



**Facultad de Humanidades**  
Instituto de Sociología  
Carrera de Sociología

**Percepciones de exclusión social en mujeres con  
Cáncer de Mamas  
atendidas en el sector público de salud de Santiago de Chile.**

**Memoria de título para optar al Grado de Licenciada en Sociología  
y título profesional de Socióloga**

**Nombre: Taís Paulina Martínez Villarroel**

**Profesor Guía: Jorge Chuaqui Kettlun**

**Año: 2016**

# Índice

<b>Índice .....</b>	<b>1</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>5</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>8</b>
<b>1.- Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>2.- Presentación del problema.....</b>	<b>16</b>
<b>Sistema público en Chile y el Cáncer de mamas .....</b>	<b>18</b>
<b>Mujeres con cáncer de mama y demandas sociales .....</b>	<b>20</b>
<b>Diagnóstico, tratamiento y cambios de vida.....</b>	<b>21</b>
<b>Economía y relaciones familiares.....</b>	<b>22</b>
<b>El cuerpo y el cáncer de mamas.....</b>	<b>24</b>
<b>Percepciones de exclusión social.....</b>	<b>25</b>
<b>Estudios en el contexto del cáncer de mamas .....</b>	<b>27</b>
<b>Temáticas encontradas: .....</b>	<b>27</b>
<b>Los estudios de la psicología y la sociología .....</b>	<b>27</b>
<b>La psicooncología .....</b>	<b>27</b>
<b>El enfoque de género en el cáncer cérvico Uterino .....</b>	<b>28</b>
<b>Proceso social del cáncer.....</b>	<b>29</b>
<b>Estudios sociológicos sobre la calidad de la atención en salud.....</b>	<b>30</b>
<b>Sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes.....</b>	<b>30</b>
<b>Los estudios desde la enfermería y la medicina.....</b>	<b>31</b>
<b>Adaptación de mujeres con cáncer de mamas y calidad de vida en tratamientos     oncológicos .....</b>	<b>31</b>
<b>Pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.- Pregunta de investigación y Objetivos.....</b>	<b>33</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>33</b>
<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>34</b>
<b>4.- Relevancia de la investigación .....</b>	<b>34</b>
<b>5.- MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>36</b>
<b>I. Exclusión Social.....</b>	<b>36</b>
1.1 Elementos contextuales para comprender el concepto de Exclusión Social.....	36
1.2 Sobre el concepto “Exclusión Social” en las ciencias sociales .....	38
1.3 Exclusión social en cuerpos normados.....	41
1.4 La exclusión social, la vida social y la sociedad .....	43
<b>II. Cuerpo y Género.....</b>	<b>47</b>
2. El cuerpo y las emociones como dispositivo de disciplinamiento .....	47
2.1 Sociología del Género.....	51
2.2 La pérdida de los senos y la identidad femenina.....	57

2.3 La dominación masculina.....	61
<b>III La mirada de género .....</b>	<b>63</b>
<b>IV. Instituciones y Estado.....</b>	<b>66</b>
<b>3. Poder y Estructura.....</b>	<b>66</b>
<b>6.- MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>69</b>
6.1 Enfoque de la investigación.....	69
6.2 Recolección de información.....	70
6.3 Análisis de la información.....	73
6.4 Consideraciones éticas.....	73
6.5 Dimensiones.....	74
<b>IV. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS .....</b>	<b>79</b>
<b>1. Mirada del cuerpo.....</b>	<b>79</b>
1.1 La invisibilización del cuerpo .....	80
1.2 Cuerpo anormal.....	81
1.3 Lo que observan los otros en el cambio del cuerpo.....	83
1.4 Cuerpo normado.....	85
<b>2. Género.....</b>	<b>86</b>
2.1 Feminidad .....	87
<b>3. Relaciones de poder.....</b>	<b>89</b>
3.1 Relaciones interpersonales.....	89
3.2 Relación familiar .....	90
3.3 Relación con los(as) hijos(as).....	91
<b>4. Miradas de la pareja.....</b>	<b>92</b>
<b>5. Amistades .....</b>	<b>94</b>
<b>6. Relación con el entorno directo o indirecto, mirada de los otros .....</b>	<b>95</b>
6.1 Relación pares enfermos.....	96
6.2 Relación con compañeros de trabajo.....	97
<b>7. Formación de agrupaciones u organizaciones .....</b>	<b>98</b>
<b>8. Desigualdad de clase social .....</b>	<b>99</b>
<b>9. La mujer dueña de casa.....</b>	<b>99</b>
<b>10. El acceso a salud de calidad .....</b>	<b>100</b>
<b>11. Consecuencia de la enfermedad y mirada del cáncer .....</b>	<b>101</b>
11.1 Ser la enferma de cáncer .....	102
<b>12. Barreras.....</b>	<b>103</b>
<b>13. Miedos .....</b>	<b>104</b>
<b>14. El sentirse o no sentirse útil.....</b>	<b>105</b>
<b>15. La mirada en tercera persona.....</b>	<b>106</b>
<b>16. Valoración de la vida.....</b>	<b>107</b>
<b>17. Concepto de la muerte.....</b>	<b>107</b>
<b>18. Economía, el estado y cáncer.....</b>	<b>108</b>
<b>18.1 Economía en el caso de la enfermedad .....</b>	<b>108</b>
18.2 Situación laboral.....	109
<b>19. Medicamentos, tratamientos, calidad de vida, empobrecimiento .....</b>	<b>110</b>
<b>19.1 Medicamentos y tratamiento de alto costo .....</b>	<b>110</b>

<b>20. El Estado .....</b>	<b>112</b>
<b>21. Institución y personal médico .....</b>	<b>113</b>
<b>22. Proyecciones personales .....</b>	<b>115</b>
<b>23. La mirada optimista positiva .....</b>	<b>116</b>
<b>23.1 La mirada sin expectativas y vivir el presente .....</b>	<b>116</b>
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>118</b>
<b>VI PROYECCIONES INVESTIGACIÓN Y REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>126</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>131</b>

Esta tesis está dedicada

A la memoria de mi amada madre, compañera de mi vida

Carmen Florencia Villarroel Herrera.

Por enseñarme y darme las herramientas para la vida, por entusiasmarme, amar y valorar las ciencias sociales.

## **Agradecimientos**

A Benjamín Alarcón, por apoyarme siempre a luchar por lo que quería, por contenerme en los momentos difíciles, por estar en las buenas y en las malas, me siento afortunada de que seas un gran compañero y pareja.

A mis queridos padrino Tío Alexis Martínez y madrina Tía Milvida Martínez, por ser mis padres del corazón, por darme energía día a día y entregarme su amor desinteresado, creer y confiar en mí y apoyarme.

A mi prima estimada Krystel Martínez por entregarme su confianza, apoyo y palabras sabias de amor.

A mi prima cariñosa Katie Martínez por su apoyo y conversaciones gratas cada vez que ha sido posible cultivando el amor fraternal.

A Tía Nelys Martínez, por tener siempre la palabra precisa y entregarme con amor, consejos y energías y estar siempre cuando te necesito.

A Belkina Salazar, mi prima querida que siempre estamos conectadas aunque no hablemos, gracias por apoyarme con amor cuando has podido.

A Héctor Urzúa y Connie Nieto, por contenerme, darme ánimo y apoyarme con inmenso amor sincero siempre.

A Gemita Tapia, al cielo por inspirarme a partir de su historia de vida a estudiar el cáncer a partir de la sociología.

A María Paz Urbina, por ser mi hermana del corazón, compartir momentos importantes de nuestra historia y acompañarme en el proceso reflexivo de la vida.

A Ruby Parraguez, por ayudarme con paciencia, por compartir el camino de la Universidad y estar presente en el proceso de terminar mi tesis y acompañarme a pensar sociológicamente y brindarme tu linda amistad.

A Valeria Carvallo, por animarme y apoyarme a seguir adelante pese a las dificultades de lo que significaba la tesis y darme buenos consejos que aportaron a mi investigación.

A Profesor Jorge Chuaqui, por acompañarme, en el camino académico, apoyarme en este largo proceso y creer en mí como alumna.

A Lorena Badilla, por hacerme reír y ayudarme a tomar con humor los momentos difíciles a pesar de las dificultades, por ofrecerme tu amistad sincera desde el alma.

A Gian Franco Romano, por apoyarme con libros, por las conversaciones, por los consejos y por tu infinita e incondicional amistad llena de cariño.

A Carlos Aguirre, por tu amistad eterna en la Universidad y estar siempre cuando te he necesitado en los momentos importantes.

A Tía Clarita, por siempre interesarte como estoy y ser capaz siempre de querer cultivar nuestra relación familiar.

A Tío Héctor Urzúa, por haberme apoyado en mis primeros años de la Universidad y entregarme herramientas que le entregaría un padre a su hija.

A Blanca Gutiérrez y Andrés Rodríguez, por brindarme su amistad y siempre compartir los momentos más importantes de nuestras vidas.

A Ema Loyola y Sebastián Saldaña, por regalarme su hermosa amistad, confiar en mí y considerarme en las decisiones importantes de su vida.

A Liliana Pulgar y Mateo Arias, por aconsejarme, entregarme tu experiencia de vida y ser una amiga incondicional cuando lo he necesitado.

A Marcia González, César Gallardo, Max Gallardo, por siempre estar en cada momento cuando los he necesitado entregándome mucho cariño.

A Yve Sepúlveda y Sebastián Sánchez, por siempre preocuparse por mí y tener lindos detalles en nuestra amistad.

A Franca Graziano y Carmen Espinoza, por entregarme buenas energía y su amistad de años.

A la Familia Alarcón Meza (Ginnette, Patricio, Carolina, Sebastián, Emiliano, Loreto, Matías, Matilde, Leonor, Marcelo, Yolanda, Florencia) por apoyarme y entregarme un inmenso amor familiar durante todo este proceso.

A Rafaela González, por acompañarme en este proceso con mucho cariño y apoyarme siempre en todo sentido.

A Tía Nora Ulloa y Tío Osvaldo Rubilar, Osvaldo Rubilar Ulloa, por acompañarme en los momentos difíciles.

A Tía Carmen Gloria Rojas, por acompañarme cuando la necesito.

Familia Viveros Caviedes, por siempre acompañarme en los momentos importantes de la vida.

Nicole, por ser mi amiga de la vida y que me ha acompañado en momentos muy importantes.

A Pape por su compañía en los momentos de estudio.

A Loreto Norambuena, por apoyarme a la distancia.

A Profesor Juan Orellana, por acompañarme en el proceso de finalizar la carrera de Sociología

A Patricio Moreno, por darme ánimo por todas las redes sociales existentes, por escuchar y por caminar conmigo desde el primer día en la Universidad.

A Rodrigo Espinoza que aunque nos distanciamos, me apoyaste en gran parte de mi vida Universitaria con tu amistad.

A Dani Osorio por acompañarme en el proceso final.

A Ale del Bosco por acompañarme en varios momentos de la vida con su amistad y reflexiones a la distancia.

A Jorge y a la Gaby por su amistad y cariño.

Al enfermero compañero Cristián Gálvez por su profundo interés en la prevención del cáncer de mamas y por creer en mi trabajo profesional.

A todos los amigos que de alguna y otra forma me han brindado, su amor y cariño.

A Jeannette y a Vilma por entregarme sus testimonios y ayudarme en esta investigación a través de sus agrupaciones de cáncer de mamas.

A muchas de las mujeres que fueron participes de este trabajo anónimamente y que día a día luchan contra el cáncer de mamas.

A la memoria de muchas mujeres que lucharon con esta enfermedad y que también son parte del testimonio de esta tesis.



## **Resumen**

El objetivo de esta investigación es conocer y analizar la percepción de exclusión social de mujeres con cáncer de mamas atendidas en el sector público de salud.

Metodológicamente se realiza un estudio cualitativo apoyado por teorías de género, exclusión, desviación, estructuralista. Se realizaron entrevistas semi estructuradas a diez mujeres con cáncer de mamas en Santiago de Chile.

**Palabras claves:** cáncer de mamas, exclusión, género, cuerpo.

## 1.- Introducción

La decisión de abordar una problemática que nace específicamente desde el campo de la medicina, en un contexto de pregrado, alude a la necesidad de abordar las enfermedades más allá de la dimensión biológica y médica, donde creemos que la sociología puede realizar grandes aportes relativos a generar una mirada crítica del contexto social y las principales interacciones y relaciones que se generan a partir del diagnóstico de una “enfermedad catastrófica” como comúnmente se considera en este caso, al Cáncer de Mama.

