enfocó en dar cuenta del apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, investigación llevada a cabo por desde el área de la psicología. Algunos resultados obtenidos fueron que 5 de las participantes manifestaron que dentro de las principales redes con las que ellas contaban se centraban en familiares e institución a la que pertenecen y en última medida los amigos o pares profesionales.

Esta investigación, no sólo retoma la visión de la persona con cáncer sino también la del cuidador, sujeto en quien se manifiesta el apoyo recibido; esto se hace con el fin de que los resultados se puedan observar entre el apoyo percibido y el apoyo recibido en congruencias o ámbitos emocionales, informales y materiales.

El apoyo emocional se observó principalmente en personas que integran la familia, personas externas a la familia como amigos, médicos, enfermeras y demás personal en salud, concluyendo que los “amigos y personas externas a la familia fueron bastante influyentes para que estas mujeres se sintieron apoyadas en el plano emocional” (Hincapié Rengifo,2017, p.56). El testimonio de una de las participantes en la investigación, Sara, Trabajadora Social diagnosticada con cáncer de mama fue:

Pues yo te quiero decir que fue en la radioterapia que se hizo un grupo tan bonito y cuando menos pensé estaba rodeada de tantas señoras que tenían tanta experiencia, tengo una

gratitud enorme por todos los que estuvieron conmigo ahí (Sara, 41 años). (Hincapié Rengifo, 2017, p.56).

Un punto en común que se ha evidenciado en todas las investigaciones recogidas (Internacionales y nacionales) ha sido la influencia de la red social en la adherencia al tratamiento, no solo visibilizando la adherencia como el cumplimiento de las indicaciones otorgadas por el profesional sino también visibilizando a la persona con cáncer como un sujeto autónomo que construye relaciones en diferentes entornos. Según Velarde y Ávila, (2017) los estudios que relacionan a la red social con las enfermedades crónicas hacen especial énfasis en la calidad de vida de la persona, “aspecto que con el paso del tiempo ha venido cobrando mayor relevancia en tanto que contribuye al mejoramiento del estado de salud de las personas” (Hincapié Rengifo, 2017).

Capítulo II

5. Planteamiento del problema

El siguiente estudio está orientado a conocer la red social como un instrumento para la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en estadio uno, dos, tres y cuatro durante el tiempo del tratamiento, vinculadas a la Asociación AMESE durante el año 2017. Para efectos de ello se realizó una revisión documental donde se abordaron investigaciones, documentos, libros y revistas de carácter internacional, nacional y local con el fin evidenciar el abordaje que ha tenido el Trabajo Social en la temática de red social y adherencia al tratamiento desde el área de la salud en pacientes con tratamiento oncológico. A partir de dicha documentación se evidenció poca profundización temática por parte de la profesión en torno a la adherencia al tratamiento en Colombia.

A partir de lo expuesto en el párrafo anterior, la asociación y las investigadoras identifican la necesidad de desarrollar un estudio de corte cuantitativo con carácter exploratorio, desde el Trabajo Social que permita visibilizar la red social con la que cuentan las personas diagnosticadas con cáncer de mama y si estas aportan o no en la adherencia al tratamiento de las mismas, esto en aras de proponer una ruta de atención que le permitan al paciente visibilizar y activar la red social personal con la que cuenta y a la Asociación brindarle herramientas de intervención que aporten a la línea programática de la institución “Acompañamiento a pacientes”

y al mismo tiempo a los procesos de promoción y prevención que son pilares para las funciones de Trabajo Social en salud.

Ahora bien, el Trabajo Social en salud se enmarca dentro de las funciones de la atención primaria en salud, la cual tiene como fin “promover de manera constante la salud de la población”; (Ley 1438 del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2011, p.2), que a la vez se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (2011) el cual orienta las acciones a proteger la salud de los colombianos teniendo como eje central el bienestar de la persona. Este sistema General de Seguridad Social en Salud dimensiona la atención primaria como una estrategia de atención intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de la enfermedad a fin de garantizar el mayor nivel de bienestar a la persona. Desde este marco las acciones del Trabajo Social en Salud se orientan a:

Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de las personas, sus familias y la comunidad, por medio de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participa en el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, basadas en sus necesidades. (Acosta Ramírez et al., 2012).

Además de estas funciones existen otras que emergen de lo anteriormente mencionado como: fomentar cambios en escenarios personales y colectivos, desarrollar intervenciones socio-familiares en ámbitos de promoción y prevención, brindar información relacionada con la enfermedad y movilizar recursos entre otras cosas.

A partir de lo expresado en párrafos anteriores es imperativo reconocer la importancia que tiene el Trabajo Social en salud, dentro de los diferentes escenarios que plantea la ley 1438 y los componentes que desarrolla la atención primaria en salud, teniendo en cuenta que los métodos que

plantea la profesión para el proceso de intervención están con base en una intervención individual y familiar, intervención grupal y finalmente una intervención comunitaria, en donde:

El (la) trabajador(a) social es capaz de identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas, hogares y comunidades, desarrollando su labor no solo al interior de las instituciones de salud, sino en espacios donde tienen lugar las relaciones sociales y se generan redes de apoyo que soportan y ayudan a la persona enferma: en el hogar, en el trabajo, en la escuela. Así, la profesión, enmarcada desde el enfoque de derechos, se apropia de su dimensión política promoviendo acciones de participación social y comunitaria para el fomento de la salud, con el fin de hacer a la ciudadanía co-partícipe en la defensa y promoción de la salud y la dignidad de la vida como derecho humano fundamental. (Acosta Ramírez et al.2012).

Retomando las funciones que desarrolla el Trabajo Social en el área de la salud, estas se enmarcadas desde la atención en centros hospitalarios, desconociendo en cierta medida los procesos que desarrolla el Trabajo Social en instituciones prestadoras de servicios de salud que no se encuentran vinculadas en la atención clínica, un caso específico es la Asociación AMESE, institución prestadora de servicios de salud, orientada a desarrollar procesos de psico- educación, promoción y conservación de la salud y prevención de la enfermedad a partir del reconocimiento de los factores de riesgo que generan mayor predisposición a sufrir la enfermedad en personas diagnosticadas con cáncer de mama.

Esta Asociación nace en el año 2006 como iniciativa de mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama, a fin de brindar un apoyo a personas que padecían la misma enfermedad, llevando a cabo procesos de acompañamiento desde el empirismo y la filantropía. Años más tarde producto del desconocimiento técnico por parte de las fundadoras se requirió la intervención de un grupo de profesionales, quienes a partir de un conocimiento científico dieran respuesta a una serie de necesidades específicas de la población.

Al mismo tiempo se realizó una organización de las áreas de trabajo (líneas programáticas) al interior de la asociación, (acompañamiento a pacientes, conocimiento y autocuidado de la mama e incidencia en políticas públicas), en donde dos de las líneas programáticas (Acompañamiento a pacientes e incidencia en políticas públicas) han ido fortaleciéndose gracias a las investigaciones desde la psicología y el apoyo jurídico por medio de alianzas estratégicas con universidades.

Sin embargo en esta asociación, desde la línea de “Acompañamiento a pacientes” de la mama, los procesos que se han desarrollado han estado enmarcado desde la psicología, ya que en la actualidad la Asociación no cuenta con un profesional en Trabajo Social que aporte desde la experticia conocimientos que complementen los temas abordados en la línea programática. En ese sentido, la Asociación AMESE considera pertinente incluir dentro del equipo interdisciplinario profesionales del área de Trabajo Social que promuevan acciones que den respuesta a lo establecido en la ley 1438 en donde el profesional lleve a cabo procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cumplimiento del tratamiento.

Entendiendo que las funciones del Trabajador Social giran en torno a conservar la salud y velar por el bienestar de las personas a partir de las relaciones que el individuo construye con el contexto, el cual influye en la adherencia o no adherencia al tratamiento de la enfermedad, comprendiendo la adherencia al tratamiento no solo como el contacto del paciente con el médico sino también como el reconocimiento del tejido social en el que se ve inmerso el sujeto.

Es así, como la asociación AMESE, en consenso, con el grupo de trabajadoras sociales en formación, establecen la necesidad de abordar una investigación de corte cuantitativa que permita ver la relevancia de la Red social como un instrumento que favorece o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1,2,3 y 4; lo anterior a través de la descripción de la red social, la identificación de las funciones de la red en la adherencia al tratamiento y la descripción de los atributos del vínculo, partiendo de la necesidad institucional de vincular a su equipo interdisciplinario un profesional en Trabajo Social que contribuya y fortalezca

la línea programática Acompañamiento a pacientes por medio de la identificación de la red social con la que cuentan las personas diagnosticadas con cáncer de mama, con el fin de que las personas que conforman la red social sean una fuente de apoyo en el proceso de adherencia al tratamiento médico.

Pregunta problema

¿Cómo la Red Social favorece o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama de la Asociación AMESE?

6. Justificación

La existencia de múltiples estudios permite apreciar que el reconocimiento de la red social de personas diagnósticas con cáncer de mama puede contribuir en gran medida en el adecuado cumplimiento del tratamiento, aumentando de esta forma las posibilidades de supervivencia de la población afectada por la enfermedad. Hermel et al. (2015), Propone desde la psicología comprender algunos efectos positivos y negativos para el tratamiento del cáncer cuando la persona cuenta o no con redes sociales; los efectos positivos en el apoyo social a personas diagnosticadas con cáncer de mama se relacionan con “la disminución del estrés, los problemas psicológicos, en el enfrentamiento de las enfermedades crónicas, en el mejoramiento de la calidad de vida y en la prevención de riesgos de enfermedades” (Hermel et al, 2015, p.455). Por otro lado, también muestra que la falta de apoyo social conlleva a una serie de efectos negativos en las personas como “exacerbación de problemas, falta de adhesión al tratamiento, el uso y atención de servicios de salud, convirtiéndose en un factor de riesgo para la salud del individuo (Hermel et al, 2015, p.457).

Es de esta manera, que es importante reconocer la función social que ha desarrollado el Trabajo Social a lo largo de la historia la cual se fundamenta en identificar y fortalecer las relaciones que construye el sujeto en el contexto; esto ha permitido que mucho de los procesos de intervención centren los esfuerzos en reactivar vínculos familiares, comunitarios e institucionales con el fin de brindar a la persona o familia que se encuentra en alguna situación problemática alternativas de solución. Estos procesos se han aplicado en los diferentes campos laborales entre ellos el área de la salud.

Dichos procesos han permitido que la intervención del Trabajo Social aborde otros escenarios que no comprenden solo la parte clínica de la salud, reconociendo la intervención de este en otras instituciones que se enmarcan en el área de la salud, en temas como la promoción, la prevención y la educación en salud, exigiendo a la profesión mejorar los métodos actuales de intervención en salud a fin de llevarlos a otros escenarios que demandan la atención. Teniendo como pilar la atención en Red, metodología que ha permitido a la disciplina brindar aportes a diferentes áreas sociales, entre ellas la salud, permitiendo que los hospitales u otras organizaciones se acerquen más al contexto real del sujeto con el fin de mejorar y fortalecer los procesos de adherencia, promoción, prevención y conservación de la salud de la población en general.

A partir de lo expuesto en párrafos anteriores el siguiente estudio se enmarca en un corte cuantitativo con tipo de estudio exploratorio, ya que la investigación busca conocer la red social como instrumento que puede favorecer o no la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama pertenecientes a la asociación AMESE, las cuales oscilan aproximadamente entre 200 y 300 personas registradas en un periodo de tiempo de 6 meses; esta demanda poblacional y la falta de un profesional en Trabajo Social en la Asociación llevó a plantear la investigación “La Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en estadio 1,2,3,4 desde una mirada cuantitativa ya que permite abarcar mayor población y generar una muestra población más amplia a fin de sustentar la importancia que tiene la red social para fomentar procesos de prevención y promoción, generar estrategias de acompañamiento a estos y finalmente proponer mecanismos de acción que permitan visibilizar la importancia del accionar del Trabajador Social desde el área de la salud.

Por tal motivo la siguiente investigación es pertinente por dos razones: la primera, porque a partir de una revisión documental exhaustiva en donde se retoman diferentes investigaciones, artículos entre otras, se logró concluir que la red social juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de personas que cuentan con algún tipo de enfermedad. “Desde que yo recibí el

resultado, mi familia, mis 3 hijos siempre estuvieron juntos, también mis hermanas y mi suegro que siempre estuvo presente en los tratamientos de la quimio” (Hermel et al 2015, p.455).

La segunda razón por la cual la investigación es pertinente es porque los principales estudios que articulan el tema de la red social y la adherencia al tratamiento se han llevado a cabo por disciplinas como la medicina, la enfermería y la psicología, desdibujando los procesos en Red que se han llevado a cabo desde la disciplina de Trabajo Social; la cual ha fortalecido su intervención a partir de la metodología en red. En este sentido el estudio contribuye en reconocer la importancia de la disciplina de Trabajo social en el área de la salud y en específico en la intervención a pacientes con diagnóstico oncológico, ya que la intervención del profesional en el área de la salud debe orientarse a identificar factores sociales que interfieren en el estado de salud de la persona, de allí la importancia que el profesional en Trabajo Social conozca la red social de los pacientes; a fin de que el proceso de intervención sea desarrollado de manera integral, reconociendo las necesidades individuales y las diferentes formas en que la red puede contribuir a mejorar el estado de salud de la persona.

Por tanto la investigación aporta a la disciplina de Trabajo Social nuevas miradas en el proceso de intervención profesional, abordando escenarios que han sido pocos profundizados desde la disciplina. Este estudio se enmarca desde la línea estratégica número cuatro del Plan Nacional para el Control del Cáncer (2012- 2020), el cual indica que:

Los pacientes con cáncer requieren un control permanente por los efectos que generan la enfermedad y el tratamiento y por el impacto que se presenta en la familia y en su entorno. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente. (MSP, 2012, p. 40)

A la asociación AMESE, el estudio contribuye a visibilizar la importancia del rol profesional dentro del equipo interdisciplinario a partir del reconocimiento del contexto social en

el que se desenvuelve la persona diagnosticada y como la red contribuye en el proceso de adherencia al tratamiento, de igual forma el profesional en Trabajo Social entraría a fortalecer los procesos desarrollados en la línea programática “Acompañamiento a pacientes”, la cual centra su accionar en responder a las necesidades psicosociales de las personas con diagnóstico de Cáncer de mama que acuden a la asociación, por medio del reconcomiendo de las familias y comunidades de personas diagnosticadas con cáncer de mama; Por último y no por ello menos importante a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca aportándole a las líneas de investigación “Salud y desarrollo humano” y “Concepción y análisis de la salud” las cuales propenden por la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el bienestar del ser humano. Finalmente, la investigación es viable ya que cuenta con el soporte de la Asociación AMESE, la cual facilita el espacio y la población para el desarrollo de la investigación.

7. Objetivos de la Investigación

7.1 Objetivo General.

Conocer la Red Social como un instrumento que favorece o no, la adherencia del tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2, 3 y 4 que ingresaron a la Asociación AMESE en el primer semestre del 2018.

7.1.1 Objetivos Específicos.

1. Identificar las características de la Red Social personal de los sujetos diagnosticados con cáncer de mama.
2. Describir las funciones de la red social personal en la adherencia del tratamiento
3. Describir los atributos del vínculo en la red social personal

8. Marcos de referencia

8.1 Marco institucional

La asociación AMESE es una entidad colombiana sin ánimo de lucro, fundada en el año 2006, por Claudia Saa Cabal (1956 – 2009) quien fue diagnosticada de cáncer de mama en el año 2004, esta Asociación se encarga de apoyar pacientes diagnosticados con Cáncer de Mama y sus familias a través de procesos de psico-educación, acompañamiento emocional, autocuidado entre otros, que apunta al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

La población que atiende la asociación son principalmente personas pertenecientes a estratos, 1,2 y 3 teniendo en cuenta que a partir de un estudio realizado por la CEPAL, el 90,6% de los Colombianos pertenecen a ese estrato socioeconómico y tal solo el 9,4% pertenecen a estratos 4,5, 6, sin embargo en la Asociación se han presentado casos donde se ha atendido población pertenecientes a estratos altos.

Una de las principales problemáticas con las que cuenta la institución ha sido las barreras de acceso que tiene los pacientes en el momento de acceder a un sistema de salud, en donde quienes tienen medicina prepagada el tiempo promedio de atención es de 30 días, quienes se encuentran en régimen contributivo son 3 meses, y quienes se encuentran en régimen subsidiado el tiempo aproximado son de 6 meses, siendo este tipo de cáncer la primera causa de enfermedad y muerte entre las mujeres Colombianas, con 8.686 casos nuevos diagnosticados por año y 2.649 muertes (Estudio globocam 2012, cifras publicadas en 2014).

Ante esta realidad la institución viene desarrollando una serie de programas con la finalidad de empoderar a la población sobre sus derechos, realizar procesos psico - educativos que den cuenta del estado de su enfermedad, creando alianzas con otras instituciones.

Programas:

Ilustración 1 Marco institucional, programas de AMESE



Fuente: Página web Asociación AMESE

Estos programas dan cuenta de los avances técnico- científicos en los que se a basado la asociación para fundamentar su accionar generando rutas de atención que dan respuesta a la necesidad inmediata de la persona.

Ruta de atención de AMESE

Ilustración 2 Marco institucional, ruta de atención AMESE



Fuente: Página web Asociación AMESE

8.3 Marco legal

8.3.1 Internacional

Tabla 1 Marco legal internacional

Estamento	Descripción	Análisis desde el Trabajo Social
Declaración universal de los DDHH	<p>Artículo 23 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.</p> <p>Artículo 25 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad.</p>	<p>Uno de los aspectos importantes para el garantizarle a las personas diagnosticadas con alguna enfermedad consiste en que desde el Trabajo Social se empiecen a gestar procesos de intervención de la mano con las políticas públicas nacionales que estén proyectadas en aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, visibilizando la importancia de hacer una lectura del contexto que posibilite trabajar mancomunadamente con instituciones comunitarias públicas y privadas a fin de generar nuevos escenarios que garanticen a la población la satisfacción de algunas necesidades fundamentales. Seguido a ello es una función del Trabajo Social velar porque las condiciones de vida de las personas sean óptimas para su desarrollo integral, esto conlleva a que desde la disciplina se creen mecanismos que permitan integrar instituciones gubernamentales que faciliten los recursos pertinentes que posibiliten mejorar la calidad de vida de las personas enfermas y su comunidad.</p>
Constitución de la OMS	<p>El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Este documento lo genera la OMS a fin de asignar a las instituciones que hacen parte de la OMS obligaciones que apunten al cumplimiento de la finalidad de la OMS" alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud"(Constitución de la OMA, edición 45 de octubre de 2006.</p>	<p>Las funciones del sector salud en Colombia enmarcan su accionar en promover la salud de los diferentes sectores poblacionales, este aspecto se plantea a partir de algunos lineamientos metodológicos propuestos por Organización Panamericana de Salud que permiten visibilizar las necesidades de la población y formular políticas públicas que atiendan esas necesidades, a través de un análisis funcional del sistema de servicios de salud que incluya : Identificar necesidades y problemas, priorizar estrategias, objetivos y acciones, difundir información y hacer abogacía por el cambio, movilizar recursos y capacidades, evaluar la efectividad de las acciones, reevaluar necesidades. (OPS, 2006, p3)</p> <p>Ahora bien la OPS plantea una serie de determinantes importantes que las entidades sociales del área de la salud deben integrar dentro de su dinámica estructural, estos determinantes corresponden a: determinantes políticos, determinantes sociales, determinantes económicos; teniendo en cuenta esto el Trabajo social como disciplina integral enmarca sus funciones de manera transversal a estos tres escenarios identificando las necesidades de la población que inciden en el estado salud-enfermedad cumpliendo funciones</p>

		de promoción, prevención y tratamiento a partir de su contexto social.
--	--	--

8.3.2

Nacional

Tabla 2 Marco legal nacional

Estamento	Descripción	Análisis
Constitución política de Colombia 1991	Artículo 49. Acto Legislativo No. 02 de 2009, artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.	La constitución Política de Colombia, es aquella que regula las funciones que deben cumplir las ramas públicas del poder en Colombia. Respecto al cáncer el artículo 49 y 366 habla sobre la salud como un derecho constitucional en donde es el Estado el garante del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, por medio del acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. En este sentido la profesión a de promover desde sus funciones en el área de salud la defensa y cumplimiento de los derechos ciudadanos establecidos en la Constitución Política de Colombia
Plan nacional para el control del cáncer en Colombia entre el 2012-2020	El objetivo del plan nacional para el control del cáncer en Colombia es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en Colombia.	Para poder lograr dichos objetivos se divide en cinco líneas estratégicas: la primera línea hace relación a un Control del riesgo, que hace alusión a una atención primaria en donde centra su atención en la promoción y prevención de la enfermedad por medio de acciones dirigidas a disminuir el consumo del tabaco y el alcohol en edades tempranas, la segunda línea hace referencia a la detección temprana de la enfermedad en donde se busca disminuir los índices de mortalidad de cáncer de útero, mama y de próstata entre otras, la tercera línea hace referencia a la Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer en donde se integra la rehabilitación del paciente como un servicio básico en donde se le han de brindar las herramientas de adaptación al paciente como a su familia, la cuarta línea hace referencia al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes del cáncer entre lo que se encuentra eliminación de las barreras de acceso, atención oportuna y educación entorno a los cuidados paliativos y finalmente encontramos la Quinta línea estratégica que va dirigida a gestionar el conocimiento y la tecnología para el control del cáncer por medio

		<p>de estrategias de promoción y educación en organizaciones privadas y comunitarias.</p> <p>En este sentido se puede evidenciar la importancia que tiene los procesos de promoción y prevención como una de las primeras líneas de intervención, las cuales son funciones del trabajo social en los centros de salud, lo que nos permite percibir las funciones de la disciplina como una función importante para la atención de la población afectada por la enfermedad .</p>
Decreto número 1011 del 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.	<p>En él se entiende la atención en salud como aquel conjunto de servicios que se prestan en los diferentes establecimiento de aseguramiento de la salud y el desarrollo de los procesos de intervención asistenciales de las fases de la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad</p> <p>Por otro lado este decreto hace referencia de la importancia de contar con profesionales óptimos para cada uno de los niveles de atención bien sea a nivel individual y colectivo. Desde el trabajo Social se ha de capacitar profesional que brinden a la población un servicio óptimo dentro del marco de ley, sin que se desdibuje la condición humana de cada uno de los pacientes y ante todo frente a la defensa de los derechos colectivos e individuales que son promulgados por la Constitución Política de Colombia.</p>
Consejo Nacional de Trabajo Social Ley 53 de 1977	El cual tiene como objeto reglamentar el ejercicio de la profesión de trabajador social y se dictan otras disposiciones.	<p>En esta ley se establece que el accionar del profesional de Trabajo Social está asociado a la parte social de los conflictos sociales , identificando las necesidades, carencias y problemas de los contextos en el que este se desenvuelve, ya que en dichos contextos la población se suele caracterizar por las limitaciones que tienen para satisfacer sus necesidades más fundamentales Los trabajadores sociales están en la obligación de identificar las dinámicas sociales que afectan el estado de salud de la persona desarrollando su intervención no solo en las instituciones prestadoras de atención clínica sino en otras instituciones como la familia, el trabajo y el estudio, enmarcando su accionar desde un enfoque de derechos.</p> <p>Desde esta lógica se logra observar las necesidad de dar a conocer la red en la que se desarrolla la persona, ya que es en esta, en donde se puede establecer procesos de intervención que contribuyan de forma asertiva a las necesidades de la población</p>
Ley Sandra Ceballos 1384 de 2010	Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de	<p>Tras una ardua lucha de la senadora Sandra Ceballos por mejorar las condiciones de atención de los pacientes adultos diagnosticados con cáncer (en especial las mujeres), el congreso emite la ley 1384 en el año 2010, en donde se establecen las condiciones en las que deben ser atendidos los pacientes por las entidades prestadoras de salud.</p> <p>En ese sentido se estipula la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud en desarrollar programas de promoción y prevención de la enfermedad y el de establecer grupos de trabajo especializados en la atención de la enfermedad. Es de esta forma que se exige desde Trabajo Social, generar procesos formativos y</p>

	<p>todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.</p>	<p>metodológicos especializados en atender a la población oncológica, en donde se establezca instituciones de apoyo y de fortalecimiento social para dicha población.</p>
--	---	---

8.3.3 Local

Tabla 3 Marco legal local

Estamento	Descripción	Análisis
<p>Derechos en salud de pacientes con cáncer</p>	<p>La Defensoría del Pueblo, en su labor de divulgación y promoción de los derechos humanos, específicamente en lo concerniente al derecho a la salud, continúa elaborando y actualizando una serie de instrumentos de información que orientan a los usuarios para conocer sus derechos en salud.</p>	<p>Una atención integral que incluye la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la recuperación de la salud de las personas. Comprende todo el cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados, así como todo otro componente que los médicos tratantes valoren como necesario para el restablecimiento de la salud. Además del fortalecimiento de los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar, laboral y social. (Derechos de los pacientes con cáncer, defensoría del pueblo, Bogotá D.C</p>

Fuente: Elaboración propia

Capítulo III

9. Marco teórico conceptual

Este capítulo retoma la teoría general de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy así como los conceptos base del modelo de red social planteada por el psiquiatra Carlos Sluzki a partir de su concepto red social personal y la adherencia al tratamiento desde María Luisa Peralta, quien realiza el documento “Adherencia al tratamiento”

9.1 Teoría General de los sistemas

La teoría general de los sistemas nace a partir de los trabajos desarrollados por el biólogo Alemán Ludwig Von Bertalanffy quien propone desarrollar esta teoría a fin de posibilitar un lenguaje universal en las ciencias, que permitiera la integración de disciplinas naturales y sociales dentro de una realidad empírica. Por este motivo la teoría plantea una serie de principios constituidos en la integración de varias ciencias no sociales orientadas al desarrollo de la teoría de

sistemas como forma de estudiar diferentes escenarios de conocimiento científico, a fin de generar una integración en términos de educación científica, aplicables a sistemas biológico, humano, físico, tecnológico, etc. En palabras de Quintero (2004) “La teoría general de sistemas se plantea como la posibilidad de iniciar un lenguaje idéntico en las ciencias, permitiendo establecer un marco de referencia conceptual común para las diversas disciplinas” (p.25).

Esta teoría se compone por una serie de sistemas abiertos, sistemas cerrados, sistemas abstractos, sistemas físicos y concretos; para efectos de la investigación se retoma el sistema abierto el cual se compone desde un escenario de interacción con el medio social, que apunta a generar situaciones adaptativas en relación a las condiciones ofrecidas por el medio ambiente, o en palabras de Bertalanffy (1986), “sistemas que intercambian materia con el medio circundante” (p.32).

Introduciendo de esta forma el concepto de “organicista” retomado desde la biología, en donde expone Bertalanffy (1986): “Es necesario estudiar no solo partes y procesos aislados, si no también resolver los problemas decisivos hallados en las organizaciones y el orden que los unifican”. (p. 39), en donde manifiesta la importancia de ver a los sistemas como un conjunto de “complejos de elementos en interacción” (p. 34), clasificándolos como un sistema abierto, ya que para el autor estos sistemas están en un continuo intercambio de materia con el medio que los rodea, lo cual permite que se cumplan una serie de propiedades que solo se presentan en este tipo de sistemas, es decir que en la teoría general de los sistemas encontramos ocho (8) propiedades que distinguen a los sistemas abiertos.

4. La totalidad o la sinergia: En este principio se debe entender el funcionamiento del sistema a partir de la interacción de los elementos, y no solamente como la suma de estos.
5. Causalidad circular: En este principio el autor hace énfasis en la conducta de los individuos que son parte del sistema, afirmando que la acción de un solo miembro no se ha de entender como aislada ya que esta influye en todo el conjunto, en especial por que se suele presentar una repetición de aquellas conductas que se vuelven funcionales para el sistema.

6. Equifinalidad: Hace referencia al efecto expansivo que tienen las diferentes partículas, es decir para el autor se puede llegar al mismo estado final partiendo de diferentes finales y/o caminos.
7. Equicausalidad: Este principio contradice al de equifinalidad, ya que para Bertalanffy, se ha de analizar el sistema desde la situación presente y no enfocarse tanto en las situaciones iniciales. En este principio los sistemas pueden partir desde un mismo punto, pero se han de desarrollar de diferente forma dependiendo de las conductas o decisiones de los individuos.
8. Limitación o proceso estocástico: Se le conoce como limitación cuando dentro de un sistema, se estipulan una serie de secuencias de funcionamiento, lo que conlleva a que se disminuya la probabilidad de darse nuevas respuestas o comportamientos.
9. Regla de relación: En las reglas de relación se logra identificar aquellas interacciones que son prioritarias dentro del sistema, al mismo tiempo que se excluyen aquellas que se ha de evitar.
10. Ordenación Jerárquica: En este principio se sigue una lógica vertical, en donde se ha de clasificar por orden los sistemas y las conductas de los sujetos que hacen parte de dicho sistema.
11. Teleología: En este principio encontramos la oposición de dos fuerzas por las cuales los sistemas han de desarrollarse y adaptarse, la primera es la homeostática, que son todas aquellas que se focalizan en mantener el equilibrio y la segunda es, la morfogenética, de las que depende el crecimiento del sistema y el cambio en el mismo.

