



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**Representaciones Sociales asociadas
al Cáncer de Mama
en mujeres sanas de la Región
Metropolitana**

Memoria para optar al título de psicóloga

Autora

Karla Marholz L.

Profesora Patrocinante

Dra. Jenniffer Miranda

Santiago, Julio 2023

Agradecimientos

A mis hijos Luciano y Nahuel, a mis padres y a mis amigas, las que han tenido años de paciencia y han sido un pilar fundamental para poder culminar este proyecto, en particular a Alemka Tomicic, Paulina Durruty, Paulina Vielma y María Cristina Carrasco, sin ellas y la profunda confianza que me dieron no lo habría logrado, y a la profesora Jennifer Miranda quien fue parte de ese momento cuando decidir retomar algo que había dado por cerrado.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Metodología	24
Diseño	24
Participantes	24
<i>Tabla 1 : Datos Sociodemográficos</i>	25
Procedimiento de Recolección	26
Procedimiento de Análisis	27
Consideraciones Éticas	28
Resultados	29
Discusión	46
Conclusiones	56
Bibliografía	57
Anexos	73
Anexo 1: Guión Temático	73
Anexo 2: Consentimiento Informado	77
Anexo 3: Ficha datos sociodemográficas	80

Resumen

A nivel mundial, el cáncer constituye una patología compleja y multicausal, con alta tasa de incidencia y mortalidad, siendo un gran desafío para la medicina y la política pública. En Chile, el cáncer de mama (CM) más frecuente y el que produce mayor mortalidad en mujeres cada año. La literatura evidencia que enfrentarse al diagnóstico del CM implica enfrentar costos en diversos ámbitos: económico, físico, relacional y emocional, entre otros. Consecuentemente, para avanzar en su prevención es esencial comprender las representaciones sociales que poseen las mujeres respecto de esta enfermedad y la incidencia de éstas, por ejemplo, en el absentismo a los exámenes preventivos disponibles.

Esta investigación plantea como objetivo general caracterizar las representaciones sociales (RS) asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres sanas de la ciudad de Santiago de Chile. Los objetivos específicos son: 1) Describir las RS asociadas a las causas, diagnóstico precoz y prevención del CM; 2) Describir las RS al tratamiento del CM y a sus resultados; 3) Describir las RS asociadas al cuerpo y el CM (transformaciones, deterioro, etc.); y 4) Describir las RS asociadas a las transformaciones en las relaciones con otros significativos. Participaron en el estudio 8 mujeres sanas de entre 45 y 55 años de edad, residentes en la Región Metropolitana.

A partir del análisis narrativo temático de las entrevistas, se identificaron cuatro categorías principales: 1) Prevención y diagnóstico del CM; 2) Tratamiento del CM; 3) Cuerpo y relaciones en relación al CM; y 4) Imaginario en torno al CM, y subcategorías dentro de cada categoría. Los hallazgos revelan que las mujeres chilenas tienen diversas RS respecto al cáncer de mama. Se enfatiza la importancia de la detección temprana, el acceso oportuno a los servicios de salud, así como el abordaje de los aspectos emocionales y de la imagen corporal para las mujeres

Palabras claves: mujeres, cáncer de mamas, representaciones sociales, prevención y autocuidado.

Introducción

Cáncer de Mama: un problema de Salud Pública

El cáncer es una patología compleja, diversa y multicausal y que, a nivel mundial, constituye uno de los mayores desafíos que enfrenta la medicina y la política pública en razón de su alta tasa de incidencia y mortalidad (Lenihan & Cardinale, 2012). Causas genéticas hereditarias, junto con factores ambientales y estilos de vida, se asocian a su aparición. Si bien el cáncer en mujeres respecto de hombres registra una menor incidencia y mortalidad, en ellas resulta particularmente alarmante en atención a la mortalidad que alcanzan tipologías específicas como el cáncer mamario y ginecológico (Rodríguez et al, 2021).

En América Latina, se ha previsto que la mortalidad por cáncer aumentará en un 106% en los próximos años. Esto dice relación, con que los países que se enfrentan al proceso de desarrollo económico pasan por una transición epidemiológica que implica aumentos en el riesgo de padecer determinados tipos de cáncer como el de mama, próstata u otros propios de las economías no industrializadas. Es importante destacar que, mientras el porcentaje de muertes atribuidas al cáncer ha aumentado de 15 a 19% entre 1990 y 2015, en los 12 países estudiados en la región estas patologías se han mantenido o aumentado en cuanto a la importancia relativa del cáncer como causa de muerte (Ministerio de Salud [MINSAL], 2019). Se proyecta que en el año 2030 se registrarán 21,7 millones de nuevos casos de cáncer debido principalmente a los factores de riesgo y al envejecimiento de la población. Las estimaciones realizadas por la International Agency for Research on Cancer (IARC) muestran que los tipos de cáncer de mayor frecuencia serán el cáncer de pulmón, seguido por próstata, colon-recto en el caso de los hombres, mientras que, en las mujeres, los tres tipos más frecuentes serían de mama, colon-recto pulmón (MINSAL, 2019).

Según datos recabados por el MINSAL (2019), en la actualidad, el cáncer es la segunda causa de muerte de la población chilena, en algunas regiones del país ya es la

primera, superando a las causas relacionadas con el sistema circulatorio. Se proyecta que durante el próximo decenio se instale como la principal causa de muerte en Chile y se espera que este cambio afecte primero a las mujeres y constituya la primera causa de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) en la población del país (MINSAL, 2021).

En lo que respecta al cáncer de mama en mujeres, se ha caracterizado por una alta incidencia en países desarrollados y un aumento de la incidencia en países en desarrollo, producto de cambios demográficos y aumento en la prevalencia de factores de riesgo relacionados con estilos de vida y hormonales, tales como aumento de la edad de las mujeres en su primer parto, baja paridad, largo tiempo de exposición al estrógeno, producto de menarquia temprana y menopausia tardía y baja lactancia materna, entre otros. Y en países en desarrollo se observan también diferencias entre áreas de residencia urbano y rural (Icaza et al, 2017).

Es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. El año 2012, de acuerdo con las cifras de la IARC, se calculó un total de 1.671.149 casos nuevos en todo el mundo. Cifra que corresponde al 25,1% de todos los casos de cáncer, excluyendo los casos de cáncer de piel no melanoma, con una mortalidad de 521.907 (14,75%), y para América la incidencia es de 408.281 (28,6%), con una mortalidad de 92.058 (14,9%)¹ (Duarte, 2015). Además, es primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, estimándose, ese mismo año, 522 mil defunciones, con una tasa estandarizada de mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia de 43,3 por 100.000 mujeres, lo que corresponde a 25,2% de la incidencia de cáncer en este grupo (Icaza et al, 2017).

En 2020, hubo 2,3 millones de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y 685.000 muertes en todo el mundo. A finales de ese año, había 7,8 millones de mujeres vivas a las que se les había diagnosticado cáncer de mama en los últimos 5 años, lo que lo convierte en el cáncer más prevalente del mundo. El cáncer de mama ocurre en todos los países del mundo en mujeres de cualquier edad después de la pubertad, pero con tasas crecientes en etapas posteriores de la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Y en América, es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer, cada año se producen más de 462.000 casos nuevos, y supone el 27% de los

nuevos casos en las mujeres de América Latina y el Caribe (García, 2022).

A nivel global, Chile, en relación a algunos países de Europa pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) presenta una menor tasa de incidencia, en relación a países como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Argentina y Uruguay, Colombia y México (Icaza, 2017). No obstante, **a nivel nacional**, el cáncer de mama, ocupa el primer **lugar de la mortalidad por cáncer en mujeres**, alcanzando el año 2008, una tasa de mortalidad de 14,5 por 100.000 mujeres. Además, se ha descrito una agregación geográfica de comunas con mayor riesgo de mortalidad por cáncer de mama en mujeres en la Región Metropolitana, la Región de Valparaíso (ambas en la zona central de Chile) y luego en el extremo sur, en la Región de Magallanes. En el año 2013 se registraron 1.389 muertes por cáncer de mama en mujeres, correspondiente a 11,8% de defunciones oncológicas femeninas (Icaza, 2017). El 2018, el número de casos nuevos fue de 5.393 personas, representando una tasa de 40,9% de incidencia en el país. (García, 2022).

Según el Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), en el año 2020 en Chile se diagnosticaron 55,0 cánceres de mama por cada 100 mil mujeres y murieron en el año 17,3 mujeres por cada 100 mil mujeres. Siendo así el tumor más frecuente en las mujeres chilenas y también el que produce una mayor cantidad de muertes por cáncer cada año. Si bien, las estadísticas muestran que se produce mayoritariamente en mujeres postmenopáusicas, en los últimos años ha aumentado en mujeres premenopáusicas, siendo éstos -en ocasiones- más agresivos (Icaza, 2017). Actualmente, el cáncer de mama es el responsable de 1 de cada 4 diagnósticos nuevos de cáncer en mujeres, considerando que mayoritariamente se diagnostica en mujeres mayores de 50 años. Se espera que para el año 2040, el número estimado de casos de cáncer de mama sea de 7.787 (García, 2022).

Hay un dato relevante respecto a nuestro país, y es que la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile se produce a edades inferiores, comparativamente con países desarrollados (Prieto, 2011). Fenómeno que puede deberse a diversas razones, desde diferencias en prevalencia de factores de riesgo, a la estrategia de alto riesgo que ha sido

utilizada a nivel nacional, donde sólo se garantiza la mamografía a mujeres de 50 a 59 años, y que la cobertura de mamografía es la más baja entre los países de la OCDE. Otras razones para esta mortalidad prematura pueden ser inequidades en el diagnóstico y tratamiento oportuno de la patología (Abugattas et al, 2015; Rodríguez et al, 2021). Por último, con respecto al análisis ecológico, los resultados reflejan que comunas con menor porcentaje de ruralidad y mayor nivel educacional tendrían mayor riesgo de mortalidad por cáncer de mama. En otras palabras, la urbanización y el nivel educacional alto serían factores de riesgo ecológico de mortalidad por cáncer de mama en Chile (Icaza, 2017).

Detección temprana: la importancia de la mamografía

Según la OMS (2021), la mortalidad por cáncer de mama cambió poco desde la década de 1930 hasta la década de 1970, y las mejoras en la supervivencia comenzaron en la década de 1980 en países con programas de detección temprana combinados con diferentes modos de tratamiento para erradicar la enfermedad invasiva.

Aproximadamente la mitad de los cánceres de mama se desarrollan en mujeres que no tienen un factor de riesgo de cáncer de mama identificable aparte del sexo (mujeres) y la edad (mayores de 40 años). Aunque ciertos factores aumentan el riesgo de padecerlo: el aumento de la edad, la obesidad, el consumo nocivo de alcohol, los antecedentes familiares de cáncer de mama, los antecedentes de exposición a la radiación, los antecedentes reproductivos (como la edad en que comenzaron los períodos menstruales y la edad del primer embarazo), el consumo de tabaco y la terapia hormonal posmenopáusica. Por otro lado, los comportamientos o intervenciones que reducen el riesgo de cáncer de mama incluyen: la lactancia prolongada, la actividad física regular, el control de peso, y evitar ciertos factores de riesgo de los anteriormente señalados (uso nocivo del alcohol, exposición al humo del tabaco, uso prolongado de hormonas y exposición excesiva a la radiación) (OMS, 2021). Sin embargo, incluso si todos los factores de riesgo potencialmente modificables pudieran controlarse, esto solo reduciría el riesgo de desarrollar cáncer de mama en un 30% como máximo.

Como se señaló con anterioridad, el cáncer de mama se ha convertido en el cáncer más frecuente en las mujeres chilenas y es el que produce mayor mortalidad cada año. (Parra et al, 2020) Por esto la implementación de planes nacionales para la atención oportuna de esta patología y disminuir su incidencia, cobran carácter de urgencia. Si bien, existe un Plan Nacional del Cáncer, que contempla estrategias y planes de acción, las cifras son poco auspiciosas, ya que a la fecha este cáncer ha tenido un incremento sostenido. En Chile aún no existe un Registro Nacional de Cáncer -pese a que la Universidad de Valparaíso está desarrollando ese proyecto en el marco de “Ley del Cáncer”- por lo que la Sociedad Chilena de Mastología, hizo una proyección, a partir de los datos existentes en relación al número de consultas y casos confirmados en el GES (Garantías Explícitas en Salud), que indica que en 2020 se diagnosticaron 5.331 nuevos cáncer y 1.679 muertes. Pese a este elevado número de casos el porcentaje de mamografías bajó en un 60% producto del confinamiento, el temor a contagio y suspensión de consultas médicas en pandemia (Quezada, 2021). Según esta misma fuente los exámenes preventivos o de diagnóstico han disminuido en un 61% entre marzo y agosto de 2020, y se han detectado 5.331 casos de cáncer de mama.

La OMS (2018) indicó que para 2024 se espera que se produzcan 2.600 decesos anuales en el país, pero la Sociedad Chilena de Mastología (2021), ha manifestado que esta cifra podría ascender producto de las mamografías retrasadas por causa del Covid-19. Por lo mismo, sugiere la adopción de líneas estratégicas básicas para implementar planes nacionales orientados a controlar el cáncer, con énfasis en promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de alta calidad, alivio del dolor y cuidados paliativos, seguimiento, investigación científica y vigilancia epidemiológica. Y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), en la serie de la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, desde el año 2008, ha impulsado la conformación de equipos de trabajo multidisciplinarios e integrativos. Desde esta perspectiva, se considera prioritario, educar sobre salud, con una intervención sanitaria oportuna, asesoramiento y condiciones favorables de vida hacia la población (García, 2022).

En respuesta a este panorama epidemiológico, los esfuerzos sanitarios se han centrado en la pesquisa temprana garantizada a través de pruebas de tamizaje, entendiendo éste como una estrategia para detectar una enfermedad en una población presuntamente sana, con el objetivo de lograr una detección precoz. Siendo la mamografía reconocida internacionalmente como el procedimiento de tamizaje de elección para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, su principal ventaja de la mamografía es la posibilidad de hacer un diagnóstico precoz de cáncer de mama, incluso antes que sea clínicamente palpable, lo que se asocia a una mejor respuesta al tratamiento y al aumento de supervivencia de la mujer (Bravo et al, 2021). Según una revisión de la literatura realizada por Razmilic et al, (2010), sobre tamizaje mamario, está demostrado que el tamizaje de buena calidad, disminuye la tasa de mortalidad por cáncer de mama, siendo la mamografía la base de este tamizaje.

El factor de riesgo más fuerte es ser de sexo femenino, correspondiendo a aproximadamente al 99-99,5%. Y si bien los antecedentes familiares de cáncer de mama aumentan el riesgo de cáncer de mama, la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama no tienen antecedentes familiares conocidos de la enfermedad, por lo que la falta de estos antecedentes no significa necesariamente que una mujer tenga un riesgo reducido (OMS, 2021). Lo que es efectivo es que la presencia de ciertas mutaciones genéticas heredadas de "alta penetrancia" aumentan en gran medida el riesgo de cáncer de mama, siendo las más dominantes las mutaciones en los genes BRCA1, BRCA2 y PALB-2.