Muchos hemos escuchado alguna vez sobre esta enfermedad, tal como “que se pierde un pecho”, “que quizás te puedes morir” , “que es una enfermedad tan cara” o “catastrófica”, etc. Frases vinculadas con las percepciones que tienen las mujeres que padecen cáncer de mamas y que estudiaremos a través de esta investigación pero específicamente centrados en lo que refiere a Exclusión social, y de cómo las mujeres estudiadas abordan los diferentes ámbitos de su vida con esta enfermedad.

Cuando hablamos de una enfermedad como el cáncer, inmediatamente se nos viene a la mente el fuerte significado que tiene esa palabra en el imaginario social <sup>1</sup> de los sujetos que al escuchar el término, la asocian al fin de la vida y la entrada a la muerte.

---

<sup>1</sup> **Imaginario social** es concepto desarrollado por Maffesoli lo define como una fantasía socialmente solidificada que organiza nuestras percepciones de la realidad y se encarna en diferentes ámbitos de la cotidianidad. Sociología año 18, número 53, septiembre y diciembre 2003 pp 101-119. “Una aproximación a la sociología de lo imaginario de Michel Maffesoli”.

El cáncer se conoce como una enfermedad que no distingue edad ni clase social<sup>2</sup>. En la actualidad se considera al cáncer de mamas como la segunda causa de muerte de mujeres por cáncer en Chile<sup>3</sup>, aumentando un 27% la mortalidad en una década en el país por esta misma causa<sup>4</sup>. A la fecha esta dolencia es investigada y tratada mayormente desde la óptica de la medicina, sin considerar de manera seria, aspectos sociales, culturales y económicos que pueden incidir en la situación integral del/a paciente afectado y del entorno con que se relacionan (familiares, amigos, trabajo, médicos, etc.).

Esta razón nos ha llevado a profundizar en el tema a partir de la percepción de exclusión social que sufren las personas con esta enfermedad, en el caso particular de mujeres afectadas de cáncer de mamas que se atienden en el sistema de Salud Público de la Región Metropolitana de Chile.

Para abordar la problemática se utilizó una metodología cualitativa donde se aplicaron entrevistas semi estructuradas a mujeres con cáncer, realizando posteriormente un análisis de contenido.

Para analizar esta problemática y responder a nuestras interrogantes, fue necesario distinguir conceptos necesarios y atinentes a la problemática.

---

<sup>2</sup> **Las clases sociales** se definen como un grupo social cuasiorganizado cuyos miembros están unidos por la similitud de sus vínculos económicos y especialmente culturales. Como tales, tienen un standard de vida semejante, maneras y costumbres semejantes y una perspectiva mental también semejante (así lo plantea Lucio Mendieta y Núñez en “Las Clases sociales”, Editorial Porrua, 1980).

<sup>3</sup> Información entregada por la publicación de Canceronline.cl, disponible en [http://www.canceronline.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=54](http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54)

<sup>4</sup> Estudio cáncer de mamas en Chile, mortalidad comparadas. Revista Chilena Cirugía. Vol 66 - N° 2, Abril 2014; pág. 118-126

## Percepción

En el caso de este estudio nos enfocamos en las miradas de las propias mujeres partiendo de cómo observan su propia realidad y la mejor manera de entender su perspectiva era tomando en cuenta las percepciones de cada una de ellas.

Vargas define,

“(…) percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos, entre los que se encuentran, el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (1994:3).

En segundo lugar recurrimos al concepto de **Exclusión social**, definido por Castells (2001) como,

"El proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado" (2001:98).

Subiret, en Sánchez y Jiménez (2009) describe a la exclusión social como una dinámica,

“(…) y, dado que la desestabilización o ruptura con los vínculos del entorno puede estar provocada por múltiples factores, sus efectos incidirán sobre múltiples dimensiones. Dinámica, multifactorial y multidimensional son algunas de las características” (2013:11) .

Conceptualmente la exclusión social se analiza en esta investigación conjugando el ámbito económico, social y relacional de las mujeres a partir de sus percepciones. A lo largo del estudio se van distinguiendo también otros conceptos que construyen la categoría de exclusión, tales como cuerpo, género, *miradas* ajenas y la construcción de la percepción propia.

Por otra parte, ha sido necesario indagar en una **Perspectiva de género** desde dos puntos de vista, con las autoras Sonia Montecino (2008) y Simone de Beauvoir (1999).

Desde la perspectiva de Beauvoir, nos planteamos y proyectamos a la mujer no sólo desde el punto de vista biológico y de las connotaciones negativas del ser mujer como una limitante. Es el cuerpo del hombre considerado como completo y el de la mujer como faltante en distintas etapas históricas, donde la valoración del individuo siendo hombre o mujer han sido diferentes. Por lo tanto no es casual la elección de estudiar a las mujeres con cáncer ya que como se ha descrito anteriormente, las mujeres a través de la historia han sido miradas como diferentes en cuanto a deberes y derechos, y cobra especial relevancia en el caso de una enfermedad que afecta mayormente a las mujeres y a sus cuerpos que son el elemento de la “exhibición de su propia figura” (Beauvoir, 1999).

Aunque hoy en el mundo actual podemos observar a una mujer que es considerada más que antes por su aporte a la humanidad, aún perdura la mirada de mujer objeto que nos plantea Beauvoir. “La sociedad misma exige a la mujer que se haga objeto erótico” (1999:515), siendo el cuerpo el que genera la llamada “dignidad social” dentro de la sociedad.

“Puede el indumento disfrazar el cuerpo, deformarlo o modelarlo, pero en todo caso, lo entrega en las miradas” (1999; 515), la autora aquí nos describe como la anatomía de una mujer y su manera de vestir es influida a partir de las miradas, lo cual es posible observar en algunos aspectos en esta investigación.

Con el planteamiento de exclusión de Sonia Montecino (2003) nos introduciremos a entender el rol de la mujer durante la historia de Chile y cuál ha sido el papel que ha jugado. Por tanto nos explicaría de alguna manera como en el caso del cáncer, esta mujer chilena percibe su realidad a partir de su reflejo histórico.

Para abordar la **problemática del cuerpo**, tomaremos la mirada de David Le Breton (1992), en donde analizamos cómo la relación que mantienen los individuos con su cuerpo genera relaciones sociales específicas de interacción, con la concomitante importancia de la mirada del otro. Nos introducimos en el análisis que realiza el autor en *Sociología del cuerpo* (1992) en donde los sujetos se logran integrar a una sociedad desde su experiencia corporal, por lo tanto, éste será un elemento importante a considerar en cuanto a portar una enfermedad como el cáncer mamas.

Por otro lado, no podemos dejar de considerar a Bourdieu (1999), en lo que se refiere a la dominación masculina y cómo ésta influye en la percepción que tiene la mujer respecto al cáncer de mamas, en cuanto a cómo se desenvuelve con la enfermedad y cómo se relaciona con el género masculino, incide en la mirada de su propia enfermedad.

En el caso de la exclusión y la pobreza, nos enfocaremos en la problemática que genera la enfermedad en cuanto a los elementos que inciden en la pobreza y exclusión, centrándonos en las perspectivas que actualmente desarrolla el profesor Jorge Chuaqui<sup>5</sup>. En referencia a este aspecto, es de relevancia la brecha que ha tenido el sector público con el sector privado en salud y los distintos programas que ha implementado el Estado las últimas décadas.

Durkheim (1973) por otro lado, analiza el problema de la exclusión, en la tensión entre integración y desintegración social; problemática que se da en los tipos de sociedades que plantea el autor a través de la solidaridad mecánica y la solidaridad orgánica. El autor analiza la exclusión a partir de la interacción y las comunicaciones más relevantes entre los grupos de las sociedades.

Foucault (2001) plantea la exclusión a partir de las relaciones de poder que se dan entre las personas o instituciones. Según su perspectiva, el concepto de exclusión se dará según los beneficios e intereses que se den en el ejercicio del poder.

La sociedad para Habermas parte de la comunicación y sus acciones, planteando como primer concepto la acción comunicativa de los sujetos y cómo se está dentro de un sistema. Lograr la comunicación se convierte en el éxito del consenso de los sujetos, por lo tanto en nuestro análisis, para entender a la sociedad y específicamente la percepción de exclusión de las mujeres con cáncer de mamas, podemos ver que la relación de la comunicación dentro de la

---

<sup>5</sup> Jorge Chuaqui estudio de exclusión social capítulo V año 2016, investigación Instituto de Sociología Universidad de Valparaíso.

sociedad no se da de la mejor manera, por lo tanto se producen estas problemáticas en donde los sujetos no logran un real entendimiento entre el entorno que nos rodea.

La sociedad de Foucault nos plantea que desde el cuerpo se desarrolla el poder de los individuos en la sociedad, por lo tanto esto se transforma en un elemento de suma importancia para la investigación, ya que el cuerpo de la mujer con cáncer de mamas es un elemento importante de percepción de exclusión social a partir de su enfermedad que afecta al cuerpo.

Esos son los principales conceptos y nociones que inciden en la problemática y serán abordados en el Marco Teórico junto a otros autores de relevancia para la investigación.



## 2.- Presentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde su constitución, establece que la salud y el goce máximo de ésta “es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.” Paralelamente, vincula para el cumplimiento del derecho a la salud, la satisfacción de otras necesidades respecto a lo laboral, nutrición, vivienda, no discriminación y acceso a información y participación, entre las principales (OMS, 2015<sup>6</sup>).

En el caso de Chile, en la Constitución de 1980 aparece señalado que “se asegura el acceso libre e igualitario a la salud, sea en acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Es deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea en el sistema público o privado” (Constitución 1980, cap. III).

Sin embargo, en el país, varias afecciones que viven los/as chilenos/as no logran ser cubiertas de manera integral, considerando todas las dimensiones humanas que están vinculadas al continuo de la salud y la enfermedad, en un contexto de crecimiento global donde se sitúa a Chile dentro de los países con mayor calidad de vida de Latinoamérica.

Una de estas enfermedades es el cáncer de mamas, que según la Organización Panamericana de Salud (OPS) es el cáncer con más prevalencia en las mujeres de todo el mundo, afectando a más de 1,5 millones cada año. Paralelamente se estima un aumento progresivo de esta enfermedad en las mujeres del mundo y en nuestra región.

---

<sup>6</sup> Biblioteca Congreso Nacional, Capítulo III de los derechos y deberes constitucionales. Artículo 19 N9. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302#salud0>

Para el año 2030 se prevé que los casos por cáncer de mama en el mundo lleguen a 2,4 millones, dentro de los cuales, los países con menor crecimiento y desarrollo serían los más afectados en cuanto a prevalencia y muertes.

El cáncer de mamas es una enfermedad considerada crónica, un cáncer que implica un crecimiento descontrolado de las células mamarias que conforman un tumor maligno. En Chile es el cáncer con mayor incidencia en las mujeres chilenas, con 40 casos cada 100.000 mujeres<sup>7</sup>

Siguiendo estas consideraciones, el rol del Estado y sus legislaciones son centrales en cuanto a la prevención y a las garantías de diagnóstico, tratamiento e inclusión de las mujeres afectadas, a la vida social, en condiciones de que los casos siguen aumentando y se requiere de una política pública que considere a estos grupos minoritarios en todas sus facetas humanas y sociales.

Las repercusiones del cáncer de mama a nivel de país son tanto económicas como biopolíticas, y ejercen un impacto financiero y emocional para las mujeres diagnosticadas, que deja marcas en sus cuerpos, sus familias, relaciones y vínculos.

---

<sup>7</sup> "Salud y derechos humanos" Nota descriptiva N°323, Diciembre de 2015, Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

## **Sistema público en Chile y el Cáncer de mamas**

El Sistema de salud chileno se compone del sector público y privado. Los/as chilenos/as deben optar por el Fondo Nacional de Salud Pública (FONASA) o Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE), correspondiente al sector privado, y adecuarse al sistema de contribuciones obligatorias y copagos correspondientes. Otro porcentaje de la población está cubierta por otras agencias públicas, principalmente Servicios de salud de las Fuerzas Armadas.

Dentro del sector público, se encuentran todos los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): Hospitales y clínicas públicas (29 servicios de salud regionales y el sistema Municipal de atención primaria), la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento y FONASA. Se estima que al año 2011, FONASA cubriría aproximadamente al 70% de la población chilena que corresponde principalmente a clase media y baja, jubilados y en un menor porcentaje a profesionales y técnicos con mayores ingresos (Becerril-Montekio y otros/as, 2011).

Según datos del Banco Mundial, entre los años 2013-2015, Chile gastaba en salud un 7,8% del Producto Interno Bruto (PIB). Con respecto al gasto público, del gasto total en salud para los mismos años correspondería a un 49,5%<sup>8</sup>, en condiciones que dentro de los países de la

---

<sup>8</sup> Información disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>. Fecha de visita 20/04/2016

Organización para la Cooperación y Desarrollo económico (OCDE), el promedio entre sus 30 países afiliados, es de un 72% de aporte público.