Para Bertalanffy (1986) los sistemas se observan como “elementos en interacción” (p.36), los cuales son interdependientes con otros sistemas y funcionan de acuerdo a la estructura en la que se encuentre enmarcado. Estos sistemas constituyen una serie de premisas importantes que permiten que los sistemas existan dentro de otros sistemas, se generen configuraciones dentro del mismo debido a la relación existente entre ellos, se desintegren por causa de la entropía la cual desde la termodinámica indica el grado de desorden molecular, para este caso la entropía actuaría

en función de desintegrar el sistema y por último los sistemas puedan mantener un equilibrio frente a los cambios producidos en el contexto social (Bertalanffy, 1986).

En el caso de la investigación la teoría general de los sistemas permite observar como la red social vista desde el sistema familiar, sistema de amigos, sistema de relaciones comunitarios y sistema de relaciones laborales, pueden favorecer o no desde aspectos como la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos en el proceso de adherencia al tratamiento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

9.2 Red Social

La red social representa esa telaraña relacional del sujeto con el medio ambiente, el cual brinda una base importante para la intervención y la investigación en Trabajo Social, como es el caso del Trabajador Social Enrique Di Carlo (1998), el cual conceptualiza las redes a partir de tres conceptos generales, el primero es la noción de necesidad, la segunda es la noción de satisfacción y uno último gira entorno a los espacios relacionales, la primera noción se entiende por Di Carlo y equipo como “el resultado de un deseo y de una carencia en las posibilidades de satisfacción que ponen en juego estrategias individuales o conjuntas para su realización” (Di Carlo, 1998, p.12). Estas necesidades se presentan en la vida cotidiana de las personas las cuales afrontan diferentes eventos críticos.

La segunda noción es la satisfacción y esta se manifiesta a partir de la organización que tome una sociedad para dar respuesta a aquellas necesidades del sujeto en determinado contexto, sin embargo, el autor plantea que la cultura no logra determinar ni modificar dichas necesidades ya que son básicas para la vida del hombre, por tanto, la forma como son satisfechas se determina según la época y la sociedad. Para Di Carlo (1998) existen dos grupos de intervención en donde se hace necesaria la intervención en red de un profesional en Trabajo Social:

1. Intervención terapéutica – clínicas: Surge a partir de la demanda de intervenir una problemática individual en donde se involucra a la red social del sujeto a fin de formular estrategias para la resolución del problema.

2. Intervención socio- relaciona: A diferencia de la intervención anterior, la socio-relacional centra sus esfuerzos en reconocer la red social como “Sujetos colectivos”(Di Carlo, 1998, p.69); en donde el proceso de intervención no parte de una demanda individual, por el contrario “ tomando el deseo y la capacidad de acción de las personas busca potenciar las respuestas naturales que éstas dan a necesidades o problemas que les son comunes” (Di Carlo, 1998, p.69).

Complementando lo anteriormente dicho Di Carlo expone como aspectos relevantes la clasificación de las redes sociales entre primarias, secundaria y redes naturales analizando en ellas aspectos como los atributos estructurales del vínculo, funcionales y vinculares que particularizan la intervención en red. Para el caso de las **redes primarias** son entendidas por el autor como “conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familias, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio” (Di Carlo, 1998, p. 36); esta red se caracteriza por compartir muchas de las características propias de la familia en donde todos los miembros de la red se conocen o cuentan con mayores medios para hacerlo. Por el contrario las **redes secundarias** son asociadas a instituciones sociales normativamente estructuradas como la empresa, la escuela, el juzgado, los hospitales, el comercio entre otras, en donde los intercambios que en ella se generan están fundamentados en el derecho y en el dinero, a diferencia de las redes primarias en donde los intercambios están más relacionados con aspectos emocionales y afectivos.

En última medida se encuentran las redes naturales definidas por Di Carlo como “la expresión de los modos históricos, socioeconómicos y culturales, puestos en marcha por las personas para la consecución de su proyecto de vida” (Di Carlo, 1998, p. 39); o en otras palabras es el espacio de interacción de las redes sociales primarias y secundarias en donde convergen aspectos históricos, socioeconómicos y culturales que hacen parte de la vida cotidiana de la persona y permite la satisfacción de sus necesidades.

En concordancia con lo anteriormente la Trabajadora Social Mónica Chadi maneja puntos en común con el autor Enrique Di Carlo frente a la importancia de dividir la redes en primarias y secundarias y observar y analizar la manera en que se presentan las funciones de la red social las características estructurales que Di Carlo llama atributos estructurales del vínculo y los atributos del vínculo, ya que ambos autores retoman para la elaboración de las teorías de red social al psiquiatra Carlos Sluzki; en ese sentido **la red primaria** es entendida como “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” Sluzki (citado por Chadi, 2007, p.31). Este concepto desde Carlos Sluzki (1996) es denominado “Red Social Personal” (Sluzki, 1996, p. 42).

Chadi afirma que en la red social primaria confluyen las relaciones más cercanas de la persona, en donde se ubica la familia , la cual “posee una estructura determinada por los subsistemas marital- parental y fraterno- filial, conforme a las funciones que cada miembro cumbre en el sistema familiar” (Chadi 2007, p.34-35) y los amigos los cuales son el mundo externo familiar y son significativos en las diferentes etapas de la evolución humana, entre las cuales se encuentra el aprendizaje de elección. A diferencia de la familia los lazos de la amistad no están preestablecidos ni son impuestos, estos van surgiendo en la medida en que el ser humano genera interacción con el contexto desde edades muy tempranas y se constituyen como referentes constantes en el devenir de la vida, esta red colabora en procesos de socialización y posteriormente al proceso de emancipación de los integrantes. En este sentido, es a partir de la red primaria que la persona establece sus primeros vínculos que establecen su primer medio de socialización y le facilita mecanismos para desenvolverse en las redes secundarias y terciarias.

Las redes secundarias desde Chadi son vistas entonces como sistemas en donde las relaciones se entablan con características más periféricas, estos sistemas se relacionan con **grupos de apoyo**, los cuales son entendidos como los conocidos con los que se comparte en lugares de esparcimiento, competencias o un evento social; este grupo comparten el mismo nivel socioeconómico, competencias, metas a alcanzar, dificultades a resolver o el habitar la misma comunidad, las **Relaciones Comunitarias y religiosas en donde** En estos grupos las relaciones son de tipo impersonal, compartiendo semejanzas respecto de los objetivos a alcanzar a través de

tareas que mejoren el nivel de vida de sectores de la comunidad por medio de grupos en defensa de los derechos humanos y grupos ligados a actividades parroquiales. Chadi (2007, p.48); posteriormente se encuentran los grupos en donde convergen relaciones de estudio y por último los grupos en donde se establecen relaciones laborales. En última medida se encuentran las redes terciarias, sin embargo este último apartado logra generar confusiones ya que la autora no delimita con exactitud la definición de red social terciaria y retoma instituciones que hacen parte de la red social secundaria como la escuela y el sistema de salud.

Hasta este punto existe gran semejanza entre los planteamientos de Enrique Di Carlo y Mónica Chadi teniendo en cuenta que ambos coinciden en que las redes sociales son importantes para el desarrollo de la persona; por esta razón en ambos autores surge la necesidad de vincularlos dentro de los procesos de intervención en Trabajo Social la red social, viendo pertinente especificar la manera en que funciona la red, en beneficio de la persona que necesita la ayuda, describiendo como se encuentra conformada entre otros aspectos que le permiten al profesional en Trabajo Social formular un plan de acción para la persona con su red social.

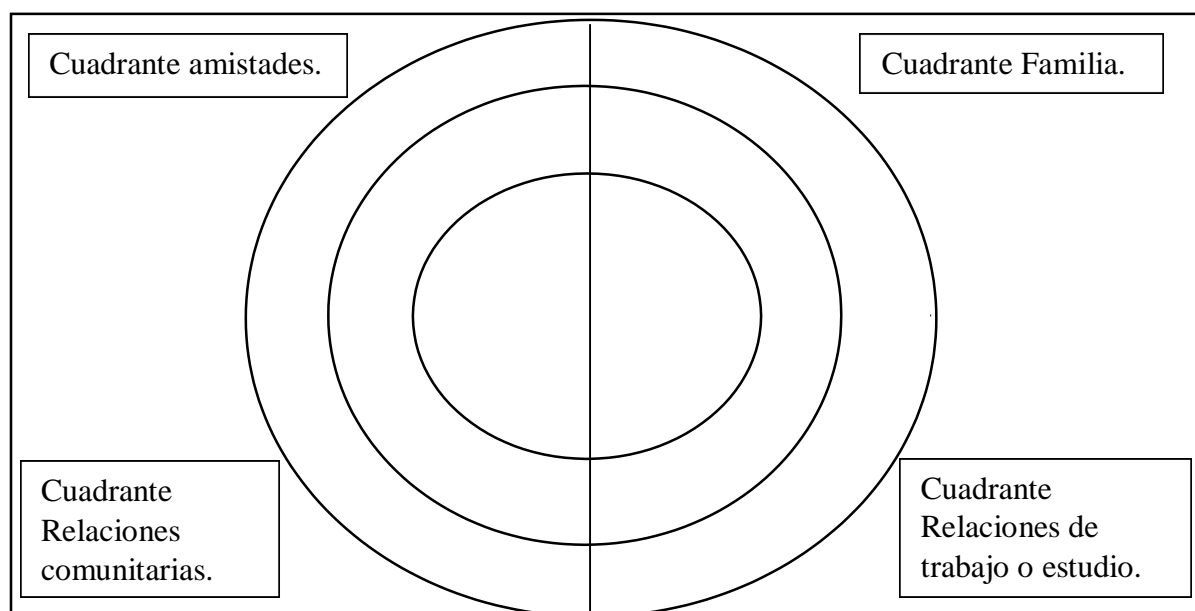
A razón de que ambos autores retoman a Carlos Sluzki para el desarrollo y profundización de las teorías de redes se retoma el autor para el siguiente estudio, partiendo de que para el autor la red social es comprendida como el “universo relacional del individuo” (Sluzki, 1996, p.42). En donde converge contextos culturales, sociales, religiosos, económicos y políticos de una región o país, dentro de esa red social se desarrolla un concepto denominado red social personal, el cual es entendido como “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, 1996, p.42), y es concebida por el autor como “el nicho interpersonal” (Sluzki, 1996, p.42) del sujeto en donde éste desarrolla la personalidad y configura hábitos entre ellos, el del cuidado de la salud, bienestar, competencias y la capacidad de adaptación a una crisis.

A diferencia de otros autores que proyectan en los discursos la importancia de las redes sociales como Enrique Di Carlo o Mónica Chadi, el autor retomado Sluzki, ofrece en el Modelo la

manera de representar en forma de mapa mínimo lo que él llama Cuadrantes en donde se ubican los individuos importantes que hacen parten de la red personal del sujeto, estos cuadrantes son (Sluzki, 1996, p.43):

- La familia:
- Amistades
- Relaciones laborales o escolares
- Relaciones comunitarias y de servicio

Ilustración 4 Mapa de red, Carlos Sluzki



El mapa se entiende a partir de circunferencia de la más pequeña a la más grande, y se organizan una dentro de la otra, cada dimensión al interior de los círculos, Sluzki los denomina como áreas, “este mapa constituye, por cierto, un registro estático del momento que se revela o de algún momento reconstruido por el informante” (Sluzki, 1996, p.43).

Parafraseando a Sluzki (1996), la frontera de la red social informal tiene una operacionalización más compleja comparándola con la red familiar, ya que esta última normalmente se entiende a partir de nombres o parentesco, por tal motivo es importante para el

investigador manejar criterios de inclusión de la red, “esto hace necesario especificar en cada caso, al menos con propósitos de investigación, los criterios de inclusión en red” (Sluzki, 1996, p.43). Desde el Modelo de red personal, se puede conocer la red a partir de tres ítems:

1. Características estructurales que son todas aquellas propiedades en conjunto de la red personal,
2. Funciones de la red que son el tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos,
3. *Atributos del vínculo* son todas aquellas propiedades específicas de cada vínculo. (Sluzki, 1996, p. 45).

9.2.1 Características Estructurales

Como se expuso anteriormente las características estructurales, hacen referencia a las propiedades del conjunto de la red personal, dichas propiedades Sluzki las divide y define de la siguiente manera.

- **Tamaño:** Hace referencia al número de personas en la red, esta característica también la reconoce Di Carlo (1998), dentro de lo que él llama los Atributos Estructurales y clasifica el tamaño de la Red, en pequeña (hasta 10 miembros), mediana (Hasta 30 miembros) y amplia (más de 30 miembros). En este sentido Sluzki plantea que las redes pequeñas son “menos eficaces en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración, ya que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga... o en caso contrario, tiende a sobrecargarse” (Sluzki, 1996, p.45). Sin embargo, las redes amplias tienden a correr el riesgo de la inacción basados en el supuesto de que alguna otra persona de la red ya sé debe estar haciendo cargo del sujeto afectado. Sluzki (1996), plantea dos factores que afectan la red, la primera es el paso del tiempo bien sea por debilitamiento o por muerte, normalmente este tipo de factor afecta a la red de personas mayores, la segunda es por falta de acceso o renovación.

- Densidad: Alude a la conexión existente entre la red social independientemente del informante, es decir: “amigos míos que son amigos entre sí, parientes cercanos que son a su vez íntimos entre sí” (Sluzki, 1996, p.46).
- Composición o distribución: “Es decir qué proporción del total de los miembros está localizada en cada cuadrante o círculo” (Sluzki, 1996, p.47). Para el autor las redes localizadas en un solo círculo suelen ser menos flexibles y por ende menos eficaces, mientras aquellas donde se distribuye las redes en los diferentes círculos del mapa tienden a ser más flexibles y efectivas.
- Dispersión: Se entiende como la distancia geográfica entre los miembros de la red, en donde se entra a analizar la facilidad de acceso a la persona, que “afecta tanto la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo tanto la eficacia como la velocidad de respuesta a las situaciones de crisis” (Sluzki, 1996, p.47).
- Homogeneidad o heterogeneidad demográfica o sociocultural: Esta característica permitirá ver, el sexo de la red de la persona y aspectos sociodemográficos.

9.2.2 Funciones de la Red

Hace referencia al intercambio interpersonal de la red hacia la persona y viceversa. Ese sentido según Sluzki (1996), la red social personal, cumple las siguientes funciones:

- Compañía social: Hace referencia al tiempo compartido y a las actividades que se realizan con una persona.
- Apoyo emocional: Intercambio de sentimientos que se comparte en un clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; “es el poder de contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro” (Sluzki, 1996, p.49) para otros autores es llamado

“inter factores frecuentes” y “relaciones íntimas”. este tipo de apoyo es brindado normalmente por amigos cercanos o familiares.

- Guía cognitiva o de consejos: Es el intercambio de información personal y social, en donde se busca aclarar expectativas y proveer modelos de rol (Sluzki, 1996).
- Acceso a nuevos contactos: Es la apertura por medio de un intermediario para conocer a personas o redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo (Sluzki, 1996).
- Ayuda material y de servicios: Hace alusión a la ayuda física que presta la red incluyendo las instituciones de salud (Sluzki, 1996).

9.2.3 Atributos del vínculo

Los vínculos pueden ser analizados a través de los vínculos a continuación mencionados:

- Las funciones prevalecientes: “Es decir la función o combinación de funciones, que caracterizan de manera dominante a ese vínculo”. (Sluzki, 1996, p.59).
- La multidimensionalidad o versatilidad: Cuantas funciones cumple la persona en la red del individuo (Sluzki, 1996).
- La intensidad: gira en torno al compromiso que se tiene frente al vínculo, Sluzki lo plantea como “el tropismo y atracción en la relación”, o también “como grado de intimidad” (Sluzki, 1996, p.59).
- La frecuencia de los contactos: “Merece notarse que a, mayor distancia, mayor el requerimiento de mantener activo el contacto para mantener la intensidad”, (Sluzki, 1996, p.60). El autor también sostiene que muchos vínculos intensos se pueden transformar en vínculos reactivos rápidamente.

9.3 Adherencia al tratamiento

Como se ha hablado en párrafos anteriores las Funciones del Trabajador Social en Salud giran en torno a la promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud al mismo tiempo que desarrolla procesos de fomento de la participación ciudadana. Es así que desde la prevención y aportando a los niveles de atención, se puede promover el cumplimiento del tratamiento que el médico ha prescrito a la persona diagnosticada con cáncer de mama, esto con el fin de aumentar las posibilidades de supervivencia y garantizar al mismo tiempo la Calidad de vida a las personas Diagnosticadas con cáncer de mama y el del entorno que le rodea.

Desde la medicina se ha nombrado al cumplimiento del procedimiento médico, como la adherencia terapéutica, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

La magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento. OMS, (citado por Cruz, 2010).

Sin embargo, este concepto se limita al cumplimiento del procedimiento indicado por el médico., desde María Luisa Peralta entiende la Adherencia al tratamiento:

como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir

a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indica, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. (Peralta, 2008, p.1), Dando apertura a la toma de decisiones del sujeto.

María Luisa Peralta realiza un recopilado de los conceptos que se han investigado en la Adherencia del tratamiento, en el cual se entiende este concepto como “una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/ no adherencia”, (Peralta, 2008, p.2). Logrando identificar cuatro (4) factores que determinan la Adherencia al tratamiento, los cuales clasifica en relación médico – paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y el tratamiento.

9.3.1 Relación Médico- Paciente

Es la motivación que existe en el enfermo y derivada de la relación con el médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento (Peralta y Pruneda, 2008, p.85).

9.3.2 El paciente y su entorno

Destacan las creencias de cada paciente, el entorno emocional, afectivo, el rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud. En esta área se encuentran también las características sociodemográficas, nivel de conocimientos e inclusive el apoyo que recibe de la familia y de la sociedad con la cual convive (Peralta y Pruneda, 2008, p.85).

9.3.3 La enfermedad

Se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo la vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa. Se ha observado que, si el paciente tiene mínimos síntomas de la enfermedad, habrá menos adherencia al tratamiento; cuando el tratamiento tiene fines preventivos sucede lo mismo; por otro lado, la adherencia al tratamiento es especialmente difícil en el caso de enfermedades que comprometen la conciencia y el desempeño social del individuo (Peralta y Pineda, 2008, p.85).

9.3.4 La terapéutica

Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos considerables; por ejemplo: viralización o impotencia (Peralta y Pineda, 2008, p.85).

Como se dijo anteriormente este concepto representa una variable binaria, es decir que existe el cumplimiento y el no cumplimiento, este último es el que más se evidencia en los pacientes, por tal motivo se clasifica (Peralta, 2008, p.85) en:

1. Incumplimiento parcial: En ésta, el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.
2. Incumplimiento esporádico: Si el individuo incumple de forma ocasional
3. Incumplimiento secuencial: El tratamiento es abandonado por periodos de tiempo en que el paciente se encuentra bien y lo restablece cuando aparecen síntomas.

4. Incumplimiento completo: Cuando el abandono del tratamiento es de forma indefinida; esta forma de incumplimiento es más frecuente en los jóvenes.
5. Cumplimiento de bata blanca: Sólo se adhiere a tratamiento cuando está cercana la visita médica.

La adherencia al tratamiento se encuentra influenciada de una u otra forma por la red social con la que cuenta la persona que ha sido diagnosticada con cáncer de mama, esta red puede integrar los centros de salud, las familias, los amigos entre otras.

Capítulo IV

10. Marco metodológico

10.1 Paradigma de la investigación

Los planteamientos del paradigma positivistas nacen como una corriente de pensamiento planteados por Auguste Comte quien afirma que el paradigma positivista o también llamado naturalista es el único conocimiento científico verdadero, que permite estudiar una realidad de manera objetiva; en concordancia a este planteamiento Dobles , Zúñiga y García (1998) afirman que “ sólo las ciencias empíricas son fuentes aceptables de conocimiento” las cuales pueden ser utilizadas en las ciencias naturales y sociales a través de una metodología exacta que permita conocer una realidad.

Dentro del paradigma positivista se encuentra el empírico analítico el cual busca “la explicación, la determinación de causas y efectos cuantitativamente comprobables y repetibles en contextos diversos con variables de control” Bonilla, 2014), este paradigma afirma que para entender una realidad o el porqué de las cosas es necesario registrar y analizar la manera en que se manifiestan los eventos.

10.2 Enfoque de la investigación

El enfoque seleccionado para el desarrollo de la investigación corresponde a un enfoque cuantitativo el cual se caracteriza según Hernández Sampieri por: Reflejar la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, plantea un problema de estudio delimitado que permita dar una lectura de la realidad a investigar, construir un marco teórico conceptual que denote las variables de investigación que se utilizaran en el proceso, de las cuales se derivan las hipótesis, entendiéndose por Sampieri (2014) como “cuestiones que va a examinar si son ciertas o no” (p.3). Esta lectura permitirá construir un plan de acción para la recolección y análisis de la información utilizando procedimientos estandarizados que permitan medir los fenómenos estudiados de manera estadística y exacta, a fin de prevenir cualquier rango de error que desacredite la confianza de los datos obtenidos.

10.3 Alcance de la Investigación

La investigación “Aportes del Trabajo Social: La red social personal en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1,2, 3 y 4.” Se enmarca en un nivel exploratorio ya que a partir de la documentación encontrada en diversos medios se observó poca documentación que hable del nivel de relevancia que tiene la red social en la adherencia al tratamiento aun así siendo el Trabajo Social pionero en el tema de Redes de apoyo.

Este tipo de estudio se enfoca en conocer, examinar y analizar temas o problemas de investigación que han sido poco desarrollados, Hernández Sampieri define el estudio exploratorio como aquel que:

Ayuda a familiarizarse con fenómenos desconocidos, obtener información para realizar una investigación más completa de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras. (Sampieri, 2014).

Capítulo V

11. Diseño de la investigación

A continuación, se dará a conocer el marco metodológico utilizado para la investigación “Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2,3 y 4”. Este proceso metodológico se planteó a partir del autor Roberto Hernández Sampieri en su libro metodología de la investigación el cual plantea una serie de capítulos necesario para la elaboración de investigaciones de corte cuantitativo. Los pasos metodológicos propuestos por el autor son los siguientes:

Ilustración 5 Marco metodológico, fases de la investigación.

Fase de la metodología (Hernández Sampieri, 2014)



11.1 Concepción y elección del diseño de la investigación

El estudio se enmarca en un diseño transeccional exploratorio, este tipo de diseño hace alusión según Sampieri (2014) a:

Comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos (p.188)

Capítulo VI

12. Selección de la muestra

La población que se retomará para el desarrollo de la investigación corresponde a 25 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pertenecientes a la Asociación AMESE, que ingresaron a la institución el segundo semestre del año 2017 y primer semestre del 2018. Para entender las características de la población se desglosa una breve descripción de qué es la enfermedad y como es entendida para la realización de un tratamiento.

La enfermedad (cáncer de mama) se origina a partir del cambio de células mamarias saludables las cuales crecen sin control formando masas denominan tumores. Estos tumores pueden ser malignos o benignos; los tumores malignos son los que se denominan cancerosos y pueden invadir otras partes del cuerpo, los benignos pueden aumentar en tamaño pero no se disipan por otras partes del cuerpo.

El cáncer de mama se entiende a partir de una serie de estadios los cuales permiten ubicar a la persona en un momento de la enfermedad y por ende en un tratamiento específico; para efectos de la investigación se retoman mujeres en estadios 1,2,3 y 4 los cuales son entendidos a partir del tamaño del tumor.

Capítulo VII

13. Define método de recolección de la información

Para el proceso de recolección de la información se utilizaron una serie de técnicas propias de la investigación científica las cuales permitieron que la investigación obtuviera datos de manera confiable y facilitaron para las investigadoras la realización del proceso; Algunas de las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

- **Observación Participante:** Esta es un proceso de aprendizaje que le permite al investigador involucrarse en los diferentes procesos que realiza la población sujeto-objeto de estudio; Para este concepto existen muchos autores que lo definen como la interacción del investigador y la población investigada un ejemplo de ello es Padau (1987) (citado por Guillermo Campos y Covarrubias 2012) quien afirma que la observación participante es cuando: “el investigador se involucra dentro de los procesos de quienes observa, y éste es plenamente aceptado, por lo tanto, se estima que lo observado no se ve afectado por la acción del observador”. (p.53)
- **La encuesta:** La utilización de la encuesta en la investigación cuantitativa permite la estandarización de datos que a su vez permite la construcción de un análisis estadístico, este tipo de técnicas permite ubicar las variables de estudio dentro del instrumento a fin de ahondar de manera más exacta y científica la realidad que se interesa estudiar. Para Mayntz et al, (citado por Díaz de Rada, 2001), la encuesta es” la búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados”.

La recolección de la información se realizará a partir de una encuesta la cual permitirá ahondar en el tema de interés, la encuesta cuenta con 42 preguntas orientadas conocer la Red Social como

instrumento que favorece o no, la adherencia del tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2, 3 y 4, este análisis se desarrollará teniendo en cuenta preguntas que permitan describir las características estructurales de la red social e identificar las funciones de la red social en la adherencia al tratamiento, para posteriormente con los datos obtenidos poder reconocer la forma en que se manifiestan los atributos del vínculo.

13.1 Operacionalización de las variables

Los cuadros que a continuación se dan a conocer pretenden visibilizar las variables que se retomaron para la investigación, estas variables corresponden a la red social entendida a partir del psiquiatra Carlos Sluzki y red social a partir de María Luisa Peralta.

Tabla 4 Operacionalización de las variables

Variable	Sub- variable	Concepto
Red Social El cual comprende el “universo relacional del individuo”. En donde convergen contextos culturales, sociales, religiosos, económicos y políticos de una región o país.(Sluzki, sf ,p.42)	Red Social Personal (Carlos Sluzki)	Es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad” (Sluzki, 1996 ,p.42) y es concebida por el autor como “el nicho interpersonal (Sluzki, 1996,p.42)
	Adherencia al tratamiento (María Luisa Peralta)	Es el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indica, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas.” (Peralta, 2008, p.84), Dando apertura a la toma de decisiones del sujeto.

Sub-variable	Temática	Sub- temas
Red Social Personal (Sluzki, sf ,p.42)	- Cuadrantes:	Familia Amigos Relaciones laborales y relaciones comunitarias.
	- Características estructurales	Tamaño Composición Dispersión Densidad Homogeneidad,
	- Funciones de la	Compañía social, Apoyo emocional

	Red	Guía cognitiva o de consejos Regulación (o control) social Acceso a nuevos contactos
	- Atributos del vinculo	Las funciones prevaletentes La multidimensionalidad o versatilidad La reciprocidad La intensidad La frecuencia de los contactos
Adherencia al Tratamiento (Peralta, 2008, p.85)	- Adherencia al tratamiento.	Paciente y médico Paciente y su entorno La enfermedad La terapia
	- No adherencia al tratamiento	Incumplimiento parcial Incumplimiento esporádico Incumplimiento secuencial Incumplimiento completo

(Fuente: *Elaboración propia*)

Capítulo VIII

14. Análisis de la información

Los resultados que a continuación se presentan dan cuenta de las variables seleccionadas por las investigadoras a fin de dar cumplimiento a los objetivos específicos propuestos en la investigación.

En un primer momento se realizó una caracterización sociodemográfica de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2,3 y 4 en donde se tomaron en cuenta aspectos como la edad, el estado civil, tipología familiar y problemáticas a nivel laboral

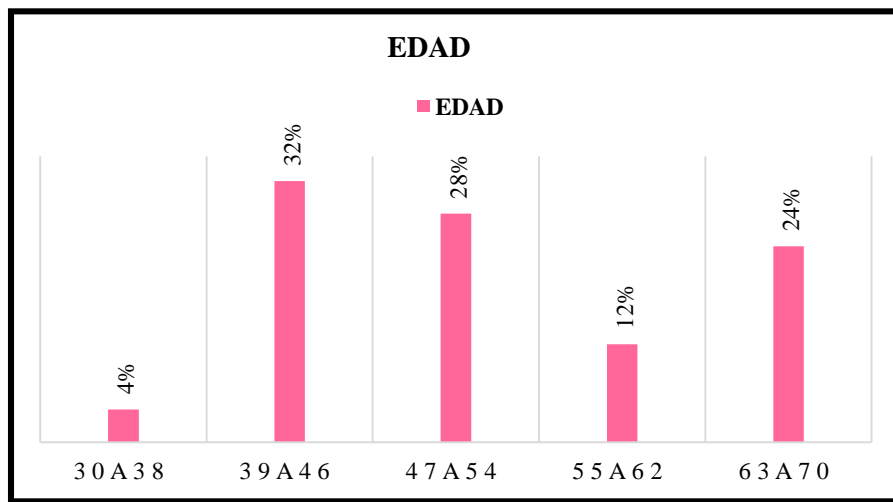
En un segundo momento se incursiona en las variables seleccionadas para el proceso de investigación, partiendo de las características de los cuadrantes que hacen parte de la red social personas; en este punto se tendrán en cuenta el tamaño, la homogeneidad, la dispersión, la densidad y la composición.