Los síntomas que mayormente se asocian al cáncer de mamas, son: un bulto o engrosamiento del seno, alteración en el tamaño, forma o apariencia de un seno; formación de hoyuelos, enrojecimiento, picaduras u otra alteración en la piel: cambio en la apariencia del pezón o alteración en la piel que rodea el pezón (areola); secreción anormal del pezón (OMS, 2021) y, **pese a que en ocasiones el cáncer de seno se detecta debido al surgimiento de síntomas, la Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS, 2022) señala que en muchos otros casos las mujeres con cáncer de seno no presentan sintomatología.** Lo anterior, se debe a que el cáncer de mama surge en las células de revestimiento (epitelio) de los conductos (85%) o lóbulos (15%) en el tejido glandular de la mama, e inicialmente, el crecimiento canceroso se limita al conducto o lóbulo ("in situ") donde generalmente no causa síntomas y tiene un potencial mínimo de

diseminación (metástasis). Pero con el tiempo, estos cánceres *in situ* (etapa 0) pueden progresar e invadir el tejido mamario circundante (cáncer de mama invasivo) y luego diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos (metástasis regional) o a otros órganos del cuerpo (metástasis a distancia). Si una mujer muere de cáncer de mama, es debido a metástasis generalizada (OMS, 2021). **Por esta razón es muy importante hacerse las pruebas de detección programadas.** Las mujeres que participan de un programa de tamizaje tienen más posibilidades de acceder a una cirugía conservadora. El diagnóstico se hace en etapas más favorables por lo que mejora el pronóstico.

El tratamiento del cáncer de mama puede ser muy eficaz, logrando probabilidades de supervivencia del 90 % o más, especialmente cuando la enfermedad se identifica a tiempo. Generalmente consiste en cirugía y radioterapia para el control de la enfermedad en la mama, los ganglios linfáticos y las áreas circundantes (control locorregional) y terapia sistémica (medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral o intravenosa) para tratar y/o reducir el riesgo de la propagación del cáncer (metástasis). Los medicamentos contra el cáncer incluyen terapia endocrina (hormonal), quimioterapia y, en algunos casos, terapia biológica dirigida (anticuerpos) (OMS, 2021).

Por su incidencia, éste y otros tipos de cáncer se consideran un problema de salud pública, y por los elevados costos involucrados para su abordaje, es también un importante problema social y económico, con repercusiones que afectan a las personas, sus familias y comunidades, así como al sistema de salud y al país en su conjunto. Para abordar esta problemática sociosanitaria, el Ministerio de Salud de nuestro país, contempla estrategias que incluyen la historia natural de la enfermedad, potenciando acciones promocionales y preventivas que permitan llegar antes de la aparición de esta, y fomentar el diagnóstico precoz, con la finalidad de brindar una atención integral y oportuna a las personas a lo largo de su curso de vida (MINSAL, 2019).

A nivel internacional las sugerencias de la ACS (2022), son que las mujeres de 40 a 44 años de edad deberán contar con la opción de comenzar sus exámenes anuales para la detección de cáncer de seno mediante mamografías (radiografías de los senos) en caso de que así lo deseen. Las mujeres de 45 a 54 años deben someterse a un mamograma

cada año y las mujeres de 55 años en adelante deberán cambiar a un mamograma cada 2 años, o bien, pueden optar por continuar con su examen de detección anualmente. Pese a estas recomendaciones, y aunque el Ministerio de Salud de Chile ha priorizado al cáncer como problema relevante de salud pública en el país, realizando esfuerzos organizados y sostenidos desde la prevención hasta los cuidados paliativos, parecen faltar estrategias promotoras de salud que efectivamente reduzcan la incidencia del Cáncer de mama.

En Chile, desde el año 1995, existe el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama, impulsado por el Ministerio de Salud. Programa que incluye estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este cáncer, algunas de las cuales se encuentran garantizadas por Ley desde el 2005 (Decretos N°44 y N°1 del AUGE de los años 2005 y 2010 respectivamente). El año 2001, se incorporó la mamografía al Programa de Resolución de Especialidades en la Atención Primaria de Salud (APS), cuya disponibilidad ha ido en aumento cada año. Desde el 2007 está disponible la ecografía mamaria en APS y desde el 2009 el Examen de Medicina Preventiva (EMP) garantiza una mamografía gratuita para toda mujer entre 50 a 54 años independiente de su previsión de salud, cada 3 años, y se incluyó en el GES (Garantías Explícitas en Salud) como prestación en el nivel primario de atención, para mujeres entre 50 y 59 años (Bravo et al., 2021), por lo que este cáncer tiene acceso, oportunidad y protección financiera para la confirmación diagnóstica, el tratamiento y el seguimiento (Prieto, 2011).

Sin embargo, no se cuenta con una política de screening mamario, es decir, no se realiza un tamizaje a todas las pacientes asintomáticas y aunque se cuenta con la cantidad disponible para atender a la población objetivo, sobran mamografías, lo que significa que hay menos personas que se hacen la mamografía de las que están disponibles (Rodríguez, 2021). Entre el 20% y 30% de mujeres entre 50 y 59 años, no se realizan este examen (Bravo et al., 2021), considerando la importancia de un diagnóstico precoz para reducir el riesgo de muerte por esta enfermedad, el porcentaje de mujeres que se realizan el examen es claramente insuficiente. En este escenario es fundamental enfrentar los impedimentos para la realización del examen, yendo a la búsqueda de aquellos impedimentos en los propios relatos de las mujeres. De este modo, enfrentar las dificultades al indicar de

manera oportuna la necesidad de mamografía, entregando información relevante para la mujer, para que pueda realizar una decisión informada basada en la mejor evidencia disponible.

De acuerdo con reportes nacionales, las razones argumentadas se refieren al desconocimiento del examen, concentrando cerca de 40% de ellas en explicaciones como “no sabe que tiene que hacérselo”, “no cree que lo necesita” y “no conoce el examen” (Bravo et al., 2021). Dado lo anterior, resulta fundamental para definir estrategias de tamizaje y detección del cáncer de mama, que la mujer comprenda su propio riesgo de padecer o no la enfermedad y que los profesionales tengan la capacidad para transmitir con claridad y precisión esta información.

Como señala la Sociedad Chilena de Mastología (Quezada, 2021), el diagnóstico de un cáncer de mama es un golpe tanto físico como emocional, que provoca cambios en todas las áreas de la vida de una mujer, obligando a cambiar proyectos y actividades que no estaban planeadas, por ejemplo: ir a múltiples médicos, pruebas y tratamientos, lo que genera en la mujer en una situación de incertidumbre, inseguridad y sensación de pérdida de control. El cáncer de mama es una patología que impacta en las dimensiones psicológicas, sociales y económicas, además en el aspecto físico de la persona; es de gran trascendencia, representando una crisis paranormativa que afecta a la mujer y su entorno familiar y social (Robert, et al., , 2013;Folch et al., 2016). Afecta la esfera biopsicosocial del individuo, incidiendo en la percepción de la calidad de vida y en la forma de afrontamiento de la misma.

La necesidad de una mirada desde la psicología

La prevalencia del cáncer es un problema que va más allá de la preocupación médica, por cuanto involucra aspectos subjetivos y sociales en la vida de quienes lo padecen o están en riesgo (Rodríguez y Padilla, 2020). El incremento paulatino de dicha enfermedad ha motivado la investigación en diferentes disciplinas, entre ellas la **psicología**, que se ha preguntado, entre otras cosas, por la relación entre el cáncer, la

calidad de vida y las estrategias que de alguna manera buscan solucionarlo (Arrieta et al, 2019). Los discursos de las mujeres apuntan al mejoramiento de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales, donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, y mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas a través de una educación en salud (García, 2022).

Desde la psicología clínica, Petersen, et al, (2005), señalan que el cáncer -como trauma, amenaza el sentido de cohesión del pasado, presente y futuro del paciente, lo que puede advertirse al escuchar el relato de su experiencia. Lo que es consistente con planteamientos generales respecto de creencias básicas que se rompen o cuestionan tras experiencias traumáticas, creencias acerca de invulnerabilidad personal, de sentido de la vida y de que los sucesos son todos ordenados, predecibles y controlables (García & Rincón, 2011). Las secuelas psicológicas que más se observan en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico (Maté et al 2004). Cuando se habla de cáncer suele significar enfrentarse al sufrimiento, deterioro, muerte y trascendencia (Barroilhet et al, 2005), y ser diagnosticado se considera un suceso vital estresante que no sólo afecta a quien lo padece, sino también a su entorno familiar y social (Cano, 2005). Por todo lo que significa enfrentarse al diagnóstico del cáncer de mama y a todos los costos asociados: económicos, físicos, relacionales y emocionales es que es fundamental su prevención.

A partir de lo anterior, es que la presente investigación adoptará la perspectiva epistemológica del construccionismo social, en tanto se pondrá especial énfasis en la relevancia de los procesos relacionales, el lenguaje y el significado. Como señalan Berger y Luckmann (1967) la realidad se construye a partir de la interacción entre seres humanos, y dicha realidad es internalizada por los individuos a través de la socialización. Así, como señala Gergen (1989) lo que llamamos conocimiento no sería producto de la mente individual, sino del intercambio social, de la interdependencia, por lo que, apreciar las formas existentes de discurso sería evaluar patrones de vida cultural, donde “cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo” (Gergen, 1996, p. 161).

A pesar del carácter heterogéneo de este paradigma, existe un núcleo central que apunta a los intentos por lograr una concepción alternativa tanto de las personas como de la ciencia y, por consiguiente, abandonar en su conjunto la dualidad tradicional característica de la ciencia positivista. Ibañez (1994), plantea que las críticas en que se centra este paradigma radican en la concepción del conocimiento como posesión individual, la presuposición de la existencia de categorías mentales, el dualismo sujeto-objeto, así como la presuposición de que el conocimiento es una representación exacta del mundo, y señala que la ciencia tradicional o moderna peca de dos grandes ingenuidades: creer en la existencia de una realidad independiente a nuestro modo de acceder a ella y la creencia de que existiría un modo de acceso privilegiado que nos conduce a la objetividad permitiéndonos conocer la realidad “tal y como es”.

De acuerdo a este movimiento, el conocimiento no está en la mente de los individuos, ni el lenguaje es reflejo ni de la mente ni de una naturaleza preexistente, sino que:

La fuente principal de las palabras que utilizamos sobre el mundo radica en la relación social. Desde este ángulo lo que llamamos conocimiento no es el producto de mentes individuales, sino del intercambio social; no es el fruto de la individualidad sino el de la interdependencia (Gergen, 1989, p. 169).

El construccionismo social, tal como plantean Berger y Luckmann (1967) señala que la realidad se construye a través de la interacción significativa entre los seres humanos, la cual es internalizada por ellos a través de la socialización. Es así como los procesos sociales que constituyen a la realidad toman el carácter de procesos históricos, y se concretizan en discursos acerca de la realidad (Gergen, 1989).

En relación a las implicancias de que este enfoque puede tener respecto a la investigación en psicología, Serrano (1994) señala que la visión ontológica que otorga el construccionismo apunta a la necesidad de ir más allá de los antagonismos, es decir, las reminiscencias cartesianas que se traducen en concepciones basadas en dualismos tales como: individuo-sociedad, personalidad-cultura, subjetivo-objetivo, En contraposición, el

construccionismo propone la superación de los mismos a partir de la construcción de una visión globalizadora de la realidad humana, focalizando su indagación en torno a las prácticas y acciones humanas en tanto que prácticas culturales.

En el presente estudio se tomará en consideración esta invitación que nos hace el construccionismo, considerando esta epistemología como el marco general desde donde pretende acercarse al fenómeno en estudio, y al enfoque relacional que emerge de él, como el punto focal que guiará el proceso de estudio. Las temáticas que se abordarán en esta investigación se desarrollarán desde un enfoque interaccional para interpretar el fenómeno, es decir, las **representaciones** que tienen las mujeres sanas del cáncer de mama (y las posibles transformaciones asociadas a padecerlo), entendiéndolas como una construcción contingente y dependiente de las prácticas socio-históricas. Madison (1988) indica que los seres humanos utilizamos el lenguaje como una manera de vivenciar lo que llamamos realidad, por lo que, la **narrativa** que hacemos de la realidad alude a una forma de **discurso**, a través del cual organizamos, explicamos, damos sentido y comprendemos -dando estructura y coherencia- los acontecimientos de nuestra vida.

Jodelet y Guerrero (2000), y García et al, (2016) plantean que las **representaciones sociales** de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, la escala de valores y otros elementos culturales, como las creencias, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente a una enfermedad.

S. Moscovici fue quien estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social y a partir de sus elaboraciones propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1988). A partir de esto, se denominará **representaciones sociales** a las imágenes (inmediatas) del mundo presentes en una comunidad lingüística cualquiera, y se refieren, en este contexto, a la imagen (mental) que tiene un individuo cualquiera, un hablante cualquiera de cualquier comunidad lingüística, acerca de alguna cosa, evento,

acción, proceso no mental que percibe de alguna manera (Banch, 1988). Esta representación - en la medida en que es conservada y no reemplazada por otra - constituye una **creencia** (o es elemento de una creencia) y es la base del **significado** que adquiere cada nuevo estímulo relacionado con esa cosa, evento, acción o proceso. Por medio del lenguaje las representaciones no están limitadas a ser un reflejo del mundo que los rodea, sino que pueden ser algo - hasta cierto punto - diferentes del mundo: en las representaciones los seres humanos "completan" el mundo o le agregan elementos, en primer lugar, pueden analizar la representación del estímulo en propiedades y componentes para sintetizar luego esas propiedades o componentes en otras representaciones.

En palabras de Jodelet (1986), las representaciones sociales serían:

“Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (p. 470-473).

Las representaciones individuales devienen en sociales por medio de la comunicación entre todos los miembros de una comunidad, al tiempo que las representaciones sociales devienen también en individuales por el mismo mecanismo comunicativo. Son una forma de conocimiento social, una manera de interpretar y pensar nuestra realidad cotidiana, y la caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las cuales circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

Para Berger y Luckmann (1991), la construcción social de la realidad hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de

su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone. Las inserciones de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a distintos grupos, constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, y esto es, precisamente, lo que genera visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos. La realidad de la vida cotidiana, por tanto, es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido. Ello presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras. En esta construcción, la **posición social** de las personas así como el lenguaje juegan un papel decisivo al posibilitar la acumulación o acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación. En resumen, el **medio cultural en que viven las personas**, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

Las personas conocerían la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, y lo que hacen las representaciones sociales es sintetizar dichas explicaciones. Pero además, las representaciones sociales se refieren a formas de conocimiento elaboradas y compartidas al interior de un grupo que participa de prácticas sociales comunes y que tiene una determinada inserción en la estructura social (Moscovici, 1984; Jodelet, 1986). Por lo tanto, orientarían la acción de los miembros de un determinado colectivo, prescribiendo comportamientos y condicionando adhesiones.

Así, el contenido de las representaciones que los individuos poseen depende de los grupos y las relaciones sociales en que estos participan no existiendo una representación homogénea para todas las personas, sino derivándose representaciones diferenciadas para los diversos contextos sociales, económicos y culturales existentes (Doise, 1991). Pese a tener este “origen” en lo social, constituyen el campo psicológico interno que delimita los grados de libertad que tendrán los sujetos a la hora de tomar decisiones y actuar (Galam y Moscovici, 1991).

Representaciones sociales del cáncer de mamas

El cáncer de mama tiene fuertes representaciones sociales debido a las severas implicaciones en el aspecto femenino, atractivo y **autoimagen**. Para Giraldo (2009) a través de diversos estudios quedó en evidencia que la palabra “cáncer de mama” muchas veces se asocia a muerte inevitable, terror, sufrimiento, devastación, incurabilidad, impotencia y dolor. En tanto lo anterior, en este cáncer, cobra una mayor relevancia el concepto de **autoestima**, debido a que la mama tiene un significado referente a la **identidad femenina**, por ende, conlleva una implicación psicosocial para la mujer. La autoimagen de la mujer en parte se deriva de la valoración social, por lo que acaba siendo un aspecto relevante en la **identidad personal** (Alarcón et al, 2018), y las mamas en particular, están relacionadas con el atractivo físico, con la maternidad y con la lactancia (Cubillos, 2022).