Según las estadísticas de la OCDE, la mayoría de los países afiliados contemplan un gasto público mayor al gasto privado, con excepción de Chile y EEUU<sup>9</sup>.

A pesar de ello, la cobertura en la atención médica en el país se ha incrementado notablemente las últimas décadas, sin embargo, los/as chilenos/as aún enfrentan costos excesivos por atención en salud, principalmente asociados a enfermedades catastróficas (Becerril-Montekio y otros/as, 2011).

Desde el año 2005 en Chile se contempla el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), hoy Garantías Explícitas en Salud (GES), las cuales pretenden disminuir los costos y acceso a tratamiento de la población chilena en cuanto a enfermedades de mayor prevalencia, y constituyen beneficios garantizados por la ley a afiliados de FONASA o ISAPRE.

Inicialmente cubría 56 afecciones y el año 2013 sube a 80 mantenidas hasta la actualidad.

En el caso del cáncer de mamas, éste forma parte del GES, por lo que cuenta con ciertas garantías para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento para las mujeres mayores de 15 años en Chile, lo que implica una reducción de costos (o gratuidad para algunos tramos) y espacios de tratamiento disponible para las mujeres.

---

<sup>9</sup> Recordemos que los países que forman parte de la OCDE son considerados los países “más industrializados de economía de mercado” siguiendo la información del Instituto Nacional de estadísticas (INE) disponible en [http://www.ine.cl/canales/menu/OCDE/Queesla\\_OCDE/Queesla\\_OCDE.pdf](http://www.ine.cl/canales/menu/OCDE/Queesla_OCDE/Queesla_OCDE.pdf) (fecha de visita 20/4/2016).

“El cáncer de mamas se perfila como un problema de salud pública de primer orden que va en incremento, con importantes repercusiones tanto en el bienestar de la población, como en la actividad productiva y en el costo del sistema sanitario” (Leuro Mayorga).

## **Mujeres con cáncer de mama y demandas sociales**

Si bien las mujeres en Chile cuentan con esta cobertura entregada por el GES, hoy en día hacen frente no sólo al permanente riesgo de muerte que conlleva la enfermedad a edades tempranas, sino que también a llevar una vida digna durante todos sus procesos vitales, diagnóstico y tratamiento.

Esto es visible en la lucha que han sostenido frente al Estado para exigir una mayor cobertura y mejoras en su tratamiento.

El año 2011 y 2012, la Agrupación de mujeres con cáncer de mamas, se posicionó en las redes exigiendo como derecho al acceso a medicación de alto costo para su tratamiento<sup>10</sup>, así como el año 2013 se vio a las mujeres manifestándose a favor de la legalización de la marihuana para poder ser utilizada sin repercusiones como paliativo a los dolores de la enfermedad y el tratamiento.

---

<sup>10</sup> Ver las notas de: <http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2011/12/10/57382/Mujeres-con-cancer-de-mama-acusan-falta-de-voluntad-del-gobierno-en-entrega-de-medicamento.aspx>  
<https://www.belelu.com/2012/04/chile-mujeres-con-cancer-de-mamas-exigen-al-gobierno-entregar-herceptin/#!> Y de: <http://www.biobiochile.cl/2012/04/06/mujeres-con-cancer-de-mama-se-manifiestan-frente-a-la-moneda-por-falta-de-medicamento.shtml>

Fecha de visita 21/04/16

Junto a estas movilizaciones, las mujeres juegan un importante rol en materia de prevención y detección temprana del cáncer a través de las diferentes agrupaciones de mujeres<sup>11</sup>.

Entre los argumentos que entregan las afectadas, aluden a que el cuidado paliativo entregado por el Gobierno para abordar los síntomas de la enfermedad no son suficientes, y que no hay garantía de acceso de los medicamentos para todas las mujeres (Cecilia Jairo, 2013 a través de Radio ADN<sup>12</sup>).

“Tenemos que caminar con el cáncer de la mano y no podemos olvidarnos que cada día es un día menos de vida. En Chile cada seis horas muere una mujer por esta enfermedad. La autoridad está obligada a proteger nuestra vida, porque también somos ciudadanas y también votamos” (Antonia Toledo, 2011, a través de Diario Radio UChile<sup>13</sup>).

## **Diagnóstico, tratamiento y cambios de vida**

“En diciembre comencé un camino que primero fue de miedo, tristeza, rabia, frustración, desolación.... El golpe fue duro para todos, mi familia, mis amigos, todos movilizados, primero, por el lado práctico, que viera al mejor doctor, la mejor clínica, medicina alternativa, limón, hierbas, venenos azules, verdes, que se yo... Y luego todos unidos en lo emocional, en largas conversaciones,

---

<sup>11</sup> Agrupación Nuevo Renacer, Agrupación de mujeres con cáncer, Enfermas terminales de cáncer de mama.

<sup>12</sup> <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/presidenta-de-agrupacion-de-enfermas-de-cancer-de-mama-pidio-legalizar-la-marihuana/20130923/nota/1976388.aspx> Fecha de visita 21/04/16

<sup>13</sup> <http://radio.uchile.cl/2011/12/11/mujeres-con-cancer-de-mama-evaluan-a-acudir-a-organismos-internacionales> Fecha de visita 21/04/16

decisiones, abrazos... en fin... (...) (Silvia Atroza, Testimonios de Corporación Yo Mujer<sup>14</sup>)”.

Las mujeres que son diagnosticadas se ven enfrentadas a una serie de cambios en función de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, lo cual las instará a tomar decisiones relativas a tratamientos, según puedan ser costeados, a una reorganización familiar con la pareja y los hijos, respecto al trabajo y al uso de sus tiempos, etc.

## **Economía y relaciones familiares**

En relación al ámbito económico, las mujeres muchas veces son jefas de hogar, generándose un desequilibrio en la economía doméstica del hogar. Como enfermedad considerada catastrófica, generalmente la dolencia se configura como compleja en el primer período, lo que dificulta el ejercicio de labores cotidianas, dado el fuerte tratamiento de quimioterapias o radioterapias. El alejamiento de la mujer al trabajo podría incluso significar una movilidad de clase de manera descendente dentro de la estructura social a partir de este problema, sobre todo si la mujer y su familia no cuenta con capital social y redes de apoyo.

Respecto al aporte del Estado a las pensiones de invalidez, el valor es menor a una pensión normal, pero solo se otorga este beneficio a personas que cotizan en las AFP'S, por tanto para trabajadoras independientes que no cotizan, o dueñas de casa no hay otra forma de optar a este tipo de aportes.

---

<sup>14</sup> Disponible en <http://corporacionyomujer.cl/category/testimonios/> Fecha de visita 21/04/16

“Durante mi tratamiento, tuve que enfrentar algunos problemas familiares, penas, problemas matrimoniales y laborales, conociendo cada vez más la burocracia y las leyes algo injustas de las Superintendencias e Isapres, respecto a los subsidios para los trabajadores (Silvia Astroza Gatica, Testimonios de Corporación Yo Mujer<sup>15</sup>)”.

Pero las dificultades que enfrentan las mujeres fruto de la aparición de la enfermedad no se reducen a repercusiones laborales o económicas. Las relaciones afectivas se ven particularmente afectadas, como en el caso de la familia, que a partir de la enfermedad puede sufrir un quiebre, modificando sus relaciones, que se ven complejizadas por las emociones que genera la enfermedad, desconocimiento, temores y ansiedades.

Las relaciones de pareja también podrían verse afectadas por la dificultad de enfrentar los cambios familiares e individuales de su pareja.

Respecto a la socialización luego del diagnóstico, las rutinas médicas, dolores y cambios físicos, pueden reducir la interacción fuera de los espacios médicos, propiciando el aislamiento. También las mujeres pueden tender a alejarse de amistades o seres queridos (fuera del plano de la ayuda cotidiana que necesiten), y que su vinculación se vuelva más fuerte con la institución u hospital donde realiza su tratamiento.

---

<sup>15</sup> Disponible en <http://corporacionyomujer.cl/category/testimonios/> Fecha de visita 21/04/16



## **El cuerpo y el cáncer de mamas**

Cuando hablamos de cáncer de mamas, nos enfrentamos a tomar en cuenta una realidad que afecta directamente al cuerpo humano, en este caso, el cuerpo de una mujer.

Con el cáncer de mamas siempre está presente la posibilidad de pérdida de la mama, ya sea por mastectomía u otra operación realizada, generando transformación y la pérdida de una parte del cuerpo que las mujeres pueden vivir de distintas maneras.

El sociólogo Le Bretón (1995), nos habla de la importancia del cuerpo en esta sociedad contemporánea donde los sujetos tienen un fuerte ideal corporal que genera problemáticas en caso de ausencia o falla de éste. En este caso, el cuerpo femenino es abordado en la publicidad y medios de comunicación masivos como objeto de consumo, siendo doblemente sexualizado y expuesto bajo patrones ideales de belleza e incluso de cierto comportamiento sexual.

“Al cambiar su cuerpo. el individuo busca cambiar su existencia“ (Le Bretón, citado en Trossman; 2009:1)

Generalmente la autoimagen de la mujer se diferencia de otra, al principio les cuesta aceptar su nuevo cuerpo, pero su problemática se conforma principalmente de las mirada de los otros. En el caso de no poder acceder a implantes, pueden optar por recurrir a prendas más anchas o rellenos en sus sostenes, entre alguna u otra técnica para no hacer notar la falta de su mama. Hoy en día, con las nuevas técnicas de operación de mastectomía, menos invasivas, se intenta que no ocurra a la pérdida total de la mama. Aun así, el cáncer genera la necesidad de la mujer de volver a relacionarse con su cuerpo ante éstos y otros cambios, reconfigurar su autoimagen y fortalecer su autoestima.

Desde el punto de vista del poder y los roles sociales, es importante recalcar las exigencias sociales y los roles femeninos que hoy se valoran socialmente, como el de ser madre, pareja y cada vez más el de trabajadora.

La mujer diagnosticada y tratada por cáncer de mamas, comenzará a ocupar un nuevo rol social que hace variar las relaciones de poder en las que se inserta.

Siguiendo a Beauvoir (2012), históricamente se ha conformado “un mundo femenino” diferente al universo masculino, donde las mujeres han tenido que regirse e integrarse a partir de la subordinación de los hombres, no pudiendo desenvolverse como iguales.

Aunque hoy en día existen avances notables donde las políticas públicas a nivel mundial, han trabajado por la equidad de género, aún encontramos que la brecha no se ha reducido del todo, encontrando casos familiares donde las decisiones respecto a la detección, diagnóstico y tratamiento de la mujer, dependen principalmente del hombre (Sanfilippo y Moreno, 2008).

## **Percepciones de exclusión social**

Las percepciones que tengan las mujeres respecto a su situación social como mujeres afectadas por una enfermedad como ésta, resultan relevantes para conocer desde la voz de las mismas afectadas, cómo se conforma su problemática relacionada, en el caso que nos interesa, con las relaciones de exclusión social en las que se desenvuelven, vinculadas al ámbito del tratamiento, lo económico, familiar y de pareja, así como su posición como mujeres, respecto a los cambios vividos con el tratamiento del cáncer.

Siguiendo la definición de Jorge Chuaqui (2013), la exclusión se conformaría como “una relación social que impide u obstaculiza el logro de una mejor posición social, superar una situación o un derecho al que se debiera tener acceso” (Chuaqui, 2013; 7).

La posición a la que nos referimos está estrechamente relacionada con la forma en que la mujer ejercer el poder al tener una enfermedad y al participar de una manera diferente en distintas esferas sociales, o bien privarlas de una participación real.

## **Estudios en el contexto del cáncer de mamas**

Para poder estudiar las percepciones de exclusión de las mujeres con cáncer de mamas, fue necesario investigar e indagar en diferentes estudios que se relacionaran con la temática que investigaremos durante esta tesis. Al partir nos dimos cuenta que a nivel de la sociología las investigaciones referidas a la materia del cáncer son muy reducidas y acotadas, en donde descubrimos que por ejemplo existen temáticas de género, vida y calidad de la atención de las mujeres con la enfermedad, pero referidas a otros tipos de cánceres. Por otro lado encontramos estudios referidos al cáncer de mamas en el campo de la psicooncología, medicina y enfermería, en donde se analiza desde el diagnóstico, los discursos de las mujeres durante el tratamiento y vivencias de la enfermedad.

La mayoría de los estudios consultados son principalmente de México, Cuba, Colombia, España, Argentina y uno solo en Chile, lo que nos da cuenta de que es necesario ahondar en la investigación sociológica referida al tema del cáncer en Chile.

Podemos destacar que los estudios encontrados son mayormente pertenecientes a tesis de pregrado y otros pocos estudios pertenecen a artículos de revista donde uno solo es un informe de una fundación de cáncer.