En el tercer momento del análisis se identificará cómo funciona la red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en donde se retomaran subvariables de la red social y de la adherencia al tratamiento que permitan evidenciar aspectos como el apoyo emocional, guía cognitiva, compañía social, ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos que se evidenciaron en la relación médico paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapia.

En el cuarto momento del Análisis se reconocerá la forma en que se manifiestan los atributos del vínculo como un resultado de las funciones de la red social, estos atributos del vínculo se retomarán a partir de las funciones prevaecientes, la multidimensionalidad o versatilidad, la reciprocidad, la intensidad y la frecuencia de los contactos.

14.1 Caracterización sociodemográficos de la muestra

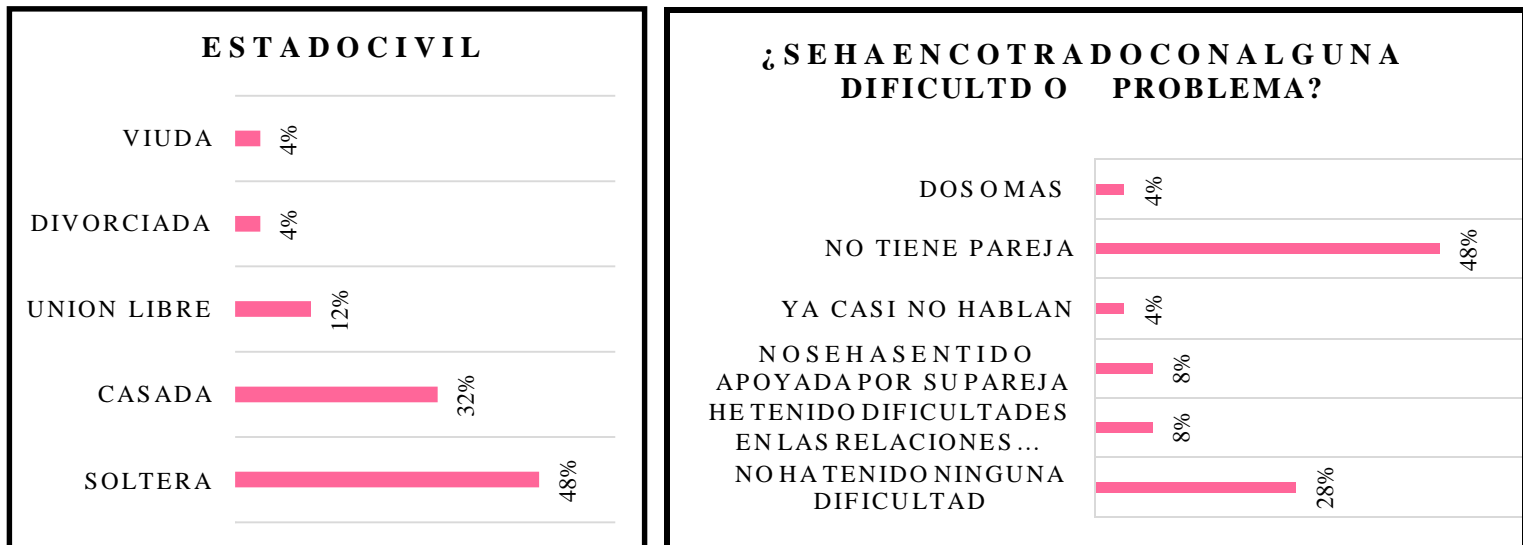
Figura 1 Caracterización sociodemográfica, edad de la muestra



La edad promedio a nivel mundial en la que se diagnostica el cáncer de mama en mujeres es a partir de los 47 años, lo cual se puede evidenciar en la anterior gráfica en donde el 28% de la población encuestada se ubica entre los 47 a 54 años de edad seguido por mujeres entre los 63 a 70 años de edad con un 24%. Sin embargo los datos más relevantes de la gráfica se centran en mujeres menores de 40 años, en donde el 32% corresponde a mujeres entre los 39 a 46 años de edad y un 4% entre los 30 a 38 años de edad.

Estas cifras permiten observar un incremento de casos de cáncer de mama en mujeres más jóvenes, asimismo en otras investigaciones llevadas a cabo por el Boletín de la Asociación Americana de Estados Unidos se ha dado muestra del aumento de casos de mujeres entre los 25 a 39 años de edad que han sido diagnosticadas con Cáncer de mama, en esta investigación se logra observar que son más propensas a desarrollar la enfermedad las mujeres que nunca han tenido un embarazo o han tenido su primer hijo después de los 30 años de edad, seguido de la alimentación y el desarrollo de algunos virus como es el caso del Papiloma humano.

Figuras 2 Caracterización sociodemográfica - estado civil

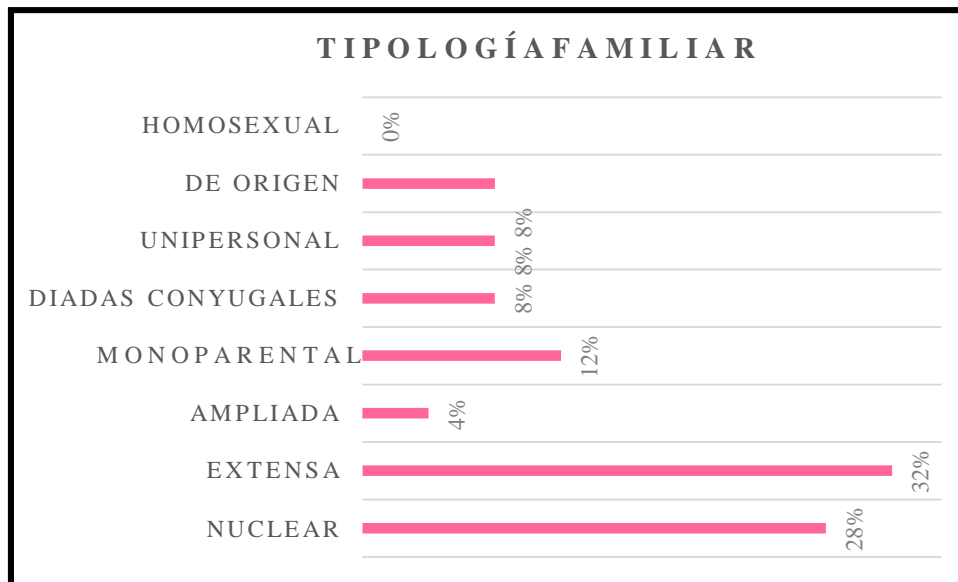


A nivel del Estado Civil predomina la soltería entre las encuestadas con un 48%, seguido de las mujeres casadas con un 32%, un 12% asegura estar en unión libre y finalmente se encuentran las mujeres que son divorciadas y viudas cada una representando el 4% de la población encuestada. Respecto a la información recolectada se logra identificar que aunque la mayoría de las mujeres que participaron en el estudio se encuentra entre los 30 a 59 años de edad, el estado civil que predomina en la población encuestada es el de la soltería, esta

situación lleva al profesional en Trabajo Social a estudiar los factores que inciden en que la población no cuente con una pareja sentimental.

Por otro lado en el caso de las mujeres que en la actualidad cuentan con una pareja, estas manifiestan que durante el transcurso de su relación se han presentado dificultades en la práctica de relaciones sexuales en un 8%, no se han sentido apoyadas en un 8%, falta de comunicación en un 4% y en dos o más aspectos, generados posterior al diagnóstico de la enfermedad lo que conlleva a pensar que el diagnóstico de cáncer mamario influye en algunas mujeres de manera negativa en sus relaciones sentimentales; este resultado conlleva a que el profesional en Trabajo Social genere procesos de intervención individual y familiar con la finalidad de generar un diagnóstico frente a las causas que están desencadenando esos factores negativos en la relación intrafamiliar con la pareja.

Figura 3 Caracterización sociodemográfica, tipología familiar

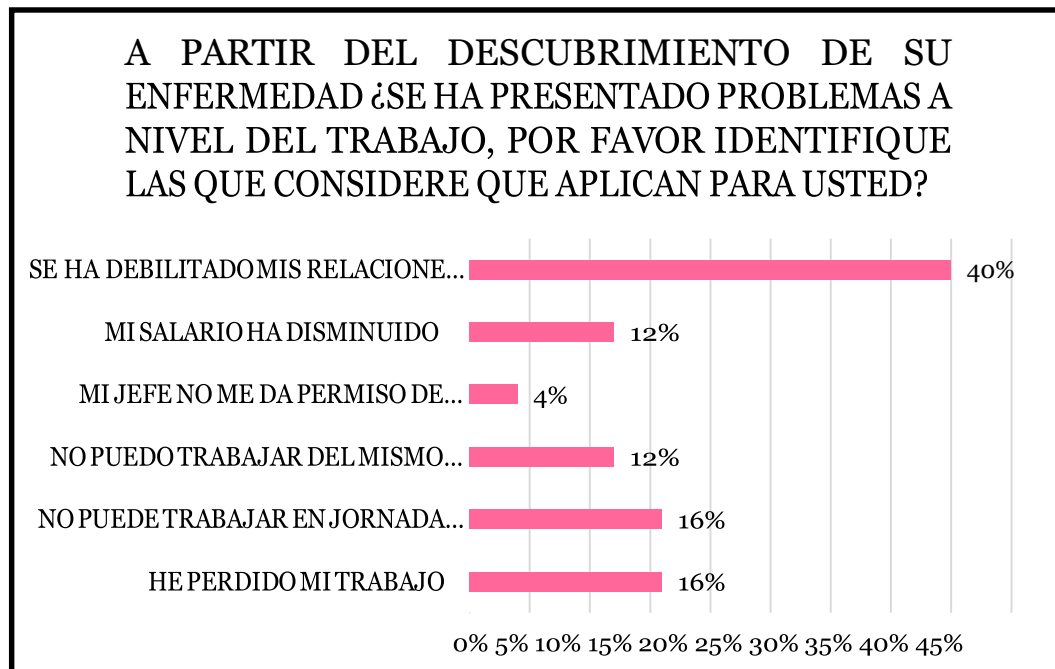


La tipología familiar que predomina es el de la familia extensa con un 32% seguido de la familia nuclear con un 28% , sin embargo las mujeres afirman que no todos los miembros de la familia han estado acompañándolas en el proceso de la enfermedad, algunas identifican a solo dos o tres familiares y algunos no hacen parte de la familia conviviente, lo que permite ver que aunque los tipos de familia con mayor número de miembros son los que predominan, estos no son activos en el proceso de la enfermedad de las mujeres. Por otra parte se logra ver que el 12% de las mujeres son cabeza de hogar, la mayoría cuenta con hijos mayores de edad, sin embargo muchos de ellos trabajan y el apoyo es recibido por otros sujetos que se encuentran dentro de su red.

De otra parte, en la gráfica se logra observar un cifra importante de Familias unipersonales con 8% y de origen con un 8%, este tipo de mujeres son las que representan las redes más pequeñas de la población encuestada, en el caso de las familia unipersonales se logró evidenciar en la investigación una ruptura importante en las relaciones familiares

y de trabajo y en el caso de las familias de origen el cuidado de la persona enferma recaen en sus padres que muchas veces también tienen enfermedades crónicas o en sus hermanos.

Figura 4 problemas a nivel del trabajo



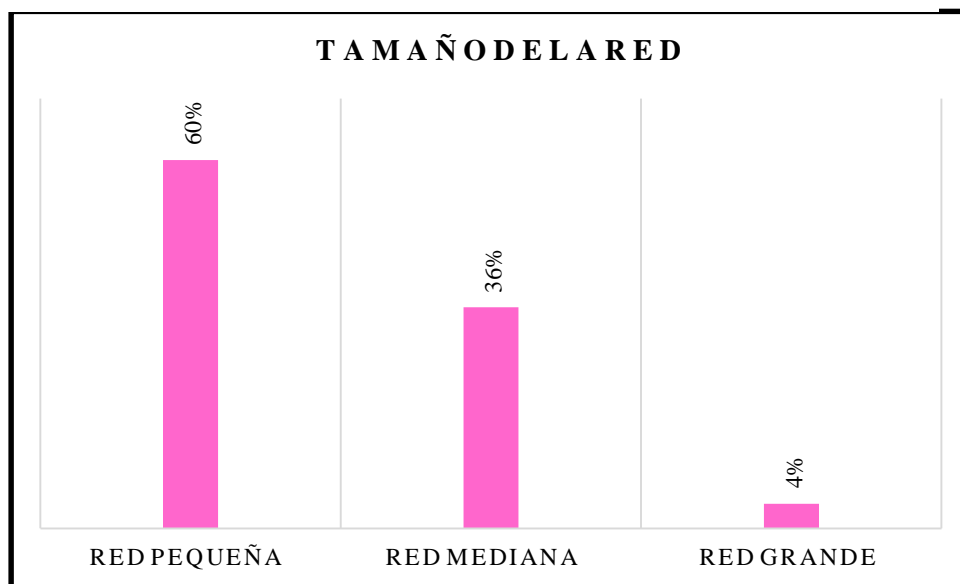
A partir de la información recolectada en el estudio se puede apreciar que el 56% de la población no cuenta con una red laboral que apoye el proceso de adherencia al tratamiento médico, esta situación conlleva a que desde la disciplina de Trabajo Social se gesten procesos de sensibilización en las instituciones laborales que promuevan la demanda de empleo a población diagnosticada con cáncer de mama en aspectos como los derechos de la persona diagnosticada con cáncer a acceder a un sistema laboral que brinde garantías que permitan mejorar su calidad de vida, ya que según lo indicado por la población el porcentaje restante que se encuentra laborando afirma en un 16% ya no poder trabajar en jornada completa, el 12% no puede trabajar del mismo modo que antes, el 12% indica haber

presentado dos o más situaciones en su entorno laboral como consecuencia de su diagnóstico y el 4% afirma que su jefe no le da permiso de asistir a las quimioterapias. En este caso se puede observar que la población que en la actualidad se encuentra laborando corre riesgo de perder el empleo en cualquier momento, esta situación generaría que el profesional en Trabajo Social active nuevas redes de apoyo que contribuyan en el bienestar físico y mental de la persona.

14.2 Características de los cuadrantes de la Red social

14.2.1 Tamaño y homogeneidad

Figura 5 Características de los cuadrantes de la Red en relación al Tamaño

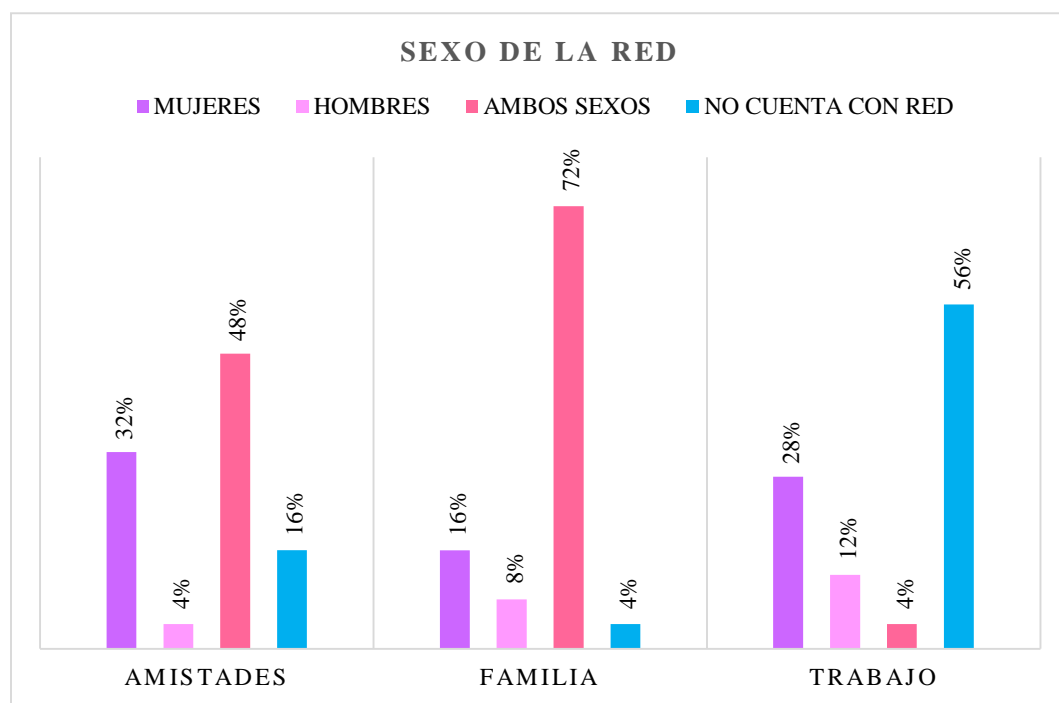


Carlos Sluzki argumenta que “hay indicaciones de que las redes de tamaño mediano son más efectivas que las redes pequeñas o muy numerosas” (Carlos Sluzki, pág. 45), a partir de los datos anteriores y según Enrique Di Carlo que asegura que para lograr definir el tamaño de una red se deben clasificar éstas en: pequeñas (que son hasta 10 miembros), medianas (que

está compuesta por 30 miembros) y grandes (que son más de 30 miembros) (Di Carlo, pág. 25). Se logra concluir que el 60% de las mujeres encuestadas tienen una red pequeña, lo que desde Carlos Sluzki (1996), se puede entender como una red menos eficaz ya que en este tipo de red suele presentarse situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración, ya que es posible que los familiares o amigos empiecen a evitar el contacto para eludir la sobrecarga de obligaciones que representa la persona enferma. En comparación al 36% de la población que cuenta con una red mediana, lo que se puede deducir que para estas mujeres su red es más efectiva respecto al apoyo y otras funciones de la red.

Homogeneidad

Figura 6 Homogeneidad, sexo de los integrantes de la red



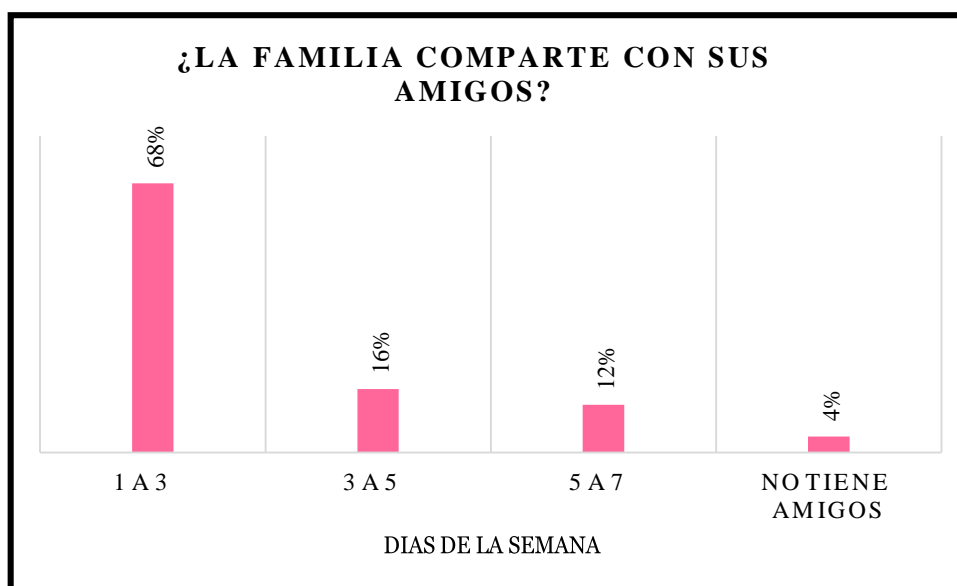
Sluzki (1996), afirma que la homogeneidad de la red se evidencia en el sexo, edad entre otras características sociodemográficas, lo cual influye en que la persona active y utilice la red, ya que para el autor es importante que la persona se sienta identificada con su red. En

este sentido se logra medir la homogeneidad de la red del grupo de informantes a partir del sexo que conforma los cuadrantes de la red social personal. En este caso se puede observar que para las mujeres encuestadas el sexo no es limitante para activar la red, ya que a nivel familiar el 72% de los informantes afirman que la red se encuentra conformada por hombres y mujeres, dicha afirmación también se evidencia en la red de amigos ya que el 48% de la población encuestada asegura que sus amistades se constituyen por ambos sexos.

Sin embargo se logra observar que las mujeres en comparación a los hombres predominan como el sexo que acompaña a las personas encuestadas en cada uno de los cuadrantes lo cual, retomando al autor puede facilitar el reconcomiendo de señales estresores por las que esté pasando la paciente.

14.2.2 Densidad

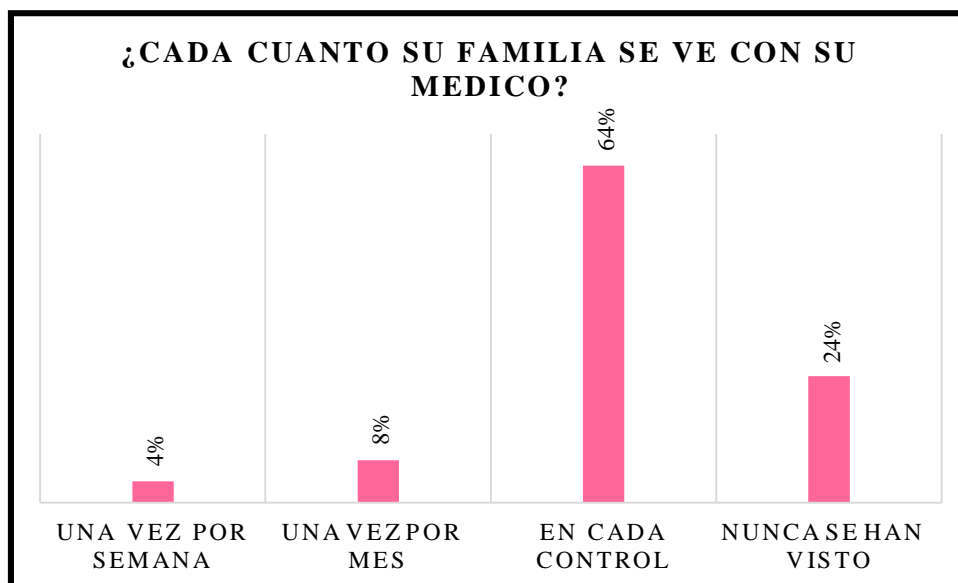
Figura 7 La densidad, la familia con amigos



La densidad se entiende a partir de la relación que hay entre la red y otro miembros independientemente del informante, en este caso se analiza la relación de la familia con los amigos a partir de los días a la semana que ellos comparten, en donde se observa que el 68%

de las encuestadas manifiestan que la familia comparte con los amigos entre 1 a 3 días por semana seguido del 16% que indica que su familia comparte con sus amigos de 3 a 5 días por semana. Esto para Carlos Sluzki representa un aspecto importante ya que le permite a las diferentes redes que hacen parte del ambiente social de la persona, interactuar de manera secuencial y ahondar más en las necesidades físicas, materiales y emocionales de la población.

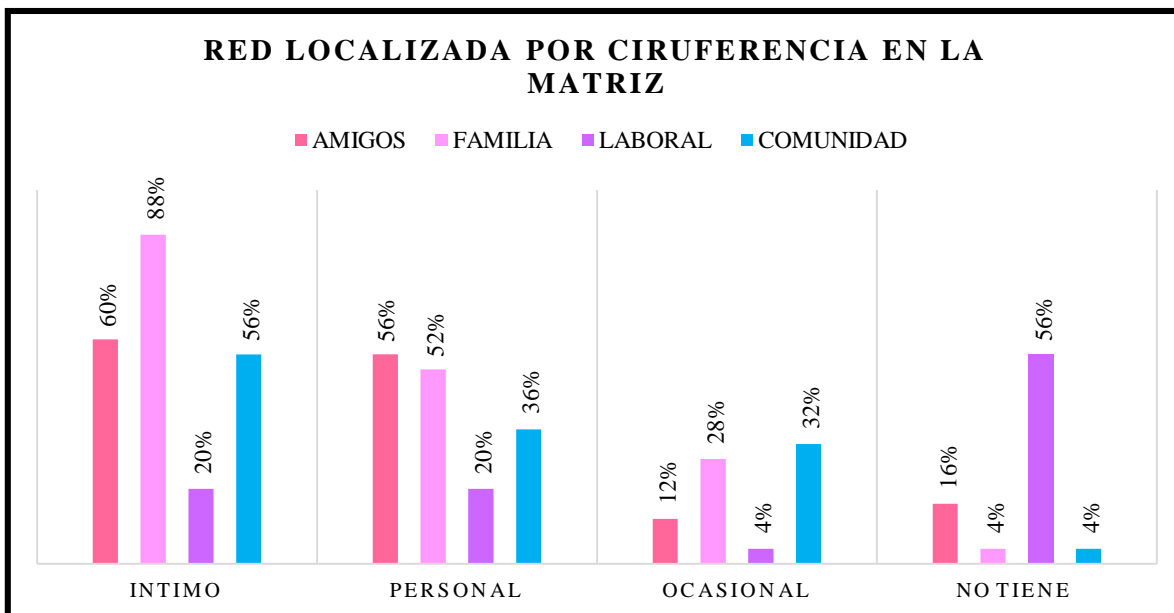
Figura 8 La densidad, la familia con el médico



Como se ha venido hablando la densidad para el autor Sluzki (1996), es retomada a partir de la relación que hay entre los miembros de una red con otro tipo de red, en este caso se retoma la frecuencia en que la familia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama se ven con su médico; esta grafica permite identificar que el 64% de la muestra manifiesta que su familia se ve con su médico en cada control, seguido del 24% que indica que su familia y su médico nunca se han visto, logrando evidenciar que existe poca densidad ya que le contacto de la familia con el medico no es frecuente.

14.2.3 Composición de la red social

Figura 9 Composición de la red, localización de la red por circunferencia



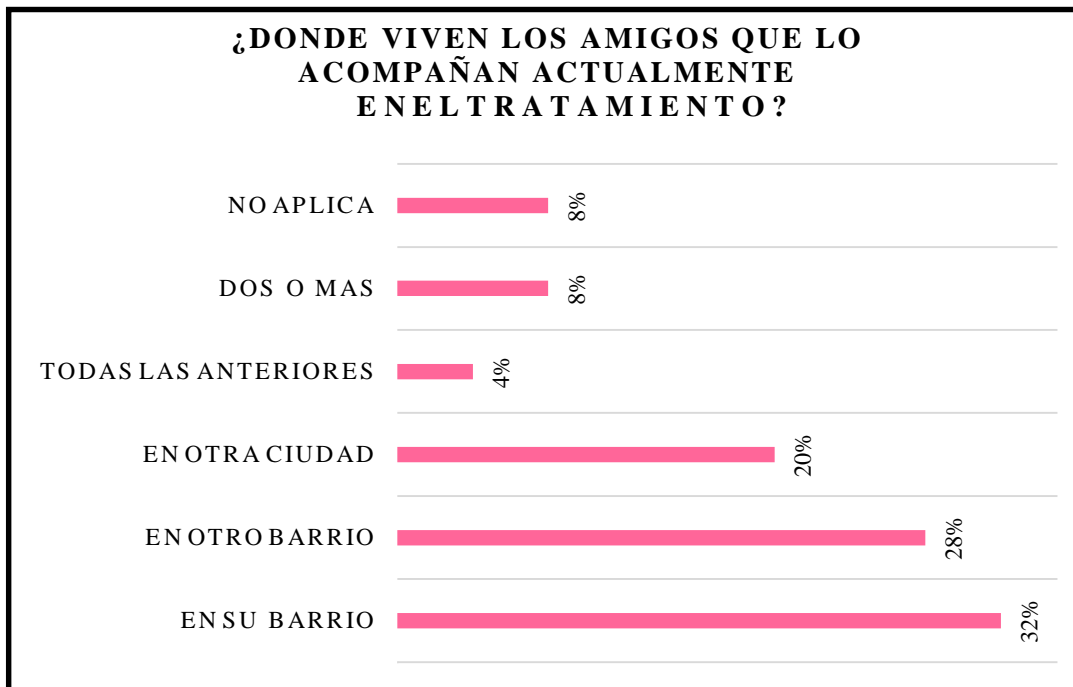
Según Sluzki (1996), la composición de la red social se analiza a partir de la proporción de las personas que se ubican en los cuadrantes (Familia, amigos, relaciones laborales y comunitarias) y circunferencia (intimo, personal y ocasional) del mapa mínimo, con el fin de observar que tan localizadas se encuentran las redes de las personas, en este caso se busca generar un análisis de la composición de la red en el grupo de mujeres que hicieron parte del estudio, logrando ver que a nivel de la primera circunferencia es decir a nivel intimo el cuadrante que predomina es el de la Familia con un 88% seguido del cuadrante de las relaciones de amigos con un 60% y el cuadrante comunitarias con un 56%, esto permite analizar que las mujeres del estudio observan a la familia y a la comunidad como las dos redes más importantes para el afrontamiento de la enfermedad, es válido aclarar que a nivel comunitario predominaron las instituciones religiosas y prestadoras de salud.