Alcántara (1993), define la **autoestima** como la actitud hacia uno mismo, la forma de pensar, sentir y comportarse, es la descripción a la cual nos enfrentamos con nosotros mismos. A nivel general es una valoración positiva, aunque Rosenberg (1979) amplía el concepto, señalando que para él es el conjunto de pensamientos, sentimientos y creencias positivas o negativas respecto a uno mismo e incluye sentimientos de satisfacción con nosotros mismos. Otra definición dada por Enrique y Muñoz (2014), considera la autoestima como una valoración de uno mismo, siendo un proceso de análisis e introspección sobre los propios sentimientos, características, capacidades y logros de una persona, es decir, es el conjunto de percepciones y evaluaciones que son dirigidas a uno mismo y contiene el punto de vista de los demás. Podemos concluir, entonces, que la autoestima se refiere a la valoración que tiene cada uno de sí mismo, es decir, pensamientos, sentimientos y creencias, que inciden en nuestras acciones y en la autovaloración, en la que también se incorpora la visión que otros tienen respecto de nosotros.

La gran mayoría de las mujeres después de un diagnóstico de cáncer de mama suelen presentar dificultades a nivel emocional y social producto de los cambios que surgen en el estilo de vida, con consecuencias en modificaciones en la dinámica familiar,

económica, hábitos alimenticios y otras áreas de ajuste (Mota et al, 2018). Uno de los cambios más significativos es la **imagen corporal** ya que juega un papel importante en todo el proceso de salud. El concepto de imagen corporal tiende a ser subjetivo, se construye a partir de la opinión de la persona respecto a su propio cuerpo como una totalidad, también de las partes individuales, al igual que, las ideas y actitudes hacia sí mismo (Cubillos, 2022).

La **imagen corporal** se relaciona con la **autoestima**, la **sexualidad**, el sentirse atractivo para los demás, el estado de salud, y la percepción integral del cuerpo (Falk et al, 2010). Al abordar este concepto, se abarca el **autoconcepto** y percepción ante los demás, ya que si existe alguna alteración en la imagen corporal esto generará distorsión en la autoestima de la persona (Alarcón et al, 2018).

En las diferentes culturas el cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación. Tradicionalmente el cuerpo ha sido un "valor" mucho más importante para la mujer, las que han sido más discriminadas y presionadas socialmente con el mantenimiento de su cuerpo. Existe un ideal estético, en el que la apariencia física es mucho más que solo una forma corporal (Blanco, 2010). En el caso de la mujer occidental, las mamas han constituido generalmente una parte importante de la belleza corporal, un símbolo de la sexualidad y, de hecho, una zona erógena importante, así como una representación de la maternidad, pues de hecho constituyen las glándulas cuya función es la alimentación de la cría en todos los mamíferos. Por lo que se puede suponer que el daño o la pérdida de una o ambas mamas tengan como consecuencia malestares o sentimientos de pérdida de esas funciones y significados, además de la afectación psicológica propia de ser portadora de una enfermedad tan estigmatizada como es el cáncer. Como señalan Thorne y Murray (2000), en esta patología suele estar afectada la **identidad propia de la mujer**, su **imagen corporal** y su **autoestima** (García & González, 2007).

Las repercusiones en una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, la relación de pareja y la laboral y social (Soriano et al, 1997). Muchas veces, el daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente,

se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamin et al, 2002) . Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Borbón & Beato, 2002; García & González, 2007).

A partir del diagnóstico de cáncer de mama y durante el tratamiento oncológico, en las mujeres se evidencia una serie de secuelas físicas y psicológicas, dentro de los cambios físicos producidos por el tratamiento puede llegar a presentarse caída del cabello, alteraciones en la piel, disminución del peso y cicatrices (Mota et al., 2018), estos cambios generan reacciones a nivel emocional y psicológico, tales como insatisfacción corporal relacionada con baja autoestima, incredulidad, miedo, ansiedad, depresión y sensación de pérdida de control (Méndez & Villarraga, 2020). Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la **autoconceptualización** y en la **imagen corporal** (González & García, 2004; Mathews, 2002; Fobair & cols., 2002; Bultz & cols., 2002). Se señalan afectaciones del **autoconcepto** y la **identidad** en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas. La mujer que se somete a una mastectomía se puede ver afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales (García & González, 2007). La exposición a tratamientos agresivos y violentos arremeten contra la materialidad del cuerpo generalizado (Aguayo, 2021), y a pesar de que los cuerpos pueden transformarse por los tratamientos, la **identidad genérica** se enraíza en los roles de género asignados socialmente como femeninos.

En relación a lo anterior, cobra relevancia el concepto de **género**, y cómo la construcción que hacemos respecto a lo que representa pertenecer al género femenino (para el caso de esta investigación) puede incidir en cómo vivimos el riesgo de padecer cáncer de mama, entendiendo que la multiplicidad de elementos que constituyen la identidad del sujeto implican que el género será experimentado y definido de modo particular de acuerdo a su pertenencia étnica, de clase, de edad, etc. La idea de que el

cómo se construye en nosotros la pertenencia a determinado género y los simbolismos asociados a ello, puede incidir en la forma en que se va configurando nuestra identidad y la evaluación que hacemos de nosotros mismos, es decir, nuestra autoestima.]

Desde el momento mismo en que comenzamos a construir nuestra identidad y el relato de quiénes somos, a partir del constante intercambio de significados con el medio, representado mayormente por nuestros padres, comienza a erigirse como un pilar de fundamental importancia de nuestra definición de nosotros mismos el compromiso que adquirimos con nuestro género. La distinción entre hombres y mujeres es tal vez una de las primeras nociones de dualidad que comienzan a integrarse a nuestras experiencias (Bonder, 1999).

J. Butler (2007) enfatiza que no sólo el género, sino también el cuerpo, es una construcción social. Para la autora, el sexo (cuerpo) no comprende una entidad pasiva sobre la que se disponen significados socioculturales de género, sino que es en sí mismo una construcción social, sujeto desde su origen a las interpretaciones culturales hegemónicas binarias que enlazan uno u otro género/sexo a la matriz heteronormativa. Así, la heteronormatividad, sustentada por instituciones y acciones discriminatorias, se convierte en el sistema central que normativiza los cuerpos y sexualidades, distinguiendo la dicotomía hombre/mujer con base en la construcción de significados socio-culturales (en Aguayo, 2021).

De acuerdo con Díaz (2010), los senos tienen una carga simbólica asociada con el erotismo, la femineidad y la maternidad, significados que se inscriben psíquicamente como representantes del ser madre, mujer, amada, deseada. Sin embargo, Yalom (1997) señala que, es necesario explicitar que estos significados responden al contexto Occidental en el que han sido elaborados, por lo que no son universales.

Emprender estudios acerca de la representación de un objeto social permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del

cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Permite aproximarse a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales (Rateau & Lo Monaco, 2013). El abordaje de las representaciones sociales posibilita, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, ya que la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994).

Desde esta perspectiva cobra relevancia la pregunta de investigación: **¿cuáles son las representaciones sociales que tienen las mujeres sanas respecto al cáncer de mamas?**, escuchar las narrativas de estas mujeres respecto de por qué se hacen o no una mamografía, ecografía o asistir a controles periódicos, es decir, por qué realizan o no acciones tendientes a favorecer el diagnóstico precoz, mejorando sustancialmente el pronóstico y disminuyendo los costos de la enfermedad a nivel físico, económico, mental y social. Describir **qué ideas tienen respecto a las transformaciones que sufre el cuerpo producto del cáncer, cuáles pueden ser los costos en su calidad de vida, en sus relaciones, en su sexualidad, en su identidad, en la relación con el propio cuerpo.** Qué tipo de representaciones pueden estar incidiendo negativamente en que la población femenina no se realice exámenes de detección temprana, es decir, incidiendo en los patrones conductuales de las entrevistadas respecto de la realización de los exámenes de detección precoz. Lo anterior, orientado a que los hallazgos puedan aportar en conocimientos que podrían contribuir a propiciar cambios en los programas de promoción del autocuidado para que la cifra de la realización de estos exámenes vaya en aumento y que las cifras del diagnóstico de cáncer de mama e índices de mortalidad asociada a esta patología disminuyan en la población chilena.

Como se mencionó anteriormente, los datos que maneja la Sociedad Chilena de Mastología (2021), respecto al porcentaje de mujeres que realizan tamizaje mamario evidencian un alto absentismo, por lo que esta investigación pretende dar luces sobre qué hay detrás de este absentismo, entender cómo incorporan estas mujeres en sus relatos de vida el cáncer como enfermedad, cómo son las representaciones que han configurado en torno a él y a sus efectos, y cómo todo esto puede estar determinando si tienen o no una

actitud activa y responsable respecto a su salud.

Además, a partir de la bibliografía revisada para esta investigación (Giraldo, 2009; Pino y Rodríguez, 2016; Gomez, 2017; Ribeiro et al, 2017; Chávez y Gómez, 2018; Chávez et al, 2020), se concluyó que existen pocas investigaciones sobre las representaciones sociales del cáncer de mamas en mujeres de nuestro país, y las que hay no tienen como muestra a mujeres sanas de la Región Metropolitana, usuarias de Isapres o Fonasa, que cuentan con la posibilidad de realizarse exámenes preventivos de bajo costo o incluso gratis para esta enfermedad. Por ello, este estudio pretende aportar a llenar este vacío y para responder la pregunta de investigación planteada, el objetivo general de esta memoria es: caracterizar las representaciones asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres sanas de la ciudad de Santiago de Chile. Los objetivos específicos son: 1. Describir las representaciones asociadas a las causas del cáncer de mamas; 2) Describir las representaciones asociadas al tratamiento del cáncer de mamas y a sus resultados; 3) Describir las representaciones asociadas al cuerpo y el cáncer de mamas (transformaciones, deterioro, etc.); y 4) Describir las representaciones asociadas a las transformaciones en las relaciones con otros significativos.

Se espera que los hallazgos obtenidos aporten nuevos conocimientos que podrían ser útiles en el diseño de estrategias de intervenciones educativas centradas en mejorar el conocimiento y las percepciones sobre el cáncer de mama, para de este modo empoderar a las mujeres a desempeñar un papel activo en su salud preventiva y tomar decisiones informadas basadas en su nivel individual de riesgo, con la participación activa para la construcción de estrategias promotoras de salud.

Metodología

Diseño

Como se señaló con anterioridad, el enfoque constructivista será el marco teórico epistemológico desde el que se abordará el fenómeno a estudiar. Desde ahí, se plantea que los individuos entienden el mundo de maneras únicas; a partir de esta construcción atribuyen sentido y significados particulares a su experiencia. Por lo que, para comprender sus puntos de vista y la manera cómo se configura el fenómeno en un contexto específico es necesario explorarlo en profundidad (Hernández et al, 2014).

Considerando lo anterior, se escogió la metodología cualitativa, a través de la realización de entrevistas y el levantamiento de categorías; desde las narraciones se buscará caracterizar las representaciones sociales asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres adultas y sin antecedentes de cáncer de mamas (Bonilla & Sehk, 2005). La recolección de datos será de tipo transversal, realizada en un único momento, y tendrá un alcance descriptivo en tanto se buscará especificar características y propiedades del fenómeno a estudiar (Hernández et al., 2014). También, la investigación tendrá un alcance será exploratorio, pues, aunque existen estudios al respecto, muchos de ellos emplean metodologías cuantitativa y otros, se concentran en mujeres de estratos más vulnerables o de zonas rurales. Además, la mayoría de las investigaciones suelen ser realizadas por profesionales de la salud biomédica.

Participantes

Tal como se aprecia en la Tabla 1, se entrevistaron a 8 mujeres adultas y sanas. Se consideran mujeres sanas aquellas que no hayan tenido cáncer de mamas ni que lo tengan en la actualidad. Para determinar la pertenencia al grupo etario adulto se considerará a mujeres entre los 45 y 60 años de edad. El rango etario se escogió en base a que en

nuestro país se suele recomendar la realización de una mamografía anual, a partir de los 40 años (ACS, 2022) y se sumaron 5 años para poder identificar patrones conductuales de las entrevistadas respecto a la realización de este examen. Para la estimación de la muestra se consideraron los siguientes criterios de heterogeneidad: (a) que tengan o no tengan hijos; (b) que cuenten o no con estudios universitarios; (c) que tengan o no pareja; (d) con o sin antecedentes familiares de cáncer de mamas; (e) que cuenten con un sistema previsual de salud (FONASA o ISAPRE); (f) que no hayan sido diagnosticadas cáncer de mama. Se establecieron como criterios de exclusión: (a) tener un trabajo vinculado al área de la salud biomédica; (b) presentar trastornos psiquiátricos graves (ej. esquizofrenia) o retraso mental. Para confirmar que las entrevistadas cumplieran con los criterios de inclusión y de exclusión de la muestra se elaboró un cuestionario con la finalidad de extraer estos datos fundamentales para decidir su idoneidad para participar de este estudio (ver anexo 3).

Tabla 1: Datos sociodemográficos de las Participantes

<i>Nº participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Nº hijas/hijos</i>	<i>Nivel Educacional</i>	<i>Sist de Salud</i>	<i>Comuna de Residencia</i>
1	47	Casada	1/1	Universitario	Isapre	Vitacura
2	45	Soltera	1/1	Universitario	Fonasa	Ñuñoa
3	46	Viuda	1/1	Universitario	Isapre	La Reina
4	45	Divorciada	0/2	Universitario	Fonasa	Peñalolén
5	45	Casada	2/0	Universitario	Fonasa	La Reina
6	46	AUC	2/0	Universitario	Isapre	Providencia
7	48	Divorciada	3/0	Universitario	Isapre	La Reina
8	54	Soltera	0/0	Universitario	Isapre	Providencia

El procedimiento de selección de las participantes será intencionado, siguiendo los principios de muestreo teórico de minimización y maximización de las diferencias, recomendado para la investigación con diseños cualitativos (Strauss & Corbin, 1990) y empleando el procedimiento de bola de nieve para el reclutamiento de nuevas participantes (Patton, 2015).

Finalmente, el número de participantes se decidió bajo el criterio de saturación de la información, en tanto se busca a través de las narrativas de las mujeres de la muestra,

responder a las preguntas y objetivos de investigación (Malterud et al, 2016). Teniendo en cuenta los criterios antes mencionados, se estimó que el tamaño muestral para alcanzar un mínimo de saturación en el análisis es de ocho entrevistas.

Técnicas de producción y recolección de datos

Para la recolección de la información de las características sociodemográficas de las participantes, se elaboró una ficha ad-hoc para este estudio (ver anexo 3), en la que se registró edad, comuna de residencia, número de hijas y/o hijos, nivel más alto de estudios alcanzados, estado civil y sistema de salud (público o privado). Se realizaron entrevistas cualitativas de tipo semi-estructurado, en las que se aseguró una exploración de tópicos centrales para el conjunto de las participantes, a la vez que se indaga en aspectos idiosincráticos de las experiencias respecto del cáncer de mamas en cada una de ellas (Kvale & Brinkmann, 2009). Se elaboró un guión temático para la realización de las entrevistas (ver anexo 1), incorporando los siguientes ejes temáticos transversales: (1) Representaciones sociales asociadas a las causas del cáncer de mamas; (2) Representaciones asociadas al tratamiento del cáncer de mamas y a sus resultados; (3) Representaciones asociadas al cuerpo y el cáncer de mamas (transformaciones, deterioro, etc); (4) Representaciones sociales asociadas a las transformaciones en las relaciones con otros significativos.

A través de la realización de las entrevistas se pretendió conocer la experiencia de las participantes a través de los temas propuestos en el guión, teniendo cada entrevistada la libertad para hablar y la entrevistadora para incluir nuevas preguntas si lo consideraban necesario (Hernández et al, 2014). Las entrevistas se realizaron en modalidad presencial, audio grabadas y transcritas para su posterior análisis.