### **Temáticas encontradas:**

#### **Los estudios de la psicología y la sociología**

#### **La psicooncología**

Durante esta investigación se hace una gran crítica a lo que se refiere al apoyo psicológico de los programas que se presentan dentro de la atención de las mujeres con cáncer, elemento que nos parece importante para parte del apoyo emocional como personas y donde observamos la

exclusión que nos relatan las enfermas por la falta de ayuda y contención de parte de profesional vinculados a la psicología y por lo tanto, a encontrar la psicooncología en donde se analizan los factores psicológicos de la aparición de la enfermedad del cáncer de mamas y cómo se relaciona con su entorno a nivel psicológico al desarrollar la enfermedad, lo cual se enlaza con nuestra investigación respecto a los elementos que percibe la misma mujer enferma con respecto a su exclusión con respecto a su entorno. Nos parece interesante, porque el trabajo de la psicooncología se podría generar en un espacio interdisciplinario en donde se puedan conjugar la disciplina de la psicología y la sociología.

Nos relata Tamblay y Bañado “Se ha encontrado que las mujeres con CM tienen más represión emocional, más conductas de descarga anormal de las emociones con menor agresividad manifiesta, más rasgos depresivos, relatan pérdidas afectivas en los 3 años anteriores al comienzo del carcinoma mamario” (Bañado y Tamblay, 2004, 156)

Al revisar este estudio nos da a entender que sigue siendo necesario llevar esta temática más allá de la investigación y colocarla totalmente en práctica con los pacientes enfermos, no solo con el cáncer de mamas sino con otros tipos de cáncer según lo que hemos observado durante esta investigación, es necesaria la mirada desde diferentes disciplinas relacionadas con esta dolencia.

### **El enfoque de género en el cáncer cérvico Uterino**

En esta investigación pudimos observar uno de los elementos que está ligado a nuestra investigación como lo es el tema de género, aunque el estudio no está referido directamente a cáncer de mamas, el cáncer cérvico uterino es otro de los cánceres que afectan a la mujer.

Aunque el estudio trata de manera teórica el tema del cáncer y el enfoque más preventivo, nos adentra en la perspectiva de género y cómo esta tiene un patrón común, según lo que narran las tesis en diferentes partes de América Latina.

Las investigadoras concluyen que “El género continúa siendo una categoría central para el análisis de los procesos de salud- enfermedad, sobre todo de los mecanismos de perpetuación de las inequidades” (Zaldivar, 2009,67)

### **Proceso social del cáncer**

Nos parece interesante el estudio realizado por la fundación “Cáncer de mama tómatelo a pecho” de México, en donde se asimila a dos de los puntos de nuestra investigación. Primero se refieren a la mirada de las mujeres enfermas con respecto a sus parejas y segundo hace hincapié en los prestadores de salud, que en el caso de nuestra investigación está más centrado al servicio de salud público donde se atiende a la mujer enferma de cáncer de mamas. Por lo tanto esta investigación nos da una visión con respecto a una nueva mirada, a partir de un equipo interdisciplinario de una fundación de ayuda de mujeres con cáncer de mamas, que nos permite de alguna manera posicionar la importancia de realizar nuevos estudios dentro del país y también nos parece pertinente esta investigación ya que analiza el proceso social que significa vivir con una enfermedad como la es el cáncer de mamas.

## **Estudios sociológicos sobre la calidad de la atención en salud.**

Este estudio resulta de gran interés para el quehacer sociológico referido a la medicina, en donde se estudian los resultados de la atención a los pacientes, pero desde un punto crítico en donde se plantea que se ve a la salud desde la mirada de los proveedores del servicio y donde se mecaniza la atención institucional. Lo que nos llama poderosamente la atención y que nos sirve para nuestra investigación es el trato médico que se le entrega a la salud femenina, donde se habla del “habitus” de Bourdieu, en donde el médico tiene predisposiciones determinadas con los pacientes; “Se resalta por ejemplo, el poder hegemónico que ejercen los profesionales médicos sobre la salud femenina, principalmente en el campo de lo reproductivo” (Agudelo, 2011, 308). Se menciona en el documento el trato que se le da a las mujeres enfermas de cáncer de mamas de parte del personal médico donde se genera una relación jerarquizada, algo mencionado dentro de nuestra investigación en el trato desde el médico y paciente.

## **Sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes**

Este estudio también realizado en México da cuenta del sufrimiento de las mujeres con cáncer de mamas y ovarios, lo que nos parece interesante, porque se trata de una investigación que profundiza los aspectos cotidianos de las mujeres enfermas, algo que se relaciona directamente con el ámbito relacional de la mujer enferma y que hemos tratado como uno de los elementos de exclusión de la mujer enferma de cáncer de mamas. Tinoco nos relata que: “El cáncer es más que una enfermedad, es una vivencia cotidiana tan compleja como la propia enfermedad, que enfrenta a quienes la padecen y a quienes les acompañan a una serie de situaciones devastadoras” (Tinoco, 2012,181)

A partir de esta cita podemos entender y relacionar esta información con nuestra investigación en donde hacemos hincapié a que la manera de sociabilizar de la paciente con sus seres cercanos será la manera también cómo evolucione o empeore su enfermedad o diagnóstico. Esta afirmación la hacemos a partir de los relatos de las mujeres estudiadas durante esta tesis.

## **Los estudios desde la enfermería y la medicina**

### **Adaptación de mujeres con cáncer de mamas y calidad de vida en tratamientos oncológicos**

Los estudios referidos a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mamas y proyectos de vida a futuro son mirados desde la enfermería, es así como encontramos varias investigaciones vinculadas con respecto a estas temáticas en Colombia. Los análisis que se realizan desde esta perspectiva tienen que ver con los cuidados que ofrece la enfermería a las personas enfermas con cáncer de mamas, lo interesante que nos plantean estas investigaciones, es poder entender el proceso biológico que viven las mujeres enfermas, adentrándose desde el análisis de la estructura social en donde se desenvuelven las mujeres a partir de la mirada de las teorías sociológicas, algo innovador dentro del campo de la enfermería, que no se centra netamente en el cuerpo humano como los estudios corrientes referidos a la disciplina netamente a la enfermería, sino que le interesa integrar una visión interdisciplinaria, algo que también planteamos desde nuestra investigación de tesis. Dentro de nuestra investigación nace un claro interés en mirar la proyección a futuro de las mujeres enfermas, ya que desde esta perspectiva nos permite mirar si aún se sentirán excluidas desde su mirada.



## **Pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo**

Este estudio encontrado, está más vinculado al campo de la psiquiatría, donde aunque se trata de la salud mental de la enferma de cáncer, abarca diferentes aspectos sociales para poder entender los episodios depresivos que presenta el paciente. Entre ellos pudimos observar que en este estudio analizan varios factores desde la mirada del paciente y nos llama la atención cuando se habla en el caso del género como una creencia de afrontar de mejor manera una enfermedad, afirmando que la mujer la vive de mejor manera que el hombre. “Cuando ven a una mujer mostrando mayor aplomo que ellos en un determinado momento, se sienten “cobardes” a su lado” (Orgaz, 2010,119)

También observamos otro elemento que constantemente estamos tratando en nuestra investigación, cuando nos referimos a la mirada de sí misma de la mujer a partir de la enfermedad, podemos ver que nos encontramos, algo similar que nos planteamos en nuestro marco teórico con respecto a lo que se refiere a la feminidad y su cuerpo. Cuando la mujer tiene la pérdida de una mama y el caso de la investigación de psiquiatría lo vincula, como parte de la conformación de una depresión y como esto se ve reflejado en su cambio en lo que se refiere a la feminidad, refiriéndose a la diferencia que se plantean con un cáncer que afecta a un hombre y a una mujer. “La diferencia tiene que ver con el estereotipo que construye la identidad de las mujer en función de la apariencia física en un grado que en el caso del hombre, la mastectomía supone otra agresión a la identidad de la mujer. El pecho es un símbolo de feminidad”. (Orgaz, 2010,119).

Por otro lado Orgaz recoge el momento se la mastectomía y las implicancia que tiene esto a nivel emocional en una mujer con cáncer de mamas y reconoce la problemática que se ejerce con respecto a la sexualidad de pareja a partir de la falta de la mama. “La principal

repercusión de la mastectomía es íntima. Pero el pecho también tiene una relación estrecha con la sexualidad, por lo que la respuesta que ofrezcan sus parejas juega un papel relevante en su presentación” (Orgaz, 2010, 148). Esto se relaciona directamente con la relación que vemos que percibe la mujer muchas veces de su cuerpo y de su propia pareja durante la investigación de nuestra tesis.

Cada una de las investigaciones revisadas, aunque son de diferentes disciplinas, nos permiten ver las diferentes aristas que presenta la enfermedad del cáncer de mamas.

### **3.- Pregunta de investigación y Objetivos**

Para comprender mejor los alcances sociales de una enfermedad como el cáncer de mama, que afectan y podrían afectar en un futuro a las mujeres chilenas, nos preguntamos sobre:

*¿Cuáles son las principales relaciones de exclusión social que perciben las mujeres con cáncer de mamas atendidas en el sector público de salud dentro de la Región Metropolitana?*

#### **Objetivo general**

Conocer y analizar las principales relaciones de exclusión social que perciben las mujeres con cáncer de mamas, atendidas en el Sector Público de Salud de Santiago de Chile.

## **Objetivos específicos**

1. Conocer la percepción que tienen las mujeres respecto al cáncer de mamas y su tratamiento en el actual sistema de salud público.
2. Conocer la percepción que tienen las mujeres respecto al cáncer de mamas y el ámbito laboral.
3. Conocer la percepción de las mujeres respecto al cáncer, su feminidad y significados del género.
4. Identificar los principales elementos de exclusión que perciben las mujeres respecto al cáncer de mamas en sus principales entornos de socialización.

## **4.- Relevancia de la investigación**

La presente investigación pretende generar conocimiento para entender que el cáncer de mamas no es solo una problemática de salud, sino que una dolencia que afecta aspectos laborales, de género, económicos y sociales en la vida de un grupo importante de mujeres. En este sentido resulta relevante para ampliar la mirada respecto a la imperante mirada biologicista en estas problemáticas que también son eminentemente sociales.

Su relevancia también está conformada por el enfoque cualitativo, el rescate del discurso de las mujeres afectadas y el análisis de sus percepciones que creemos pueden otorgar conocimientos importantes para los/as trabajadores/as del sector Público de Salud, y sumarse a los pocos estudios que se encuentran respecto al Cáncer de mamas desde una perspectiva

sociológica, enfocada en las principales protagonistas de la enfermedad y parte de su mundo subjetivo.

El estudio también permite colaborar con la visibilización de la exclusión social en mujeres con cáncer de mamas como una problemática relevante, dejando de lado la omisión que existe sobre las enfermedades catastróficas mirada desde las ciencias sociales y el reduccionismo de la ciencia médica.

Resulta oportuno plantear la exclusión de mujeres con cáncer de mamas como una investigación novedosa y en consecuencia se vuelve relevante también por los principales conceptos teóricos abordados en la presente investigación que contemplan la tríada exclusión, cuerpo y género.

## **5.- MARCO TEÓRICO**

### **I. Exclusión Social**

#### **1.1 Elementos contextuales para comprender el concepto de Exclusión Social**

La discusión en torno al concepto de exclusión social comienza a ser preponderante alrededor de la década del '70 en Francia a partir de las problemáticas sociales que ocurrían en ese país donde se empezó a observar que niños, ancianos y discapacitados que se encontraban “desfavorecidos y afectados por nuevos problemas sociales (desempleo, guetos, cambios en la estructura familiar)” (Pérez e Eizaguirre, 2005), comenzaban a ser apartados de la sociedad. Por otra parte, y siguiendo a Torche (1996), la exclusión social tiene su origen en el continente europeo para la década del '60, pero éste, en un comienzo fue restringido a situaciones puntuales y posteriormente comenzó a tener relevancia a partir de debates políticos y sociales tras las transformaciones socioeconómicas sucedidas tras la crisis del petróleo para 1973, las altas tasas de desempleo y la paulatina desaceleración económica.

Así como los países europeos, en Latinoamérica y en Chile en particular, la exclusión social podía ser observada con la “cuestión social” durante principio del siglo XXI, bajo una perspectiva de un Estado de Bienestar, en la cual, la mirada del sujeto que estaba separado socialmente de los grupos o entornos sociales que poseían una buena situación socioeconómica, tenían un apoyo asistencialista, no obstante éstos no era considerados como una población que fueran atendidos bajo políticas públicas para resolver sus necesidades.

A partir de la década de los '80, el concepto de exclusión social es considerado como parte de la temática haciendo alusión a lo social en ámbitos de la sociología, la psicología y el trabajo social.