En el plano de lo personal se logra observar que los dos cuadrantes predominantes fueron el de los amigos con un 56% y la familia con un 52%, los cuales representan esas amistades con un grado menor de compromiso, que son entendida para el siguiente estudio como aquellas relaciones sociales que no se involucran de manera directa en el tratamiento o tiempo de la enfermedad.

El último nivel permite ver las relaciones ocasionales que son entendidas por Sluzki como aquellos conocidos y/o familiares lejanos con los que la persona comparte esporádicamente, para el caso del estudio se retomaron como aquellas personas que de manera ocasional han estado al pendiente de las informantes, en donde se puede observar que la principal red ocasional ha sido la comunitaria con un 32% y la familia con un 28%.

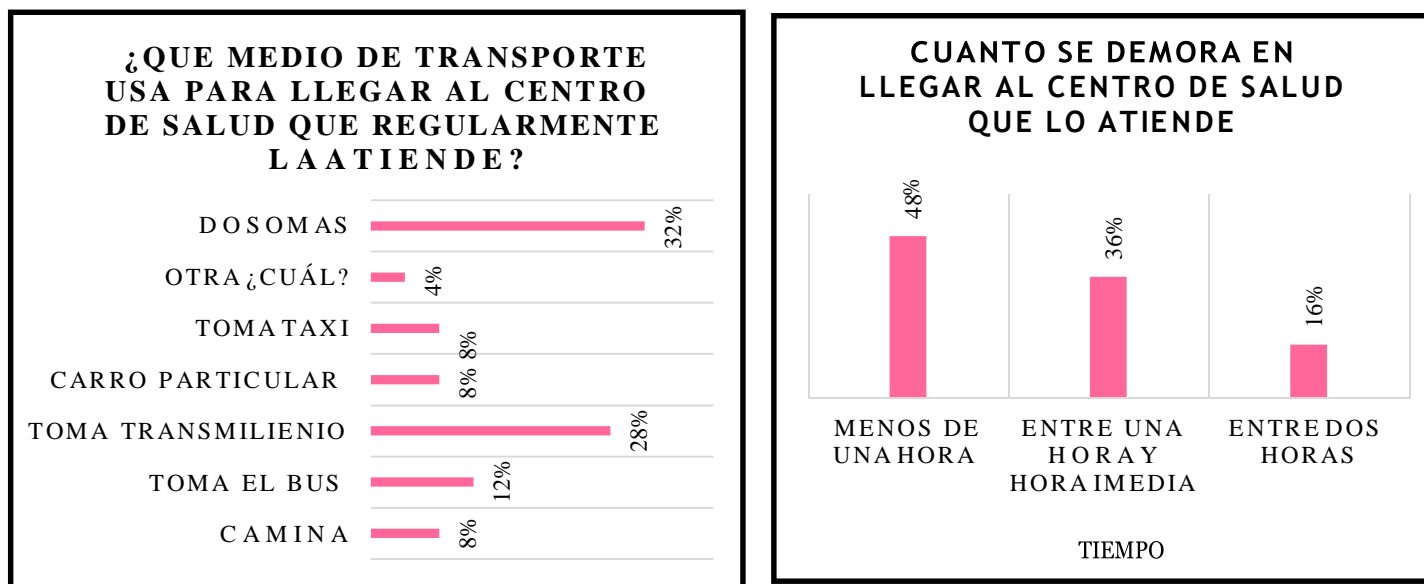
Otro punto importante que se logró identificar fue en aquellas personas, que indican no contar con el apoyo de alguno de los cuadrantes, en donde se observa que el 56% de la población indica no contar con red de apoyo laboral, ya que en repetidas ocasiones la población indico haberse quedado en situación de desempleo posterior al diagnóstico; seguido a ello la población objeto de estudio indica en un 16% no contar con una red de amistad, esto permite ver que la red se encuentra distribuida de manera proporcional en cada uno de los niveles íntimo, personal y ocasional; lo que conlleva a deducir que la red es flexible y efectiva ya que las personas encuestadas tienen más puntos de apoyo y no recaen las responsabilidades en un solo cuadrante de la red.

14.2.4 Dispersión



Para Sluzki (1996), la dispersión hace referencia a la distancia geográfica entre red y el informante, para este caso se analiza la distancia entre los amigos que acompañan a la persona en el tratamiento; en donde se puede observar que el 32% de la población indica que su red de amigos se encuentra localizada en el barrio donde ellas viven, seguido del 28% de las mujeres que indican que los amigos que las han acompañado en el tratamiento se ubican en otro barrio; esto permite ver que del 100% de la población, el 60% (datos anteriormente mencionados) cuenta con una red de amigos en donde según Sluzki, es una red eficaz capaz de responder de forma rápida a alguna situación de crisis que se le presente a la persona; en comparación con el 20% de personas que indicaron que la red de amigos que la acompañan en el tratamiento se ubican en otra ciudad, ya que esto dificulta la facilidad de acceso de la red con el informante y el tiempo de respuesta ante una crisis.

Figura 11 Dispersión al centro medico



La facilidad de acceso al servicio de salud es importante ya que esto posibilita que la persona genere comportamientos efectivos que le permitan adherirse al tratamiento otorgado por la EPS. En el caso de la muestra tomada para el estudio se observa que el 48% las mujeres se demoran menos de una hora en llegar al centro de salud que las atiende, seguido por el 36% de mujeres que indican demorarse en llegar al centro de salud entre una hora y hora y media. Estos porcentajes permiten observar que a la mayoría de la muestra poblacional se le facilita el acceso a los servicio de salud en términos de distancia; lo cual puede contribuir al cumplimiento del tratamiento, en comparación con el 16% de la muestra que demoran dos horas en llegar al centro de salud.

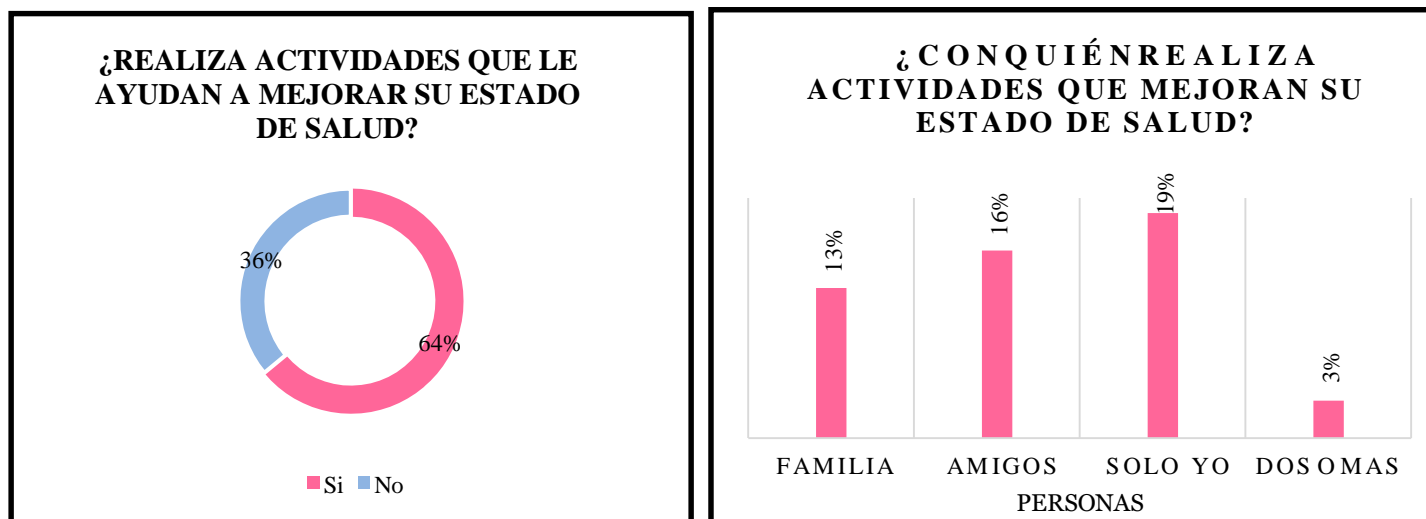
Esta información se complementa con el medio de trasporte que la población objeto de estudio utiliza frecuentemente para llegar al centro de salud en donde el 32% indica utilizar 2 o más medios que transporte para cumplir con su tratamiento médico, seguido del 29% que utiliza el sistema de transmilenio, esto permite ver que la muestra población cuenta con diferentes medios de transporte que les facilita el acceso a los centros de salud y el posible cumplimiento al tratamiento.

14.3 Funciones de la red social en la adherencia al tratamiento

El análisis de la red social en la adherencia al tratamiento se realiza a partir de las función de la red social, como sub variable de la red social persona y desde el paciente y su entorno como sub-variable de la adherencia al tratamiento, en donde se evidenciaran aspectos como la compañía social y el aislamiento, la ayuda material y de servicios, el acceso a nuevos contactos, la enfermedad y el tratamiento.

14.3.1 Compañía social y paciente y su entorno

Figuras 12 Función de la red, actividades para la salud

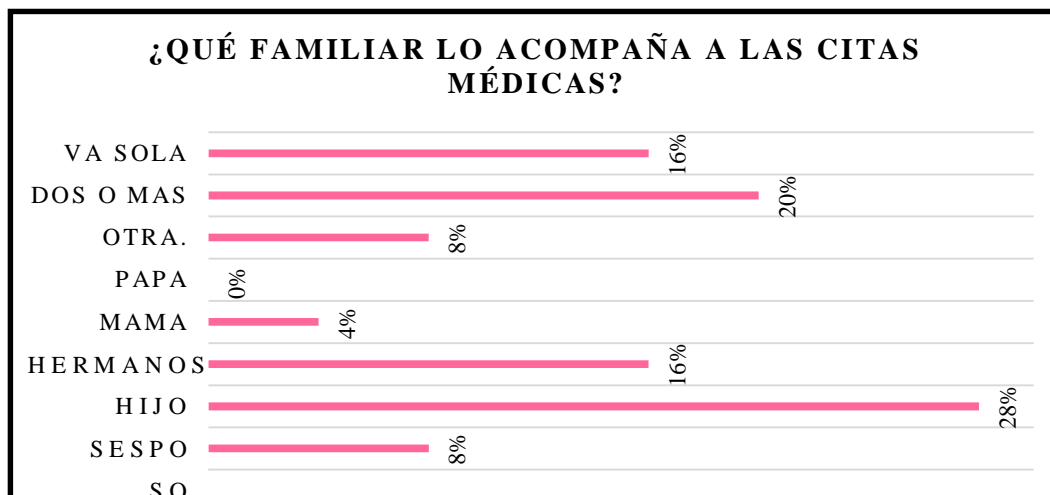


En la actualidad existen múltiples estudios que afirman la importancia del ejercicio como una forma de prevenir enfermedades, entre las que se encuentra el cáncer de mama, para la Sociedad Americana del cáncer (2018), el ejercicio ha de ser un factor fundamental para la persona enferma ya que contribuye a mejorar el estado de salud. María Luisa Peralta referencia la importancia de adquirir hábitos de vida saludables como mecanismos de prevención en la salud, ligados al contexto en el que se desarrolla la persona.

A partir de lo expresado anteriormente, se observa que de la muestra poblacional el 64% de las mujeres encuestadas manifiestan realizar actividades que mejoran su estado de salud; De este porcentaje de mujeres, la red que más prevalece en el acompañamiento a dichas actividades son los amigos con el 31% seguido de la familia con un 25%, razón por la cual se deduce que la compañía social plateada por Carlos Sluzki se da de una forma representativa dentro de la muestra (62% familia, amigos, dos o más), en relación al 38% de mujeres que afirman realizar actividades solas.

Desde la mirada del Trabajo Social la red social o red de apoyo se convierte en un instrumento importante que puede aportar a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que es a través de ese universo relacional en donde el sujeto adquiere hábitos y fortalece sus relaciones interpersonales.

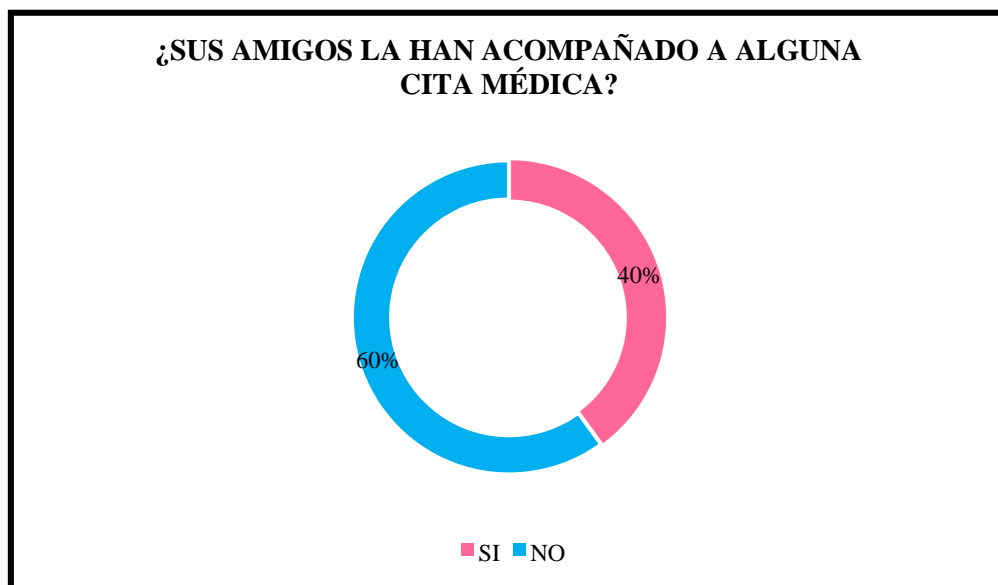
Figura 13 Compañía social a cita médica



Para Sluzki (1996), la compañía social refiere a la serie de actividades que realiza una persona con su red en este caso se puede observar en la gráfica que dentro del entorno familiar los hijos desarrollan un papel fundamental en el proceso de adherencia a la tratamiento ya que según lo manifestado por las mujeres encuestadas al 28% la acompañan los hijos, al 16% los hermanos y/ 2 o más personas, al 8% el esposo y el 4% la mamá, esto permite ver que el 86% de las mujeres participes en el estudio cuentan con la compañía de

algún miembro de su familia en el momento de asistir a alguna cita médica; en contraposición a lo anterior el 16% del 100% de la población indica no contar con ningún miembro de su familia para asistir a las citas médicas; también se observa que la figura del paterna no brinda ningún tipo de acompañamiento. Esta información desde María Luisa Peralta resulta importante ya según ella el entorno en el que el paciente se desenvuelve puede contribuir a que la persona se adhiera al tratamiento médico.

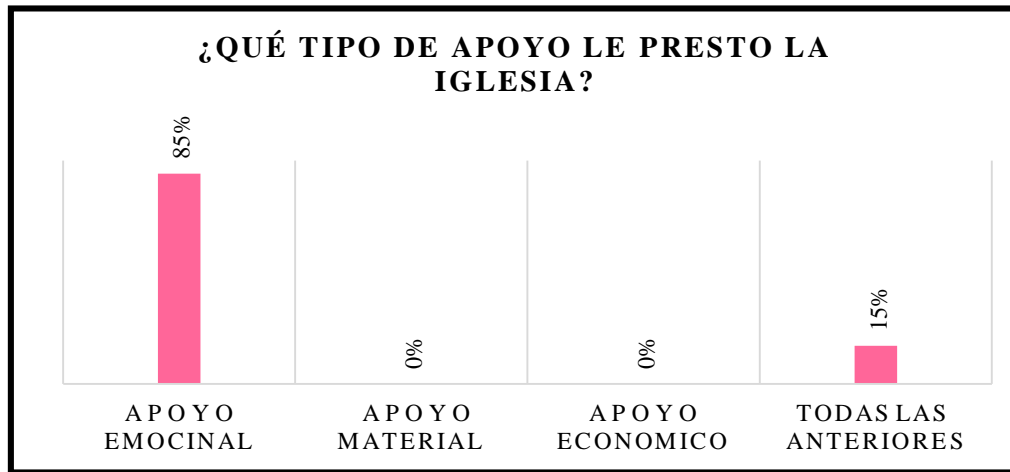
Figura 14 Compañía social a cita médica



El entorno social destaca aspectos como las creencias de la persona, su entorno emocional, afectivo, el apoyo recibido desde la familia y la sociedad con la que convive; en este escenario el cuadrante de la red de amigos no cumple con la función de compañía social ya que el 60% de las muestra manifiesta que en el momento de asistir a una cita médica no son sus amigos quienes la acompañan, en relación al 40% restante que manifiesta que sus amigos si cumplen con la función de compañía social; lo que lleva a concluir que dentro de la amplia gama de funciones que cumple una red social, el cuadrante de amistad cumple parcialmente con la función de compañía social en el proceso de adherencia al tratamiento.

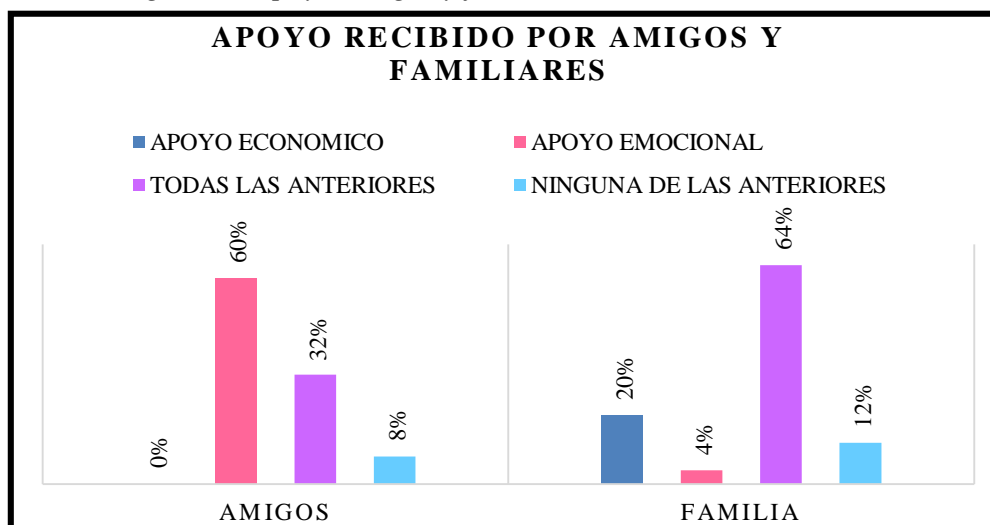
14.3.2 Apoyo emocional

Figura 15 Apoyo emocional de la iglesia



Las relaciones sociales que las personas construyen con su contexto constituyen un aspecto relevante ya que no solo la comunidad sirve como medio para obtener recursos, información y ayuda, sino que de allí también se derivan según Cohen, et al (como se citó en Herrero, 2006), “un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social.” Para el caso de la investigación Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2,3 y 4, se observa en la gráfica que la iglesia es estimada por la muestra como un punto de apoyo emocional en un 85%, esto permite ver que las instituciones religiosas son vistas por la población como un medio que contribuye a mejorar su estado emocional a través de una dimensión espiritual. Sin embargo existe un 15% de la población encuestada que indica la institución le ha proveído un apoyo emocional, material y económico. Concluyendo esta red social es efectiva en la medida en que cumple con las funciones establecidas desde Carlos Sluzki.

Figura 16 Apoyo amigos y familia



A partir de los postulados planteados por Sluzki (1996), él indica que para analizar la red social personal de la muestra es fundamental tener en cuenta aspectos como el apoyo emocional y la ayuda material y de servicios; el apoyo emocional se relaciona con “el poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro” (Sluzki, 1996, p.49); caracterizado por amistades íntimas y relaciones familiares cercanas; la ayuda material y de servicios retoma aspectos como el apoyo económico y la atención en centros de salud por parte de profesionales competentes.

Teniendo en cuenta lo anterior en la gráfica se pueden observar dos redes sociales (Amigos y familia) en la cual se observa el tipo de apoyo que ha recibido la población encuestada por parte de su red; el 60% de la población afirma haber recibido apoyo emocional de su red de amigos, el 32% indica haber recibido apoyo emocional y económico y el 8% manifiesta no recibir ningún tipo de apoyo de sus amigos; esto permite ver que la red de amistad contribuye en el proceso de adherencia al tratamiento ya que es vista por la población encuestada como una fuente importante en aspectos emocionales y económicos.

De otra parte, la familia es vista como una red que brinda apoyo emocional y económico para el 64% de la población, en donde se puede indicar a partir de Paiva,

Scandiuzzi & Anjos (2001) el Apoyo social y Familiar es la principal fuente de apoyo en la vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer ya que esta red en momentos de incerteza producto de la enfermedad, proporcionan “atención, comodidad y paciencia, además de acompañamiento en el tratamiento y en momentos de decisiones” (Paiva et al, 2001, p.55). Sin embargo es importante resaltar que dentro de los resultados evidenciados en la gráfica existe un 12% de la población que manifiesta no contar con red social familiar, lo que conlleva a que desde la disciplina de Trabajo Social se fortalezcan las relaciones familiares.

Figura 17 Apoyo emocional, relación familiar



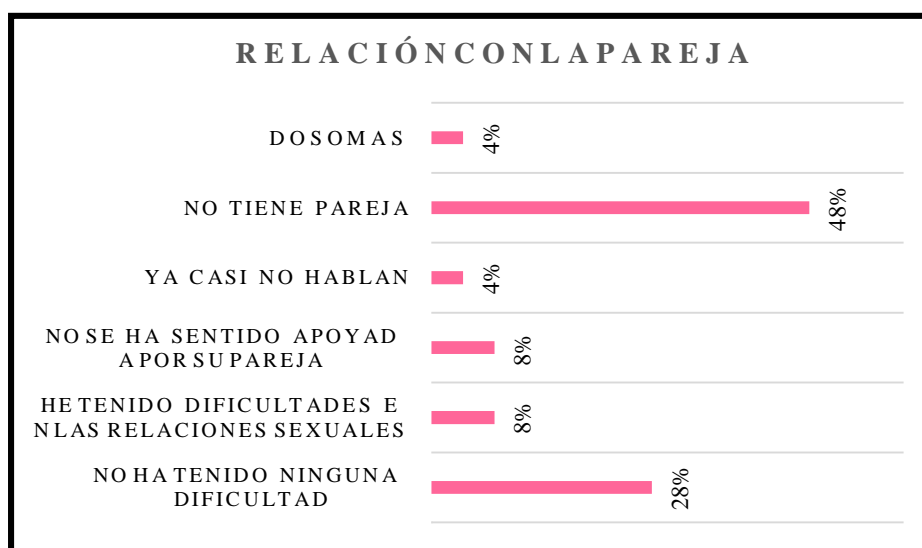
La presencia de la familia durante el proceso de la enfermedad y tratamiento constituye una función importante, debido a la red de apoyo que esta puede proveer a la persona enferma; Baider, (2013) afirma que el cáncer de mama en muchos casos puede “activar los recursos de los que ya dispone la familia” (p.29,) enfrentando las situaciones de acuerdo a la manera habitual de relacionarse, haciendo visible de manera contundente los roles, funciones y actitudes ya existentes en su núcleo familiar.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho se observa que el 63% de la población participe de la encuesta indicó que la relación se ha fortalecido en aspectos como la comunicación, tiempo compartido y distribución de funciones, el 16% en aspectos como la

comunicación, el 16% en tiempo compartido y un 5% señalaron en dos aspectos de los anteriormente mencionados.

Estos datos encontrados se pueden respaldar con una investigación desarrollada en Colombia que tenía como finalidad describir el grado de funcionalidad de las relaciones intrafamiliares en pacientes con cáncer; permitiendo identificar que el entorno familiar puede ser un escenario de expresión, en donde los miembros serán escuchados, lo que puede reafirmar la buena comunicación en el contexto familiar.

Figura 18 Apoyo emocional, relación pareja

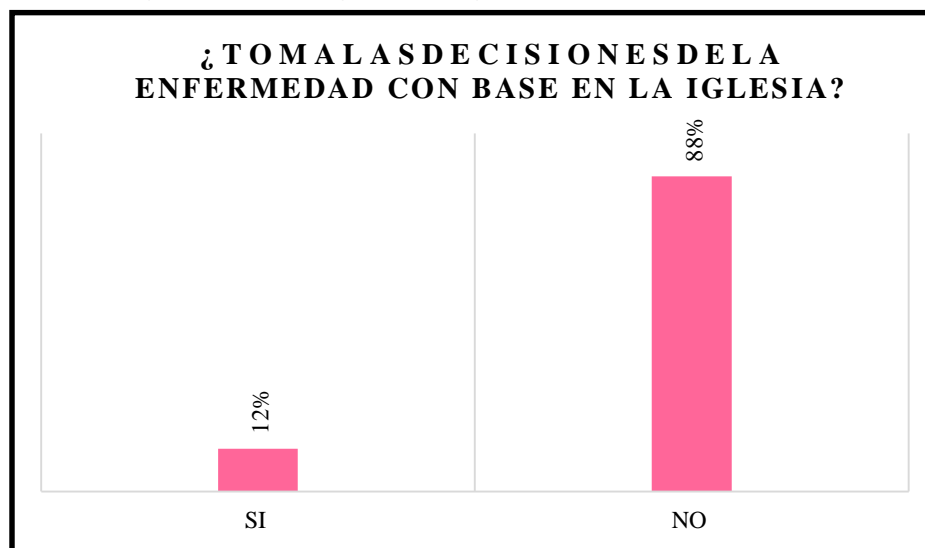


Aunque la mayoría de la población manifestó que sus relaciones familiares se han fortalecido, algunas mujeres encuestadas afirman que en sus relaciones de pareja se han presentado una serie de dificultades en torno a no sentirse apoyadas con un 8%, dificultades en las relaciones sexuales con un 8%, dificultad en la comunicación con un 4% y 2 o más dificultades representada en un 4%. En contraposición a esto también hubo mujeres que afirmaron no tener ningún tipo de dificultad con su pareja con un 28% y la mayoría de la población indicó no tener pareja sentimental con el 48%.

Para aquellas personas que han afirmado haber evidenciado un cambio en sus relaciones de pareja posterior al diagnóstico de carcinoma mamaria, se puede decir que uno de los principales aspectos que se ve afectado es el de las relaciones sexuales de la pareja; esto según Poinso R, Brédart A. (como se citó en Pintado 2016), “disminuye el deseo sexual, la excitación y se incrementa la ansiedad y el dolor. Además de las repercusiones en la feminidad e imagen corporal que repercuten en la calidad de la vida sexual”.

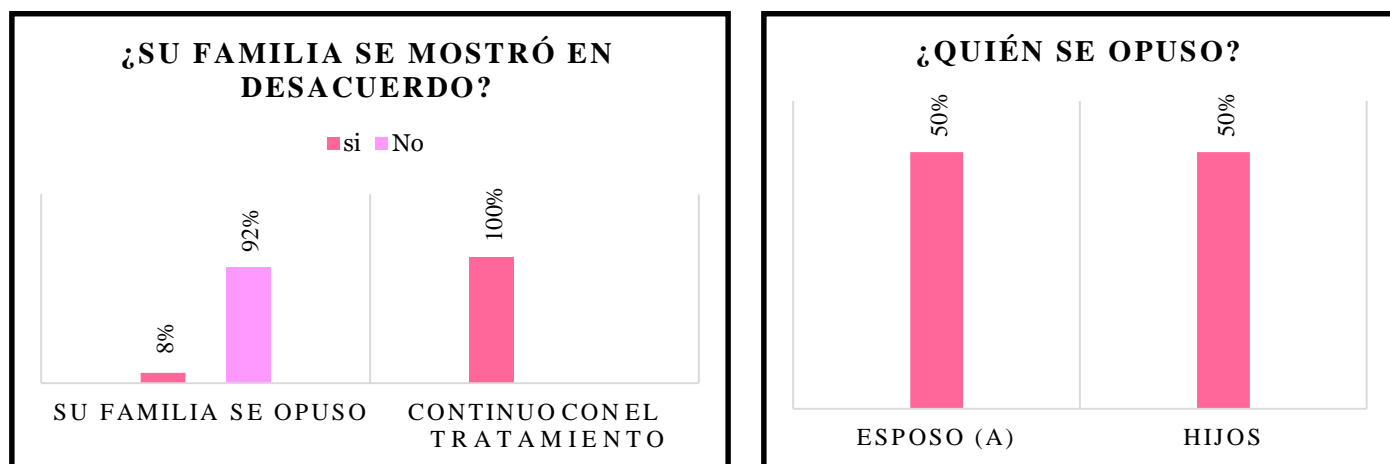
14.3.3 Guía cognitiva y paciente y su entorno

Figura 19 Guía cognitiva, la iglesia



María Luisa Peralta (2008), plantea que el entorno del paciente es relevante para la adherencia al tratamiento ya que es allí donde convergen aspectos como las creencias sociales y creencias personales; las cuales se retomaron en el estudio desde la práctica religiosa. Este aspecto se orientó a identificar en qué medida esta institución representa una guía cognitiva frente a la enfermedad, en donde se puede observar que el 88% de la muestra no toma las decisiones sobre la enfermedad con base en los consejos dados por la iglesia en comparación con el 12% de la población encuestada quien afirma si hacerlo. Estos resultados permiten analizar que la iglesia no representa una guía cognitiva para la toma de decisiones de la enfermedad a pesar de que la práctica religiosa es un aspecto importante para la muestra poblacional.