Procedimiento de análisis

Para analizar las entrevistas se utilizó el análisis narrativo temático, el cual permite conocer a través de las historias y narraciones, el sentido y significados que le dan las personas a sus vivencias, experiencias, relaciones, etc., lográndose un análisis y exploración profunda de lo narrado (Riessman, 2008). Las narrativas son valiosas ya que permiten conocer eventos importantes en la vida de las personas y los significados que les atribuyen sus protagonistas (Wong & Breheny, 2018; Bernasconi, 2011). En este tipo de análisis se entiende que el individuo que cuenta una historia es el agente primario y especialista a la hora de interpretar y negociar el sentido y significados de sus propias experiencias (Riley & Hawe, 2005; Bernasconi, 2011). Así, este tipo de análisis no busca generalizar información, sino que busca comprender de forma profunda los significados que construyen las personas sobre las propias vivencias (Riessman, 2008).

Para asegurar la calidad de los resultados, se empleó la estrategia de triangulación de interpretantes (Patton, 2002), invitando a participar a psicólogas a reuniones de presentación de resultados, resguardando el anonimato y confidencialidad de los datos de las participantes, en los diferentes avances del análisis cualitativo, de manera que la identificación e interpretación de las categorías generadas sean validadas a través de un acuerdo intersubjetivo. Asimismo, se aplicó el criterio de descripción densa (Ponterotto, 2006), es decir, se buscó comprender e interpretar contextualizadamente cada una de las entrevistas de manera de describir plausiblemente los elementos que configuran los modelos emergentes.

En esta investigación, las entrevistas se grabaron en audio y luego fueron transcritas por la investigadora. Los pasos del proceso de análisis fueron: a) Lectura amplia y exhaustiva de las narrativas transcritas de cada entrevista, para obtener un sentido del todo; b) Segunda lectura para identificar los temas o categorías relacionados con el fenómeno, fundamentadas en frases textuales; c) Organización de las categorías en torno a unidades de significado más amplias, que se constituyeron como temas centrales

y recurrentes de las narrativas de las entrevistadas (Martínez-Salgado, 2012).

Siguiendo los pasos señalados, en primer lugar, se realizó un análisis intracaso, en el cual cada entrevista fue codificada. Luego se compararon los códigos de cada entrevista y, producto de este proceso de comparación, se hicieron los cambios pertinentes a las codificaciones de ser necesario. Posteriormente, se realizó un análisis intercaso para integrar los códigos de todas las entrevistas. A partir de esto, se ordenó la información en temas y subtemas que fueron surgiendo del mismo análisis de las entrevistas, las cuales fueron incorporadas posteriormente en unidades temáticas, teniendo en cuenta el objetivo de la investigación y las temáticas emergentes que surgieron durante el análisis, con el propósito de tener una visión amplia y comprensiva del fenómeno en estudio (Moya, 2022).

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos diseñados e implementados en este estudio han seguido los lineamientos éticos recomendados por el Comité de Ética de la Investigación, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Chile. Todas las participantes fueron extensamente informadas sobre los propósitos de la investigación y lo que implica su participación en el estudio. Además de solicitar la firma del documento de consentimiento informado (ver anexo 2), se les explicaron los procedimientos comprometidos para asegurar el anonimato, la confidencialidad y protección de las participantes, así como también su participación voluntaria.

Resultados

En este apartado, de los análisis realizados a las entrevistas, emergieron cuatro categorías centrales: 1) *Prevención y diagnóstico (dg) del cáncer de mama*; 2) *tratamiento del cáncer de mama*; 3) *cáncer de mama cuerpo y relaciones*; y 4) *imaginario en torno al cáncer de mama*, cada una compuesta de subcategorías.

En lo que sigue se presentarán cada una de estas categorías describiendo las subcategorías que las componen y presentando citas textuales de las entrevistas para ilustrar aquellos aspectos más llamativos.

1. Prevención y dg precoz del cáncer de mama

Durante las entrevistas, las participantes hicieron alusión a los síntomas y/o signos del cáncer de mama, a la prevención y autocuidado del mismo, a factores protectores y de riesgo, y a fuentes de información.

Respecto a **síntomas y/o signos**, las participantes señalan que el cáncer de mama puede cursar sin síntomas o signos, siendo más silente que otros tipos de cáncer. La mayoría de las entrevistadas señala que no suele presentarse dolor, siendo lo más característico la aparición de un bulto o nódulo en las mamas o las axilas. Sin embargo, algunas participantes expresaron que en caso de autodetección el bulto o nódulo, era indicativo que el cáncer de mama estaba en una etapa más avanzada. En menor medida mencionan la posibilidad de leche, sangre, protuberancias o hundimiento del pezón y cambios en la piel, tales como irritación, calor, enrojecimiento, piel de naranja y manchas lesiones. En relación al dolor como síntoma, dos entrevistada, comentan:

“...creo que no duele, sobretudo en etapas tempranas, me imagino que sí es muy grande o está muy avanzado puede doler o molestar” (participante 1)

“Lo que sé es que no duele, ni tiene síntomas... por las personas que he conocido, a ninguna le ha dolido”. (participante 5)

En relación a la **prevención y el autocuidado**, casi todas las participantes dijeron realizarse este autoexamen, sin embargo solo algunas refieren hacérselo con cierta frecuencia. Así mismo, la gran mayoría manifestó la importancia del autoexamen, donde cualquier hallazgo o cambio en la mama representa un signo de urgencia. Sin embargo, sólo la mitad de las entrevistadas comentaron tener ciertas nociones respecto a cómo y con qué frecuencia deben realizarse el autoexamen. Respecto a la frecuencia con que debe realizarse el autoexamen, algunas señalan no tener certeza de la periodicidad sugerida y otras, definitivamente, la desconocen. Con relación a lo anterior, una participante señala:

“... no sé si es una vez al año, o cada tres o seis meses, o quizás eso es cuando has tenido cáncer de mama, porque tiene más probabilidades de que te dé” (participante 3)

Respecto a la *mamografía*, la mayoría de las entrevistadas la considera como uno de los exámenes más relevantes en cuanto a la detección precoz, señalando que la periodicidad de este es de una vez al año, hay algunas que manifiestan no saber cada cuanto se debe realizar. Si bien más de la mitad de las participantes refieren realizarla según estas indicaciones, las otras mencionan que no suelen realizarla y cuando lo han hecho tiene relación con algún hallazgo previo en ellas o en algún familiar cercano.

Dentro de los motivos para no realizarla aparece que este examen es una experiencia traumática y dolorosa, la desconfianza en su eficacia, y la falta de tiempo y la dificultad para organizarse por tener muchas otras tareas que cumplir. Destaca que algunas de las participantes que dicen realizarse la mamografía anualmente señalan que no lo hicieron durante la pandemia, por la dificultad que representaba asistir a centros de salud.

La *ecografía mamaria* también aparece mencionada por la mayoría de las entrevistadas, aunque en menor medida que la mamografía, como una de los exámenes

fundamentales para la prevención del cáncer de mama, que debe realizarse una vez al año, en conjunto con la mamografía. Sin embargo, una de las participantes manifiesta:

*“...no me generan confianza, el cáncer de mama puede aparecer igual, aunque seas muy matea, por eso no me hago esos exámenes, solo me hago tocaciones”
(participante 5)*

Si bien, está la idea que tanto la mamografía como la ecografía deben hacerse a partir de los 35-40 años, algunas no tenían muy claro si existía o no una edad para comenzar a hacérselos. Sin embargo, para ambos casos, algunas entrevistadas piensan que ante la existencia de antecedentes familiares debe adelantarse la edad para comenzar con estos exámenes y aumentar la periodicidad en que deben hacerse. Al respecto, una de las participantes expresó:

“... si tienes algún familiar que tenga o haya tenido cáncer de mama debes comenzar con la búsqueda activa, independientemente de la edad que tengas”(participante 8)

En menor medida las participantes ven al *examen genético* como una posibilidad en la prevención del cáncer de mama, sin embargo, expresan que es inaccesible por su alto costo, y sólo dos de las entrevistadas señalan que sólo sirve para detectar la presencia de mutaciones genéticas hereditarias, y una de ellas especifica que sólo identifica mutaciones como el BRAC 1 o BRAC2 (genes supresores de tumores cuya mutación provoca una pérdida de su función y como consecuencia aumentaría la probabilidad de que se desarrolle un tumor).

Aunque la mayoría de las entrevistadas considera el autocuidado y la realización de todos los exámenes y prácticas señaladas, como fundamental para la detección temprana y prevención del cáncer de mama, percibiendo además que esto mejora sustancialmente el pronóstico, pudiendo incluso disminuir el gasto para el sistema público de salud, así como el alto costo económico que puede significar su tratamiento en el sistema privado de salud, tienen la idea que un alto porcentaje de las mujeres no se realizan estos exámenes, siendo un factor determinante en esto la dificultad para las

mujeres para ponerse como prioridad. Así, una de las entrevistadas menciona:

“Estamos formateadas culturalmente, ir al médico requiere de tiempo, está en horarios en que las mujeres o trabajan o están al cuidado de hijos o adultos mayores, requiere de una organización extra para ir al médico y después a tomarse un examen, termina no siendo una prioridad sino un problema de cómo resuelvo todo lo otro para hacerme el tiempo de hacer algo que es necesario para mi salud, está el tema laboral, pero uno si pide permiso para cuidar a los hijos y otras cosas en relación al cuidado de otros y no de ellas” (participante 6)

Si bien las participantes perciben que, en general, tanto las mujeres como los hombres, no realizan acciones orientadas al autocuidado, las ideas sobre los motivos que determinan esta conducta son diferentes para ambos. Como se mencionó, en el caso de las mujeres se relaciona con la postergación y con no tener tiempo por estar dedicadas a labores de cuidado, hogar y trabajo, en tanto, en el caso de los hombres, la mayoría señala que tendría que ver con el miedo.

“...creo que las mujeres no se hacen muchas mamas, por tiempo, trabajo, familia, hijos, inevitablemente estamos formateadas para postergar, sobretodo en salud, pero los hombres son más cobardes, por eso postergan ir a hacerse exámenes.” (participante 7)

En el caso de las seis participantes que tenían hijas, y respecto a si les transmitían o no la importancia del autocuidado como medio para poder realizar un diagnóstico temprano, la mitad señala que no lo han hablado con ellas y la otra mitad refieren o que lo han hablado o que están informadas a través de otras fuentes, como por ejemplo, el colegio o los médicos, y una de ellas señala que su hija es aún muy pequeña para hablarle de cáncer de mama y prevención.

Sobre los **factores protectores** todas las participantes señalaron que sería relevante no tener antecedentes familiares, en segundo lugar, estaría el amamantar y tener hijos, y por último, tener un examen anterior sin hallazgos. En relación a la lactancia, dos de las participantes mencionan que la lactancia es un factor protector más preponderante que el tener hijos, aunque ninguna tiene claridad de cómo actúan estos factores para

prevenir la aparición del cáncer de mama. Una de ellas señala:

“más que tener hijos es si das o no leche, y mientras más tiempo des leche mejor, una lactancia prolongada te protege del cáncer de mama.... creo que mientras estás dando leche no puede darte cáncer de , o sería muy raro” (participante 2)

Respecto a los **factores de riesgo**, los hallazgos más preponderantes hacen alusión al cuidado de la salud en general, señalando como relevante el consumo de alcohol, la mala alimentación, una vida estresante, tabaquismo y obesidad. Tres de las entrevistadas, consideran como factores directamente asociados con un aumento en la probabilidad de padecer cáncer de mama, el aumento de la producción de hormonas, y una de ellas adiciona el hecho de ser mujer. Esta participante señala:

“El cáncer de mama es de la mujer, sólo por ser mujer ya estás en el espacio del cáncer de mama” (participante 6)

Por último, la mayoría de las participantes refieren que las **fuentes de información** sobre el cáncer de mama suelen ser las redes sociales, los familiares y cercanos, los médicos o centros de salud y, en menor medida, los medios (tv, noticias, publicidad, radio), pero también, más de la mitad de ellas, señala que la información respecto al cáncer de mama se transmite a nivel familiar, sobretodo si alguien de la familia padece o padeció de cáncer de mama. Una de ellas menciona:

“en las familias donde ha habido cáncer de mama manejan mucha información desde muy jóvenes, es porque se puede heredar, si alguien de tu familia tiene es más peligroso, más posible tener tú” (participante 4)

En relación a las **campañas de concientización** sobre el cáncer de mama, las entrevistadas piensan que no son muy eficaces, que debieran ser desde más temprano, no focalizadas en las mujeres adultas, y con una mirada más integral. Apareció la idea que era importante visibilizar la relevancia de la transmisión por línea materna, y debieran ser hechas con gente mediática, pues generan la idea de ser más cercanas que una desconocida. Algunas ellas tienen la idea que durante el día mundial del cáncer de mama o el mes del cáncer de mama se realizan numerosas actividades para generar conciencia y

visibilizar esta enfermedad, sin embargo luego se ve relegada a la salud primaria. Al respecto, dos participantes comentan:

“debieran ser desde más chicas, para que desde que uno es chica supiera que debe hacerse cargo de cuidarse, para integrarlo como parte del autocuidado, después como que uno no pesca a menos que lo vivas de cerca, le dan como bombo en fiesta pa los del mes del C y luego nada” (participante 3)

“...debiese estar en los planes desde chiquititas, desde la adolescencia o programas tipo control sano, de manera más temprana, así como cuando te llega la regla y te dan las indicaciones para no quedar embarazada, de la higiene, etc...” (participante 6)

Dentro de las campañas que sí conocían estaba la de la cinta rosada y la campaña de la mujer con mastectomía y el pecho tatuado, siendo esta última la que más impacto genera entre las entrevistadas, algunas lo toman como una posibilidad y a otras les parece una opción muy radical. Respecto a los organismos encargados de gestar estas campañas, las entrevistadas mencionan que en su gran mayoría son desde Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y desde otros países, pero también señalan que existirían algunas que surgen desde el MINSAL. Pero, en general, está la idea que no existe una promoción activa desde el sistema privado de salud (ISAPRES), ya que las isapres no entregarían información sobre prevención, siendo ésta acción más característica de la salud pública.

2. Tratamiento del cáncer de mama

Dentro de esta categoría las participantes se refirieron al tratamiento del cáncer de mama, a los efectos secundarios de los tratamientos, a los costos del tratamiento y a las RS que tienen del mundo médico o tratante del cáncer de mama.

Respecto al **tratamiento para el cáncer de mama** las participantes refieren que son variados y que, la elección de éste dice relación con la etapa en que se encuentre el cáncer de mama y también según criterios del cuerpo médico tratante.

Los tratamientos respecto a los que tienen mayor conocimiento las entrevistadas son la Quimioterapia, la Radio, la cirugía parcial y la mastectomía bilateral, unilateral y profiláctica, aunque también aparecieron mencionados, en menor medida, el uso de medicamentos, la inmunoterapia y algunos tratamientos alternativos.

La mayoría de las participantes piensan que tanto la cirugía parcial como la mastectomía unilateral o bilateral se utilizan en casos en que el cáncer de mama esté en una etapa más avanzada, de éstas, un menor grupo señala que la cirugía parcial les siempre la primera opción, y un par de ellas tienen la idea, que, si bien la cirugía parcial es la primera opción, la mastectomía (unilateral o bilateral) serían más efectivas para la erradicación del cáncer de mama.