Dentro de los elementos que inciden fuertemente en los cambios de la sociedad son los fuertes cambios económicos que suceden entre el siglo XIX y se agudizan en el siglo XX con el surgimiento de la economía de mercado que generó segregación a los sectores más vulnerables de las sociedades europeas y también latinoamericanas. Es así como se ha planteado para superar las crisis, la teoría Keynesiana, la cual busca aliviar la crisis a través de “un pacto social entre el capital y trabajo mediante el cual se reconocen nuevos derechos laborales y el crecimiento del salario” (Rizo, 2008:2), sin embargo, a pesar de este esfuerzo, ésta sigue generando exclusión ya que se forma una brecha entre los que poseen capital y el trabajo y quienes no lo poseen. De acuerdo a lo anterior,

“el problema de la exclusión dejó de concebirse como una anomalía atribuible a ciertos individuos o estratos, en situaciones de vulnerabilidad. La exclusión dejó de ser un rasgo de grupos como minusválidos, inmigrantes o delincuentes para penetrar dentro de segmentos de la sociedad tradicionalmente insertos dentro de la dinámica social como eran los jóvenes que empezaron a tener problemas para ingresar al mercado laboral y adultos para quienes proliferaron empleos sumamente precarios” (Torche F., 1996:56).

La aceptación del concepto permitió entender la exclusión social como parte de un fenómeno social que se volvió tangible, pero que además adquirió matices simbólicos y materiales, plasmado concretamente en la pobreza y en la poca capacidad de la sociedad para incorporar a más sujetos y grupos sociales en distintas esfera, siendo la principal el mercado laboral. Lo anterior supuso la apertura al entendimiento de la materia, por lo que posteriormente salieron a relucir distintas teorías o paradigmas que buscaron ser explicativas del fenómeno.

## 1.2 Sobre el concepto “Exclusión Social” en las ciencias sociales

De acuerdo a la teoría de la exclusión social, se distinguen tres paradigmas ideados por Hilary Silver (1994), uno de éstos corresponde al “Paradigma de la Solidaridad”, en la cual se considera a la sociedad como un todo, desde un ethos hasta una moralidad en común (Torche F., 1996), en la cual, la exclusión es concebida como un debilitamiento o ruptura de los lazos entre los sujetos que los une. Esta concepción tendría directa relación con los preceptos que plantea Durkheim (1965), quien consideraría la configuración de la solidaridad como un elemento trascendental en la sociedad puesto que repercutiría en el modo de relacionarse de los sujetos y las relaciones y acciones que establecen en conjunto. Siguiendo a Durkheim, Silver (1994) se referiría a algo más cercano a la solidaridad mecánica puesto que el sentido de comunidad sería el que fallaría tras la exclusión social.

El siguiente, es el “Paradigma de la Especialización” el cual tendría su concepción de la integración basado en la especialización, entendiendo que los sujetos se diferencian a partir de las capacidades e intereses que desarrollan (Torche F., 1996). En este sentido, la especialización implicaría un tipo de diferenciación social entre los sujetos que tendría como consecuencias la restricción de elecciones para quienes no tengan las capacidades, por lo que si bien ésta no es causal de desigualdad, sí permite la exclusión, siendo ésta voluntaria o efecto de la preparación de los individuos.

Como tercer enfoque que postula Silver, está el “Paradigma Monopólico” el cual postula a la sociedad bajo una perspectiva marxista en la donde la articulación de la misma es de tipo conflictiva y coercitiva. La exclusión por tanto sería el resultado de la interacción de las clases

sociales y la protección de los bienes e intereses de los incluidos respecto de los excluidos (Torche F., 1996)

El modo de abordar el concepto de exclusión ha sido complejo toda vez que éste implica necesariamente la consideración de diferentes variables. Por lo anterior, Jiménez postula que éste debe ser entendido como “lo contrario” a la inclusión, de ahí que afirme que,

“El concepto de exclusión social debemos entenderlo por oposición al concepto de integración social como referente alternativo, esto es, el vocablo exclusión social implica una cierta imagen dual de la sociedad” (Jiménez, 2008:174)

Mientras que Barros (1996), señala que es necesario adoptar la amplitud del concepto y así entender la dinámica que la exclusión social produce al interior de la sociedad. Esto permitiría tener una interpretación que forma parte del desarrollo de la modernidad en las sociedades occidentales.

“El concepto de exclusión social es un concepto integral, que incorpora como parte de su análisis elementos políticos y culturales en conjunto con los económicos y sociales. No se trata solo de limitar el problema en términos de poder o no sobrevivir de acuerdo a ciertos rangos considerados como mínimos, la pregunta que hay por responder es acerca del desempeño de los actores sociales dentro del conjunto del sistema social y su participación dentro de éste como miembros activos” (1996: 6)



De acuerdo a Barros, la interpretación sobre la exclusión social contempla una dimensión cívica, en la cual sitúa el concepto de ciudadanía y su ejercicio como una de las principales causales de aislamiento de los sujetos al encontrarse ajenos a la institucionalidad y puesta en práctica de los derechos civiles de quienes pertenecen a la sociedad civil sin embargo no se respetan a cabalidad.

Para efectos de la presente investigación, entenderemos la exclusión social de acuerdo a los planteamientos de Jorge Chuaqui (2016), en la cual se comprende el concepto como una relación social que no permite una determinada posición social del sujeto debido a que éste enfrenta obstáculos para superar una situación o conseguir un derecho en particular. De acuerdo al autor, no se debe entender la exclusión social como estar “dentro” o “fuera” del sistema social, puesto que en realidad nunca habrá una renuncia a éste. Del mismo modo, esta “desventaja” afectaría a las categorías sociales (entendidas como un conjunto de posiciones con características comunes), sistema de interacción o grupos sociales.

Bajo los preceptos anteriores, la exclusión social debe ser entendida como proceso dinámico, dado que está sujeta a la interconectividad de los sistemas y sus sistemas constituyentes de la complejidad de la realidad social, lo cual en ningún caso puede desarrollarse de forma lineal. Esto último, a su vez, es indicativo de que al influir diferentes factores de riesgo, puede comprometer la intensidad con la que se viva la exclusión social, lo cual permite considerar que ésta, al variar en su expresión, cuenta con diferentes factores de riesgos que la hace particular de acuerdo a su situación específica, contexto, temporalidad, incidiendo en su proceso y convirtiéndose en algo inacabado.

Por otra parte, la exclusión social será considerada como algo estructural, puesto que ésta se asienta en una estructura económica política de la sociedad y la cultura, siendo parte de un tipo de desarrollo actualmente existente.

De acuerdo a lo anterior, comprenderemos la exclusión social como,

“(…) una relación social que va situando a determinados grupos sociales en ubicaciones desfavorables respecto al sistema y a los demás sujetos, lo cual causa en estos grupos una serie de privaciones de distinta índole social (aspectos materiales, relacionales y activos de habilidad y conocimiento social) y que se constituye en tanto dicha privación, como en los procesos que las causan y que reproducen otras condiciones de privación social.” (2016:8).

En suma, la comprensión del concepto de la exclusión social no puede desvincularse del ámbito de la salud de las mujeres que padecen cáncer a las mamas, puesto que los efectos que éstas tienen a causa de la enfermedad, repercute no solo en su vida personal y profesional, sino que también familiar y con el entorno en general.

### **1.3 Exclusión social en cuerpos normados**

Cuando nos referimos a exclusión en el caso del cáncer de mamas, no sólo nos referimos a una enfermedad, sino que hablamos de la problemática social que genera esta.

El cáncer de mamas como enfermedad se configura como una dolencia que no sólo cambia la corporalidad de las personas, sino que se presenta como una enfermedad que influye en un

cambio estructural del sujeto desde aspectos económicos, sociales y corporales, incidiendo en los cambios de los patrones sociales con el entorno y la familia.

Siguiendo a Chuaqui (2016), la exclusión social que se daría particularmente en este grupo tendría como principal dificultad de permanecer dentro de un mismo sistema, grupo o servicios a causa de malas condiciones a nivel relacional, lo cual afectaría en la calidad de las relaciones, esto “debido a mecanismos de diferenciación social que operan junto a la discriminación y el estigma” (2016:8). [1]  
[SEP]

Otro autor que se refiere al cuerpo es el filósofo Nietzsche, señalándolo como un lugar de pulsiones e instintos que interpretan la realidad. El autor considera el cuerpo como un lugar que es “centro de gravedad”, por lo que si el cuerpo es rechazado, los instintos y pulsiones también quedan relegado y con ello el alma y el espíritu es desplazado de su territorio, al existir una fuerte carga moral, lo que quiere decir que al ser este diferente del resto o bien deforme, es rechazado por el resto.

De manera similar, Goffman (2006) postula que el medio social establece categorías en las personas que configuran una identidad, las que a su vez, se constituyen en expectativas normativas las que si bien, no se configuran de manera consciente, sí satisfacen y forman parte de la identidad social virtual o real. La primera se referirá a elementos “esenciales” o en potencia a partir de lo que le atribuimos, mientras que el segundo, serán los atributos que visiblemente poseen las personas. Lo anterior, sitúa a los sujetos con estigma a todos quienes poseen un atributo desacreditador, confirmando la normalidad del otro. Para el autor, existen tres tipo de estigmas: 1) las abominaciones del cuerpo, 2) los defectos del carácter del individuo que son vistas como carente de voluntad, carácter tiránico o antinaturales, y por

último 3) estigmas tribales como la nación, la raza, o la religión que se heredan por tradición cultural (2006:14).

Para efectos de la presente investigación, se entenderá la exclusión social en cuerpos normados como el alejamiento de quienes son alejados de un grupo social a causa de las marcas de diferenciación o abominación del cuerpo.

#### **1.4 La exclusión social, la vida social y la sociedad**

La vida social es un elemento para sentirse parte o no de una sociedad generando inclusión o exclusión de las personas que pertenecen a ésta. Aristóteles fue el primero que se refiere a los sujetos como “animal social”, los seres humanos sienten la necesidad de relacionarse con otros seres humanos si viven en la civilización. Yepes y Aranguren sostienen que: “Las relaciones interpersonales no son un accidente añadido”. (2003:101.) Por lo tanto, para entender el fenómeno social y los comportamientos de los individuos es necesario que esta investigación indague en las percepciones de exclusión de los individuos.

Cuando existe una enfermedad, como el cáncer en donde se ve afectado el cuerpo y las relaciones sociales, ocurre un cese en la vida social, el cual dentro del libro del “Fundamento de la Antropología” (2003) se refiere al fin de la vida social, o bien el “fin de la vida buena”.

En el caso del cáncer de mamas se puede decir según las percepciones que se han observado de las mujeres, que se genera el fin de la “vida buena“, ya que las relaciones con los otros disminuyen y cambian mucho, pues la enfermedad genera un cambio sustancial en los lazos sociales con los otros, debido a lo que conlleva socialmente de ésta misma, los sujetos se

acercan o se alejan de su entorno social, pero lo que más se observa es el alejamiento, por lo tanto se puede decir que socialmente los individuos cesan su vida y relaciones sociales, se inicia el término de “la vida nueva”. La comunicación de las mujeres con cáncer de mamas es diferente desde que adquieren la enfermedad, podemos observar que su lenguaje está referido a su dolencia y existen dos maneras en el lenguaje: que se sientan acogidas o se sientan rechazadas.

Siguiendo al filósofo Levinas, citado en Luxardo (2008), aquellas mujeres que han padecido cáncer toman distancia respecto a su propia existencia, lo cual los vuelve extranjeros de sus propias vidas, volviéndose un “alter” de sí mismo, en donde la muerte y el dolor son episodios que conmocionan a nivel físico, pero que implica a su vez una mayor carga emocional por la cual se atraviesa que vuelve más conflictiva la relación consigo mismo.

Yepes y Aranguren (2003) mencionan que para mantener la armonía de la vida social no es necesaria la discordia y la violencia, cuando se enfrentan los sujetos a alguna enfermedad se rompe la armonía con todo lo que los rodea y genera discordia consigo mismo y con los otros. La mirada de la antropología ayuda a entender el origen de los comportamientos sociológicos de los individuos.

Durkheim define la exclusión a partir de las sociedades. Lo más importante para este autor es la relación que se da entre individuo y sociedad, algo fundamental para esta investigación ya que la percepción que se tiene de los otros en el caso de estudiar una enfermedad como el cáncer, se da por la mirada que tienen los propios individuos de su realidad y del entorno que los rodea.

La división del trabajo social conformó las diferencias y semejanzas dentro de la sociedad mecánica y orgánica que plantea Durkheim, por lo tanto estos elementos serán los que definen la cercanía o lejanía con las relaciones sociales, el trabajo viene siendo el elemento de exclusión o inclusión dentro de una sociedad.