Figuras 20 Guía cognitiva la familia



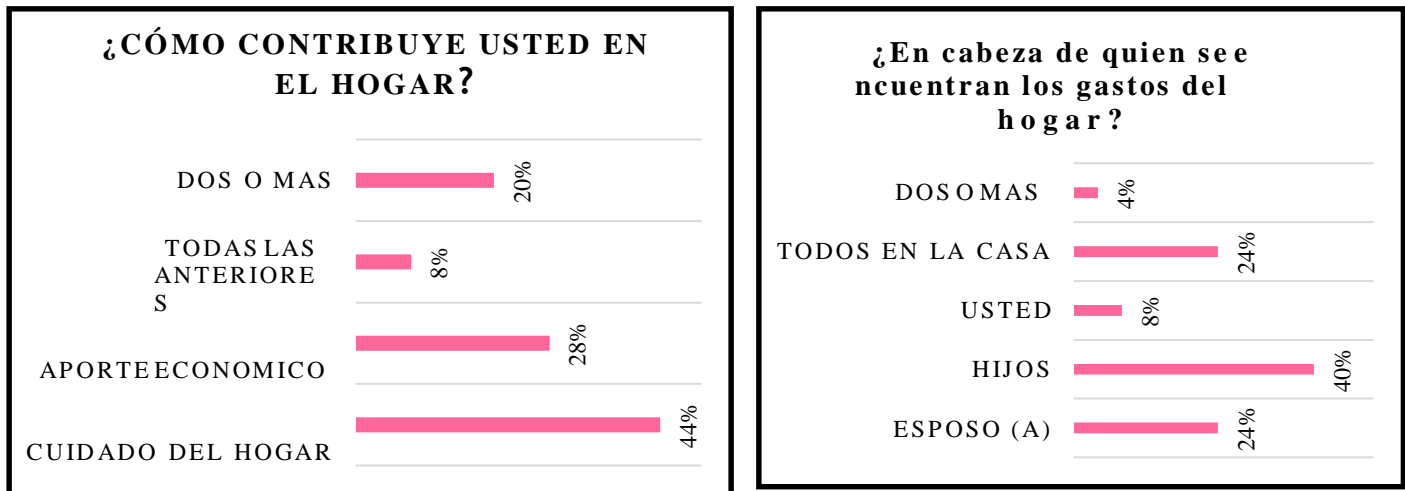
Como se ha dicho en la gráfica anterior, para el adecuado cumplimiento de la adherencia al tratamiento, la autora María Luisa Peralta resalta la importancia que tiene el ambiente social en el que se desenvuelve la persona diagnosticada, en este ambiente social se encuentran las creencias sociales, que en este caso se ven reflejadas por la posición de la familia frente al diagnóstico que recibieron las mujeres que hicieron parte de la muestra tomada, en donde se puede apreciar en los datos recolectados, que es poca la oposición de la familia frente al tratamiento asignado ya que solo el 8% de los casos de la muestra aseguran que sus familiares se mostraron en desacuerdo con el tratamiento y en este sentido la oposición se ve reflejada en igual proporción entre el esposo y los hijos, sin embargo el 100% de la muestra dio continuidad al tratamiento.

Ahora bien desde el análisis de la guía cognitiva propuesta por Sluzki (1996), se entiende esta como acciones dirigidas a compartir información y aclarar expectativa; se logra observar que a partir de los datos recolectados, las mujeres participantes comparten con sus familias información y datos de su enfermedad, estas son autónomas en la toma de decisiones frente al tratamiento y en el 92% de los casos la familia se muestra de acuerdo con el tratamiento, reafirmando la expectativa de la persona para con el tratamiento.

14.3.4 Ayuda material y de servicio

Familia

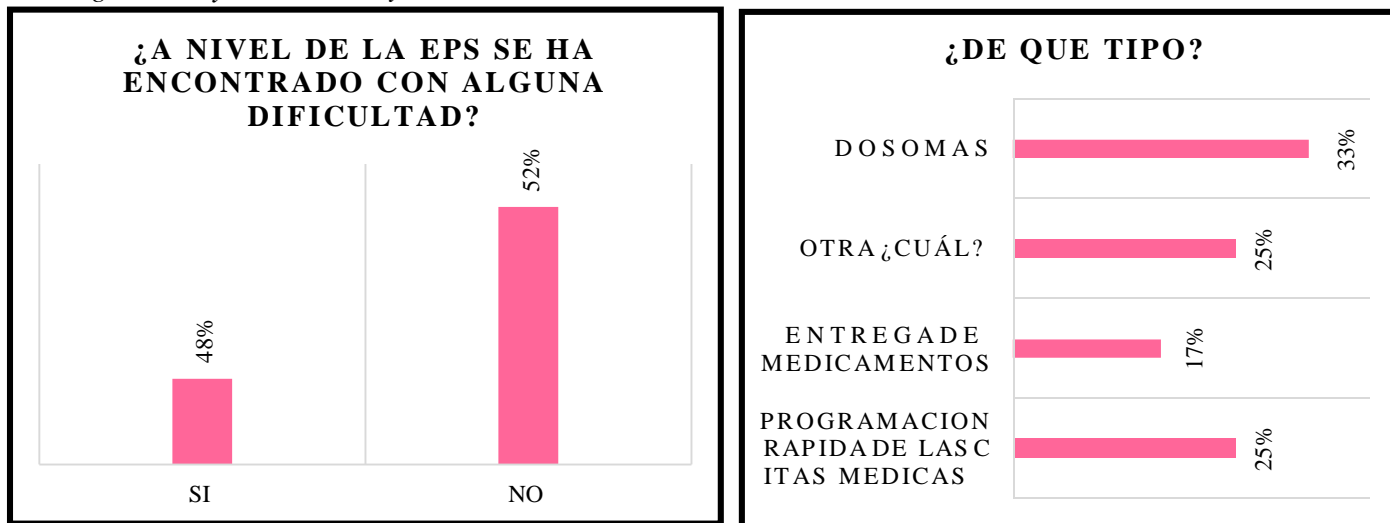
Figura 21 Ayuda material y de servicios por la familia.



La ayuda material y de servicios es entendida por Sluzki (1996), como una ayuda física y de conocimiento, para efectos del estudio se retoma la ayuda física a partir de la contribución económica proveniente de la red familiar de las informantes, en donde se puede observar que en quien recae los gastos del hogar son el los hijos con 40%, seguido del esposo o pareja sentimental y todos en la casa cada uno con un 24%, sin embargo la gráfica muestra que hay un 8% de la muestra de la población que encabeza los gastos del hogar. Con esta información se logra evidenciar que la red familiar es una fuente de ayuda física transcendental para la satisfacción de necesidades básicas como son alimentación y vivienda los cuales son de suma importancia para la adherencia al tratamiento. Seguido a lo anterior se puede observar que el aporte principal de las informantes se centra en cuidados del hogar con un 44%, ya que la mayoría de la población manifiesta haberse quedado sin empleo una vez diagnosticadas.

Comunitario (EPS)

Figura 22 Ayuda material y de servicios EPS



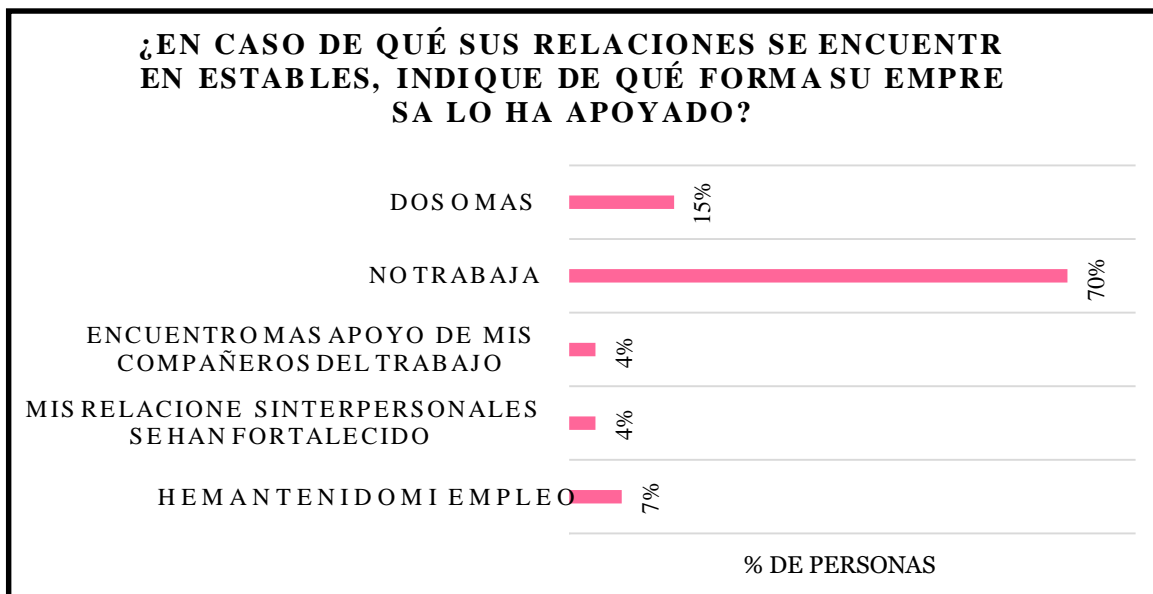
Como se ha venido explicando la ayuda material y de servicios se retoma desde dos aspectos de análisis que son la ayuda física y la ayuda de conocimiento en donde se tienen en cuenta los servicios de salud, por tal motivo los datos recolectados se analizan a partir de la atención brindada por la EPS en donde la población encuestada indica con un 52% no haberse encontrado con ninguna dificultad en el momento de acceder a los servicios del sistema de salud; sin embargo el 48% de la población manifestó presentar mayor dificultad en aspectos como la programación rápida de las citas médicas con un 25% y en dos o más aspectos que comprenden programación rápida de las citas, entrega de medicamentos, atención al usuario y pruebas de laboratorio con un 33%. Aunque más del 50% de la población manifestó estar conforme con los servicios otorgados por la EPS, existe un porcentaje importante de mujeres que aluden que la red no cumple con la ayuda material y de servicios.

Esta información se puede contrastar a partir del documento elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social denominado: Plan Nacional para el Control del Cáncer (2012) el cual enfatiza su accionar en aspectos como la detección temprana, tratamiento y rehabilitación y cuidados paliativos. Sin embargo se logra ver que aún a la población se le presentan una serie de barreras de acceso para acceder al sistema de salud.

Según Piñeros M, 2012 (citado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá) “el 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad”.

Laboral

Figuras 23 Ayuda material y de servicios en el trabajo

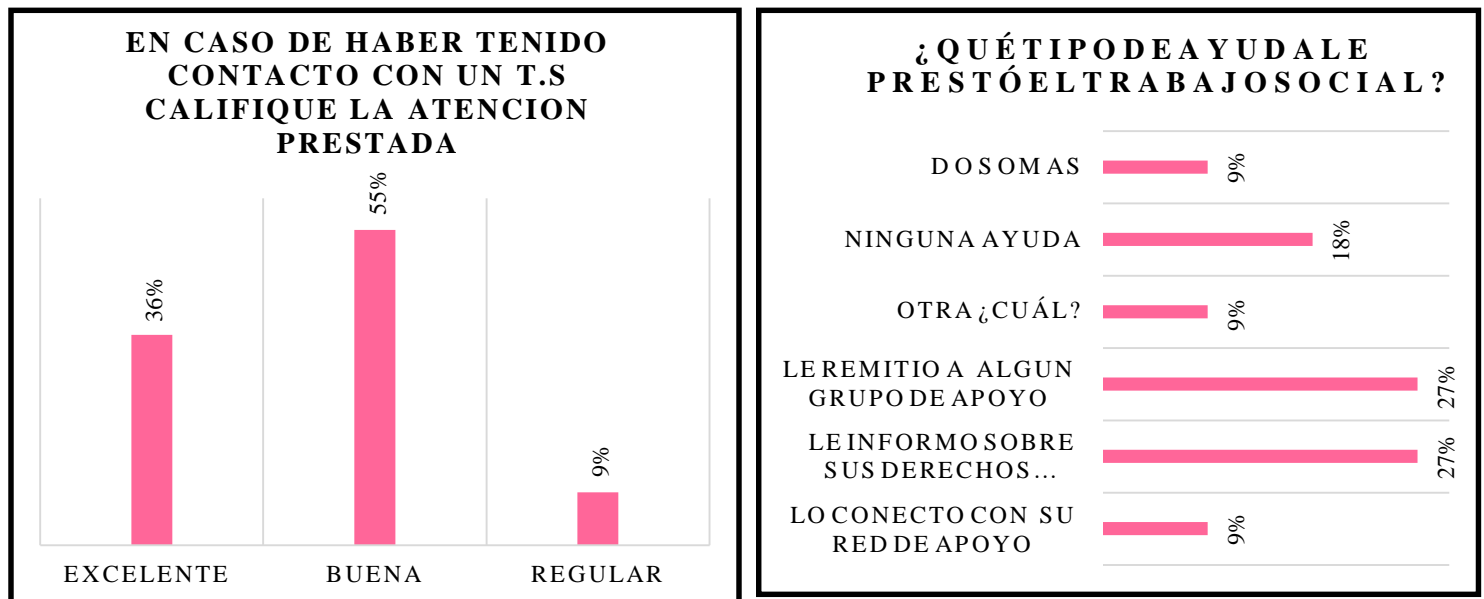


Para Carlos Sluzki la red laboral puede representar una red fundamental de ayuda material y de servicios, ya que en las situaciones en donde recaen los gastos familiares en una sola persona, es esta red laboral la que provee a la familia aspectos económicos y de servicios de salud. En el caso de la muestra tomada en la asociación se logra observar que más de la mitad de las mujeres es decir el 70% de la población no se encuentra trabajando, en comparación del 30% de la población que asegura trabajar. Este porcentaje se ve distribuido en la gráfica de la siguiente forma: el 15% de la población encuestada asegura que en su trabajo le brindan ayuda en más de dos aspectos, mientras que el 7% de la población encuestada asegura que se le ha permitido continuar con su trabajo, para el 4% de la población encuestada hay más apoyo en los compañeros de trabajo y el 4% restante indica que se han fortalecido las relaciones interpersonales en el área de trabajo.

Retomando las cifras anteriores se logra concluir que para el 32% de la muestra tomada en el estudio la red laboral significa una fuente importante de ayuda material y de servicio porque permite la satisfacción de necesidades personales y del núcleo familiar, ya que para estas mujeres el trabajo es la principal fuente de ingreso económico. Finalmente es relevante analizar la situación de desempleo evidenciado en la gráfica, ya que varias de estas mujeres en el momento de aplicar el instrumentos expresaron de forma verbal, la vulnerabilidad de sus derechos laborales por causa del diagnóstico recibido, algunas de las razón que manifestaron fue el rendimiento laboral, los permisos para las citas médicas y el tiempo que se requiere para la recuperación después de cada sesión del tratamiento, aun teniendo en cuenta que la Corte Constitucional emitió un fallo a favor de las personas con cáncer, en donde se expresa con claridad el derecho de esta población a la estabilidad laboral reforzada, que es un concepto legal “usado por los trabajadores como un instrumento jurídico para mantenerse en sus empleos valiéndose de la protección, que por mandato jurisprudencial Constitucional, está establecida.” (Sanabria, 2014, p. 14).

14.3.5 Acceso a nuevos contactos

Figura 24 Acceso a nuevos contactos, Trabajo Social



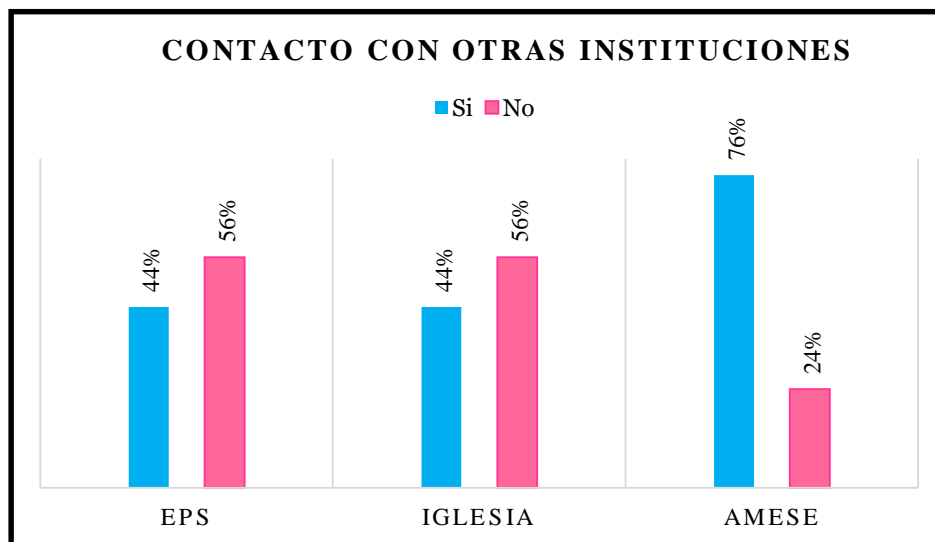
Para Carlos Sluzki (1996) el acceso a nuevos contactos se entiende como la conexión con personas y redes que no eran parte de la red social del individuo; para el caso del estudio se analiza la atención que dio el Trabajador social y el tipo de servicio que este brindó a las mujeres encuestadas, en donde se logra evidenciar que la intervención realizada por el profesional a las mujeres que participaron en el estudio fue calificada por el 55% de la población como una buena atención ya que logro dar respuesta a la situación problema de la persona, seguido por un 36% que indica haber tenido una excelente atención, dado que el profesional satisfizo las necesidades del paciente y finalmente el 9% de la muestra dice haber recibido una atención regular ya que no logro obtener una respuesta oportuna a sus necesidades.

Se logra entender que el área de trabajo social para el caso de la muestra da una respuesta positiva respecto al acceso de nuevos contactos, ya que el 27% de la población encuestada afirma haber sido remitida desde Trabajo Social a grupos de apoyo o en el caso de mujeres provenientes de otra ciudad haber sido ubicadas en hogares de paso; también la

muestra poblacional indica en un 27% que el profesional en Trabajo Social, le informó sobre sus derechos y deberes para acceder al sistema de salud y por ultimo las informantes manifiestan en un 9% haber sido conectadas con su red de apoyo.

Teniendo en cuenta lo anterior se observar que la intervención del Trabajo Social en el área de la salud ha permitido conectar a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con otras redes que inicialmente no eran parte de su red, evidenciando que el Trabajo Social es importante para la atención de personas diagnosticadas con cáncer, ya que es una fuente de acceso a nuevos contactos promoviendo de esta forma la adherencia al tratamiento.

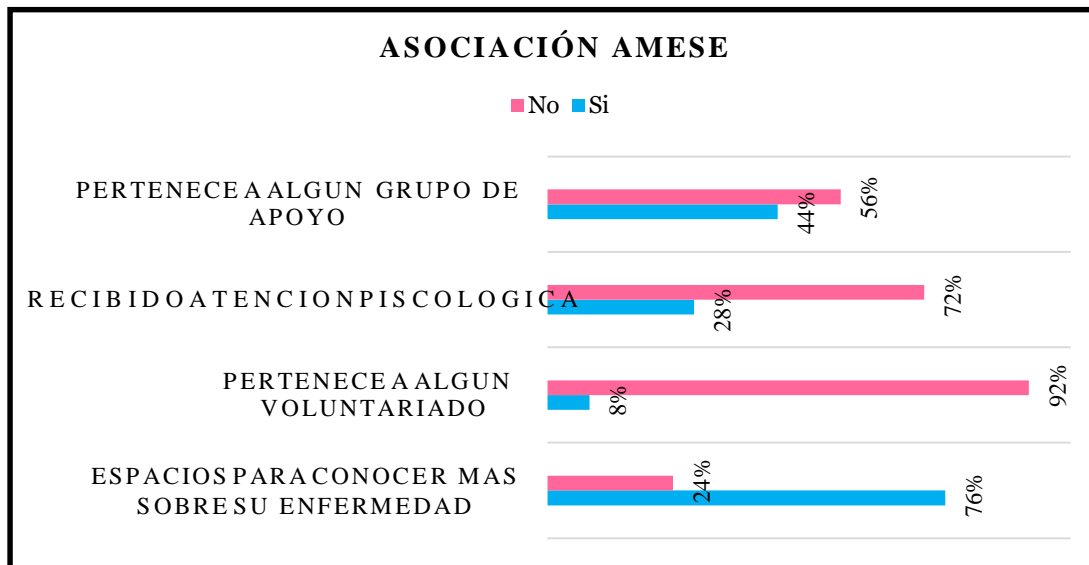
Figura 25 Acceso a nuevos contactos comunitarios.



Como se ha venido analizando en graficas anteriores el acceso a nuevos contactos se observa como un aspecto importante para la adherencia al tratamiento de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama ya que según María Luisa Peralta (2008), esto permite que la persona enferma no se aíse de su entorno social; en este sentido se puede observar que la principal institución que contactó a la población muestra con otras redes fue la Asociación AMESE con un 76 % de las informantes, seguido de la EPS y la iglesia cada una con un 44%, esto permite entender que la Asociación AMESE ha integrado en sus procesos de intervención otras instituciones que le han permitido a la población ampliar sus redes institucionales. Adicionalmente para Carlos Sluzki (1996), el acceso a nuevos contactos

permite la conformación de nuevas relaciones sociales que prestan diferentes tipos de ayuda como apoyo emocional, ayuda material y de servicios, regulación social entre otras.

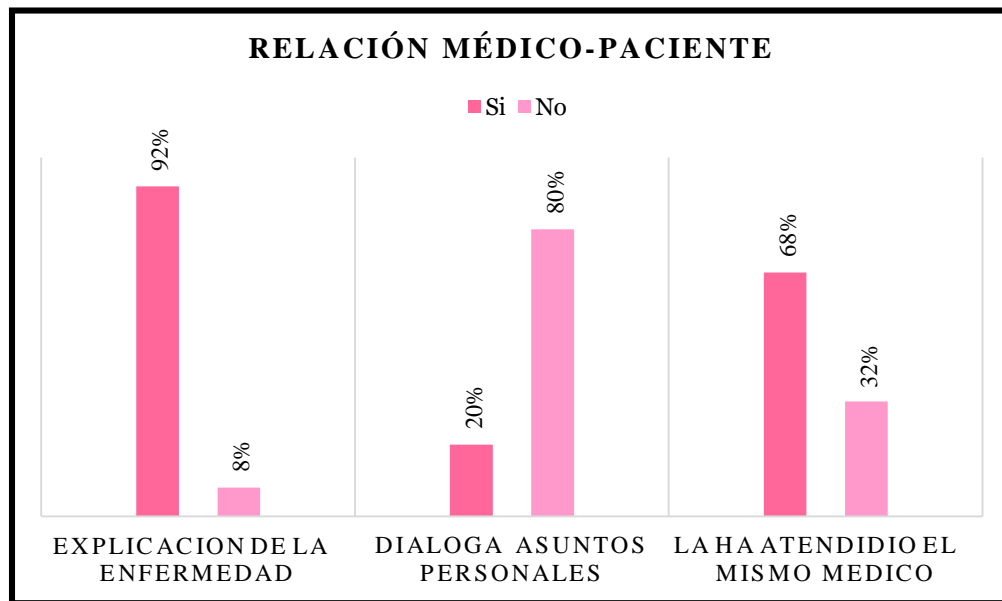
Figura 26 Acceso a nuevos contactos AMESE.



Retomando los datos de la gráfica anterior se pretende apreciar los diferentes espacios que reconocen las mujeres atendidas en la asociación, en este caso la muestra retomada para el estudio manifiesta con un 76% que la asociación le ha brindado espacios que le permiten conocer más sobre su enfermedad, estos espacios hacen referencia a las sesiones llevadas a cabo en la clínica del Country y en otras fundaciones en donde se prestan servicios de educación de la enfermedad, seguido del 44% de la muestra que indica pertenecer a algún grupo de apoyo y el 28% que indica haber recibido ayuda por parte del profesional de psicología, lo cual permite observar que la población muestra del estudio recibe por parte de la Asociación una ayuda de servicios basada en el conocimiento de un experto y la integración en diferentes escenarios que contribuyen a fortalecer la red de apoyo de las informantes.

14.4.6 Relación médico paciente

Figura 27 Relación médico- paciente.



La relación médico paciente para algunos autores es definida como:

Una relación simétrica modulada por factores sociales y culturales que se dan en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo... relación de amistad que se establece entre el médico y el paciente con visitas a la curación, alivio y apoyo emocional. (Rodríguez, 2008, p.1).

En este punto se tuvieron en cuenta tres aspectos la explicación de la enfermedad, el dialogo de asuntos personales y la atención del mismo médico a través del proceso de tratamiento, en el primer aspecto se observa que el 92% de la población afirma que su médico le ha explicado las características de la enfermedad, situación que genera que ellas conozcan los efectos del tratamiento en su cuerpo; y el 8% indica que su médico no le ha explicado ningún aspecto de la enfermedad. Este primer aspecto permite afirmar algunas apreciaciones realizadas por la licenciada en psicología María Antonieta Rodríguez profesora de la facultad de ciencias médicas en Holguín quien indica que:

En la práctica médica la tenencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al sujeto sin integrar a ellos las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema, así como sus condiciones sociales y las situaciones que pueden estar determinándolo o al menos agravándolos (Rodríguez, 2008, p.3).

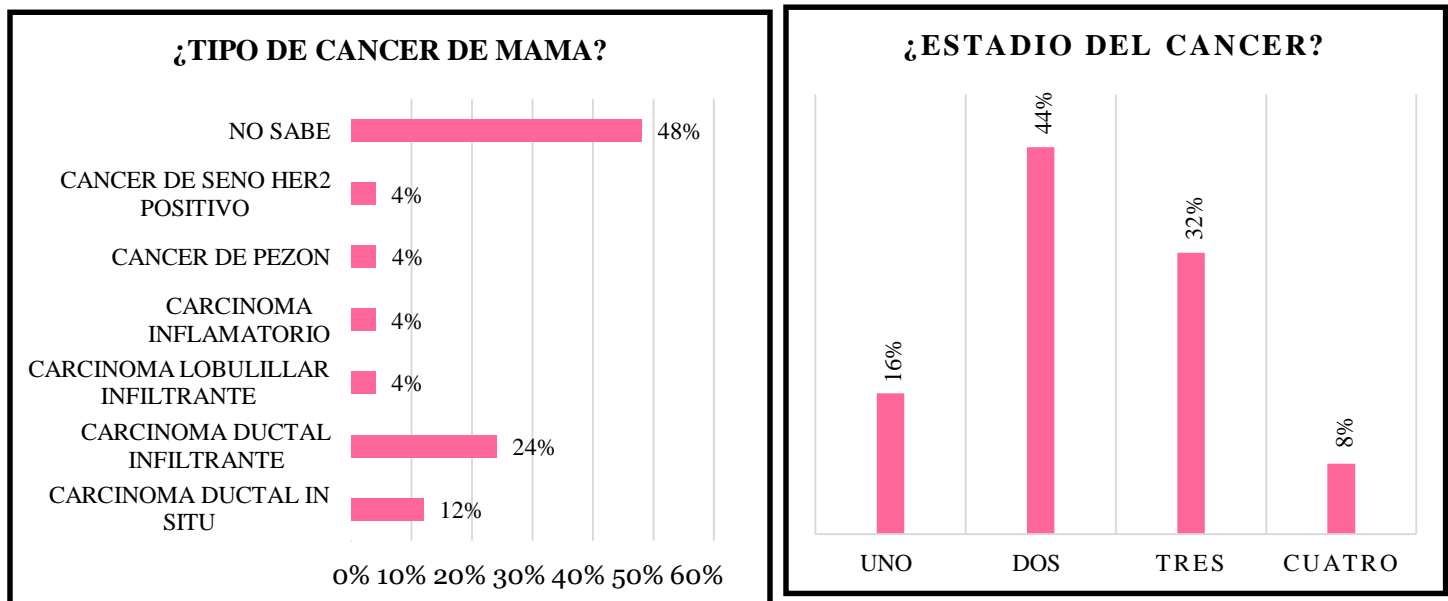
El segundo aspecto de análisis se ubica desde un escenario personal, el cual apunta a conocer si las mujeres encuestadas dialogan con su médico aspectos de su vida personal, en donde el 80% de la población participante indicó que no dialoga con su médico nada de su vida personal y el 20% si lo hace. Este aspecto hace pensar que existe una desarticulación entre el factor biológico y el factor social; María Antonieta Rodríguez (2008), indica que estos dos factores están presentes en todo problema relacionado con la salud de la persona, por este motivo es relevante que se manejen como aspectos intercomunicados ya que esto permite conocer de manera integral las causas y los efectos de la enfermedad, construir un elemento de orientación metodológica que se oriente en mejorar las condiciones de salud de la población y garantizar el bienestar de la población.