Si bien, unas pocas participantes señalaron que, ante el aumento de la probabilidad de padecer cáncer de mama, (por antecedentes familiares) se realizarían una mastectomía profiláctica, pero que en Chile no sería viable, por un lado, porque serían los médicos quienes deciden la realización de esta cirugía sólo ante la presencia de la mutación genética BRASC 1 o BRASC 2, cuyo examen sería de alto costo, por lo tanto inaccesible para muchas mujeres. En relación a esto, una de ellas comenta:

“que te la hagan o no no es decisión del paciente, ellos deciden, no se puede realizar si no te haces el examen genético antes y se comprueba que tienes la mutación, y ese examen es súper caro, es lo que se del sistema privado, en el público ni idea” (participante 8)

Por otra parte, algunas entrevistadas tienen distintas ideas respecto a cuándo se realiza Quimioterapia, así algunas piensan que es la segunda opción después de la cirugía, y que se hace cuando el cáncer de mama está en una etapa más avanzada, aunque una de ellas señala que es en etapas tempranas, y otra refiere que existen distintos tipos de Quimioterapia según el tipo de cáncer de mama que se tenga.

La mayoría de las participantes señaló que se someterían a este tratamiento si fuese estrictamente necesario, y esto sería si el cáncer de mama está en etapas avanzadas. Dos participantes manifiestan que no se someterían a este tratamiento porque empeoraría

o no modificaría el pronóstico, ya que las probabilidades de recuperarse a un cáncer de mama en etapas avanzadas son muy bajas, pero señalan que si accederían a realizarse tratamientos alternativos o paliativos. Sobre esto último una entrevistada expresa:

“la quimio es lo que finalmente te mata, no el cáncer de mama, he visto a muchas personas con cáncer de mama, muchas cercanas y solo una que no se hizo quimio está viva y ha tenido como 7 veces C, todos los otros se han muerto de C”
(participante 3)

Pese a que las participantes creen que la quimioterapia parece ser el tratamiento principal frente al diagnóstico de cáncer de mama en etapas avanzadas, algunas mencionan que a esto se añadiría la radioterapia, e incluso una de ellas refiere que, para el cáncer de mama, sería incluso más común utilizar este tratamiento antes que la quimioterapia, ya que tiene menos efectos secundarios y es menos lesiva. Sin embargo, otra de las entrevistadas señala que, en su experiencia, la radio tiene efectos a largo plazo que serían permanentes, y que estos no son informados por los profesionales de la salud.

En relación a los tratamientos alternativos, tres participantes (dos, tres y cinco) refieren que recurrirían a ellos antes que los tratamientos tradicionales (quimioterapia y radioterapia), dentro de estos aparecen las abejas, los gorgojos, la homeopatía, el escorpión azul y la ayahuasca.

Sobre los **efectos secundarios de la quimioterapia**, la mayoría de las participantes mencionan que son devastadores, que sería como un envenenamiento, dentro de ellos los que más mencionan es la pérdida del pelo, el malestar generalizado, los vómitos y consecuencias psicológicas y emocionales. Y en menor medida aparecen la pérdida del apetito, el cansancio, una baja generalizada del sistema inmune, la neuropatía y la pérdida del goce.

Por su parte, dentro de los **efectos secundarios de la radioterapia**, algunas de las entrevistadas creen que no tiene, pero tres de ellas mencionaron que sí existían y que serían principalmente dolor permanente y de difícil manejo, daño a órganos sanos, debilidad muscular y los vómitos.

Dos participantes mencionaron que existirían **efectos secundarios a largo plazo**, producto tanto de la quimioterapia como de la radioterapia, y estos serían: infertilidad, dolor constante, dificultades para comer e incluso no volver a caminar.

Una de ellas señaló que el **tratamiento con medicamentos** se utiliza para disminuir la posibilidad de reaparición del cáncer de mama y que este, también, tendría efectos secundarios, principalmente que generaría una especie de premenopausia lo que traería consecuencias en la sexualidad debido a una disminución o inexistencia de lubricación de la vagina.

Sobre los **costos del tratamiento del cáncer de mama** en el sistema público, algunas señalaron que sería de alto costo, que no incluiría todos los tipos de quimio y que tienen la idea que debe ser más lento acceder al tratamiento lo que puede resultar en un agravamiento de la enfermedad. Desconociendo la mayoría de ellas si esta patología está o no en GES. Una de ellas, usuaria de este sistema, refiere que posee un seguro oncológico, para costear esta enfermedad en caso de padecerla.

“.. si, tengo FONASA, pero me atendería en el sistema privado, todas las clínicas tienen un área oncológica... tengo un seguro oncológico y eso me cubriría todo, aunque FONASA funciona para los exámenes no sé para los tratamientos, creo que puede ser todo más lento, entonces es más peligroso” (participante 4)

En el caso del sistema privado de salud (ISAPRE), dos de las entrevistadas refieren que les genera confianza y que suelen preferir este al público, sin embargo, consideran que es de alto costo, sobretodo si se es independiente laboralmente, que esto generaría una dificultad mayor, pues no se accede a las licencias. En relación a los anterior, la participante comenta:

“dejar de trabajar para mí sería dramático... o sea, además de estar enferma... es que en la casa la mayor carga económica es mía, es lo malo de ser independiente, nadie te paga las licencias y si no trabajas no ganas” (participante 1)

Por último, la **idea en relación al mundo médico o tratante** que más apareció fue que faltaría una mirada más amplia e integral de la salud y de la enfermedad, donde no se transmita la necesidad e salud desde el temor a padecer una enfermedad y donde existiría un sistema patriarcal, con un modelo médico que infantiliza los efectos del tratamiento en el cuerpo de la mujer, donde son ellos los que deciden sobre el cuerpo de las mujeres, donde existen menos estudios respecto al uso de medicamentos en mujeres que en hombre, donde se trata de modo distinto el cuerpo femenino y el masculino. Una de las entrevistadas comenta:

“desconfío del interés por buscar exámenes menos invasivos para las mujeres. Está estudiado que las minorías en medicina son subestudiadas, y las mujeres somos minoría... no en cantidad sino en términos de poder, por ejemplo, todo lo que se sabe del infarto está basado en el conocimiento que se tiene de los hombres, no de las mujeres, los síntomas de la mujer son distintos, entonces, como el cáncer de mama es algo que le da mucho más a las mujeres, no les interesa buscar otros exámenes, si fuera para ellos te apuesto que ya habrían inventado algo que no doliera o molestara tanto...” (participante 6)

Así, las participantes manifiestan que los médicos estarían en una situación de poder, donde son ellos quienes deciden sin considerar la opinión de la paciente, que solo adscriben a tratamientos alópatas, que falta un acompañamiento de parte de ellos en relación a las consecuencias emocionales del tratamiento, que hay solo una mirada hacia lo estético y que nos les interesarían los efectos psicológicos que puede tener una mastectomía en la mujer, que no suelen informar de los efectos secundarios de los tratamientos y donde existiría un discurso punitivo que dificulta la realización de los exámenes. Sin embargo, una participante manifiesta que en el sistema privado sería mejor el trato hacia la mujer que en el sistema público, y otra refiere que en la medicina alternativa se daría un trato más humano.

3. Cáncer de mama: cuerpo y relaciones

Para la categoría “cáncer de mama: cuerpo y relaciones”, durante las entrevistas aparecieron como subcategorías los cambios en el cuerpo, de las representaciones sociales de las mamas, de las relaciones con otros significativos en el caso que hubiese un diagnóstico de cáncer de mama y de la comunicación del diagnóstico.

En relación a los **cambios en el cuerpo**, se habló casi exclusivamente de la **mastectomía**, al respecto las participantes dijeron que es algo que sería muy difícil de sobrellevar para ellas, incluso, dos participantes lo calificaron como algo de que destruiría su autoestima y la seguridad en sí mismas, como algo devastador, algo con consecuencias psicológicas importantes, que implicaría un cambio en el mapa erógeno y en el deseo sexual mismo.

En relación con lo anterior, dos entrevistadas creen que más que la mastectomía para ellas sería devastadora la caída del cabello producto de este tratamiento. Una de ellas declara:

“... pelarte! tengo un trauma con eso, siento que se te ve más el pelo que las pechugas, estás todo el tiempo más expuesta. Me vería horrible pelá, mis facciones no me ayudarían en absoluto. Pero no me compraría una peluca, ahí mi pretensión se detiene. No sería fácil. Además, es la demostración fehaciente de la enfermedad misma” (participante 3)

Otras señalaron verlo como una mutilación, como algo que le generaría conflictos con su cuerpo. Al respecto, una de ellas señala:

“es impactante verse sin una mama, con una cicatriz, con un hoyo, lo he visto en mis amigas y verlas es como hay un hueco, se ve triste” (participante 8).

Algunas participantes mencionan que sería algo que las afectaría, pero no exclusivamente si fuera en las mamas, sino la extirpación de cualquier parte del cuerpo que fuera visible. Una de las entrevistadas expresa:

“en el cuerpo de la mujer cualquier cambio es difícil, hay una exigencia y autoexigencia por cumplir estereotipos de belleza, el cuerpo de la mujer es más

juzgado” (participante 1)

La mayoría de las participantes mencionan que más que la mastectomía y que el cáncer de mama es el C en general y todo lo que implica su tratamiento a nivel de alteraciones físicas y psicológicas. Y en relación a esto una de ellas señala:

“... más que con la pechuga es el C, no me imagino una persona con C tirando, se me viene a la cabeza la quimio, la radio, quedarse pelada... se detiene la vida cotidiana” (participante 7)

Por último, en relación a la posibilidad de reconstrucción de la mama posterior a la mastectomía, la mayoría señala que se la haría, sin embargo, algunas de éstas piensan que las mamas no quedan igual, que la reconstrucción no es tan eficiente en ese sentido. Por su parte dos de las participantes, creen que no se la haría, sin embargo, consideran que sólo viviendo la experiencia de una mastectomía se puede realmente tomar la decisión de si someterse o no a una reconstrucción, que es una decisión muy íntima. Una de las entrevistadas que expresó la idea de que no se sometería a reconstrucción mamaria señala:

“no me la haría... este órgano está vinculado a la alimentación, pero también al atractivo sexual, a tu despliegue erótico hacia el mundo, y aparece la pregunta de si puede o no una mujer sentirse atractiva sin tetas, ¿puede sentirse femenina sin pechugas, yo creo que por supuesto, para esto tienen que pararte desde la autonomía, lo que implica autonomía y cuestionamiento de los cánones establecidos respecto del cuerpo de la mujer y lo femenino” (participante 2)

En cuanto a las **representaciones sociales de las mamas**, la mayoría de las participantes piensa que las mamas están muy relacionadas con la identidad femenina y que son muy importantes en la sexualidad. Muchas señalan a las mamas como una zona erógena muy relevante, tres de las cuales refieren que las mamas están sexualizadas y relacionadas con la belleza femenina y el atractivo sexual, lo que sería algo cultural. Una de las participantes refiere:

“son muy importantes para los hombres, son lo primero que te ven. Es algo bonito de mi cuerpo y un cuerpo bonito es más femenino” (participante 4)

Respecto a **las relaciones con otros significativos**, en el caso que hubiese un diagnóstico de cáncer de mama, la mayoría expresa que la relación con la pareja se vería afectada, pero principalmente porque la autopercepción del atractivo físico sería menor y esto les generaría inseguridad. En relación a lo anterior, aparece la noción de que la propia idea de haber perdido el atractivo físico, el ser menos deseable para el otro en tanto estas modificaciones que ha sufrido el cuerpo, puedan hacer que uno se ponga a la defensiva y mal interprete comentarios o situaciones. Sobre esto, una de las entrevistadas señala:

“Tiene más que ver con uno, es más bien uno la que se boicotea eso, “yo no me siento linda”, y a partir de esa posición propia de uno puede hacer que la cuestión cambie, entonces si él hace algún comentario que a uno no le parece uno pueda sentirse o no apoyada, y a veces puede que sea algo na que ver...” (participante 6)

En menor medida aparece la creencia que el otro no sería honesto respecto a cómo la ve, en relación a la pérdida de atractivo consecuente a una mastectomía u otros efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama, y que esto probablemente generaría un cambio en la sexualidad. Una de las entrevistadas comenta:

“creo que quizás no me diría nada, para no hacerme sentir mal, pero yo sabría la verdad, mi cuerpo se ve más feo, menos atractivo” (participante 4)

Todas las entrevistadas que tienen hijos señalan que el diagnóstico de cáncer de mama afectaría la relación con ellos, algunas creen que sus hijas e hijos responderían de un modo distinto al diagnóstico según sus personalidades y edades, pero, en general, piensan que les generaría angustia, miedo e incertidumbre. Una de ellas señala:

“se morirían de susto pensando en que la mamá se va a morir, es inevitable que piensen eso, genera un ambiente terrible de que va a pasar algo muy malo, y que yo voy a pasarlo mal, a sufrir, tener dolor” (participante 7)

Sobre el cambio en las relaciones con otros cercanos, la mayoría de las participantes piensa que a los cercanos les darían ganas de ayudar y apoyarlas, pero

algunas expresan que sería en otras mujeres donde encontrarían mayor empatía. Una de ellas refiere:

“Puede que un diagnóstico de cáncer de mama en alguien cercano genere preocupación por la salud de una misma, y esto aumente la cantidad de mujeres que

vayan a hacerse los exámenes, puede provocar movimiento. No sé si cambian las relaciones con los otros, imagino que sí, pero creo que en la comprensión, poder comunicar lo que te pasa es mucho mejor una mujer para eso, que te entienda aunque no le haya pasado” (participante 8)

Por último, sobre la **comunicación del diagnóstico**, la mayoría de las participantes señala que se lo comunicaría a todos sus cercanos, entendiendo como cercanos a la familia y amigos más próximos, en búsqueda de contención, en búsqueda de apoyo logístico y porque consideran que no hablarlo es peor. Sin embargo, una de las participantes señala:

“Sólo se lo contaría a los que pienso son más firmes emocionalmente, no quiero ser un cacho” (participante 7)

4. Imaginario en torno al cáncer de mama

En la categoría respecto al imaginario en torno al cáncer de mama de las participantes se habló del origen del cáncer de mama, de la prevalencia del cáncer de mama, de la mortalidad del cáncer de mama, de las ideas o emociones asociadas a la posibilidad de tener cáncer de mama, de la influencia de la experiencia de figuras públicas o cercanos con diagnóstico de cáncer de mama, y finalmente de otras imágenes asociadas al cáncer de mama.

Sobre el **origen del cáncer de mama**, todas las entrevistadas señalan que la

predisposición genética sería un antecedente determinante en la probabilidad de padecer cáncer de mama, la mayoría menciona que el antecedente genético con más peso es desde la línea materna y sobretodo si es familiar directo (abuela, madre o hermana). Tres entrevistadas manifiestan que existiría una mutación genética que originaría el cáncer de mama y dos de ellas mencionan que podría existir un gatillar de orden emocional o psicológico, pero esto en relación al origen de cualquier tipo de cáncer. Al respecto, una de las participantes refiere:

“Desde las terapias alternativas esto es lo que se piensa, el cáncer representa conflictos y el significado depende del lugar donde te dé el cáncer, por ejemplo depende en qué mama te de cáncer de mama, así uno sabe que significa, si un conflicto con la madre o con la pareja..” (participante 2)

Respecto de la **prevalencia del cáncer de mama**, sólo una de las entrevistadas señaló que el cáncer de mama es un cáncer con alta prevalencia, las otras manifestaron desconocer, tanto en Chile como a nivel mundial, si era alta o baja. En general, tienen la idea que es un cáncer que se suele diagnosticar con mayor frecuencia desde los 30-40 años en adelante.