“La preponderancia actual del derecho cooperativo sobre el derecho represivo demuestra que los lazos sociales que derivan de la división del trabajo son actualmente más numerosos que los que derivan de las semejanzas sociales”.

(1965:2)

Las mujeres con cáncer de mamas perciben que el trabajo es un elemento preponderante en el ser, parte o no dentro de una sociedad, muchas de ellas plantean que generalmente a partir de la enfermedad son pocas consideradas o no se sienten parte en el mundo laboral.

El autor plantea que la cohesión es un elemento relevante dentro de las diferentes sociedades, en la “Sociedad orgánica” que vendría siendo la más parecida a la contemporánea que vivimos hoy, en donde la diferencia genera la unión con los sujetos.

En esta sociedad que busca constantemente el bienestar a partir de la satisfacción económica que genera el trabajo, el quiebre del cambio económico al tener una enfermedad como el cáncer se resume en la poca cercanía que empiezan a tener los sujetos que padecen la enfermedad con las personas que no están sanas, las enfermas nos relatan que las despiden de los trabajos, se vuelven cesantes o no las consideran dentro del ámbito laboral porque las consideran “discapacitadas”.

“Si la división del trabajo no tuviera otras causas, pronto se hubiera detenido, una vez alcanzado el límite de la felicidad. Este límite retrocede, es cierto, a medida que el hombre se transforma. Pero esas transformaciones, suponiendo que nos hagan más felices, no se han producido en vista de ese resultado, pues, durante mucho tiempo, son dolorosas y no tienen compensación“. (2001:7)

La división del trabajo social en muchas ocasiones genera alienación de los sujetos en donde la actividad laboral es una fuente de ingresos pero no produce satisfacción, a partir de la ganancia, el sujeto puede darse cierto bienestar en su modo de vida, pero en muchas ocasiones sólo sirve el ingreso de un trabajo para sobrevivir, por lo tanto es aquí cuando se califica el trabajo como una fuente de sustento, entonces inmediatamente podemos analizar que cuando no podemos obtener agrado por lo que hacemos como individuos, se puede caer en estrés y en ciertas enfermedades insertas en la modernidad que no sólo son catalogadas de hereditarias y que también tienen que ver con un modo de vida en donde la alimentación y la manera cómo nos vinculamos con el entorno son fundamentales, por lo tanto enfermedades catastróficas como el cáncer vienen a ser un resultado desencadenado por toda esta problemática. Está comprobado que en la enfermedad del cáncer existen factores genéticos pero también inciden mucho en el estado anímico que presentan los sujetos y como conllevan esta carga a partir de la dolencia. Por otro lado vinculamos a partir de las presiones sociales que se generan en el medio y la lejanía de esa “felicidad” que el sujeto busca a lo largo de su vida e inmediatamente se siente excluido.

El valor de cambio que plantean los autores, referente al intercambio económico que existe en la sociedad se vincula, en el caso de una enfermedad, como el cáncer, en el costo alto que implica la dolencia y cómo sus consecuencias influyen en el presupuesto de una familia. Una de las problemáticas que plantean las mujeres con cáncer de mamas es la precariedad de los

trabajos que podían realizar, ya que no son consideradas como parte la fuerza laboral, “la capacidad humana de producir mediante la técnica más bienes de una determinada clase de los que el sujeto productor necesita”. (Yepes y Aranguren, 2003:184).

## **II. Cuerpo y Género**

### **2. El cuerpo y las emociones como dispositivo de disciplinamiento**

El cuerpo es un elemento preponderante en la estética humana desde que el ser humano toma conciencia de que es parte de él, pero toma fuerte importancia en tiempos del renacimiento en donde muchos artistas como pintores y escultores comienzan a hacer obras dándole importancia y culto al mismo.

Hace pocos años se comienza a estudiar el cuerpo como un elemento que incide en las relaciones sociales ya que se visualiza para el sujeto como parte importante de su ser individual, como también para la sociedad y cultura. Dependiendo de la sociedad será la importancia que tendrá el cuerpo para cada sujeto. En el caso de la sociedad occidental a la cual pertenecemos se ha ocupado de realizar un culto constante al cuerpo humano donde las atribuciones físicas son mayormente observadas y apreciadas que las intelectuales, pero en el último tiempo se ha logrado conjugar esa dualidad del cuerpo y la mente, donde son miradas como un todo.

Hay muchos autores que han decidido estudiar el cuerpo a partir de los elementos sociales que le dan forma a este mismo, se puede decir que el “cuerpo”, es parte de las teorías sociológicas postmodernas.

En relación a lo anterior, Le Breton (2002) señala que,



“Nuestras actuales concepciones del cuerpo están vinculadas con el ascenso del individualismo como estructura social, con la emergencia de un pensamiento racional positivo y laico sobre la naturaleza, con la regresión de las tradiciones populares locales”. (2002:8)

Según Le Bretón, en la era contemporánea es necesario observar el cuerpo bajo la perspectiva individualista como parte del repliegue del ego, bajo la emergencia de una atomización y parte de un campo social. Por lo mismo, afirma que el cuerpo moderno pertenece a un orden diferente, en la cual existe una ruptura con del sujeto con otros (estructura social de tipo individualista), con el cosmo (la materialidad del cuerpo no se encuentre en ninguna otra parte), consigo mismo (poseer un cuerpo más ser su cuerpo) (2002).

Por otra parte, Martínez (2004) señala que el cuerpo en la sociología, es visto por autores Douglas, Foucault, Goffman y Turner como algo que le pertenece a la cultura y no necesariamente a la identidad biológica. En este sentido, el hecho de que el cuerpo se mantuviera en el área de la salud ha apartado a los investigadores a observar la corporalidad como un espacio de investigación. Así mismo, al ser entendido el cuerpo como parte de un fenómeno natural se suprimió todo tipo de análisis social al no ser un objeto legítimo de la sociología.

Desde el punto de vista de Douglas, en Martínez (2004), el cuerpo se encuentra moldeado por las fuerzas sociales, lo que quiere decir que existe un “cuerpo social” y un “cuerpo físico”. Según la antropóloga, el primero restringe el segundo dado que representará un sistema de símbolos naturales, lo que hace que lo corpóreo sea una forma de mediar con lo exterior al ser una representación de sí mismo que será juzgado por los demás,

“Esto significa que el cuerpo es un medio de expresión altamente restringido puesto que está muy mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar. La situación social se impone en el cuerpo y lo ciñe a actuar de formas concretas, así, el cuerpo se convierte en un símbolo de la situación ” (2004:130).

Así mismo, las aportaciones de Bryan Turner (1989) señalan que el cuerpo debería ser un elemento central de la teoría social contemporánea al existir durante los últimos años un fuerte determinismo en los cuerpos sexuados planteados desde el mismo mercado. Turner menciona que todas o todos los sujetos poseen una corporeidad, lo que se traduce como una identidad que no se puede rechazar y que está en permanente cambio, así por ejemplo, las enfermedades es algo que amenaza al cuerpo, pero también lo son las estigmatizaciones sociales, teniendo como consecuencias las operaciones faciales o reparaciones corporales, modificando con esto las discursividades corporales existentes (Planella, 2006).

Ahora bien, desde la perspectiva de Foucault el cuerpo es un lugar de micro-poder que está relacionado con otros micro-poderes bajo un entorno en el que se articula con lo político, lo social y lo económico. Esto, según el autor, hará que el cuerpo se encuentre permanente disciplinamiento y normalización, lo que repercutirá en exigencia hacia los sujetos con el fin de cumplir con aquellos roles hegemónicos mediante el cumplimiento de cánones de belleza. Según el autor en su texto “Vigilar y Castigar” (1998), el cuerpo se vuelve un campo de batalla que termina por establecer “relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (1998:32).

Lo anterior desemboca en dos cuestiones principales, por una parte el desarrollo del anatomopoder, que se referirá al modo en cómo se vuelve un cuerpo dócil y útil a través de la educación y disciplinamiento de éste, mientras que, por otra parte, existirá la biopolítica, que remitirá a la formas políticas de administrar el cuerpo y la vida, a través del control de la mortalidad o la natalidad. Ambos casos estarán enfocados a la productividad, sin embargo el primero estará dirigida al sujeto mientras que el segundo a la sociedad (Sossa, 2011).

Bajo esta lógica de la belleza y el disciplinamiento del cuerpo bajo un contexto de mercado, el físico se torna un elemento valioso y a su vez expresión de libertad, libertad, identidad, salud, prestigio y perfección (Sossa, 2011), lo que en palabras de Bauman (2007), será una competencia abierta en búsqueda de la perfección y de ser “consumido” por el resto de los sujetos como símbolo de aprobación,

“La ‘subjetividad’ del ‘sujeto’, o sea su carácter de tal y todo aquello que esa subjetividad le permite lograr, está abocada plenamente a la interminable tarea de ser y seguir siendo un artículo vendible. La característica más prominente de la sociedad de consumidores -por cuidadosamente que haya sido escondida o encubierta- es su capacidad de transformar a los consumidores en productos consumibles...” (Bauman 2007: 26)

Por último, Scribano (2013) señala que el cuerpo necesariamente debe ser entendido junto a las emociones, puesto que a través se aprende y experimenta, convirtiéndolo en un “locus” o lugar que evoca cierta disposición frente a la vida y a la sociedad. Según el autor,

“El cuerpo individuo es una construcción elaborada filogenéticamente que indica los lugares y procesos fisio-sociales por donde la percepción naturalizada del entorno se conecta con el cuerpo subjetivo. El cuerpo subjetivo es la

auto-percepción del individuo como espacio de percepción del contexto y el entorno en tanto “locus” de la sensación vital enraizada en la experiencia de un “yo” como centro de gravitación de sus prácticas. El cuerpo social consiste en las estructuras sociales incorporadas que vectorizan al cuerpo individual y subjetivo en relación a sus conexiones en la vida-vivida-con-otros y para-otros.” (Scribano, 2013:101).

Este estudio considera dentro su análisis la estructura de la sociedad chilena, en donde la figura del cuerpo es preponderante desde la mirada de sí mismo y del otro, en el caso de una enfermedad como es el cáncer y específicamente cuando se trata de las mamas, cobra un sentido el “ser femenino” de lo que es el cuerpo, la mujer le da una significancia a los senos o mamas como parte fundamental de su identidad como mujer. Las mamas mundialmente y en Chile, se configuran de muchas formas, entre ellas tiene vinculación con el de ser madre y amamantar a los hijos, de ser una parte del cuerpo en donde se conoce identitariamente como parte de la mujer.

## **2.1 Sociología del Género**

Comprender la posición de las mujeres en nuestra sociedad es parte de una tarea que implica observar sus logros, oportunidades y obstáculos. De acuerdo a esto último, Montecino arguye que desde hace un tiempo “la mujer” no forma parte de una categoría unívoca en las Ciencias Sociales, sino que más bien se ha preferido hablar de “género” antes que recurrir a la diferenciación biológica de macho/hembra, así como también considerar el contexto y la construcción social y cultural en torno a la diferencias sexuales de los sujetos (2003).

Así mismo, Giró (2005) señala que el término género es ocupado para señalar las diferencias que socialmente se han construido en torno a lo femenino y lo masculino guiado en comienzo en gran medida por los atributos biológicos que poseen ambos sexos

“Lo que se origina en la naturaleza lo denominamos por su sexo, mientras que lo originado en la sociedad lo denominamos género. Mediante el género identificamos las categorías, roles y diferencias culturales y sociales existentes entre hombres y mujeres, sostenidas y transmitidas por un sistema de carácter patriarcal, que tradicionalmente ha santificado las relaciones de dominio y sumisión, pero también de exclusión y discriminación, que han ejercido secularmente los hombres sobre las mujeres. El género es, por tanto, la construcción social o cultural basada en la diferencia biológica, que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y el espacio.” (2005:3).

Sobre esto último, Simone de Beauvoir señalará en su libro “El Segundo Sexo” que “no se nace mujer, se hace”.