Como último aspecto se les pregunto a las participantes si habían tenido el mismo medico durante todo el tratamiento a lo que ellas respondieron que el 68% si lo ha tenido y el 32% no.

A partir de lo anterior se puede observar que la relación médico paciente planteada por María Luisa Peralta en términos de buena comunicación y obtención de un beneficio se da en la mayoría de la población, ya que la muestra indica que su médico le ha explicado los efectos de la enfermedad y a razón de esto, las informantes entienden los efectos de la misma; sin embargo en el aspecto de confianza solo el 20% dialoga con su médico aspectos de su vida personal, lo que conlleva deducir que la intervención del médico se da solamente desde escenarios clínicos.

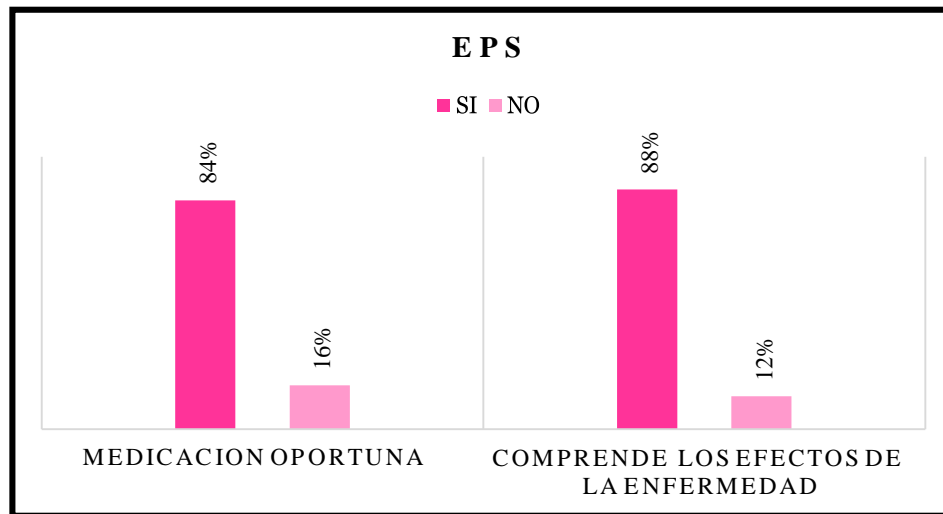
14.4.7 La enfermedad y el tratamiento

Figuras 28 Datos de la enfermedad y el tratamiento



Como se ha dicho anteriormente el cáncer de mama es considerada una de las principales causas de muerte en Colombia, según datos arrojados por el Ministerio de Salud y Protección social y el Instituto Nacional de Cancerología (2014), anualmente son diagnosticados 7000 nuevos casos de los cuales 2500 mujeres fallecen por la enfermedad. El mismo estudio afirma que “Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento” (M.P.S, I .N.C, 2014, p.5). Frente a lo anteriormente dicho se observa que la mayoría de la población representada con un 44% se encuentra ubicada en el estadios dos y el 32% en el estadio tres, lo cual indica un estado avanzado de la enfermedad en la mayoría de la población, adicionalmente se observa que hay un desconocimiento frente al tipo de carcinoma diagnosticado en un 48% de la población, esto desde María Luisa peralta se entiende como un aspecto que no favorece la adherencia al tratamiento médico ya que es indispensable que la persona diagnosticada con cáncer conozca de la enfermedad y los efectos de esta en su cuerpo.

Figura 29 La enfermedad y el tratamiento, EPS



Esta gráfica se divide en dos momentos de análisis; el primer momento corresponde si las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama han obtenido la medicación oportuna para el tratamiento de la enfermedad; evidenciando que el 84% de las mujeres encuestadas afirman que su EPS les ha facilitado los medicamentos y el 16% indican que no han recibido la medicación oportunamente. En un segundo momento se observa que el 88% afirma conocer las implicaciones del tratamiento en su cuerpo y el 12% indica no conocerla. Teniendo en cuenta estas dos realidades se puede decir que las apuestas que ha hecho el gobierno nacional para la prevención del cáncer de mama planteadas en el plan decenal para el control del cáncer de mama 2012- 2021 han permitido profundizar en estrategias que mitiguen las barreras de acceso de la población en el momento de acceder al sistema de salud, “Se perfila como un problema de salud pública que va en crecimiento; por lo tanto, es prioritaria la implementación de estrategias de detección temprana de la enfermedad para su control” (Ministerio de salud, Boletín de prensa 298 de 2014).

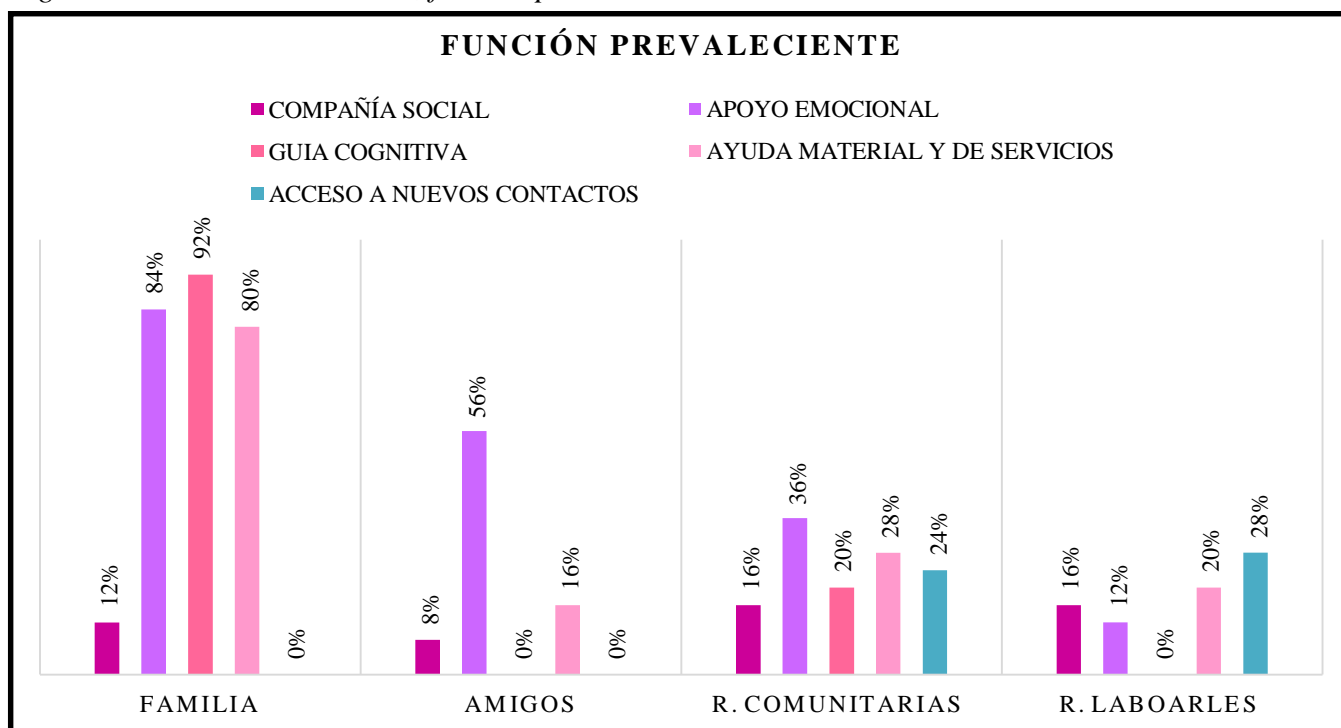
Sin embargo estos esfuerzos del estado nacional por generar estrategias de atención a la población en las diferentes etapas del cáncer no ha sido efectivo en un 100% ya que aun en pleno siglo XXI el cáncer de mama sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres Colombianas, en donde anualmente mueren aproximadamente 2.500 mujeres a razón de “un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del

diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.2).

14.5 Atributos del vínculo de la red social.

14.5.1 Función prevaeciente

Figura 30 Atributos del vínculo, función prevaeciente.



Para Carlos Sluzki la función prevaeciente permite observar cual es la función que predomina de acuerdo a los cuadrantes que componen la red social, en este caso se identifica que desde el cuadrante de la familia la función que prevalece es la guía cognitiva, en donde el 92% de la muestra manifiesta observar a su familia como una estructura en la que puede compartir y recibir información personal y social. Este resultado permitió contrastar algunas hipótesis que surgieron en el transcurso de la investigación en donde se creía que la función que podría prevalecer en la familia es la de apoyo emocional a razón de las características específicas de la población, sin embargo aunque se observa que la familia si ejerce la función de apoyo emocional no fue la función que prevaleció en el estudio realizado.

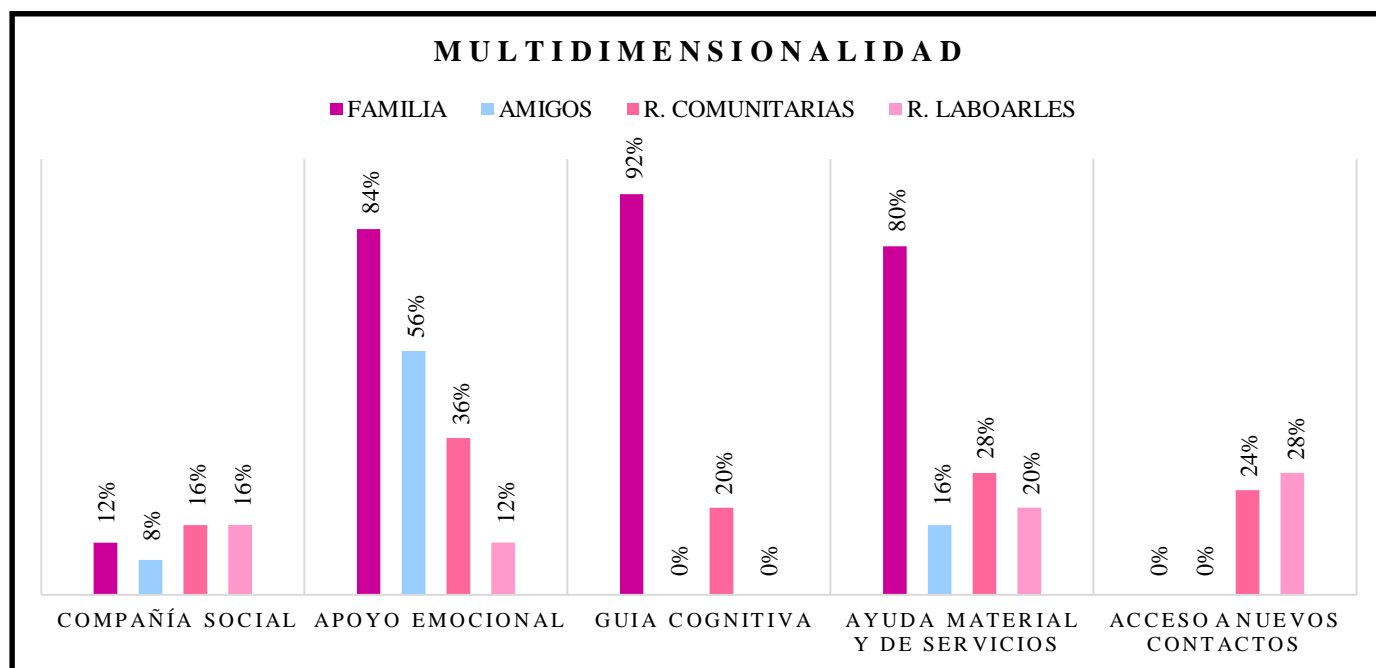
De otra parte en el cuadrante de amistad se evidencia que la función que prima es la del apoyo emocional con un 56%, al igual que en la red comunitaria con un 36%, entendiendo el apoyo emocional como “aquel intercambio que connota una actitud emocional positiva” (Sluzki, 1996, p.49); Frente a estos resultados se esperaba que la función prevaleciente por parte del entorno de amigos estuviese dirigida a aspectos de consejo, sin embargo más de la mitad de la población argumentó la importancia de las relaciones amistosas en el desarrollo de actividades de ocio, en la asistencia a citas que han permitido que la población tenga mayor posibilidad de mejorar su estado de salud, convirtiendo a su red de amigos en personas fundamentales para el proceso de adherencia al tratamiento médico; A su vez se pensaba que la comunidad podría ser una fuente fundamental de acceso a nuevos contactos, sin embargo el estudio da cuenta de que la comunidad es una fuente importante de apoyo emocional, ya que para la población el aspecto espiritual es un recurso primordial que ha permitido la continuidad en el tratamiento médico, siendo la iglesia y los grupos de oración un punto focal desde lo comunitario para que la persona continúe con su tratamiento médico; Lo que permite ver, que desde el quehacer profesional la familia no es el único recurso con el que cuenta el profesional, cuando se trata de generar proceso de intervención individual.

Desde el cuadrante de las relaciones laborales se observa que la función que prevalece en este cuadrante es la de acceso a nuevos contactos con el 28% sobre el total de la muestra tomada. En este escenario es necesario que el profesional en Trabajo Social contemple dentro del proceso de intervención con la red social las instituciones laborales a partir de procesos de sensibilización frente a los derechos que tienen las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, ya que se logró observar en el estudio que el 56% de la población se encuentra en situación de desempleo el 16% fue despedida a razón de su diagnóstico, adicional a esto el 16% de la población no puede trabajar con en jornada completa y el 12% no trabaja del mismo modo que antes; esta situación conlleva a pensarse como está siendo la intervención profesional desde el área de la salud a población que ha sido diagnosticada con cáncer de mama, de qué manera el profesional está abordando el contexto de la persona enferma especialmente su entorno laboral, institución fundamental para facilitar la adherencia al tratamiento médico. Finalmente se logra concluir que las funciones de la red social personal, con base en el apoyo emocional, guía cognitiva, acceso a nuevos contactos,

compañía social y ayuda material y de servicios, contribuyen de forma positiva a la adherencia del tratamiento, ya que brindan herramientas a la persona enferma para que esta supla necesidades biológicas y sociales y en esa medida pueda adherirse al tratamiento.

14.5.2 La multidimensionalidad o versatilidad

Figura 31 Atributos del vínculo, multidimensionalidad.



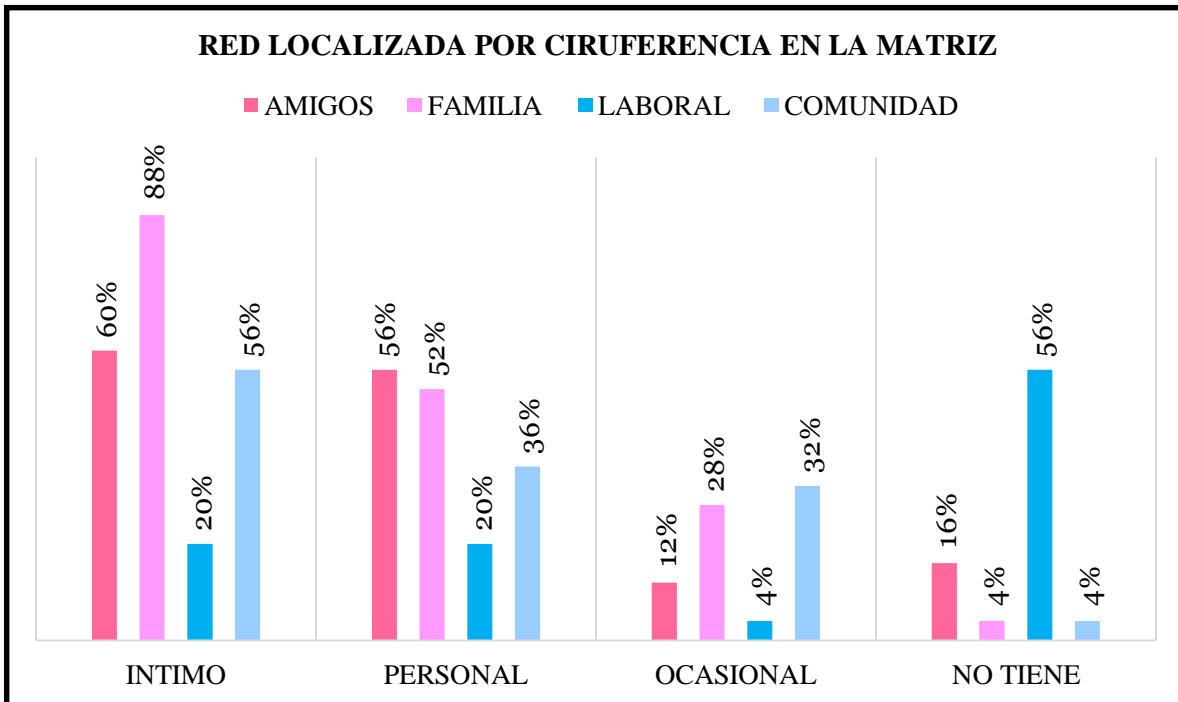
La multidimensionalidad permite observar en la red de los informantes, el número de funciones que logran cumplir los cuadrantes de la red, es decir que tan versátil es la red dependiendo del número de funciones que cumpla en la vida de la persona. En este sentido se logra apreciar en la gráfica, que el vínculo multidimensional que predomina en la red de las mujeres encuestadas es el comunitario ya que se encuentra en las 5 funciones de la red (Compañía social 16%, Apoyo emocional 36%, Guía cognitiva 20%, Ayuda material y de servicios 28% y acceso a nuevos contactos 24%); esta versatilidad de la red comunitaria es gracias a que desde el escenario comunitario la población diagnosticada con cáncer de mama ha accedido a instituciones que han contribuido en mejorar su estado de salud físico y emocional como la EPS, la iglesia, instituciones de salud y grupos de apoyo seguido que han

generado procesos de educación en salud. Por otra parte la familia que aunque se encuentra en 4 de las 5 funciones de la red, maneja los datos porcentuales más altos del gráfico, es decir que para el 84% de la población la familia es un apoyo emocional, para el 92% es la principal fuente de consejos en torno a su enfermedad y para un 80% es la que le brinda una ayuda material y de servicios, esto convierte a la familia en una de las principales fuentes de intervención cuando se maneja población diagnosticada con cáncer de mama, ya que al ser esta red el primer medio de socialización de la persona, se convierte en el primer recurso al que puede acceder el profesional para conocer la situación problema del sujeto

A nivel de los amigos los resultados permiten ver que para el 56% de la población encuestada dimensiona la amistad como fuente importante a nivel emocional, en especial porque en algunos casos es la única fuente de acompañamiento y apoyo, ya que en situaciones en donde el paciente no cuenta con un red familiar eficaz, son los amigos los que suplen y contribuyen a suplir aspectos como la compañía social, el consejo y la ayuda material y de servicios facilitando que la persona se adhiera el tratamiento. Finalmente se evidencia que las relaciones laborales representan una fuente de acceso a nuevos contactos para un 28% de la muestra, una ayuda material y de servicios para el 20%, un apoyo emocional para el 12% y una compañía social con el 16% en especial para mujeres que son cabeza de hogar.

14.5.4 Intensidad

Figura 32 Atributos del vínculo, intensidad

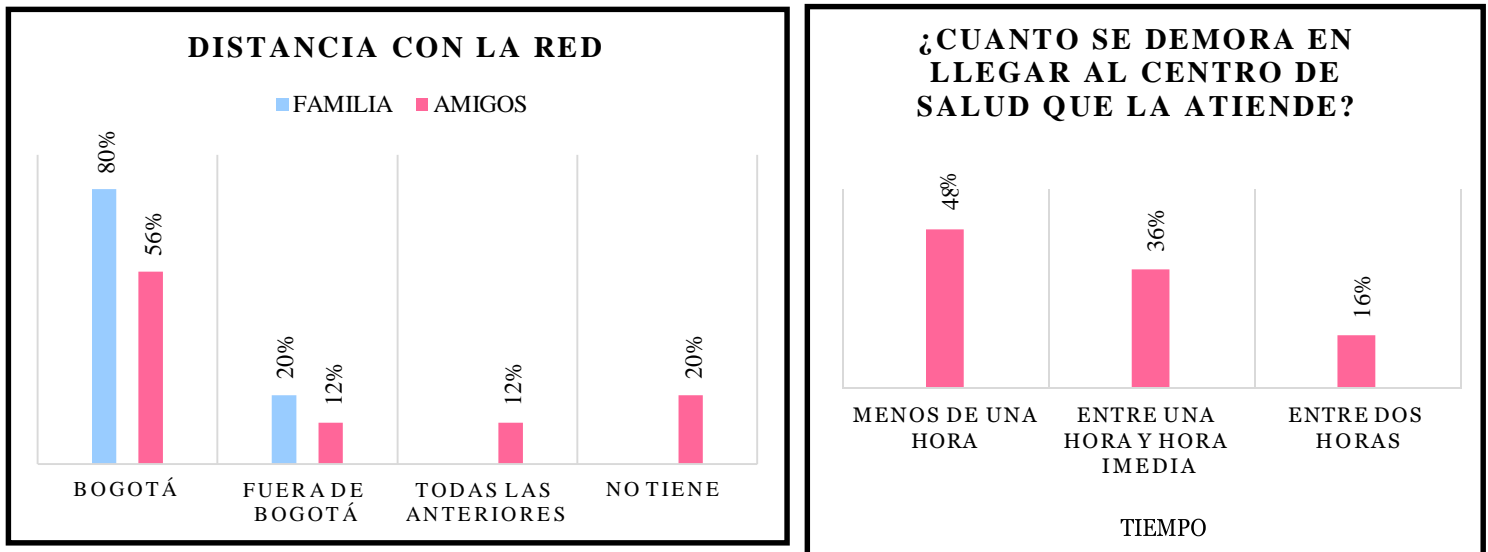


En relación a la intensidad del vínculo, este se analiza por medio de los niveles de relación que se encuentran en el mapa mínimo de la red social personal del sujeto, en este sentido se logra observar en la gráfica que a nivel de las relaciones íntimas es la familia que predomina con un 88%, esto es respaldado por el autor, ya que para él, la familia suele representar esas relaciones íntimas y la más cercana del informante, sin embargo en los casos en que la familia no se encuentra como una relación íntima, bien sea porque no ha jugado ningún papel dentro del proceso de enfermedad de la mujer o porque esta vive sola, en este sentido suelen identificar la red de amistad como una relación íntima o personal; esta situación se representa porcentualmente con un 60% de las muestra que identifica a sus amigos como una relación íntima y un 56% como una relación personal que, aunque en menor medida, suple al apoyo familiar.

Continuando con las relaciones íntimas, se logra apreciar en la gráfica que la comunidad es el tercer porcentaje más alto con un 56%, desde la relación íntima y el 32% desde la relación ocasional esto se puede presentar por la estrecha relación que mantienen las mujeres retomadas en el estudio para con su EPS, la importancia que estas le dan a las instituciones religiosas y los encuentros con los diferentes grupos de apoyo a los que estas pertenecen. Para el autor teórico esta información permite identificar el grado de intimidad que presentan la muestra con su red social, en donde se puede evidenciar que la familia es reconocida desde una relación íntima como una fuente importante de ayuda en el proceso de la adherencia al tratamiento, ya que al ser el primer medio de socialización de la persona constituye para la población una de las redes más relevantes en el proceso terapéutico. En esta misma línea se concluye que la red comunitaria es vista como una red íntima ya que esta red se encuentran escenarios como los centros de salud y las instituciones religiosas, siendo los centros de salud instituciones prioritarias que permiten que las mujeres inicien y culminen su tratamiento médico.

14.5.5 frecuencia de los contactos

Figura 33 Atributos del vínculo, frecuencia de los contactos.



En la muestra que se retomó para efectos del estudio se logra evidenciar que el 20% de la población vive fuera de Bogotá, sin embargo, por causa del tratamiento médico se encuentra viviendo en hogares de paso, asignados por los centros de salud en la ciudad de Bogotá, razón por la cual estas mujeres no se encuentra cerca de sus familiares, lo que nos permite deducir que a nivel de frecuencia de contactos existe un mayor esfuerzo para mantener el vínculo activo y funcional. Sin embargo para el caso de estas mujeres es más factible el acceso a los centros de salud que las atienden, ya que para ellas (entre otras mujeres) el tiempo de desplazamiento al sitio que las atiende es menor que una hora, esta información se manifiesta en la gráfica con un 48% , es válido aclarar que este porcentaje no corresponde solamente a las mujeres que viven fuera de la ciudad sino que un número representativo de la muestra refiere tener acceso rápido, en cuestión de tiempo, a su centro de salud. Esta información permite ver que para dar cumplimiento al tratamiento, es importante la distancia que estas tienen con su red social, ya que entre más cerca este la red, posibilita que esta acceda de forma rápida a los servicios de salud y obtener una respuesta rápida por parte de su red ante una situación de crisis.

14.6 Hallazgos de la investigación

1. A pesar de que la red social es pequeña (máximo 10 personas), esto no indica directamente que la red social no sea efectiva como lo afirma Carlos Sluzki puesto que se logró observar que cuando la red es organizada, puede desempeñar diferentes funciones a fin de que la responsabilidad no recaiga en una sola persona, puesto que esto podría generar saturación en la red y por ende evada las responsabilidades para con la persona enferma.
2. El principal apoyo que tienen las mujeres retomadas en el estudio desde la compañía social, ayuda material y de servicios y apoyo emocional es brindado principalmente por los hijos.
3. Se evidencio gran participación de los hombres frente al apoyo, la ayuda y el cuidado a las mujeres enfermas que participaron en la investigación, en el proceso de adherencia al tratamiento.
4. El 48% de la población no sabe el tipo de cáncer con el que cuenta.
5. Del 56% de la población que en la actualidad se encuentra en situación de desempleo, el 16% de la población perdió el empleo a partir del descubrimiento de la enfermedad; y para aquellas personas que en la actualidad laboran, algunos de los problemas que han presentado en su entorno laboral es que No pueden trabajar en jornada completa, no pueden trabajar del mismo modo que antes y el jefe no les da permiso de descansar después de las quimioterapias.
6. El 24% de la población que cuenta con pareja manifiesta que en sus relaciones sentimentales se han prestado inconvenientes por motivos como: dificultades en las relaciones sexuales, falta de apoyo por parte de la pareja y falta de comunicación.

7. Se evidencia que para la población encuestada el escenario espiritual desempeña un papel fundamental en el proceso de adherencia al tratamiento, sin embargo la investigación permitió identificar que aunque la iglesia, los grupos de oración son importantes, la población no toma las decisiones de la enfermedad con base en los planteamientos estipulados por la iglesia

Capítulo IX

Producto final: Ruta de atención desde Trabajo Social a pacientes diagnosticados con cáncer de mama en la adherencia al tratamiento.

Para la siguiente ruta de atención se tuvo en cuenta la teoría “Redes sociales naturales un modelo de Trabajo Social para el servicio social” de Enrique Di Carlo y equipo EIEM (Equipo de investigación en epistemología y metodología de Trabajo Social) el cual plantean cinco etapas para el proceso de intervención (investigación introducción, diagnóstico transición, planificación toma de conciencia, ejecución acción y evaluación). Seguido a ello se retoma el estudio “Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en estadio 1, 2, 3 y 4 llevado a cabo por profesionales en formación de Trabajo Social de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca , en donde participaron 25 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, pertenecientes a los diferentes grupos de apoyo de la institución; el estudio se orientó en conocer como la red social favorece o no la adherencia al tratamiento, a fin de contribuir en los procesos llevados por la asociación desde la línea programática “Acompañamiento a pacientes”.

Igualmente la ruta de atención brinda al profesional en Trabajo social herramientas para la atención a mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama.

A partir de los resultados obtenidos en el estudio se logra evidenciar que el 60% de la población retomada en el estudio, cuenta con una red pequeña que es entendida por Di Carlo (1998) como aquella que se encuentra compuesta por hasta 10 miembros; esta red contribuyó en la adherencia al tratamiento, a partir del cumplimiento de una serie de funciones tales como la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva, la ayuda material y de servicios y el acceso a nuevos contactos. Esto exige que desde la disciplina del Trabajo

Social, el profesional genere acciones que visibilicen e involucren la red social del paciente, desde el primer contacto de la población con la Asociación en aras de garantizarle un acompañamiento integral que posibilite la adecuada adherencia al tratamiento.

Es así que, como resultado del estudio anteriormente mencionado, desde la disciplina de Trabajo Social se plantea una posible ruta de atención que brinde al profesional una herramienta que le permita identificar la red social de las personas que asisten a la Asociación, con el fin de que este formule procesos de intervención que faciliten al paciente la continuidad del tratamiento médico, por medio de la activación de la red y la designación de funciones que la torne más efectiva.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una ruta de atención desde Trabajo Social que permita visibilizar la Red Social de las pacientes, como un instrumento que aporte a los procesos de intervención desarrollados desde la línea programática Acompañamiento a pacientes de la asociación AMESE.