En relación **a la mortalidad del cáncer de mama**, la mayoría cree que es alta, más que otros tipos de cáncer pero que la probabilidad de resultado de muerte aumenta cuando es pesquisado en etapas más avanzadas, siendo aún más complejo y de difícil manejo cuando el cáncer de mama se expande a los ganglios. Sin embargo, dos de ellas mencionan que el porcentaje de mortalidad depende del tipo de cáncer de mama que sea y otras dos refieren que la mortalidad el cáncer de mama no sería tan alto y que tiene un buen pronóstico. Sólo una de ellas señala que es el cáncer que más mujeres mata en Chile. En general, perciben que es un cáncer con altas probabilidades de reaparición y que sólo después de cinco años sin cáncer se puede dar el alta. Respecto a lo anterior, una de las participantes menciona:

“Sé que detectado a tiempo no, pero que también depende del tipo de cáncer, hay uno más común que detectado a tiempo súper bien... el más común no es tan agresivo y si es detectado a tiempo... mientras más a tiempo mejor, cada un año, porque el crecimiento es lento, si te lo pillas a tiempo evitas que se te pase a los

ganglios, pero hay unos cáncer que son de crecimiento más rápido y pueden ser más agresivos...” (participante 6)

Las **ideas o emociones asociadas a la posibilidad de tener cáncer de mama**, que aparecieron con mayor frecuencia fueron el miedo, la posibilidad de muerte, preocupación por hijos y familiares cercanos. Una de las participantes señala:

“La palabra cáncer en general te hace pensar en muerte, el cáncer es una enfermedad muy letal, encuentro que la palabra cáncer está muy asociada a muerte, más que otras enfermedades” (participante 8)

Por un lado, aparece con frecuencia la idea que tener antecedentes familiares genera preocupación y, en algunos casos, acción (realización con mayor periodicidad de autoexamen, mamografía y ecotomografía mamaria). Y también la ansiedad y la angustia, como emociones que se gatillarían al enfrentarse a un diagnóstico de cáncer de mama.

Unas pocas participantes señalaron que lo ven como algo muy lejano y que frente a un diagnóstico de cáncer de mama se centrarían en disfrutar la vida más que en realizarse tratamientos para el cáncer de mama.

De la **influencia de la experiencia de figuras públicas o cercanos con dg de cáncer de mama**, las participantes que refirieron que ante un diagnóstico de cáncer de mama no se someterían a un tratamiento tradicional (quimioterapia y radioterapia), señalan como uno de sus principales motivos para esto el haber visto el dolor, sufrimiento y desenlace de muerte en cercanos con diagnóstico de cáncer que sí se sometieron al tratamiento tradicional.

La gran mayoría de las entrevistadas mencionaron a figuras públicas con diagnóstico de cáncer de mama, como Angelina Jolie y su mastectomía bilateral profiláctica, como un hecho que visibilizó la enfermedad, esta cirugía y el examen genético para poder detectar la mutación BRAC 1 y BRAC 2; Claudia Conserva, para comentar la ineficacia de los exámenes preventivos; Angélica Houston, como referente de la lucha política que puede representar no reconstruirse las mamas después de una

mastectomía; y Pilar Sordo, como alguien que fue capaz de dar un sentido a su experiencia de diagnóstico de cáncer de mama. Por ejemplo, dos de las entrevistadas señalan:

“vi a la la Angelina Jolie, me acuerdo que la vi y dije ¿servirá? ¿me saco las mamas para no tener C?” (participante 1)

“Angelina Jolie que se había sacado las pechugas, por esta cosa de que su mama había muerto de cáncer de mama y que ella se había hecho este examen súper elaborado de que tenía las mismas posibilidades, tenía en el ADN algo que propiciaba y versus la Angelica Hudson, que es morticia antigua y ella también tuvo cáncer de mama y tenía esta visión más política de no ponerse implantes” (participante 2)

Y finalmente sobre **otras imágenes asociadas**, apareció la idea que más allá de que sea cáncer de mama u otra enfermedad compleja, el diagnóstico de ésta es algo difícil, pero algunas piensan que hay una diferencia cuando se es mujer y cuando se es hombre, que en esto influye la mirada respecto al cuerpo femenino, que la dicotomía masculino/femenino sería restrictiva, que ser mujer está asociado a mayor dolor y a mayor probabilidades de padecer enfermedades y que los exámenes a los que son sometidos los hombres son más sencillos que los exámenes a los que se someten las mujeres.

Discusión

El objetivo general de esta memoria fue caracterizar las representaciones sociales asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres sanas de la ciudad de Santiago de Chile. A través de la realización de entrevistas a ocho mujeres sanas de entre 45 y 55 años de edad, con domicilio en la Región Metropolitana adolescentes, pertenecientes algunas a ISAPRE y otras a FONASA, se cumplió satisfactoriamente el objetivo general, así como los objetivos específicos formulados. Al respecto, fue posible describir las RS asociadas a las causas del cáncer de mamas; describir las RS s asociadas al tratamiento del cáncer de mamas y a sus resultados; describir las RS asociadas al cuerpo y el cáncer de mamas (transformaciones, deterioro, etc.); y describir las RS asociadas a las transformaciones en las relaciones con otros significativos.

De esta manera, los hallazgos de esta investigación sobre los significados que construyen las mujeres en relación al cáncer de mama y las ideas que poseen respecto a los exámenes preventivos, detección precoz y tratamientos de la enfermedad están fundados en las narrativas de las mujeres participantes en el estudio. En conjunto estos resultados coinciden con otras investigaciones previas en el campo del cáncer de mama –los que serán discutidos a continuación-, y aportan nuevos conocimientos sobre las percepciones y experiencias de mujeres en Chile en relación a esta enfermedad.

En relación al objetivo de “describir las RS asociadas a las causas del cáncer de mamas”, los resultados de las categorías y subcategorías que fueron detalladas previamente, nos permiten explorar las ideas asociadas a las causas del cáncer de mama. Así, a los “síntomas y signos del cáncer de mama”, las participantes señalaron que el cáncer de mama puede ser silente y cursar sin síntomas o signos claros. El bulto o nódulo en las mamas o las axilas fue mencionado como el síntoma más característico. Algunas participantes mencionaron la presencia de leche, sangre, protuberancias o hundimiento del pezón y cambios en la piel como posibles signos. La percepción general fue que el dolor no es común en etapas tempranas del cáncer de mama. Coinciden en que el cáncer de mama puede ser silente y cursar sin síntomas claros. En muchas ocasiones el cáncer de

mama no presenta síntomas evidentes en etapas tempranas. Lo cual coincide con lo que aparece en otros estudios (Al-Dubai et al, 2012; Álvarez, 2020; Banegas et al., 2012; Martín et al, 2015), que señalan que el cáncer de mama no daría signos o síntomas sino hasta que la enfermedad está más desarrollada. Sin embargo, la presencia de un bulto o nódulo en las mamas o las axilas fue mencionado como el síntoma más característico. Esto evidencia la idea de que la detección temprana del cáncer de mama puede ser desafiante debido a la falta de síntomas evidentes en las etapas iniciales. Además, destaca la importancia de la autoexploración y la detección de bultos o nódulos como una señal de alarma para buscar atención médica.

Respecto a la subcategoría de “prevención y el autocuidado”, casi todas las participantes afirmaron realizar el autoexamen, pero solo algunas lo harían con frecuencia. La mayoría consideró el autoexamen como importante, pero solo la mitad tenía conocimiento sobre cómo y con qué frecuencia realizarlo. Esto concuerda con investigaciones anteriores (Al-Dubai et al., 2012; Álvarez, 2020; Banegas et al., 2005; Del Toro et al, 2014; Giraldo & Arango, 2009; Kern & Moro, 2012; Robayo et al, 2019) que han mostrado que el autoexamen de mamas es una práctica común entre las mujeres, pero su frecuencia y técnica adecuada son aspectos que requieren mayor atención y educación. Los resultados confirman que existe un conocimiento limitado sobre el cáncer de mama, una falta de conciencia sobre las opciones de detección temprana, y recalcan la importancia de abordar las barreras culturales y socioeconómicas para mejorar la educación y las prácticas de detección.

La mamografía fue reconocida por las entrevistadas, como uno de los exámenes más relevantes para la detección precoz del cáncer de mama, pero hubo falta de certeza en cuanto a la periodicidad adecuada para realizarlo. Esto está respaldado por investigaciones (Abugatas et al, 2015; Bravo et al, 2021; Razmilic et al., 2010; Rodríguez et al, 2021) que han mostrado la importancia de la mamografía en la detección temprana del cáncer de mama, pero también han evidenciado la falta de conocimiento y comprensión sobre su frecuencia óptima en la población general, quedando expuesta la falta de conciencia y conocimiento sobre el cáncer de mama, su prevención y tratamiento, lo que dificulta que las mujeres se realicen los exámenes bajo los criterios médicos

recomendados, con el fin de acceder a una detección temprana de esta patología.

En relación a los “factores protectores”, apareció con alta frecuencia el no tener antecedentes familiares, amamantar y tener hijos, siendo la lactancia más preponderante que el tener hijos en sí. Entre los “factores de riesgo, las participantes incluyeron el consumo de alcohol, la mala alimentación, la vida estresante, el tabaquismo y la obesidad, pero se mencionaron como factores de riesgo para muchas enfermedades, no sólo para el cáncer de mama en específico. Algunas participantes destacaron el aumento de la producción de hormonas y el género femenino como factores asociados con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas (Allo et al, 2019; Fehniger et al, 2014; Icaza et al., 2017; Kern & Moro, 2012; Martin et al, 2015) en cuanto a la percepción de la predisposición genética como un factor determinante en la probabilidad de padecer cáncer de mama, así como factores reproductivos y hormonales.

Además, se encontró que las participantes tenían un conocimiento limitado sobre la prevalencia del cáncer de mama tanto a nivel nacional como mundial. También se reflejó la variabilidad de las percepciones sobre la mortalidad del cáncer de mama, resaltando la importancia de la detección temprana y el seguimiento adecuado para evitar la progresión de la enfermedad.

En cuanto al objetivo “Describir las representaciones asociadas al tratamiento del cáncer de mamas y a sus resultados”, las participantes mencionaron como “tratamientos del cáncer de mama”, a la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia hormonal. Reconocieron que la elección del tratamiento depende del estadio y características del tumor, así como de las recomendaciones médicas. Algunas participantes expresaron temor y preocupación por los efectos secundarios de los tratamientos, especialmente en relación a la quimioterapia, como la caída del cabello y la debilidad. Así, en esta como en otras investigaciones (Benjamin et al, 2002; Ceballos et al, 2011; Ribeiro et al., 2017), se reflejan las preocupaciones comunes de las mujeres respecto a los efectos adversos de los tratamientos del cáncer de mama. Las participantes mencionaron diferentes tratamientos para el cáncer de mama, como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la terapia

hormonal, y expresaron preocupación por los efectos secundarios de los tratamientos especialmente en relación a la quimioterapia, como la caída del cabello y la debilidad. Algunas entrevistadas señalaron que considerarían realizarse una mastectomía profiláctica debido a antecedentes familiares, señalaron que en Chile esta opción puede ser inaccesible debido a los altos costos y la necesidad de pruebas genéticas específicas.

En este estudio, las participantes expresaron la necesidad de una mirada más amplia e integral de la salud y la enfermedad de parte del “mundo médico y/o tratante”, y se percibió un sistema patriarcal y una infantilización de los efectos del tratamiento en el cuerpo de la mujer. Se cuestionó la falta de investigación y enfoque específico en las mujeres, así como la falta de información sobre los efectos secundarios y un trato más humano por parte de los médicos.

Además, las participantes señalaron la importancia de la detección temprana y el acceso oportuno a los servicios de salud y cómo esto se veía interferidos por dificultades en el sistema de salud, como largas listas de espera y falta de recursos, que pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento. Esto resalta la necesidad de mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en relación al cáncer de mama. Lo anterior, destaca la necesidad de mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud en relación al cáncer de mama, con el objetivo de facilitar la detección temprana y garantizar un acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento.

En cuanto al objetivo de “describir las representaciones asociadas al cuerpo y el cáncer de mamas”, se obtuvieron resultados respecto a las ideas de las participantes en relación a los cambios en el cuerpo que se pueden sufrir producto de un cáncer de mama o de sus tratamientos y a la percepción de la mastectomía. Las participantes expresaron que la pérdida de una mama sería devastadora para su autoestima y seguridad, afectando su imagen corporal. Este hallazgo coincide con estudios que han señalado la importancia de abordar el impacto emocional y la imagen corporal en las mujeres que enfrentan una mastectomía. Los resultados obtenidos respaldan investigaciones anteriores (Aguayo 2021; Alarcón et al., 2018; Borbón & Beato, 2002; Fernández, 2020), que han destacado la preocupación y el temor de las mujeres por los cambios físicos asociados al cáncer de

mama y los tratamientos. Así, existe mucha preocupación y aprehensiones en relación a los cambios en el cuerpo, imagen corporal y a la sexualidad en mujeres supervivientes de cáncer de mama, ya que la pérdida de una mama puede ser percibida como algo devastador para la autoestima y la seguridad de las mujeres, afectando su percepción de sí mismas y su imagen corporal.

Los resultados mostraron que las participantes consideran que las mamas están estrechamente relacionadas con la identidad femenina y son importantes en la sexualidad. Las describieron como una zona erógena relevante y asocian su apariencia con la belleza y el atractivo sexual. Sin embargo, algunas reconocieron que esta concepción está influenciada por aspectos culturales. Estos hallazgos respaldan la idea de que las mamas tienen un valor simbólico en la construcción de la feminidad y la sexualidad femenina, como ya han señalado otros autores (Blanco, 2010; Capulín, 2014; Cubillos, 2022; García & Gonzáles, 2007; Thorne & Murray, 2000).

La mayoría de las participantes mostraron una disposición general a someterse a una reconstrucción mamaria después de la mastectomía, pero también reconocieron que la decisión es personal y que la reconstrucción no devuelve la mama a su estado original. Esta idea es consistente con investigaciones anteriores (Álvarez 2020; Banegas et al. 2012; Bravo et al. 2021) que han resaltado la importancia de la mayor información posible a las mujeres, ofrecer opciones de reconstrucción mamaria, así como la importancia de brindar un apoyo emocional adecuado a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y recuperación (Arrieta et al. 2019; Gonzáles & García, 2004; García & Rincón, 2011).

A través de los resultados obtenidos se pudo confirmar que el cáncer de mama tiene fuertes representaciones sociales asociadas a la muerte inevitable, terror, sufrimiento, incurabilidad e impotencia. Lo que aparece también en otros estudios (Barroilhet et al., 2005; Chávez & Gómez, 2018; Chávez et al., 2020; García & Gonzáles, 2007; Garzón et al, 2014), que afirman que el cáncer de mama puede generar sentimientos de pérdida y sufrimiento, lo que está relacionado con las representaciones sociales asociadas a la muerte inevitable. Las entrevistadas coinciden en que las mujeres

con cáncer de mama suelen presentar dificultades a nivel emocional y social debido a los cambios en el estilo de vida y la imagen corporal. El daño o la pérdida de una o ambas mamas puede generar malestares o sentimientos de pérdida de funciones y significados, afectando la identidad y la autoestima, y así afectar la esfera familiar, las relaciones de pareja, la vida laboral y social de la mujer.

Sobre el apoyo emocional y psicológico durante el proceso de tratamiento y recuperación, las participantes mencionaron la importancia de contar con el apoyo de la familia, amigos y grupos de apoyo. Destacaron la necesidad de tener un espacio para expresar emociones, compartir experiencias y recibir contención. Esto está respaldado por la literatura (Abreu et al, 2005; Alarcón et al., 2018; Arrieta et al., 2019; García & Gonzáles, 2007; García & Rincón, 2011; Méndez & Villagra, 2020; Mate et al., 2004) que muestra el impacto emocional y psicológico del cáncer de mama y la importancia del apoyo social en el bienestar de las mujeres afectadas.

En relación a la comunicación del diagnóstico y el apoyo social, los resultados destacan la importancia que tiene para las participantes contar con el apoyo de seres cercanos durante el proceso de enfrentar el cáncer de mama. Las participantes expresaron su disposición a compartir el diagnóstico con sus seres cercanos, buscando contención y apoyo. Algunas mencionaron que compartir el diagnóstico con otras mujeres podría generar conciencia y movilizarlas a tomar acciones para un diagnóstico precoz. Estos hallazgos refuerzan la importancia de fomentar el apoyo social y la comunicación abierta en el manejo del cáncer de mama. Aparece también la idea de que compartir el diagnóstico con otros puede generar conciencia y movilizar a las personas a tomar medidas para la detección temprana y el cuidado de su salud.