Siguiendo con la idea de Montecino, el género es una cuestión relacional, en donde hombres y mujeres se miran mutuamente para identificar aquello que conservan y aquello que no. La autora, citando a Scott, menciona que esta relación es la que posiciona a las mujeres en las sociedades, entendiendo que en éstas subyacen relaciones de poder, en donde la mujer puede ser vista como subordinada, en una relación de complementariedad, o bien, bajo una relación de igualdad. Los sujetos ocuparán una posición, género y relaciones al interior de una estructura, por lo cual construirán un sistema de significados al que se le adosarán diferentes valores, valoraciones, jerarquía o prestigio. Sobre esto último, la autora cita a Sherry Ortner

quien ejemplifica diciendo que generalmente serán pares opuestos como hombre/mujer, fuerte/débil, rico/pobre, joven/viejo. De acuerdo a Ortnet, durante el último tiempo existe una oposición de naturaleza/cultural, en la cual ha sido homologado a mujer/hombre, en donde,

“(…) han gravado sus símbolos sobre las diferencias sexuales, situando del lado de la naturaleza y a los hombres al de cultura. Así, el cuerpo de las antiguas hembras humanas cíclicamente habitado por la menstruación, por la gestación, el parto, habría sido entendido simbólicamente como asociado a la naturaleza; los hombres, en cambio, desprovisto de esas cualidades, habrían sido situados al lado de la creación artificial, de los signos y las herramientas. Esta forma de construir culturalmente las diferencias sexuales habría también dado pie a que las relaciones sociales entre hombres y mujeres sean, en una gran parte de las sociedades, de dominación de los primeros sobre las segundas” (1949:23).

Sobre esta dualidad, Simone de Beauvoir señala que efectivamente el hombre será concebido como el lado positivo y la mujer el negativo, transfiriendo ciertos elementos a la mujer como algo propio de su naturaleza “negativa”, el cual será explicado en parte por su naturaleza anatómica,

“La mujer aparece como el negativo, ya que toda determinación le es imputada como limitación, sin reciprocidad (...) Prácticamente, lo mismo que para los antiguos había una vertical absoluta con relación a la cual se definía la oblicua, así también hay un tipo humano absoluto que es el tipo masculino. La mujer tiene ovarios, un útero; he ahí condiciones singulares que la encierran en su subjetividad; se dice tranquilamente que piensa con sus glándulas. El hombre se olvida olímpicamente de que su anatomía comporta también hormonas, testículos. Considera su cuerpo como una

relación directa y normal con el mundo que él cree aprehender en su objetividad, mientras considera el cuerpo de la mujer como apesadumbrado por todo cuanto lo especifica: un obstáculo, una cárcel.” (1949:18).

Permanece, por tanto, el condicionamiento del cuerpo de la mujer como una cuestión limitante que incide en la concepción y capacidad de la mujer.

En otra vereda, Butler (1999) plantea que es necesario superar la discusión del género en torno al sexo de los sujetos. Esto porque no se puede reducir la problemática a “las mujeres”, dado que “el género no es el resultado del causal del sexo ni tampoco es tan aparentemente rígido como el sexo” (1999:54).

Al mismo tiempo, la discusión en torno al género se enmarca también en el cuestionamiento del patriarcado, entendiendo con esto último que se debate la relación de poder social que existe entre los géneros, observando históricamente la posición de dominación del hombre respecto a la mujer,

“Aunque creemos que la mayoría de las sociedades conocidas han sido patriarcales, no consideramos el patriarcado como un fenómeno universal e invariable. Creemos más bien que el patriarcado, como conjunto de relaciones entre los hombres que les permiten dominar a las mujeres, ha cambiado de forma e intensidad a lo largo del tiempo. Es fundamental examinar la relación de la interdependencia de los hombres con su capacidad de dominar a las mujeres en las sociedades históricas.” (Trimiño, 2014:60)

Sobre este mismo tema, Carosio (2009), considerará que el patriarcado no solo tendrá un

impacto en la actual condición de desventaja que tiene la mujer, sino que además éste se verá potenciado con el sistema económico que agudizarán la precariedad femenina en su desarrollo laboral.

“Los dos sistemas hegemónicos –patriarcado y capitalismo neoliberal– han pactado nuevos y más amplios espacios de trabajo para las mujeres, que se concretan en nuevos ámbitos y formas de explotación económica y doméstica. Migración laboral, tráfico y prostitución son, cada vez más, salidas forzadas en el mundo entero para la supervivencia de miles de mujeres.” (2009: 238)

Sobre esto mismo, Bourdieu (1998) añadirá que en efecto, esta relación asimétrica se verá cristalizada en el rol público del Estado y también en la escuela, puesto que en ambos casos se sigue fortaleciendo la idea de que lo masculino está ligado a la fortaleza y lo femenino a la debilidad.

“La Escuela, finalmente, incluso cuando está liberada del poder de la Iglesia, sigue transmitiendo los presupuestos de la representación patriarcal (basada en la homología entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño), y sobre todo, quizás, los inscritos en sus propias estructuras jerárquicas, todas ellas con connotaciones sexuales, entre las diferentes escuelas o las distintas facultades, entre las disciplinas (“blandas” o “duras” o, más cerca de la intuición mítica originaria, “desencantadas”), entre los especialistas, o sea, entre unas maneras de ser y unas maneras de ver, de verse, de representarse sus aptitudes y sus inclinaciones, en suma, todo lo que contribuye a hacer no únicamente los destinos sociales sino también la intimidad de las imágenes de uno mismo.” (1998:108)



Para efectos de la presente investigación consideraremos la definición de género articulada por Sonia Montecino, principalmente por la particularidad con la que describe a la mujer chilena bajo el contexto social del país. De acuerdo a la autora, en Chile existirán distintos matices que conservan las desigualdades entre hombres y mujeres. Así, por ejemplo, él se reconoce un estancamiento de la mujer en su desarrollo laboral al dedicarse principalmente al área de servicio, en donde además ocupa posiciones subordinadas y con menores sueldos. A esto se suma la existencia de campos profesionales “propio” de los hombres como las ingenierías y otros de las mujeres, como la enfermería. Esto hace que permanezca la existencia de curriculum diferenciados o sesgados por género, teniendo repercusiones incluso en las elecciones de las mujeres al momento de incorporarse a una carrera profesional. A su vez, las mujeres que viven bajo una situación económica de precariedad, se encuentran doblemente carentes. Bajo esta perspectiva, la autora sostiene que han sido pocos los cambios que se puedan percibir en la vida privada de las mujeres, siendo éste siempre un lugar relegado para ellas antes que a los hombres,

“(…) dentro de las políticas públicas se han planteado solo reformas “liberales” (vinculadas a los derechos laborales, por ejemplo), el mundo de lo doméstico – entendido como privado – ha sido intocado (a excepción de la violencia intrafamiliar), no discutido. Pese a que las dobles y triples jornadas de trabajo de las mujeres son conocidas e indesmentibles, la distribución del trabajo dentro del hogar permanece en la mayoría de los casos sin cambios: esto es, lo doméstico es un asunto femenino.” (2003: 29)

En este sentido, el lugar de la mujer en la sociedad chilena, como en otras sociedades, se verá atravesada por diferentes variables que le entregará una posición entre otros actores sociales, siendo en muchos casos de mayor desventaja y dificultad con las que deba lidiar.

## **2.2 La pérdida de los senos y la identidad femenina**

Parte de la identidad femenina se encuentra íntimamente implicada con el cuerpo de la mujer. Siguiendo a Beauvoir (1949), el cuerpo invoca parte de las “desventajas” con las cuales son señaladas las mujeres.

De acuerdo a los planteamientos de Muñiz (2014), durante el siglo XIX se afianza la idea de la belleza, fragilidad y delicadeza en el cuerpo de las mujeres como algo propio de la feminidad, siendo las sociedades occidentales las responsables de instaurar los modelos de belleza que hasta el día de hoy conocemos.

Esto último, se conjuga con los planteamientos de Guerrero (2015), quien arguye que los medios de comunicación han fomentado la industria de la cosmética y de la moda, pero que a su vez esto se ha visto potenciado por la construcción de una feminidad muchas veces ficticia o inalcanzable.

“La histerización del cuerpo de la mujer como un cuerpo saturado de sexualidad (Foucault, 2009) presente en la publicidad y medios de comunicación ha instrumentalizado los valores estéticos de juventud, belleza y delgadez. Estos nuevos valores estéticos permiten vender productos de dietética, belleza, salud, cosmética, etc., representando un estilo de vida que crea necesidades, deseos y hábitos, a través, por ejemplo, de la exposición mediática de actrices y top models como referentes ideales para el mundo de la belleza.” (2015:50)

Desde el punto de vista de Muñiz (2014), parte de esta construcción social de lo femenino y el cuerpo, encuentra su nicho durante los años '80 como muestra de uno de los objetivos para el desarrollo personal de un “cultivo” del cuerpo, convirtiéndose en uno de los hechos más relevantes de las sociedades postindustriales.

“En un contexto de crisis e incertidumbres, el cuerpo de los sujetos representaba algo más que sus capacidades físicas, adquirió una importante significación para su propia existencia al tener la posibilidad de construirse de la manera en la que le gustaría ser.” (2014:419)

Esto último ha implicado que exista una normalización de los cuerpos, como dijera Foucault, que responde a los cánones implantados por el marketing y la moda, ejerciendo de filtro como belleza y aceptación por los otros.

Lo anterior implica la exclusión social de todo aquel que no comulgue con los dispuesto, siendo particularmente en el caso de las mujeres con cáncer de mama una situación particular, puesto que la pérdida de los senos implica una sustracción visible del “sello” del sexo femenino.

Cabe señalar que el cuerpo de las mujeres y sus senos remiten a dos cuestiones esenciales, por una parte, a la idea de la belleza en público que tal como lo plantea Muñiz, forma parte de ese auto cultivo del cuerpo como desarrollo personal,

"Los senos son esenciales en esta voluntad de desplegar su belleza mostrándose. Primero, porque la moda del desnudo es la ocasión de revelar lo que habitualmente solo puede entreverse o imaginarse"(Kaufman 2011:162).

Y por otra parte, también constituye parte del imaginario que se han construido en torno al cuerpo de la mujer y sus senos como parte del ideario de maternidad.

“Los senos son un órgano especialmente ambiguo del "bebé que se alimenta, al hombre que acaricia y a la mujer que se mira; maternidad, erotismo y narcisismo se encuentran en un mismo jardín y se alimentan del mismo fruto” (Gros en Kaufman 2011: 172).

Sobre esto mismo, Montecino (2003) añadirá que la imagen de la mujeres se proyectará bajo el ideario maternal, el cual forma parte del imaginario social y psíquico en la cultura chilena en el que se tensiona poco a poco con el mundo moderno al producirse la incorporación de las mujeres al mundo laboral.

Las consecuencias de la enfermedad del cáncer de mama no sólo afectará el cuerpo y la feminidad de la mujer, sobre esto último, Londoño (2009) menciona que existen cuatro etapas “descubriendo la enfermedad, aceptando la enfermedad, venciendo la enfermedad y adaptándose a un nuevo cuerpo y a una nueva vida” (2009:73). Bajo el proceso de adaptación ocurren diversos cambios que afectan física y emocionalmente a las mujeres, siendo en el primer caso relevante la mastectomía total o extirpación del seno y la caída del cabello, afectando su identidad como sujetos.

Parte esta “sostenibilidad” que deben procurarse las mujeres para superar la enfermedad, se reconocen tres estrategias que les permite un fortalecimiento personal frente a la normatividad de los cuerpos pero también a la aceptación de un nuevo cuerpo post enfermedad,

“1) Cuidado corporal riguroso, incluye una serie de prácticas para nutrir y recuperar la funcionalidad de los diversos sistemas y partes del cuerpo, con el objetivo de conservar la apariencia física y seguir siendo lo más parecidas a lo que

eran antes de padecer la enfermedad. 2) Mantenimiento de la autoimagen, cuyo fin es mostrarse “normales” frente a la sociedad y no despertar lástima; así, tratan de pasar desapercibidas y ocultar sus pérdidas corporales, por ejemplo: para disimular la caída del cabello utilizan pañoletas, gorros y pelucas. 3) Evitando situaciones que las afectan. Para protegerse de vivir nuevos desequilibrios, las mujeres evitan reiteradamente ver su cuerpo y someterse a situaciones que las puedan afectar.” (Londoño, 2009:79)

De acuerdo a la literatura revisada, es posible afirmar que parte del proceso de las mujeres con cáncer de mamas, puede ser interpretada también en el marco de la teoría interaccionista de la desviación, toda vez que la mujer con cáncer es etiquetada y posicionada al interior del grupo o sujeto social, en uno de los polos de la dicotomía normal/desviado. Siguiendo a Becker,

“(…) cualquier cosa que se diferencia de lo que es más común podría describirse como desviada. Desde ese punto de vista, ser zurdo o pelirrojo, son desviaciones, pues la mayoría de la gente es diestra y de cabello oscuro.” (2009: 24).

Parte de este proceso de reconocimiento es explicado por Goffman como una etapa posterior de aceptación del estigma que se “padezca”, en este caso, cáncer de mamas, no sin antes vivir episodios que comprometen la salud mental,

“Es importante reconocer al ser humano, no como una suma de partes, sino como un ser holístico, donde cualquier cambio en una de sus dimensiones afecta en mayor o menor grado a las demás, de tal manera que el desequilibrio físico que se manifiesta en cambios fisiológicos y corporales repercute a nivel mental, emocional y social. Estos desequilibrios pueden convertirse en potencialidades para la adaptación, en la medida que las estimula a reequilibrarse constantemente. Para

adaptarse emprenden una lucha por estar bien, caracterizada por un trabajo de fortalecimiento integral para vencer la enfermedad.” (Londoño, 2009:75).