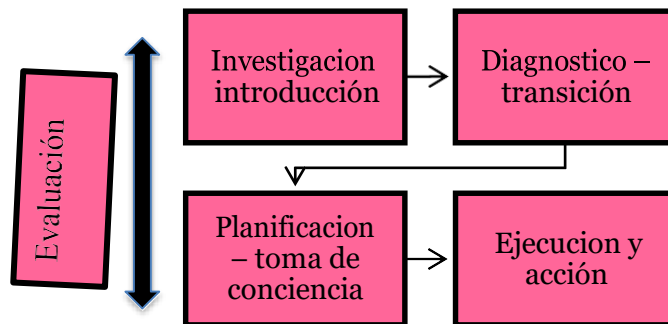
Objetivos específicos

1. Identificar los actores que conforman la red social de las personas diagnosticadas con cáncer de mama.
2. Determinar los recursos que brinda la red social a las (o) pacientes con el fin de establecer estrategias de intervención con la persona y su red social.
3. Evaluar el proceso de intervención desarrollado por el Trabajador Social con la persona y su red social a fin de establecer el nivel de autonomía y autogestión de la persona y su red social

Metodología de intervención en Red

El proceso metodológico para el desarrollo de la ruta de atención desde la disciplina de Trabajo Social, se fundamenta en la metodología de redes de Enrique Di Carlo et al, la cual consta de 4 etapas de intervención.

1. Investigación introducción
2. Diagnostico – transición
3. Planificación – toma de conciencia
4. Ejecución y acción



1. Investigación introducción

Es la etapa en donde el profesional en Trabajo Social genera el primer contacto con la persona; esta etapa se caracteriza por ser exploratoria, puede durar entre una o varios encuentros y cumple un doble objetivo en el proceso de intervención, recolección de la información y compromiso de la red.

1.1 Recolección de información:

Obtención de información para la comprensión del problema. En este momento el profesional investiga en torno al contenido de la intervención aspectos relacionados con:

-La persona: identificación de datos personales, de la enfermedad y la realidad económica.

-Motivo de la demanda: Se genera a partir de una clara especificación de las necesidades y problemas implícitos en el proceso de adherencia al tratamiento médico.

-Problema: Se considera la focalización del problema a partir de los hechos relevantes, detectando el origen y factores precipitantes, así como los esfuerzos realizados para resolverlos.

-Motivo del derivante: Entidad o persona que contacto al sujeto con la Asociación AMESE.

-Red Social: Busca focalizar la intervención en la red social de la persona, en relación con la circunstancia que motiva la demanda.

-Calidad de vida previa: identificar como el diagnóstico de la enfermedad ha afectado aspectos sociales de la persona.

- Proyecto vital: Etapa del ciclo vital individual, familiar y como a partir del diagnóstico han surgido cambios en el rol de la persona y su núcleo conviviente.

-Expectativa de la persona para con la institución y el proceso de intervención.

-Recursos: identificar las instituciones y personas que han brindado un servicio durante el proceso de adherencia al tratamiento.

1.2 Diagnostico – transición

En esta etapa se realiza el primer contacto con la red social a fin de generar una serie de hipótesis frente a la problemática planteada en un principio (etapa investigación introducción) por el informante, en donde se identifican dos momentos:

- Resistencia: Aparece como un rechazo a escuchar las necesidades e intereses diferentes y tolerar las limitaciones y posibilidades de cada uno.

- **Mobilización:** La red comienza a comprender las necesidades del otro y aceptar las posibilidades reales del otro.

En esta etapa es importante generar espacios colectivos que permitan la reflexión y el análisis crítico de los aspectos mencionados, resignificando las dificultades y los problemas a fin de generar una comprensión compartida del problema.

1.3 Planificación – toma de conciencia

En esta fase se cuentan con los insumos necesarios para la construcción de un plan de intervención el cual ha de establecerse con la red social a partir del cumplimiento de dos objetivos:

- La elaboración de una respuesta por parte de la red.
- La consolidación del discurso colectivo; es decir que cada uno de los miembros de la red compartan la solución del problema.

Para ello el profesional deberá preguntarse - ¿Qué se quiere lograr? ¿A qué necesidades se le está apuntando? (afectivas, materiales e informativas). En pocas palabras establecer los objetivos de la intervención.

-¿Cómo se jerarquizan las necesidades y se priorizan los problemas?, es decir establece plazos y metas para atender las necesidades prioritarias.

-¿Que es necesario hacer para afrontar el problema?; es decir qué medidas de soporte son necesarias para neutralizar las condiciones negativas y reforzar las positivas por medio del establecimiento de actividades.

-¿Quién va a hacerlo?, teniendo en cuenta las capacidades de cada uno de los miembros de la red para con cada una de las actividades; en este momento se sostienen las pautas para los diálogos y se acompañan en la elaboración del proyecto colectivo, teniendo como principio el respeto de las decisiones de la red.

1.4 Ejecución – acción

La ejecución acción es la última fase del proceso de intervención; esta fase tiene un doble objetivo:

- La puesta en marcha del proyecto colectivo.
- La apropiación del discurso de la red.

Allí se pueden observar dos momentos: estímulo y despedida. Para el desarrollo de esta fase el profesional en Trabajo Social debe tener en cuenta varios aspectos:

- Debe observar la grilla en donde se encuentra registrado el plan de actividades.
- Se evaluará la implementación del proyecto estimulando los avances y promoviendo el análisis de los obstáculos.
- Se escuchan atentamente las dudas, dificultades y logros.
- Se impulsa la expresión de sentimientos de temor, tristeza, alegría y plenitud.
- Finalmente el Trabajador Social acuerda su retiro con la red y concluye con la despedida, en donde se genera una síntesis y reflexión del proceso.

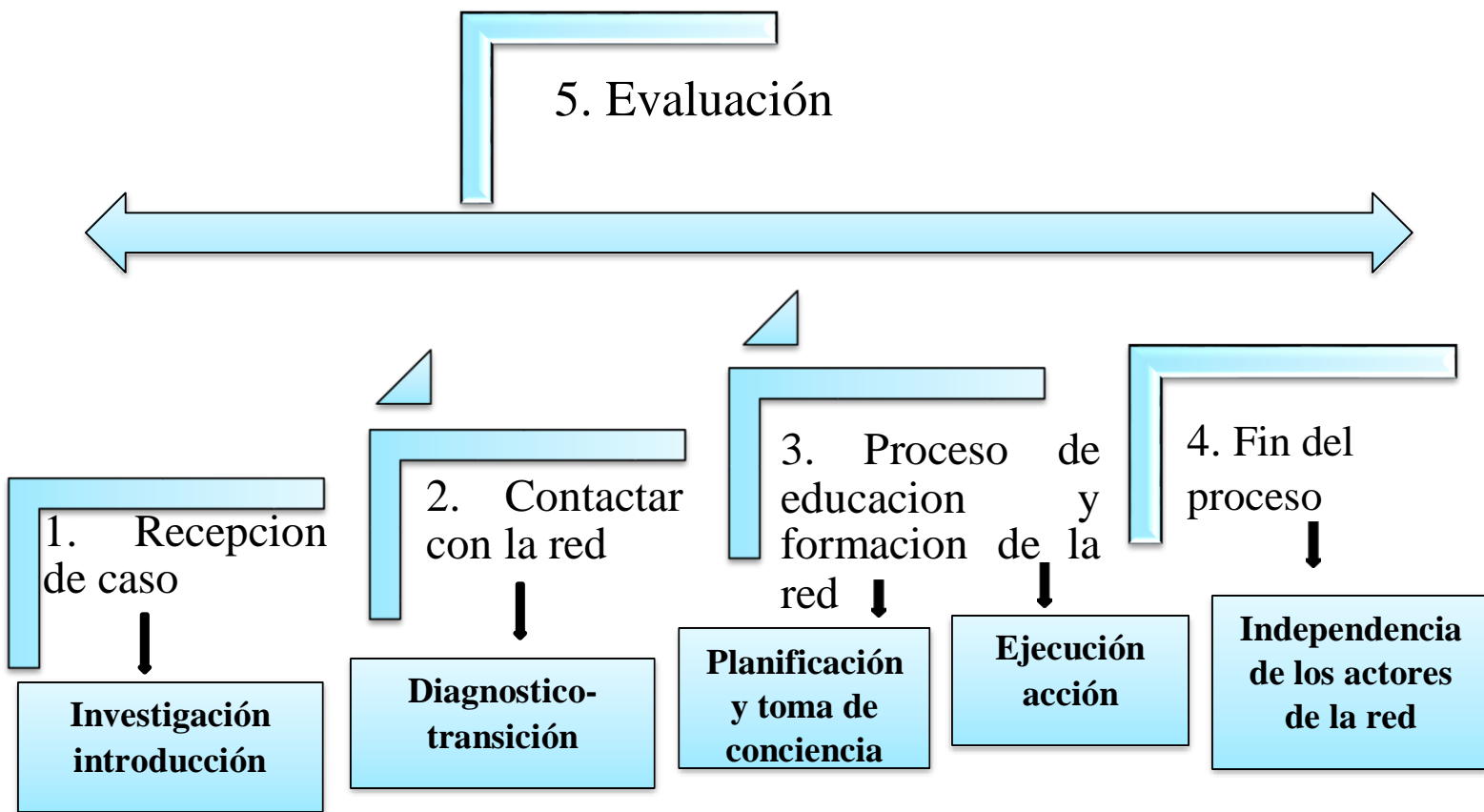
1.5 Evaluación

La evaluación alude a un proceso racional el cual se ha de ir elaborando durante todo el proceso de intervención; esto permite el descubrimiento de nuevas posibilidades para el descubrimiento de la acción.

Para el proceso de síntesis el profesional en Trabajo Social debe tener en cuenta 3 momentos cruciales:

- Evaluación preliminar: Marca el sentido del encuentro para la persona y la red; en este momento el profesional ha de concretar de manera explícita la demanda individual.
- Evaluación diagnóstica: Este momento se ha de evaluar a partir del sentido del encuentro de la persona con su red y se concreta en la conversión de la demanda individual a la demanda colectiva.
- Evaluación Final: Es el momento donde se enmarca el sentido de la despedida, y se fortalece la autonomía de la persona y su red en torno a la satisfacción de sus necesidades. Es importante que en este momento el profesional en Trabajo Social emita un concepto frente al estado en el que deja la red social y el paciente.

Proceso de la ruta



Capítulo X

15. Conclusiones

Conclusión 1

Durante el desarrollo del estudio se logró identificar las características estructurales de la red social personal de la muestra retomada, dando como resultado los siguientes aspectos:

Tamaño: Se logra concluir que el 60% de las mujeres encuestadas cuentan con una red social personal pequeña, entendiendo que el número máximo de integrantes que componen la red es de 10 personas.

Densidad: A nivel de la densidad, se observa que el 68% de la población indicó que el tiempo promedio que comparte la familia con sus amigos es de 1 a 3 días por semana y con el médico, el 64% afirma que sus familiares solo tienen contacto con este en cada control. Concluyendo que a nivel de la familia y amigos existe una buena densidad en la relación ya que es constante el contacto entre estos, en comparación con la relación existente entre el médico y la familia, ya que el tiempo compartido se limita a la intervención del profesional con el paciente en cada control.

Composición: En esta característica estructural de la red social, se logra apreciar que en la relación íntima prima la familia con un 88%, en las relaciones personales priman los amigos con 56% y en las relaciones ocasionales prima la comunidad en un 32%.

Dispersión: En la dispersión se logró identificar que el 48% de la población encuestada afirma que el tiempo promedio de desplazamiento al centro de salud que lo atiende es menor a una hora, en donde los medios de transporte que más utilizan son: el Transmilenio con un 28% y el bus con un 12%.

Homogeneidad/heterogeneidad: Frente al sexo que compone la red social, se logró observar en los cuadrantes de amistad (48%) y familia (72%) que tanto hombres como mujeres han sido participes en el proceso de adherencia al tratamiento de las mujeres encuestada. Lo que permite concluir que la red es heterogénea.

Conclusión 2:

Se logró evidenciar que aunque la mayoría de las mujeres cuentan con una red pequeña esta es eficaz, en tanto que es una red organizada que permite la designación de funciones que contribuyan al proceso de adherencia al tratamiento. Esta apreciación se ve reflejada a partir de los resultados obtenidos en las funciones de la red social personal, establecidas por Carlos Sluzki (1996), en donde se logra apreciar, que los cuadrantes de las relaciones familiares, de amistad y comunitaria, presta una ayuda emocional, de consejo, material y de servicio, razón que lleva a concluir que gracias a dichas funciones que cumple la red la persona puede llevar a cabo el tratamiento, esto a partir de la satisfacción de necesidades económicas, de servicios, emocionales y de compañía.

Conclusión 3:

Desde los atributos del vínculo se concluye:

Familia: Retomando los datos obtenidos en el estudio se concluye que las funciones que cumple la familia en el proceso de adherencia al tratamiento, son las de compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y ayuda material y de servicios, en donde prevalece la función de guía cognitiva, esto se puede presentar por que la mayoría de las mujeres encuestadas aseguran que la intensidad del vínculo con su familia, se da desde un nivel íntimo, puesto que es el primer escenario en el que se encuentra la persona una vez ha sido diagnosticada por ende la opinión y los consejos de esta son tomados en cuenta por la mayoría de las mujeres encuestadas.

Amigos: En comparación a la familia los amigos cumplen las funciones de compañía social, apoyo emocional y ayuda material y de servicios, en donde la función que prevalece es el de apoyo emocional, esto dado que para la mayoría de mujeres encuestadas los amigos representan una intensidad de vinculo en el ámbito personal, representado en la compañía de actividades de ocio y acompañamiento a citas médicas.

Relaciones comunitarias: Frente a los datos recolectados se logra apreciar que la comunidad cumple cada uno de las funciones prevalecientes estipuladas por Carlos Sluzki, es decir compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda materia y de servicios y acceso a nuevos contactos. En donde prevalecen las funciones de apoyo emocional y ayuda material y de servicios, estas están en función del apoyo brindado por profesionales a nivel de sistema de salud y el apoyo brindado por entidades religiosas, por tal motivo se caracteriza por tener una intensidad del vínculo ocasional.

Relaciones laborales: Aunque solo el 24% de las mujeres encuestadas asegura estar laborando, estas ubican a las relaciones laborales dentro de una intensidad del vínculo ocasional, identificando las funciones que las relaciones laborales cumplen en la adherencia al tratamiento en donde se encuentran compañía social, apoyo emocional, ayuda materia y de servicios y acceso a nuevos contactos, sin embargo la principal función que esta cumple es la de acceso a nuevos contactos ya que brindan un espacio de integración amplio y acceso a nuevas fuentes de entretenimiento y económicas.

16. Recomendaciones

Institución AMESE

- Desde la Asociación AMESE es necesario empezar a gestar procesos desde el Area del Trabajo Social que entre a apoyar los procesos desarrollados desde la línea programática de “Acompañamiento a pacientes” en aspectos como el reconocimiento de las funciones que puede desempeñar la red en el proceso de adherencia, la conexión con redes institucionales cuando la persona carezca de red social, así mismo como profundizar en acciones que promuevan la salud y prevengan la enfermedad de acuerdo a lo planteado en el plan nacional para el control del cáncer y la ley 53 de 1977 que reglamenta la intervención del trabajo social en el área de la salud.

Institución UCMC

- Teniendo en cuenta que la universidad cuenta con diferentes propuestas curriculares que pueden facilitar el dialogo interdisciplinario enfocado a un tema en específico, en este caso el cáncer, se ve pertinente que la academia profundice en estrategias que permitan la formulación de un trabajo interdisciplinario entre las diferentes áreas como: Bacteriología, Derecho y Trabajo Social, para que se aúnen esfuerzos que permitan dimensionar la enfermedad no solo desde el escenario clínico y de derechos sino también desde las implicaciones que el cáncer tiene a nivel social, ya que al ser un problema de salud pública esta enfermedad no solo afecta al paciente, sino también a todos los miembros que conforman la red social de la persona enferma.

17. Referencias bibliográficas

Libros

Di Carlo, E. y Equipo. (1998). *La perspectiva de la Redes Naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social*, Buenos Aires: lumen.

Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de investigación cuantitativa, 6° Edición*. México: Interamericana, S.A.

Sluzki, C. (1996). *La red social fronteras de la práctica sistémica*, Argentina: gedisa.

Bertalanffy, L. V. (1989). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Chadi, M (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Argentina: Espacio Literal

Quintero Velásquez, A.M. (2003) *Trabajo Social y procesos familiares*. Buenos Aires, Argentina: Lumen

Barrón, Ana. (1996) *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Libros online

Rodríguez Arce, A.M, (2008) *Relación médico paciente*. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf

Vidal, J. F. (1996), cuadernos de pensamiento. Obtenido de Redes y el Trabajo Social. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Taula/article/viewFile/70969/89931>

Autor corporativo

Ministerio de Salud y Protección Social *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

Consejo Nacional de Trabajo Social (2014), *ley 53 de 1977*, Bogotá. Recuperado de <https://www.um.es/documents/378246/2964900/Normas+APA+Sexta+Edici%C3%B3n.pdf/27f8511d-95b6-4096-8d3e-f8492f61c6dc>

Organización Panamericana de Salud (2006), *análisis del sector salud una herramienta para viabilizar la formulación de políticas* Washington. Recuperado de <https://www.observatoriorh.org/>.

Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Cancerología (2012). El cáncer de mama: Un problema creciente en Colombia. Bogotá. Recuperado de http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/95685f345e64aa9f0fece8a589b5acc3_BOLETIN%20HECHOS%20Y%20ACCIONES%20MAMA.PDF

Sociedad Americana del Cáncer (s.f) la Actividad física y el paciente de cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/saludable/comer-sanamente-y-ser-activos/guias-sobre-nutricion-y-actividad-fisica-para-la-prevencion-del-cancer.html>

Instituto Nacional de Mujeres (s.f.). Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf

Revista Online

Peña, R. F, (2005, diciembre, 3). Redes sociales, apoyo social y salud. Revista de investigación antropológica. Recuperado de http://revista-redes.rediris.es/Periferia/english/number3/periferia_3_3.pdf

Caicedo, (2012,). Estudio de cáncer de seno. Revista Scielo. Recuperado de : <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n27/v15n27a08.pdf>.

Cañameras, (2005, diciembre, 3). Redes sociales y Apoyo Social. Una aproximación a los grupos de autoayuda. Revista de investigación antropológica. Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/pub/periferia/18858996n3/18858996n3a3.pdf>

Hermel, J. S. (2015) Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. PUCP. Revista Psicológica. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/13051/13664>

Del Río, M.I (s.f.). Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. Recuperado de <http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia de los Cuidados Paliativos.pdf>

Morales, L. E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

Najmanovich, E. D. (1995). El lenguaje de los vínculos constituye un factor de riesgo para la salud. Buenos Aires. Revista Net Abrass. Recuperado de

<https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/El%20lenguaje%20de%20los%20vinculos%20en%20la%20sociedad%20civil.pdf>

DE LA RÚA, F (2008) análisis de redes sociales y trabajo Département de Sociologic et Ethnologic Université Toulouse H le Musil Francia. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/2172/b15500470.pdf?sequence=1>

Trabajo de grado

Lorenzo Rodríguez, L. (2015). El apoyo social a las mujeres con cáncer de mama de la provincia de Santa Cruz de Tenerife. (tesis de pregrado). Universidad de la laguna, del sur de Brasil.

Hincapié, M. R. (2017). Apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno. Santiago de Cali. (tesis postgrado). Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Sanabria, L. A, (2014). De la estabilidad laboral reforzada. Un estudio jurisprudencial y sobre los abusos a esta protección constitucional; Bogotá D.C. (Tesis pregrado) Universidad Católica de Colombia.

Artículo científico

Peralta, M. L. (2008). Adherencia Terapeutica. Revista Medigraphic, vol.(17), 84-86.

18. Anexo

Ilustración 6 preguntas funciones de la red y adherencia

Cuadrante	Funcion de la red	Adherencia al tratamiento	N°	Preguntas
Familia	Apoyo emocional	Paciente y su entorno :	1	¿ Cuantos dias a la semana comparte con su familia?
	Guia cognitiva	entorno emocional y afectivo	2	¿Qué tipo de apoyo considera usted que le brindan sus familiares?
	Avuda material y de s	creencias y mitos	3	¿Posterior al diagnostico considera que la relacion con su familia se ha? ¿En caso de que se haya fortalecido en que aspecto? ¿en caso de que considere que se han distanciado, indique en que aspecto?
	Acceso a nuevos con	rol social	4	¿Quien la (o) acompaña a las citas medicas?
	compañia social	T ratamiento	5	¿En caso de que haya iniciado el tratamiento con quimioterapias, señale ¿quién de su familia la acompaña normalmente?
			6	Posterior a la quimioterapia ¿Quién de su familia considera usted que está pendiente de su recuperación?
			7	¿Quién de sus familiares se opuso al tratamiento?
			8	¿Quien encabeza los gastos del hogar?
			9	¿En algún momento de su enfermedad, su familia se mostró en desacuerdo con el tratamiento?
			10	En caso de que su respuesta sea afirmativa conteste: ¿Quién de sus familiares se opuso al tratamiento? ¿Usted continuo con el tratamiento?
			11	¿ se ha encontrado con alguna dificultad o problema? Marque con una (X) según sea el caso.
			12	En caso de tener hijos menores de 14 años ¿quién los cuida cuando necesita ir al médico?
Amigos	Apoyo emocional	Paciente y su entorno :	13	¿Cuántos de sus amigos la acompañan en el tratamiento?
	Guia cognitiva	entorno emocional y afectivo	14	¿Dónde viven los amigos que lo acompañan en su proceso de tratamiento, actualmente?
	Avuda material y de s	creencias y mitos	15	¿Cuantos dias a la semana comparte con sus amistades?
	Acceso a nuevos con	rol social	16	¿Sus amigos lo han acompañado a alguna cita médica?
	compañia social		17	¿Qué tipo de apoyo considera usted, que le brindan sus amistades?
Laboral	Regulacion social	Paciente y su entorno :	18	se han presentado problemas a nivel del trabajo, por favor identifique las que considere que aplican para usted.
	Avuda material y de s	rol social	19	En caso de que sus relaciones laborales se encuentren estables, indique de qué forma su empresa la ha apoyado.
EPS	Apoyo emocional	Relacion medico paciente,	20	¿ Su medico le ha explicado los efectos del tratamiento en su cuerpo?
	Guia cognitiva	tratamiento y enfermedad	21	usted le consulta aspectos de su vida personal a su medico
	Avuda material y de s		22	desde el inicio del tratamiento la ha atendido el mismo medico
	Acceso a nuevos con		23	Actualmente la EPS le brinda toda la medicacion que requiere para su tratamiento
			24	Comprende los efectos de la enfermedad en su cuerpo
	compañia social		25	cada cuanto se comunica con su medico
Institucion	Apoyo emocional	Paciente y su entorno :	27	De quien recibe consejos, que considera importantes en la iglesia para tomar decisiones sobre su enfermedad
	Guia cognitiva	Creencias de cada paciente	28	A pasado por situaciones economicas criticas en donde la institucion le ha prestado ayuda ¿Qué tipo de ayuda?
	Avuda material y de s	entorno emocional y afectivo	29	En el momento de tomar decisiones sobre su enfermedad, las toma en base a los consejos de la iglesia
	Acceso a nuevos con		30	La iglesia le ha brindado otros espacios de ocio que le han permitido sobre llevar la enfermedad
	compañia social	creencias sociales y mitos	31	La iglesia ha sido importante para el cumplimiento de su tratamiento.
			32	En algun momento de su enfermedad, la iglesia se mostro en desacuerdo con el tratamiento, Usted continuo con el tratamiento
			33	Considera a la A sociacion como un apoyo emocional importante ¿Por qué?
Amese	Apoyo emocional	Enfermedad paciente	34	La asociacion le ha brindado informacion importante para afrontar su enfermedad
	Guia cognitiva		35	Le ha brindado otros espacios que le han permitido conocer mas sobre su enfermedad ¿Cuáles?
	Avuda material y de s			
	Acceso a nuevos con			
	compañia social			

13.2 Presupuesto

Presupuesto general del Trabajo de grado “Aportes del Trabajo Social: Red social en la adherencia al tratamiento de personas diagnosticadas con cáncer de mama en etapa 1, 2, 3,4”.

Tabla 5 Presupuesto de la investigación

Recursos humanos mensuales					
Profesional	Valor día	Valor hora	Total de horas	Total profesional por	Costo total
Docente Asesor (1)	175.000	21.875	160	\$3.500.000	\$3.500.000
Trabajadores Sociales en formación (8)	16.600	2.075	160	332.000C/U	\$664.000
Total				\$4.164.000	
Recursos materiales mensuales tangibles					
Recursos	Cantidad	Valor unitario		Costo total	
Papelería	105	\$100		\$10.500	
Cuadernos	2	\$800		\$1600	
Esferos	12	\$1000		\$12.000	
Impresiones	105	\$300		31.500	
Computador	2	\$1.000.000		\$2.000.000	
Total				\$ 2.055.600	
Recursos materiales mensuales intangibles					
Recursos	Valor día	Valor mensual		Costo total	
Internet	3700	74000 c/u		150.000	
Total				150.000	
Costo de viáticos y transportes mensual					
Tipo de recurso	Cantidad	Costo unidad		Costo total	
Transporte	312	\$4600		1.435.200\$	
Almuerzo	312	\$7000		\$2.184.000	
Total				\$3.619.200	
Recursos totales					
Talento humano				\$ 4.164.000	
Recursos materiales tangibles				\$ 2.055.600	
Recursos intangibles				\$ 150.000	
Costos de viáticos y transportes				\$ 3.619.200	
Total				\$ 9.988.800	
Imprevistos 2%				199.776	
Total				\$ 10.188.576	

(Fuente: Elaboración propia)
13.3 Cronograma

Tabla 6 Cronograma

Proceso Metodológico											
Etapa	Mes										
	Juli	Agost	Septi	Octub	Novie	Ene	Febr	Marz	Abr		May
Origen del proyecto de investigación											
Planteamiento del problema.											
Construcción del marco teórico											
Alcance de la investigación											
Formulación de hipótesis y variables											
Elección del diseño de investigación											
Concepción y elección del diseño de investigación											
Recolección de datos cuantitativos											
Análisis de datos cuantitativos											
Reporte de resultados del proceso cuantitativo											

(Fuente: Elaboración propia)

Anexos 1 Instrumento de recolección de la información



**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
ENCUESTA DE REDES DE APOYO.**



La siguiente encuesta tiene como fin conocer la red social que favorece o no la adherencia al tratamiento de personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y aportar a los procesos investigativos de la Asociación AMESE. Esta encuesta es realizada por profesionales en formación de Trabajo Social de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, a fin de optar por el título de Trabajadoras Sociales.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____ Teléfono: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Lugar de residencia (Localidad): _____

Sexo: F ____ M ____ Situación Laboral _____ ocupación _____

Nivel de estudio: Profesional ____ Tecnólogo ____ Técnico ____ Bachillerato ____ otro _____

Seguro Médico: SISBEN ____ EPS ____, tipo de afiliación: Cotizante ____ Beneficiario ____

Tipo de cáncer de mama:

Etapa del cáncer: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Tiempo que lleva con el tratamiento: _____

1 ¿Cuánto se demora en llegar al centro de salud que lo atiende?

- A. Menos de una hora
- B. Entre una hora y hora y media
- C. Entre dos horas.

2 Realiza actividades que le ayudan a mejorar su estado de salud

- A. si
- B. No

Cual _____

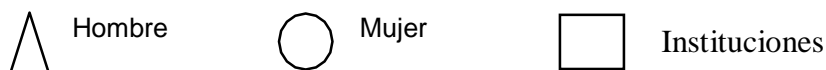
3 ¿Con quién realiza esta actividad?

- A. Familia
- B. Amigos
- C. Personas de mi entorno laboral
- D. Solo yo.
- E. Otro.