Respecto al objetivo de “explorar las RS asociadas a las transformaciones en las relaciones con otros significativos”, los resultados muestran que las participantes perciben que un diagnóstico de cáncer de mama puede afectar las relaciones con la pareja y con los hijos, debido a cambios en la percepción del atractivo físico y la inseguridad resultante. Así, el diagnóstico de cáncer de mama, podría afectar la comunicación y la intimidad en las relaciones de pareja. Esto coincide con hallazgos de otros estudios (Blanco, 2010;

Capulín, 2014; Díaz, 2010) que señalan que los cambios en la apariencia física y la disminución del autoestima pueden generar inseguridades y tensiones en la relación. Además, se observó una mayor sensibilidad a los comentarios y malentendidos debido a la ansiedad y la defensividad generadas por el cáncer. Estos hallazgos respaldan lo mencionado en párrafos anteriores sobre la relevancia del apoyo emocional y la promoción de la comunicación abierta y comprensiva en el contexto de las relaciones familiares afectadas por el cáncer de mama.

Por último, a partir del análisis de las entrevistas aparecieron subcategorías que no estaban contempladas dentro de los objetivos. Una de ellas es respecto a las “fuentes de información sobre el cáncer de mama”. En los resultados se mencionaron las redes sociales, familiares, médicos y centros de salud como las principales fuentes. En relación al impacto que tienen las campañas de concientización y la efectividad con la que se perciben, todas las participantes coinciden en que las “campañas de concientización” actuales no son muy eficaces y deberían dirigirse a un público más amplio y desde edades más tempranas. Se sugirió visibilizar la relevancia de la transmisión por línea materna y utilizar personas mediáticas para generar cercanía. Algunas participantes mencionaron el Día Mundial del cáncer de mama y el Mes del cáncer de mama como momentos en los que se realizan actividades para concientizar, pero percibieron una falta de continuidad después de estos eventos.

Lo anterior, refuerza la idea de que las mujeres buscan información y apoyo en su entorno cercano y en los profesionales de la salud. Se percibió que la información se transmitía a nivel familiar, especialmente en casos de antecedentes familiares de cáncer de mama. Sin embargo, también se evidenció la falta de información y educación adecuada sobre el cáncer de mama, especialmente en relación a los exámenes preventivos y la detección temprana, así como la percepción de la poca eficacia que tienen las campañas de concientización actuales.

Los resultados obtenidos, en general, son coincidentes con hallazgos de otros estudios ya mencionados, y confirman la relevancia que desde la psicología se pretenda conocer el universo simbólico de las mujeres, es decir, las ideas, imágenes, creencias, aspectos

subjetivos y significados respecto del CM, para intentar acceder éste, en tanto organiza y articula los comportamientos de las mujeres en relación a: la prevención, autocuidado y presentismo u absentismo a las mamografías.

La selección de la muestra fue intencionada y de tamaño limitado, por ende, de características sociodemográficas homogéneas, esto implica que las categorías se saturan con mayor rapidez. En un comienzo el tamaño de la muestra era de 10 mujeres, pero a partir de la sexta o séptima entrevista no aparecía más información relevante ni otras categorías por lo que se resolvió modificar la muestra a 8 mujeres.

Pese a que esta es una investigación cualitativa, y en tanto eso, no se busca generalizar resultados a la población sino generalizar expresiones del fenómeno, el método de selección de la muestra resulta pertinente para los fines de esta investigación. Sin embargo, el carácter homogéneo de la muestra sólo permite acceder a una expresión acotada del fenómeno, no lo abarca en toda su complejidad. Por esto, para lograr mayor conocimiento respecto a las RS de las mamas, es fundamental generar una muestra incorporando otros criterios de selección, p.e: nivel socio-cultural y socio-económico, edad, población urbana o rural, género (para ver cómo perciben los hombres heterosexuales el CM, la necesidad de prevención y cómo se enfrentarían a los cambios físicos que puede generar el tratamiento en sus parejas), tipo de sistema de salud, entre otros. Para así poder explorar las diferencias y coincidencias en las narrativas, buscar nueva información que pueda orientarnos en cómo abordar esta enfermedad, en pos de disminuir el alto porcentaje de absentismo a los exámenes preventivos y también acompañar, de una mejor manera, a las mujeres que transitan por este diagnóstico.

En relación al carácter homogéneo de la muestra, es interesante considerar lo que emergió respecto al imaginario sobre las terapias alternativas, ya que esto también podría relacionarse con las características socioeconómicas de las participantes, por lo tanto, habría que preguntarse que, si al variar este aspecto en las participantes esta mirada también varía, si se reduce esta posibilidad y tiende a limitarse solo a tratamientos tradicionales, o si estas alternativas también están presentes, o bien, si pueden aparecer otras, como por ejemplo. aspectos vinculados a creencias religiosas y/o culturales.

Pese a los descrito anteriormente como limitaciones, dada la alta tasa de incidencia del cáncer de mama en la Región Metropolitana, siendo una de las regiones con mayor riesgo de mortalidad por cáncer de mama en mujeres, y dado que la urbanización y el nivel educacional alto serían factores de riesgo ecológico de mortalidad por cáncer de mama en Chile (Icaza et al., 2017), resulta relevante que la muestra configurada para este estudio sea coincidente con las variables mencionadas.

Un elemento relevante de este estudio fue constatar la importancia de la conversación, como una estrategia de generación y circulación de significados. Al momento de hacer las entrevistas no fue difícil facilitar la narrativa de las mujeres participantes; todas ellas reportaron la importancia de conversar sobre el cáncer de mama, así, esta instancia de conversación, dentro de una investigación, provocó conversaciones posteriores de las participantes con otras mujeres. Reforzando la importancia de instancias de comunicación de información y de conversación respecto de esta patología. Así, se espera que los hallazgos de este estudio puedan contribuir al desarrollo de estrategias comunicacionales orientadas a favorecer prácticas tendientes a la prevención y detección precoz del cáncer de mama en mujeres. Específicamente, los resultados sugieren que las campañas deberían posicionar la salud mamaria como un foco más amplio y no exclusivamente en el cáncer de mama, dar una visión más amplia de los tratamientos disponibles y su efectividad en la detección precoz. En la misma línea, en los resultados de este estudio, apareció la importancia de considerar el uso del testimonio de figuras públicas con las cuales las mujeres se puedan identificar. Por lo mismo, y dada la potencia del dispositivo conversacional, a futuro podría considerarse la realización de entrevistas grupales, en las que se trabajen narrativas comunes o puntos de disonancia de las narrativas en el mismo momento de la recolección.

Es así, como los hallazgos de esta investigación respecto a las RS sobre CM, pueden dar luces sobre las razones que podrían estar detrás del absentismo y de la poca penetración de las campañas de prevención, lo que podría aportar a realizar ajustes en los programas de prevención del CM, p.e: Mejoras en cantidad, calidad y disponibilidad de información y que se integre tempranamente y en contexto más amplio de la salud, o la

relevancia de participación de figuras públicas con CM en campañas, la consideración que la postergación en las mujeres es uno motivo para el absentismo, en tanto esto, se sugiere fomentar y facilitar realización de exámenes preventivos, mejorar las estrategias de incentivo hacia estos exámenes.

Conclusiones

En resumen, los hallazgos de esta investigación muestran que las mujeres chilenas tienen conciencia sobre la importancia de la prevención y detección temprana del cáncer de mama. Sin embargo, existen brechas en el conocimiento y la comprensión sobre los exámenes preventivos, la frecuencia adecuada de la mamografía y los factores de riesgo. Dentro de las razones que se mencionan para no realizarse los exámenes para la detección precoz es la postergación de la mujer, el trato que reciben desde el mundo médico y la poca penetración de las campañas. También se evidencia la necesidad de brindar apoyo emocional, mejorar la información y educación sobre el cáncer de mama, su prevalencia y mortalidad, conocimiento certero de los exámenes de tamizaje (autoexamen, mamografía y ecografía mamaria), así como el acceso oportuno a los servicios de salud. Es fundamental generar estrategias de comunicación para promover una mayor conciencia, educación y apoyo a la población en relación al cáncer de mama. Estos resultados pueden ser útiles para diseñar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer de mama en Chile.

Bibliografía

- Abreu, L., Grau, J. y Massip, C. (2005). La psicología de la salud y la lucha contra el cáncer. *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (467-506). Guadalajara, México. Editorial del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Abric, J. C. (1994). *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. En J.C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (59-82). Paris, Francia. Presses Universitaires de France.
- Abugattas, J., Manrique, J. y Vidaurre, T. (2015). Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 311-319. Recuperado en 29 de julio de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300018&lng=es&tlng=es.
- Aguayo, E. (2021) Identidad de género y sexualidad de mujeres con cáncer de mama: más allá de la materialidad del cuerpo. *Revista Punto Género*. (15), 70–88. En <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2021.64414>
- Alarcón, A., Ariza, J., Herrera, M. y Gomez, P. (2018). *Nivel de autoestima en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana*. (Tesis de pregrado). Universidad cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. En: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10499>
- Alcántara, J.A. (1993). *Cómo educar la autoestima*. Barcelona, España. Grupo Editorial CEAC S.A.

- Al-Dubai, S. A. R., Ganasegeran, K., Alabsi, A. M., Manaf, M. R. A., Ijaz, S., & Kassim, S. (2012). *Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study*. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(4), 1627-1632.
- Allo, T., Edewor, P. e Imhonopi, D. (2019). *Evaluación de los riesgos percibidos de cáncer de mama y detección de cáncer de mama entre mujeres en cinco gobiernos locales seleccionados en el estado de Ogun, Nigeria*. *SABIO Abierto*, 9(2). Recuperado de <https://doi.org/10.1177/2158244019841924>
- Álvarez, J., (2020). *Conocimientos, percepciones y prácticas en la prevención y detección oportuna de cáncer de mama*. (Tesis Magister). Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de enfermería y nutrición. México.
- Arrieta, I., Cárdenas, J., García, M., y Gaviria, A. (2019). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres con cáncer de seno: revisión bibliográfica una mirada desde la psicología de la salud. *Revista Universidad Católica Luis Amigó Berger*(3), 115-126. Recuperado de <https://doi.org/10.21501/25907565.3261>
- Banegas, M. P., Bird, Y., Moraros, J., King, S., Prapsiri, S., & Thompson, B. (2012). Breast cancer knowledge, attitudes, and early detection practices in United States-Mexico border Latinas. *Journal of women's health*, 21(1), 101–107. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2638>
- Barroilhet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 33(6) 390-397. Recuperado en <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3>

%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf

- Benjamin, B., Ziginskas, D., Harman, J. & Meakin, T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot study. *Psycho-Oncology*, 11(3), 244-248. En <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pon.593>
- Berger T. y Luckman P. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, (56), 9-36. En DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.28611>
- Blanco, R. (2010). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 19(1), 24-28. Recuperado en 04 de agosto de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100005&lng=es&tlng=es.
- Bonder, G. (1999). Género y Subjetividad: Avatares de una Relación no Evidente. En Montecino, S y Obach, *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas* (29-55). Programa Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile. En: https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay/alma9910064881797_03936/56UDC_INST:56UDC_INST
- Bonilla, E. y Sehk, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. En Bonilla, E. y Sehk, P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales (105-115). Bogotá, Colombia. Editorial Norma.

- Borbón, J. E. y Beato, A. I. (2002). Enfoque actual de la problemática salud sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.
- Bravo, P., Dois, A., Fernández, L. y Uribe, C. (2021). Consideraciones para comunicar riesgos y beneficios de la mamografía a perspectiva de los expertos. *Revista médica de Chile*, 149(2), 196-202. En <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n2/0717-6163-rmc-149-02-0196.pdf>
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, España. Paidós.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Revista Psicooncología*, 2(1) 71-80. En <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A>
- Capulín, M. (2014) Desafíos a la feminidad: el cáncer de mama. *International Journal of Good Conscience*. 9(1), 22-31. En [http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9\(1\)22-31.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf)
- Ceballos, Grey y Giraldo, C. (2011). Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Revista Aquichán*, 11(2), 140-157. Recuperado el 04 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000200003&lng=en&tlng=es.
- Chávez, A. y Gómez, M. del P. (2018). Representaciones sociales del cáncer de mama en mujeres libres de enfermedad: Comparación entre México y Colombia. *Actualidades En Psicología* , 34(128), 51-67. <https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.34738>

- Chávez, A., Gómez, M del P., y Torres, T. (2020). Representaciones sociales del cáncer de mama: una comparación de mujeres con diagnóstico reciente y mujeres sanas. *Actualidades en Psicología*, 34(128), 51-67. En <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.34738>
- Cubillos, S. (2022). Reflexión sobre cáncer de mama y autoestima. *Revista Colombiana de Salud Mental*, 1(1), 52-56. En <https://doi.org/10.26852/28059107.566>
- Del Toro, M., Peinado L. y Díaz A. (2014) Conocimientos y Prácticas sobre el Autoexamen Mamario en Mujeres de Cartagena De Indias (Bol. – Col). *Ciencia e Innovación en Salud*, 2(1), 6. En <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/70>
- Díaz, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Revista Pensamiento Psicológico*, 7(4) p.155-160.
- Doise, W. (1991). Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación. *Anthropos, Boletín de información y documentación*, (27), 196-207. En <http://www.comunicacionysociedad.cucsh.udg.mx/index.php/comsoc/article/view/1792>
- Duarte, C. (2015). El cáncer de mama, desafío mundial. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(1), 1-2. En <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.02.001>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901515000165>)

- Enrique, M. y Muñoz, R. (2014). El problema de la autoestima basado en la eficacia. *{Social}*, 1(1). En <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/168>
- Falk, D., Reinertsen, K., Nesvold, I., Fossa, S. & Dahl, A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cáncer*, 116(15), 3549-3557. <https://doi.org/10.1002/cncr.25251>, 3549-3557
- Fehniger J, Livaudais-Toman J, Karliner L, Kerlikowske K, Tice J, Quinn J et al. (2014). Riesgo percibido versus riesgo objetivo de cáncer de mama en diversas mujeres. *Revista de Salud de la Mujer*, 23(5), 420-427. En <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4516>
- Fernández, L. (2020) *Representaciones Sociales de las mamas, mujeres mastectomizadas, feminidad y cuidado* (Tesis de pregrado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia.
- Flores, R. (2005). Violencia de Género en la escuela: sus efectos en la identidad, en la autoestima y en el proyecto de vida. *Revista Iberoamericana de la Educación*.(38), 67-86. En <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/22255>
- Fundación López Pérez (FALP) (2018). *56% de las mujeres no se ha realizado una mamografía durante el último año*. En <https://www.institutoncologicofalp.cl/noticia/56-de-las-mujeres-no-se-ha-realizado-una-mamografia-durante-el-ultimo-ano/>

- Galam, S. y S. Moscovici (1991). Hacia una teoría de los fenómenos colectivos: Consensos y cambios de actitud en los grupos. *Revista Europea de Psicología Social* , 21(1), 49-74.
- García, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana* , 25(1), 72-80. Recuperado el 04 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100008&lng=en&tlng=es.
- García, F, y Rincón, P., (2011). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo. *Terapia psicológica*, 29(2), 175-183. En <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000200004>
- García J., Ortiz L. y Rodríguez E., (2016). Características de la representación social del cáncer de mama en mujeres premenopáusicas. *Tecnosalud 2016*. En <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04.pdf>
- García, M. (2022). *Percepciones de riesgo y estrategias promotoras para el cáncer de mama, en mujeres de la Comuna de San Pedro de la Paz*. (Tesis Magíster en Enfermería) Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
- Garzón, L., López, N. y Murcia, J. (2014). *Representación social de la mujer ante el cáncer de mama*. En <http://hdl.handle.net/11371/2342>.
- Gergen, K. (1989). *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. NY, USA. Basic Books.

- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la Construcción Social*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 514-525. Recuperado el 04 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400003&lng=en&tlng=es.
- Giraldo, C. y Arango, M.E. (2009) Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2):191-200. En <http://hdl.handle.net/10045/25503>
- Global Cancer Observatoy (GLOBOCAN) (2018). *Cáncer de mama en las Américas*. En <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- Gómez, A. (2017). Teoría de las Representaciones Sociales del cáncer de mama. *Revista Conrado*, 13(59), 225-232. Guantánamo, Cuba.
- González, M. y García, C. (2004). Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente. En G. Oblitas (Ed.), *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Psicom Editores. Bogotá. Colombia
- Hernández, R., Fernández, C.,y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición México. DF, Editores, SA de CV.

Icaza G., Núñez L. y Bugueño H., (2017). Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama. *Revista Medica de Chile*, 145(1), 106-114. En <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000100014>

International Agency for Research on Cancer (IARC), (2018). *Cancer today*. World Health Organization. [cited 19 February 2022]. Available from <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?projection=globe>

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed), *Introducción a la psicología social II*, (469-494). Paidós, Barcelona, España.

Jodelet, D y Guerrero, A. (2000). *Develando la cultura: estudios en representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. [citado 26 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=dpO5AAAAIAAJ>

Kern de Castro, E. y Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 453-465. En https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Entrevista: introduktion til et håndværk*. Dinamarca. Forlag de Hans Reitzels.

Lenihan D & Cardinale D. (2012) Late cardiac effects of cancer treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3657-64. En <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.992.4892&rep=r ep1&type=pdf>

- Malterud, K., Siersma, VD y Guassora, AD (2016). Tamaño de la muestra en estudios de entrevistas cualitativas: guiado por el poder de la información. *Investigación cualitativa en salud*, 26(13), 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444
- Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). *El cáncer de mama*. Arbor, 191(773), a234. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
- Martínez-Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. *Psicooncología*, 1, 211-230.
- Méndez, D. y Villarraga, J. (2020). *Efectos psicológicos relacionados con la quimioterapia en pacientes oncológicos con cáncer de mama*. (Tesis pregrado) Universidad cooperativa de Colombia. En <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/19972?locale=es>
- Ministerio de Salud (2018). Departamento de Epidemiología. *Encuesta nacional de salud 2016-2017*. Segunda entrega de resultados. [cited 15 October 2019]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS_2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Ministerio de Salud (2019). Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores. *Plan Nacional de Cáncer 2018 - 2028* [cited 9 October 2019]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE

CANCER_web.pdf

Ministerio de Salud (2020). *Segundo Informe Nacional de Vigilancia de cáncer en Chile*. En http://epi.minsal.cl/wpcontent/uploads/2020/08/VF_Informe_RPC_Estimacion_Incidencia.pdf

Ministerio de Salud (2021). Departamento de Epidemiología. *Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad Prematura y AVPP por Cáncer. Década 2009-2018*. Chile 2021. Disponible en: <https://www.epi.minsal.cl>

Mota, C., Aldana, E., Bohórquez, L., Martínez, S. y Peralta, J. (2018). *Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica*. *Psicología y salud*, 28 (2), 155-165.

Moya, F. (2022). *Violencia de Género en la Pareja: Significados contruidos por adolescentes sobre sus madres y la relación materno-filial*. (Tesis Pregrado) Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

National Cancer Institute (NIH). (2019). *Prevención del cáncer de seno (mama)*. Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU. [cited 12 October 2019]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-prevention-pdq>

Organización Mundial de la Salud (2018) *Cáncer de mama, Prevención y Control*. Available from <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021) *Cáncer de Mama*. Available from:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Organización Panamericana de la Salud (2010) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. [cited 17 October 2019]. Available from:http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf

X. y Celis, C. (2020) *Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico*. *Revista Medica de Chile* 2020, 148, 1489- 1495

Patton M. (2002) *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Sage; Thousand Oaks; USA; 2002

Patton, Q. (2015). *Qualitative Research Evaluation Methods* (4th ed.). Sage; Thousand Oaks; USA; 2015

Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S. & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling and Development*, 83(1), 41-47.

Pino, J y Rodriguez, P. (2016). Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?. *Rev Chil Salud Pública*, Vol 20 (2): 122-130. Recuperado de <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2016.44946>

Ponce, M. (2012). Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de

Buenos Aires. *Revista Argentina De Salud Pública*, 3(13), 6–12.
Recuperado de
<https://www.rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/322>

Ponterotto, J.G. (2006). Breve nota sobre los orígenes, evolución y significado del concepto de investigación cualitativa descripción gruesa. *El informe cualitativo*, 11(3), 538-549.

Prieto, M. (2011). Epidemiología del cáncer de mama en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(4) 428-435

Quezada, S. (2021). Entrevista: Dra Marcela Amar: “hay más mamografías disponibles de las que se realizan anualmente”. *Ciencia y Salud*. En <https://cienciaysalud.cl/2021/10/20/dra-marcela-amar-hay-mas-mamografias-disponibles-de-las-que-se-realizan-anualmente/>

Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *CES Psicología*, 6(1), 22-42. Recuperado el 16 de agosto de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100003&lng=en&tlng=es.

Razmilic, D., Navarro, M. E., Cordero, L., Muñoz, T. y Ortega. D. (2010) Revisión de la literatura para el uso de la mamografía (Mx) en tamizaje de cáncer de mama. *Medwave* 10, 1-23. doi: 10.5867/medwave.2010.01.4295.

Ribeiro, A.C., Féres, T. y Seixas, A. (2017). Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio

cualitativo en mujeres en el estado de Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 95-106. En http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242017000100007&lng=en&tlng=es.

Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage, California, USA

Riley, T., & Hawe, P. (2005). Researching practice: the methodological case for narrative inquiry. *Health education research*, 20(2), 226-236. Oxford University Press. Reino Unido

Robayo, S., Rodas, E., Arias, J., González, J., Jaramillo, P., Mosquera, L. y Amador, T. (2019). Representaciones sociales del autoexamen de mama en mujeres adultas de zonas rurales de Risaralda. *Cuaderno de investigaciones: semilleros andina*, (12), 146-153. Colombia

Rodríguez, C., Espinosa, D. y Padilla, G. (2021). Cáncer y acción preventiva en Chile: perfilando la abstención a la mamografía y papanicolaou. *Revista Médica de Chile*, 149(8), 1150-1156. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000801150>

Rodríguez, C. y Padilla, G. (2020). Cáncer mamario y cervicouterino: el problema del absentismo femenino en la acción preventiva. *Univ. Salud*, 22(1), 41-51. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202201.173>

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books. New York. USA

Ruiz D. (2020) *La influencia de los estereotipos en el cáncer de mama* (Tesis de

pregrado). Universitat de les Illes Balears, España. En <http://hdl.handle.net/11201/154899>

Saldívar, A. y Correa, F. (2013). Autorregulación, percepción de riesgo y autoexploración de los senos para detección temprana del cáncer de mama: estudio exploratorio-descriptivo. *Persona*, (16), 127-138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147131896006>

Sociedad Chilena de Mastología (2021). *Comunicado de prensa: tenemos que hablar de cáncer de mamas*. En <https://mastologia.cl/comunicaciones/>

Soriano, J., Norat, T., Arrébola, J. y Fleitas, G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. En J. R. Acosta (Ed.), *Bioética desde una perspectiva cubana* (165-172). La Habana, Cuba. Editorial Centro Félix Varela

Strauss, A.L y Corbin, J. (1990). *Fundamentos de la investigación cualitativa: teoría fundamental, procedimientos y técnicas*. Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquia.

Tapia, A., Villaseñor, M., Nuño, B., Rodríguez, A., Salas, E. y López, J. L. (2014) Representación social que los adolescentes de Jalisco, México, tienen de la detección precoz del cáncer de mama. *Atención Primaria*, 46(8), 408-415. En <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.006>.

Wong, G., & Breheny, M. (2018). Narrative analysis in health psychology: A guide for analysis. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 6(1), 245-261.

Yalom, M. (1997). A history of the breast. BallantineBooks, New York, USA+v423

Anexos

Anexo 1: Guión Temático Entrevistas

Consigna

En primer lugar quisiera agradecer su presencia y disposición para colaborar con esta investigación.

Como te comenté, la conversación que tendremos es parte de un estudio sobre las ideas y representaciones que tienen mujeres adultas sobre el cáncer de mamas. En relación a esto, me interesa conversar sobre sobre qué piensas, cómo te imaginas lo que es el cáncer de mamas y padecerlo.

Antes de comenzar, quisiera recordarte que esta conversación tendrá una duración de una hora aproximadamente, que será audio-grabada y, que todo lo que diga será tratado confidencialmente.

Representaciones sobre las causas del Cáncer de mama

Para comenzar me gustaría que me cuentes sobre cuáles son tus ideas respecto a cómo y por qué se produce el cáncer de mama.

¿Qué es lo que sabes respecto al cáncer de mama? ¿Cómo es posible detectarlo?
¿Cuáles son sus síntomas? ¿de dónde has obtenido esta información?

- Describir las imágenes asociadas al cáncer de mamas.
- Describir de dónde provienen los conocimientos o ideas respecto al cáncer de mamas (fuentes, televisión, campañas).
- Describir cuáles imagina que son los síntomas iniciales.

- Describir cuál es su impresión respecto a la posibilidad de tener cáncer de mama. Si está en su imaginario la posibilidad de tenerlo y por qué.
- Describir el conocimiento sobre prácticas de autodetección.
- Describir respecto a la edad que imaginan es más probable tener cáncer de mama.
- Describir si tienen ideas relacionadas a acciones que puedan prevenir la aparición del cáncer de mama.
- Describir las fuentes de información respecto del cáncer de mamas (MSM, familia, amigos, profesionales médicos)

Representaciones sobre el tratamiento del Cáncer de Mama

Ahora me gustaría preguntarte sobre qué ideas tienen respecto al tratamiento del cáncer de mama una vez detectado. Por ejemplo ¿Qué especialistas tratan el cáncer de mama? ¿Cuáles son los procedimientos? ¿Cuánto podría durar un tratamiento? ¿Cuáles son los resultados o desenlaces posibles?

- Describir que si en la eventualidad de tener cáncer de mamas a qué especialista acudiría y por qué.
- Describir las imágenes que se tienen sobre los tipos de tratamiento (quimioterapia, mastectomía, tratamientos medicina alternativa, etc...)
- Describir ideas respecto a los efectos secundarios de los distintos tratamientos (dolor, pérdida de cabello, aumento o disminución de peso, etc)
- Describir imágenes sobre la posible evolución de la enfermedad y el tratamiento (metástasis, duración, agravamiento)
- Describir desenlaces del tratamiento (resultados positivos o negativos, posibilidad de muerte, resultados discapacitantes (tener hijos, amamantar, etc)
- Describir imágenes respecto a los costos del tratamiento y posibilidad de financiamiento. Si existen ideas de instituciones percibidas como más efectivas. Y si posee nociones respecto al apoyo estatal para esta enfermedad

(GES).

Representaciones asociadas a transformaciones en el cuerpo producto del Cáncer de Mama y su tratamiento

Quisiera preguntarte sobre las imágenes respecto del efecto que tiene en el cuerpo y los aspectos femeninos del cuerpo el cáncer y su tratamiento.

- Describir imágenes concretas respecto de las transformaciones en el cuerpo debido al cáncer de mamas y su tratamiento.
- Describir cómo estas transformaciones podrían estar asociadas a cambios en distintos aspectos de la femineidad.
- Describir emociones y sentimientos asociados a la posibilidad de tener cáncer de mama.

Representaciones asociadas a transformaciones en las relaciones con otros significativos debido a padecer Cáncer de Mama

Finalmente, quisiera preguntarte sobre las ideas respecto a cómo te imaginas podrían cambiar las relaciones con tus otros significativos (o en otras mujeres con sus otros significativos). ¿Cómo te imaginas que podría impactar a la relación de pareja, hijos, familia nuclear, amistades?

- Describir ideas respecto de la situación de revelación ¿cuándo se cuenta? Si se cuenta ¿a quiénes se les cuenta? ¿Cuánta información se da?
- Describir – en el caso de las relaciones de pareja- el tema de la sexualidad.
- Describir- en el tema de la relación con los hijos- el impacto en ellos, distinguiendo, por ejemplo, edad, género.

- Describir ideas que tenga respecto de las posibilidades de contención de parte de estos otros significativos.
- Describir si se comunica a los otros una vez superado el cáncer.

Te agradezco tu participación. Por mi parte no tengo más preguntas. Sin embargo, quisiera saber si hay algo que no he preguntado y que consideres importante comentar o si hay algo que quieras agregar.

Muchas Gracias.

Anexo 2: Consentimiento Informado

Estimada, usted ha sido invitada a participar en la investigación “Representaciones asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres sanas de la ciudad de Santiago de Chile”, ya que cumple con el criterio de ser una mujer adulta, sana, de la región Metropolitana. El objetivo de este estudio es describir las representaciones asociadas al cáncer de mama.

La investigadora responsable de este estudio, es Karla Cristine Marholz Lavín, estudiante de la carrera de Psicología, del Departamento de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Chile. La profesora patrocinante es la Psicóloga Jennifer Miranda, docente de la carrera de Psicología del Departamento de Psicología, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Su participación consistirá en dar una entrevista individual y presencial de aproximadamente una 1 hr a 45 minutos, las que serán llevadas a cabo en un lugar acordado conjuntamente. Dichas entrevistas serán grabadas en audio y posteriormente transcritas por la misma entrevistadora. Las entrevistas pueden ser interrumpidas y retomadas en cualquier momento. Será una entrevista semiestructurada. En caso que, durante la entrevista, presente alguna descompensación emocional, la investigadora responsable de este estudio es licenciada en psicología, por lo que se encuentra capacitada para tomar las medidas que sean necesarias para su bienestar. La investigadora procederá a detener la entrevista y le ofrecerá las siguientes posibilidades: tomar una pausa, suspender su participación y retomarla en otro momento o detenerla de manera definitiva. Puede escoger cualquiera de estas acciones sin ninguna condición o perjuicio para usted.

Si bien usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio, su participación permitirá generar información que puede ser relevante para entender el porqué hay un bajo porcentaje de la población femenina que se realiza los exámenes preventivos de esta enfermedad. Permitiendo así, generar información que podría aportar al desarrollo de estrategias de abordaje que consideren estos conocimientos y posibiliten un aumento en el porcentaje de tamizaje realizados y potenciar las conductas de autocuidado.

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Los datos serán guardados en la computadora personal de la entrevistadora por un período de 5 años.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, si lo desea, se le hará llegar un resumen ejecutivo de los principales hallazgos obtenidos en el estudio, a través de un correo electrónico. Igualmente, Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio:

Nombre Investigador/a Responsable:	Karla Cristine Marholz Lavín.
Teléfonos:	+56 976502715
Dirección:	Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.
Correo Electrónico:	kmarholz@gmail.com

Formulario de Consentimiento Informado

Yo,, acepto participar en el estudio “Representaciones asociadas al cáncer de mamas de un grupo de mujeres sanas de Santiago de Chile”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma
Investigador/a
Responsable

Lugar y Fecha:

Correo electrónico para la devolución de la información

Este documento consta de 3 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

Anexo 3: Ficha datos sociodemográficos

Edad		
Estado civil		
Nivel Educativo		
Comuna de Residencia		
Número de hijos/as		
Sexo de los hijos/as		
Sistema de previsión	Isapre	Fonasa
Ha sido diagnosticada con cáncer de mamas	Si	No