4. En el siguiente esquema, encontrará tres circunferencias y un punto central, imagine que el punto central es usted y las circunferencias que se encuentran alrededor del punto aluden a la relación que usted mantiene con su red, en donde la circunferencia más cercana al punto indica una relación íntima, la circunferencia del medio indica una relación personal y finalmente la más lejana significa relaciones ocasionales pero importantes

A partir de lo anterior complete el siguiente esquema teniendo en cuenta los siguientes pasos:

Ubique a las personas e instituciones que considera importantes en el tratamiento de su enfermedad a partir de las siguientes convenciones (colocar parentesco y nombre):

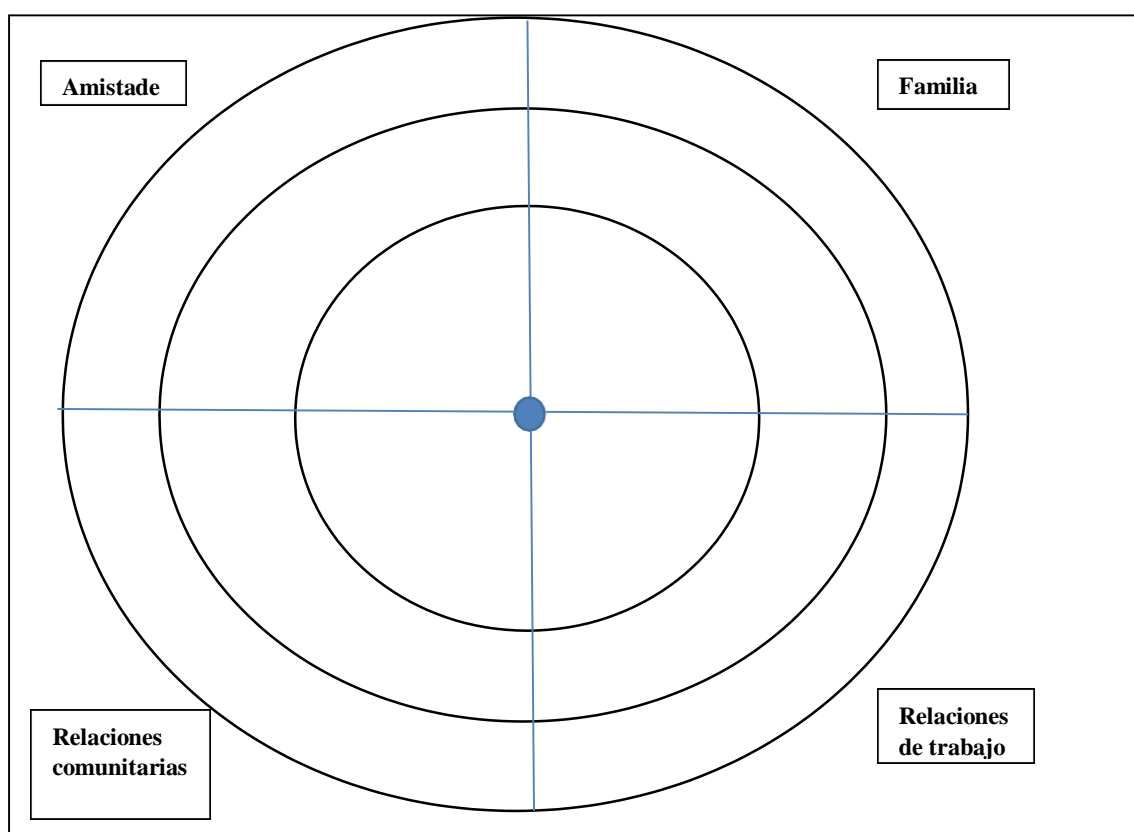


Posterior a ubicar a las personas en el esquema indique:

*Con un punto (.) al interior de la convención (hombre, mujer e institución) a aquellos que considere que han estado al pendiente de usted en el tratamiento de la enfermedad.

Coloque un asterisco () al interior de la convención (hombre o mujer) identificando las personas a las que le pide ayuda en aspectos relacionados con su enfermedad.

*Encierre en un círculo a quien considera un apoyo emocional, en los momentos en el que se siente triste.



Fuente: Mapa de red, Carlos

Familia

5. **Cuadro de composición Familiar:** Complete el siguiente cuadro a partir de las personas que conviven con usted, en su hogar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

Fuente: Elaboración propia.

6. ¿Cada cuánto su familia se ve con su médico?

- A. Una vez por semana
- B. una vez al mes
- C. En cada control
- D. Nunca se han visto

7. ¿Cada cuánto su familia tiene contacto con sus amigos?

- A. 0 – 1 días
- B. 2- 3 días
- C. 4 – 5 días
- D. 6 -7 días

8. ¿Cuántos días a la semana comparte con su familia?

- E. 0 – 1 días
- F. 2- 3 días
- G. 4 – 5 días
- H. 6 -7 días

9. ¿Qué tipo de apoyo considera usted que le brindan sus familiares?

- A. Apoyo económico (gastos del hogar, compra de medicamentos)
- B. Apoyo emocional (comprensión, simpatía, motivación)
- C. Todas las anteriores
- D. Ninguna de las anteriores

10. Posterior al diagnóstico, considera que la relación con su familia se ha:

- A. Fortalecido
- B. Distanciado
- C. No ha cambiado

11. ¿En caso de que considere que se ha fortalecido la relación entre sus familiares, señale en que aspecto?

- A. Comunicación
- B. Tiempo compartido
- C. Distribución de funciones
- D. Todas las anteriores
- E. Otra. ¿Cual? _____

12. En caso de haberse distanciado con sus familiares, indique en que aspecto

- A. Ya no hablamos
- B. Peleas por aspectos económicos
- C. Mi familia no entiende por lo que estoy pasando.
- D. Todas las anteriores
- E. Otra. ¿cual? _____

13. ¿Qué familiar la acompaña normalmente durante las citas o el tratamiento?

- A. Esposo (a)
- B. Hijos (a)
- C. Hermanos (a)
- D. Mamá
- E. Papá
- F. Otro. ¿Cuál? _____

14. Posterior a la quimioterapia ¿Quién de su familia considera usted que está pendiente de su recuperación?

- A. Esposo (a)
- B. Hijos (a)
- C. Hermanos (a)
- D. Mamá
- E. Papá
- F. Otro. ¿Cuál? _____

15. ¿En cabeza de quien se encuentran los gastos del hogar?

- A. Usted
- B. Esposo (a)
- C. Hijos
- D. Todos en la casa
- E. Otro. ¿Cuál? _____

16. ¿Cómo contribuye usted en el hogar?

- A. Cuidado del hogar
- B. Cuidado de los hijos
- C. Aporte económico

17. ¿En algún momento de su enfermedad, su familia se mostró en desacuerdo con el tratamiento?

- A. Sí
- B. No

En caso de que su respuesta sea afirmativa conteste las preguntas 19 y 20

18. ¿Quién de sus familiares se opuso al tratamiento?

- A. Esposo (a)
- B. Hijos
- C. Hermanos
- D. Todos los anteriores
- E. Otro. ¿Cuál? _____

19. ¿Usted continuo con el tratamiento?

- A. Si
- B. No

20. Dentro de la relación con su pareja, ¿se ha encontrado con alguna dificultad o problema? Marque con una (X) según sea el caso.

- No ha tenido ninguna dificultad
- Ha tenido dificultades en sus relaciones sexuales
- No se ha sentido apoyada por su pareja
- Ya casi no hablan

21. En caso de tener hijos menores de 14 años ¿quién los cuida cuando necesita ir al médico?

- A. Pareja
- B. Padres
- C. Hermanos
- D. Amigos
- E. Vecinos
- F. Otro. ¿cuál? _____

Amigos

22. ¿Cuántos de sus amigos la acompañan en el tratamiento?

- A. 0 a 3
- B. 3 a 6
- C. 6 a 9

23. ¿Dónde viven los amigos que lo acompañan en su proceso de tratamiento, actualmente?

- A. En su mismo barrio.
- B. En otro barrio.
- C. En otra ciudad.

24. ¿Cuántos días a la semana comparte con sus amistades?

- A. 0 -1
- B. 2- 3
- C. 4 - 5
- D. 6 -7

25. ¿Sus amigos lo han acompañado a alguna cita médica?

- A. Si
- B. No

26. ¿Qué tipo de apoyo considera usted, que le brindan sus amistades?

- A. Apoyo económico (gastos del hogar, compra de medicamentos)
- B. Apoyo emocional (comprensión, simpatía, motivación)
- C. Todas las anteriores
- D. Ninguna de las anteriores

Relaciones Laborales

27. A partir del descubrimiento de su enfermedad se han presentado problemas a nivel del trabajo, por favor identifique las que considere que aplican para usted:

- A. He perdido mi trabajo
- B. No puedo trabajar en jornada completa
- C. No puedo trabajar del mismo modo que antes
- D. Mi jefe no me da permiso de descansar después de las quimioterapias.
- E. Mi salario ha disminuido
- F. Se han debilitado mis relaciones interpersonales.
- G. Otra. ¿Cuál? _____

28. En caso de que sus relaciones laborales se encuentren estables, indique de qué forma su empresa la ha apoyado.

- A. He mantenido mi empleo
- B. Mis relaciones interpersonales se han fortalecido.
- C. Encuentro más apoyo de mis compañeros de trabajo.
- D. Mi jefe se preocupa por mi estado de salud
- E. Se me facilita ir a las citas medicas
- F. Otras. ¿Cuáles? _____

Instituciones

- EPS

29. ¿Qué medio de transporte usa para llegar al centro de salud que regularmente la atiende?

- A. Camina.
- B. Toma el Bus
- C. Toma el Transmilenio
- D. Carro particular
- E. Toma el Taxi
- F. Otro ¿cuál?

30. Responda con una X sí o no de acuerdo a lo indicado en la pregunta

Pregunta	Sí	No
¿Su médico le ha explicado los efectos del tratamiento en su cuerpo?		
¿Usted dialoga con su médico aspectos de su vida personal?		
¿Desde el inicio del tratamiento la ha atendido el mismo medico?		
¿Actualmente la EPS le brinda toda la medicación que requiere para su tratamiento?		
¿Comprende los efectos de la enfermedad en su cuerpo?		
¿Su EPS la ha remitido a otros espacios que le brinden ayuda para el afrontamiento de su enfermedad?		
¿Ha tenido contacto con algún trabajador social?		
¿A nivel de la EPS se ha encontrado con alguna dificultad o problema?		

31. En caso de haber tenido contacto con algún Trabajador Social califique la atención brindada por el profesional, en donde excelente quiere decir que estuvo satisfecho con la atención

brindada y deficiente no resolvió inquietudes que usted tenía.

- A. Excelente
- B. Buena
- C. Regular
- D. Mala
- E. Deficiente

32. En caso de haber tenido contacto con el trabajador social, indique en que logro brindarle apoyo

- A. Lo conecto con su red de apoyo
- B. Le informo sobre sus derechos como paciente
- C. La remitió a algún grupo de apoyo
- D. Realizo visitas domiciliarias
- E. Otra ¿cuál?

33. En caso de que su respuesta haya sido afirmativa, a la pregunta *¿A nivel de la EPS se ha encontrado con alguna dificultad o problema?* indique de que tipo:

- A. Programación rápida de la cita medica
- B. Realización de pruebas de laboratorio
- C. Entrega de medicamentos
- D. Atención al usuario
- Otra ¿Cuál?

- Iglesia

34 ¿De quién recibe consejos, que considera importantes en la iglesia para tomar decisiones sobre su enfermedad?

- A. Pastor
- B. Sacerdote
- C. Grupos de oración
- D. Líderes de la iglesia
- E. Ninguno de los anteriores
- F. Otro. ¿Cuál? _____

35 ¿Ha pasado por situaciones críticas en donde la institución le ha brindado algún tipo de apoyo?

- A. Si
- B. No

36. En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿Qué tipo de apoyo?

- A. Apoyo emocional
- B. Apoyo material
- C. Apoyo económico

D. Todas las anteriores

37. ¿En el momento de tomar decisiones sobre su enfermedad, las toma con base en los consejos de la iglesia?

- A. Si
- B. No

38. ¿La iglesia le ha brindado otros espacios que le han permitido sobre llevar la enfermedad?

- A. Si
- B. No

39. ¿La iglesia ha sido importante para el cumplimiento de su tratamiento?

- A. Si
- B. No

40. ¿En algún momento de su enfermedad, la iglesia se mostró en desacuerdo con el tratamiento?

- A. Si
- B. No

41. En caso de que Sí, ¿Usted continuo con el tratamiento?

- A. Si
- B. No

- AMESE

42. Responda el siguiente cuadro, marcando con una X la casilla sí o no de acuerdo a su situación

Pregunta	Sí	No
¿Considera a la Asociación como un apoyo emocional importante?		
¿La asociación le ha brindado información importante para afrontar su enfermedad?		
¿Le ha brindado otros espacios que le han permitido conocer más sobre su enfermedad?		
¿Hace parte de algún voluntariado?		
¿Ha recibido atención por parte del área de psicología de la Asociación AMESE?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo de AMESE?		

Tabla 7 Codificación caracterización sociodemográfica

Variable	Nº de pregunta	Categoría	Codificación	Frecuencia	Porcentaje			
Estado Civil	EDAD	30 a 38	1	1	4%			
		39 a 46	2	8	32%			
		47 a 54	3	7	28%			
		55 a 62	4	3	12%			
		63 a 70	5	6	24%			
	TOTAL			25	100%			
	Soltera	Casada	Unión Libre	Divorciada	Viuda	1	12	48%
						2	8	32%
						3	3	12%
						4	1	4%
						5	1	4%
	TOTAL			25	100%			
	Lugar de nacimiento		Arauca	3	1	4%		
			Bogotá	5	10	40%		
			Bolívar	6	1	4%		
			Boyacá	7	1	4%		
			Caquetá	9	1	4%		
			Casanare	10	1	4%		
			Córdoba	13	1	4%		
			Cundinamarca	14	1	4%		
			Magdalena	19	1	4%		
			Meta	20	1	4%		
			Quindío	24	1	4%		
			Santander	27	2	8%		
			Tolima	29	3	12%		
	TOTAL			25	100%			
	Localidad		Kennedy	8	2	8%		
			La Candelaria	9	1	4%		
			Los Mártires	10	3	12%		
			Puente Aranda	11	4	16%		
Rafael Uribe Uribe			12	1	4%			
San Cristóbal			13	1	4%			
Tunjuelito			18	1	4%			
Usaquén			19	1	4%			

		No sabe	0	6	24%
		Fuera de Bogotá	21	5	20%
	TOTAL			25	100%
	Sexo	Femenino	1	25	100%
		Masculino	2	0	
	TOTAL			25	100%
	Situación Laboral	Desempleado	1	14	56%
		Empleado	3	9	36%
		Independiente	4	2	8%
	TOTAL			25	100%
	Grado de escolaridad	Primaria	1	4	16%
		Secundaria	2	4	16%
		Técnico	4	4	16%
		Tecnólogo	5	2	8%
		Profesional	6	11	44%
	TOTAL			25	100%
	Seguro medico	Sisben	1	6	24%
		EPS	2	18	72%
		Prepagada	3	1	4%
	TOTAL			25	100%
	Tipo de afiliación	Cotizante	1	12	48%
		Beneficiario	2	7	28%
		No sabe	0	6	24%
	TOTAL			25	100%
	Tipo de cáncer	Carcinoma ductal in situ	2	3	12%
		Carcinoma ductal infiltrante	3	6	24%
		Carcinoma lobulillar infiltrante	5	1	4%
		Carcinoma Inflamatorio	6	1	4%
		Cáncer de pezón	7	1	4%
		Cáncer de seno HER2 positivo	8	1	4%
		No sabe	9	12	48%
	TOTAL			25	100%
	Estadio	Uno	1	4	16%
		Dos	2	11	44%
		Tres	3	8	32%
		Cuatro	4	2	8%
	TOTAL			25	100%
		menos de un año	1	15	60%

	Tiempo del tratamiento	un año	2	4	16%
		un años a tres años	3	2	8%
		tres años a 6 años	4	1	4%
		más de 6 años	5	1	4%
		No respondió	0	2	8%
	TOTAL			25	100%

Tabla 8 Funciones de la red en la adherencia (Familia)

Funciones de la red en la adherencia (Familia)						
sub-variable	N°	pregunta	Categoría	Codificación	Frecuencia	Porcentaje
Familia	5	cuadro de composición familiar	Nuclear	1	7	28%
			Extensa	2	8	32%
			Ampliada	3	1	4%
			Monoparental	6	3	12%
			Diadas conyugales	8	2	8%
			Unipersonal	9	2	8%
			De Origen	10	2	8%
			Homosexual		0	0%
			Reconstruida		0	0%
	TOTAL	Total				25
	6	cada cuanto su familia se ve con su medico	Una vez por semana	1	1	4%
			Una vez por mes	2	2	8%
			En cada control	3	16	64%
			Nunca se han visto	4	6	24%
TOTAL					25	100%
	7	cada cuanto su familia tiene contacto con sus amigos	No comparte			
			1 a 3	2	17	68%
			3 a 5	3	4	16%
			5 a 7	4	3	12%
			no tiene amigos	0	1	4%
TOTAL					25	100%
	8					

	cuantos días a la semana comparte con su familia	1 a 3	2	10	40%
		3 a 5	3	2	8%
		5 a 7	4	13	52%
	TOTAL			25	100%
9	qué tipo de apoyo considera usted que le brindan sus familiares	Apoyo económico	1	1	4%
		Apoyo emocional	2	5	20%
		Todas las anteriores	3	16	64%
		Ninguna de las anteriores	4	3	12%
	TOTAL			25	100%
10	posterior al diagnóstico, considera que la relación con su familia se ha:	Fortalecido	1	19	76%
		Distanciado	2	2	8%
		No ha cambiado	3	4	16%
	TOTAL			25	100%
11	en caso de que considere que se ha fortalecido la relación entre sus familiares, señale en que aspecto	Comunicación	1	3	16%
		Tiempo compartido	2	3	16%
		Distribución de funciones	3	0	0%
		Todas las anteriores	4	12	63%
		Otra ¿Cuál?	5	0	0%
		Dos o mas	6	1	5%
	TOTAL			19	100%
12	En caso de haberse distanciado con sus familiares, indique en que aspecto	Ya no hablamos	1	0	0%
		Peleas por aspectos económicos	2	0	0%
		Mi familia no entiende por lo que estoy pasando	3	0	0%
		Todas las anteriores	4	1	100%
		Otra ¿Cuál?	5	0	0%
		Dos o mas	6	1	100%

TOTAL				2	100%
13	que familiar la acompaña normalmente en las citas medicas	Esposo	1	2	8%
		Hijos	2	7	28%
		Hermanos	3	4	16%
		Mama	4	1	4%
		Papa	5	0	0%
		Otra.	6	2	8%
		Dos o mas	7	5	20%
		Va sola	0	4	16%
TOTAL				25	100%
15	Posterior a la quimioterapia ' quien de su familia considera usted que está al pendiente de su recuperación?	Esposo	1	2	8%
		Hijos	2	7	28%
		Hermanos	3	3	12%
		Mama	4	1	4%
		Papa	5	0	0%
		Todas las anteriores	7	1	4%
		Dos o mas	8	7	28%
		Ninguna de las anteriores	9	1	4%
Otra ¿Cuál?	6	3	12%		
TOTAL				25	100%
16	¿En cabeza de quien se encuentran los gastos del hogar?	Esposo (a)	1	6	24%
		Hijos	2	10	40%
		Usted	3	2	8%
		Todos en la casa	4	6	24%
		Otra ¿Cuál?	5	0	0%
		Dos o mas	6	1	4%
TOTAL				25	100%
17	¿Cómo contribuye usted en el hogar?	Cuidado del hogar	1	11	44%
		Cuidado de los hijos	2	0	0%
		Aporte económico	3	7	28%
		Todas las anteriores	4	2	8%
		Dos o mas	5	5	20%
TOTAL				25	100%
18		Si	1	2	8%

	En algún momento de la enfermedad su familia se mostró en desacuerdo con el tratamiento	No	2	23	92%
TOTAL				25	100%
19	Quien de sus familiares se opuso	Esposos (a)	1	1	50%
		Hijos	2	1	50%
		Hermanos	3	0	0%
		Todos los anteriores	4	0	0%
		Otra ¿Cuál?	5	0	0%
TOTAL				2	100%
20	Usted continuo con el tratamiento	Si	1	2	100%
		No	2	0	0%
TOTAL				2	100%
21	Dentro de la relación con su pareja ¿ se ha encontrado con alguna dificultad o problema? Marque con una x según sea el caso	No ha tenido ninguna dificultad	1	7	28%
		He tenido dificultades en las relaciones sexuales	2	2	8%
		No se ha sentido apoyada por su pareja	3	2	8%
		Ya casi no hablan	4	1	4%
		No tiene pareja	0	12	48%
		Dos o mas	5	1	4%
TOTAL				25	100%
22	En caso de tener hijos menores de 14 años de edad ¿quién los cuida?	Pareja	1	0	0%
		Padres	2	0	0%
		Hermanos	3	0	0%
		Amigos	4	0	0%
		Vecinos	5	0	0%
		Otra ¿Cuál?	6	0	0%
		Dos o mas	7	3	12%
		no tiene hijos	0	22	88%

	TOTAL				25	100%
--	-------	--	--	--	----	------

Tabla 9 Funciones de la red en la adherencia (Amigos)

Funciones de la red en la adherencia (Amigos)						
sub-variable	N°	pregunta	Categoría	Codificación	Frecuencia	Porcentaje
Amistades	23	Cuántos de sus amigos lo acompañan en el tratamiento	1 a 3	1	9	36%
			3 a 6	2	4	16%
			6 a 9	3	7	28%
			No tiene amigos	0	5	20%
	TOTAL				25	100%
	24	Donde viven los amigos que lo acompañan en el tratamiento actualmente	En su barrio	1	8	32%
			En otro barrio	2	6	24%
			En otra ciudad	3	3	12%
			todas las anteriores	4	1	4%
			Dos o mas	5	2	8%
			No aplica	0	5	20%
	TOTAL				25	100%
	25	Cuántos días a la semana comparte con sus amistades	1 a 2	1	9	36%
			2 a 3	2	4	16%
			3 a 4	3	3	12%
			5 a 6	4	6	24%
			6 a 7	5	0	0%
			no aplica	0	3	12%
			TOTAL			25
	26	Sus amigos lo han acompañado a alguna cita medica	Si	1	10	40%
			No	2	15	60%
			No tengo amigos	0		0%
	TOTAL			25	100%	
27	que tipo de apoyo considera usted que le brindan sus amigos	Apoyo económico	1	0	0%	
		Apoyo emocional	2	14	56%	
		Todas las anteriores	3	8	32%	
		Ninguna de las anteriores	4	3	12%	
TOTAL			25	100%		

Tabla 10 Funciones de la red en la adherencia (Instituciones comunitarias)

Funciones de la red en la adherencia (Instituciones comunitarias)						
sub-variable	N°	pregunta	Categoría	Codificación	Frecuencia	No contestaron
Instituciones	30	Qué medio de transporte usa para llegar al centro de salud que regularmente la atiende	Camina	1	2	8%
			Toma el bus	2	3	12%
			Toma transmitiendo	3	7	28%
			Carro particular	4	2	8%
			Toma taxi	5	2	8%
			Otra ¿Cuál?	6	1	4%
			Dos o mas	7	8	32%
	TOTAL				25	100%
	1	Cuanto se demora en llegar al centro de salud que lo atiende	Menos de una hora	1	12	48%
			Entre una hora y hora Y media	2	9	36%
			Entre dos horas	3	4	16%
	TOTAL				25	100%
	2	Realiza actividades que le ayudan a mejorar su estado de salud	Si	1	16	64%
			No	2	9	36%
	TOTAL				25	100%
	2.1	Cual actividad	Actividad espiritual	1	2	8%
			Ejercicio	2	7	28%
			Bioenergética	3	2	8%
			Manualidades	4	2	8%
			Medicina alternativa	5	2	8%
			Bailar	6	1	4%
			Salir con amigos	7	1	4%
			No aplica	0	8	32%
					25	100%
	3	Con quien las realiza	Familia	1	4	13%
			Amigos	2	5	16%
			Personas de mi entorno	3	0	0%

		Solo yo	4	6	19%
		Otro	5	0	0%
		Dos o mas	6	1	3%
				16	
	TOTAL			32	100%
31	Su médico le ha explicado los efectos de la enfermedad	Si	1	23	92%
		No	2	2	8%
	TOTAL			25	100%
	Usted dialoga con su medico aspectos de su vida personal	Si	1	5	20%
		No	2	20	80%
	TOTAL			25	100%
	Desde el inicio de la enfermedad lo ha atendido el mismo medico	Si	1	17	68%
		No	2	8	32%
	TOTAL			25	100%
	Actualmente la EPS le brinda toda la medicación que requiere para su tratamiento	Si	1	21	84%
		No	2	4	16%
	TOTAL			25	100%
	Comprende los efectos de la enfermedad en su cuerpo	Si	1	22	88%
		No	2	3	12%
	TOTAL			25	100%
	Su EPS la ha remitido a otros espacios que le brinden ayuda en su enfermedad	Si	1	11	44%
		No	2	14	56%
	TOTAL			25	100%
	Ha tenido algún contacto con algún Trabajador Social	Si	1	11	44%
		No	2	14	56%
	TOTAL			25	100%

		A nivel de la EPS se ha encontrado con alguna dificultad	Si	1	12	48%
			No	2	13	52%
	TOTAL	TOTAL			25	100%
	32	En caso de haber tenido contacto con un T.S califique la atención prestada	Excelente	1	4	36%
			Buena	2	6	55%
			Regular	3	1	9%
			Mala	4	0	0%
			Deficiente	5	0	0%
	TOTAL				11	100%
	33	qué tipo de ayuda le presto el TS	Lo conecto con su red de apoyo	1	1	9%
			Le informo sobre sus derechos como paciente	2	3	27%
			Le remitió a algún grupo de apoyo	3	3	27%
			Realizado visita domiciliaria	4	0	0%
			Otra ¿Cuál?	5	1	9%
			Ninguna ayuda	6	2	18%
			Dos o mas	7	1	9%
	TOTAL				11	100%
	34	¿A nivel de la EPS se h encontrado con alguna dificultad? Indique de que tipo	Programación rápida de las citas medicas	1	3	25%
			Realización de pruebas de laboratorio	2	0	0%
			Entrega de medicamentos	3	2	17%
			Atención del usuario	4	0	0%
			Otra ¿Cuál?	5	3	25%
			Dos o mas	6	4	33%
	TOTAL				12	100%
	35	De quien recibe consejos en la Iglesia que considera importante para tomar decisiones sobre su enfermedad	Pastor	1	0	0%
			Sacerdote	2	3	12%
			Grupos de apoyo	3	8	32%
			Líderes de la iglesia	4	1	4%
			Ninguno de los anteriores	5	8	32%
			Otra ¿Cuál?	6	2	8%
			Dos o mas	7	3	12%
	TOTAL				25	100%
	36		Si	1	13	52%

		Ha pasado por situaciones críticas en donde la institución le ha brindado algún tipo de apoyo	No	2	12	48%
	TOTAL				25	100%
37	En caso de que su respuesta sea afirmativa ¿qué tipo de apoyo?		Apoyo emocional	1	11	85%
			Apoyo material	2	0	0%
			Apoyo económico	3	0	0%
			Todas las anteriores	4	2	15%
			No recibe ningún tipo de ayuda	5	0	0%
	TOTAL				13	100%
38	En el momento de tomar decisiones sobre su enfermedad, las toma en base en los consejos de la iglesia		Si	1	3	12%
			No	2	22	88%
	TOTAL				25	100%
39	La iglesia le ha brindado otros espacios que le han permitido sobre llevar la enfermedad		Si	1	11	44%
			No	2	14	56%
	TOTAL				25	100%
40	La iglesia ha sido importante para el cumplimiento de su tratamiento		Si	1	15	60%
			No	2	10	40%
	TOTAL				25	100%
41	En algún momento de su enfermedad, la iglesia se mostró en		Si	1	0	0%
			No	2	25	100%

		desacuerdo con el tratamiento				
	TOTAL				25	100%
42	En caso de que SI ¿usted continuo con el tratamiento?	Si	1	0	0%	
		No	2	0	0%	
		No aplica	0	25	100%	
	TOTAL			25	100%	
42	1. Considera a la Asociación AMESE como un apoyo emocional importante	Si	1	22	88%	
		No	2	3	12%	
	TOTAL			25	100%	
	¿La asociación le ha brindado información importante para afrontar su enfermedad?	Si	1	19	76%	
		No	2	6	24%	
	TOTAL			25	100%	
	3. La asociación AMESE le ha brindado otros espacios que le han permitido conocer más sobre su enfermedad	Si	1	16	64%	
		No	2	9	36%	
	TOTAL			25	100%	
	4. Hace parte de algun voluntario	Si	1	2	8%	
No		2	23	92%		
TOTAL			25	100%		
5. Ha recibido atención por parte del área de psicología	Si	1	7	28%		

	de la Asociación AMESE	No	2	18	72%
	TOTAL			25	100%
	6. Pertenece a algún grupo de apoyo de AMESE	Si	1	11	44%
		No	2	14	56%
	TOTAL			25	100%

Tabla 11 Funciones de la red en la adherencia (Trabajo)

Funciones de la red en la adherencia (Trabajo)						
sub-variable	N°	pregunta	Categoría	Codificación	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones laborales	28	A partir del descubrimiento o de su enfermedad se ha presentado problemas a nivel del trabajo	He perdido mi trabajo	1	9	36%
			No puede trabajar en jornada completa	2	2	8%
			No puedo trabajar del mismo modo que antes	3	2	8%
			Mi jefe no me da permiso de trabajar después de las quimioterapias	4	1	4%
			Mi salario ha disminuido	5	0	0%
			Se ha debilitado mis relaciones interpersonales	6	0	0%
			Otra	7	0	0%
			Dos o mas	8	1	4%
			No tiene trabajo	0	10	40%
			TOTAL			
Relaciones laborales	29	En caso de que sus relaciones se encuentren estables, indique de qué forma su empresa lo ha apoyado	He mantenido mi empleo	1	2	7%
			Mis relaciones interpersonales se han fortalecido	2	1	4%
			Encuentro más apoyo de mis compañeros del trabajo	3	1	4%
			Mi jefe se preocupa por mi estado de salud	4	0	0%
			Se me facilita ir a las citas medicas	5	0	0%
			Otra ¿Cuál?	6	0	0%
			No trabaja	0	19	70%
			Dos o mas	8	4	15%
TOTAL				27	100%	