### **2.3 La dominación masculina**

A lo largo de esta investigación hemos analizado varios rasgos con respecto al problema de la percepción de exclusión que sienten las mujeres estudiadas y uno de los elementos más relevantes que se destacan a través de las entrevistas es su relación directa con el sexo o puesto, específicamente con la pareja o ex pareja que tienen las mujeres con cáncer de mamas. A través de estos aspectos pudimos entender la problemática con respecto a la dominación masculina que Bourdieu plantea en uno de sus libros, es por eso que recurrimos a su análisis y a María Cristina Maldonado que hace una reseña también del libro de Bourdieu.

“La diferencia biológica entre los sexos, especialmente la distinción anatómica de los órganos sexuales, aparece como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos y de la relación arbitraria de dominación de los hombres sobre las mujeres, que se inscribe de esta manera tanto en aspectos objetivos como subjetivos.” (2003: 1)

La interpretación que hace la autora con respecto a Bourdieu se refiere a que la construcción más fuerte con respecto a la identidad sexual de cada ser, sea este hombre y mujer, por lo tanto, al analizar la exclusión de la mujeres con cáncer se parte de esta base en donde cada una de las entrevistadas en sus relatos nos dan a conocer las diferencias que sienten a partir de su corporalidad de ser mujer, ya que durante la historia la mujer ha sido socializada para presentar un cuerpo hacia el hombre y no para sí misma, lo que también se ha reproducido durante siglos en el lenguaje de lo que se llama femenino, volviendo a lo que nos referimos al cáncer de mamas, las mamas parten a ser un elemento de presentación del cuerpo de la mujer

que incide para la sociedad en cómo puede desempeñarse como madre, trabajadora, amiga y esposa.

“Aprendí de mi enfermedad que yo tengo que quererla, amarla ,respetarla, así como yo respeto mi cuerpo, una pechuga” (Dalma 56 años, Independencia).

Por lo tanto, la identidad que conformas como persona históricamente deviene a través de tu cuerpo.

Siguiendo a Bourdieu (1998), parte de la construcción identitaria de los sujetos está en los cuerpos, lo que se viene a transgredir en el caso de las mujeres con cáncer de mamas,

“La división entre los sexos parece estar «en el orden de las cosas», como se dice a veces para referirse a lo que es normal y natural, hasta el punto de ser inevitable. Se presenta a un tiempo, en su estado objetivo, tanto en las cosas (en la casa por ejemplo, con todas sus partes «sexuadas»), como en el mundo social y, en estado incorporado, en los cuerpos y en los hábitos de sus agentes, que funcionan como sistemas de esquemas de percepciones, tanto de pensamiento como de acción.”  
(1998:21)

Parte de la inclusión de los sujetos que son aislados por su “estigma” como bien dijera Goffman, reside en el reconocimiento que tienen como sujetos en la sociedad pero también facilita, como bien dijera Habermas,

“La progresiva inclusión de la población en el status de ciudadano abre para el Estado no solo una nueva fuente secular de legitimación, genera a un tiempo el nuevo plano de una integración social abstracta mediada por el derecho”  
(1999:111)

De acuerdo a los antecedentes presentados, la perspectiva de género es de vital importancia para comprender la actual situación de las mujeres que en su discriminación histórica tras vivir bajo el patriarcado, son doblemente aisladas tras convertirse en personas excluidas por tener una enfermedad como el cáncer de mama, el cual, transgrede su espacio personal pero también social.

### **III La mirada de género**

Durante esta investigación se ha podido observar que se han mirado los estudios de exclusión social incorporando el género en su análisis desde la sociología del género, el cuerpo, la dominación masculina e identidad femenina, pero se hace necesario ahondar en el concepto de género como tal, por lo tanto nos adentraremos a conocer su análisis. La mayoría de los estudios de género en un principio olvidaron el concepto de exclusión en donde no se distinguían diferencias en cuanto a los estudios, si es que estos eran de hombres o de mujeres.

El cambio ocurre cuando nace el concepto de “feminización de la pobreza”, creado por Pearce, según los documentos revisados por Aguilar, ya que a través de sus escritos no da referencia de este concepto de feminización y también nos ayuda a comprender el fenómeno de la exclusión social en el caso de las mujeres, donde se analiza el aumento de la pobreza en mujeres y el crecimiento de hogares donde las jefas de hogar son mujeres.

El concepto de feminización nos ha ayudado a avanzar en los estudios de exclusión de género que existen hoy en nuestra sociedad, pero aún falta más trabajo teórico en esta temática vinculada a la mujer.



“Ciertas definiciones de “feminización” la circunscriben y asocian al aumento de la pobreza en los hogares encabezados por mujeres, lo cual permite particularizar los criterios de focalización de programas, asimilándolos con los hogares “más pobres entre los pobres”, según reza la fórmula del Banco Mundial”. (Aguilar, 2011, 15).

Podemos observar en el caso de las mujeres estudiadas, que éstas pertenecen a muchos de esos hogares vinculados a esas brechas de pobreza. En los relatos a partir de las entrevistas, encontramos a mujeres que se encuentran solas o fueron abandonadas por su pareja a partir de la enfermedad del cáncer de mamas.

Por otro lado podemos ver que las diferenciaciones culturales son un elemento que incide en la vida cotidiana, en donde se diferencian el hombre de la mujer y esto se observa en el ámbito íntimo del hogar en la vida pública y social, donde los roles siguen siendo muy marcados. En el caso de la presentación de una enfermedad como el cáncer de mamas, genera un cambio de rol de la mujer dentro de la sociedad, por lo tanto estamos frente a un conflicto que nos relatan las mismas mujeres que aún están frente a roles como madres, jefas de hogar y muchas veces trabajadoras y que en un momento no son capaces de cumplir por la enfermedad, y es donde perciben la exclusión, al sentirse como “inútiles” por no poder hacer lo que hacían antes y que muchas veces no son apoyadas en el compartir sus roles.

“Tu realmente ya no percibes un ingreso y te merma todo lo que es la casa, en la mantención, los pagos” (Patricia, 50 años, La Florida)

Siguiendo a Ramírez (2008), el concepto de género es la categorización social en donde se diferencia de lo biológico a hombres y mujeres, donde tanto hombre como mujer son iguales, pero los procesos culturales son los que nos diferencian. Esta diferenciación de los procesos

culturales es un reflejo de que aún estamos frente a una sociedad que aunque ha avanzado, no comparte totalmente los roles que han sido impuestos tanto para hombres como mujeres.

Por otro lado estamos frente a una sociedad que aún se resiste a que los roles de hombre y mujeres pueden ser compartidos.

“Tal es el caso, en la esfera privada, de la distribución del trabajo doméstico. Hoy se ve que las mujeres siguen siendo las principales, por no decir únicas, realizadoras de las tareas domésticas” (2010:36)

Debido a las grandes diferencias que existen entre el género femenino y el masculino desde los años 70 hasta ahora, ha habido muchos avances en lo que se refiere a los estudios de género y eso se ve reflejado en el crecimiento en los estudios a nivel de las ciencias sociales, esto también lo destaca Ramírez, en donde considera:

“La variable principal es el género, en estos estudios se aúnan las corrientes político-sociales y el carácter científico de las investigaciones, con el objetivo de denuncia social ante las desigualdades de género” (2008, 310).

Hoy las principales desigualdades que nos plantean los estudios de género, en donde se marca una gran brecha entre el hombre y la mujer, está vinculada al mercado laboral, al acceso a los derechos fundamentales (salud, educación), es por eso que estudiar la exclusión de género desde una enfermedad como el cáncer de mamas incide fuertemente en aportar a nuevos estudios.

Por otra parte Montecino nos plantea que más allá de los estudios, es necesario observar cómo se comporta la sociedad chilena con respecto a las transformaciones de género:

“Atravesamos por un proceso de cambio cultural en las relaciones de género en Chile que no posee un correlato de transformación en las estructuras económicas, sociales y políticas. Con esto quiero decir que hay un discurso cultural que aboga la igualdad de las mujeres, pero este discurso es contradictorio con las vivencias” (2003, 30).

Lo que nos plantea la autora nos hace reflexionar que los estudios de género son necesarios llevarlos a la práctica, porque de esa manera será posible un cambio cultural y de mentalidad profunda, en donde la mujer sea igual de partícipe que el hombre en todos los ámbitos de la sociedad.

## **IV. Instituciones y Estado**

### **3. Poder y Estructura**

El desarrollo de la enfermedad en las mujeres con cáncer se enmarca en relación su tratamiento y correspondencia que establecen con el servicio de salud. En este sentido, en el caso de Chile, esta enfermedad forma parte del servicio de salud público, sin embargo no existe total conformismo por las mujeres que se han atendido en este espacio, insatisfacción que se ha visto reflejada en las organizaciones de mujeres con cáncer de mamas que han emplazado al Estado chileno para mejorar cuestiones como la subvención en medicamentos que requieran para el tratamiento de su enfermedad.

Al ser el tratamiento de la enfermedad altamente costosa, vuelve a aparecer en la palestra la posición de desventaja en la cual se encuentra la mujer. Siguiendo a Girox (2009), éstas

presentan más obstáculos en su incorporación al cruzarse con la responsabilidad de la maternidad, haciendo que exista un ahorro variable a lo largo de su vida, así,

“Al no estar salarizado queda fuera del mercado de trabajo, y por lo tanto no se debe confundir con las actividades usualmente realizadas por mujeres en alguna de las modalidades de la denominada economía sumergida o informal. Es una actividad a la que se dedican la gran mayoría de las mujeres, de manera total o parcialmente, aunque esta dedicación no es idéntica para todas las mujeres, porque varía según los distintos momentos de su ciclo de vida y según su clase social. Asimismo esta variación aumenta si se vive en régimen de dedicación exclusiva o de doble presencia. Por último, la invisibilidad que caracteriza el trabajo de reproducción, significa que la actual organización social no reconoce su existencia como trabajo.” (2009:12)

En virtud de lo anterior, el desarrollo de una economía inestable deja a las mujeres que requieren de un tratamiento, la opción de atención de salud en el sector público, existiendo críticas a éstas por una falta de calidad en el servicio y por ser considerada en muchos casos como un caso más entre muchos otros, existiendo una suerte de cosificación en su atención al existir un trato poco humanitario.

De acuerdo a lo anterior, el relato de las mujeres que formaron parte de esta investigación, concuerda con lo que expuesto por Goffman en su libro “Internados” en relación a las instituciones totales,

“La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada en el exterior por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y el éxodo de los

miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos.” (2001:18)

De alguna manera, existe un reconocimiento por parte de las mujeres tratantes que existe una dificultad en el servicio público al momento de atenderse en éste, puesto que reconocen que existe una mejor atención en el servicio privado.

Además, parte del trauma como tal de la enfermedad, se enfrentan a un espacio en el que poco les motiva a estar, a pesar de que al interior del mismo, logran establecer amistades con el mismo diagnóstico.

## 6.- MARCO METODOLÓGICO

### 6.1 Enfoque de la investigación

Esta tesis se enmarca en un análisis sociológico que se nutre de corrientes teóricas tradicionales y contemporáneas necesarias para abordar la problemática de percepción de exclusión social en mujeres con cáncer de mama.

El enfoque de la investigación es de tipo **Cualitativo** ya que basa su estudio en la narración de las sujetos, en este caso mujeres con cáncer de mama, captando sus apreciaciones subjetivas para acercarnos a la realidad social que perciben como mujeres que atravesaron o atraviesan un cáncer de mama.

“En la investigación cualitativa los diseños suelen ser más flexibles y abiertos, pero deben contener igualmente las directrices básicas del trabajo de campo” (Valles, 1999:168).

Por otro lado, se trata de un trabajo de tipo **exploratorio descriptivo**, ya que el tema a investigar es abordado en Chile principalmente a partir del punto de vista de la medicina, encontrando pocos estudios desde un enfoque sociológico. Además de ello, se pretende encontrar los principales elementos que conforman la problemática de la exclusión desde la percepción de sus protagonistas.

En cuanto al diseño, este es **proyectado, no transversal**, ya que no se pretende interferir en la realidad sino que captarla en un momento histórico- temporal determinado.

## Universo y Muestra

El universo está compuesto por mujeres con cáncer de mamas que se atienden en el Sistema Público de Salud de la región metropolitana.

La muestra se compone de mujeres con cáncer de mamas (9 mujeres) que se atienden en el sector norte y sur de la ciudad de Santiago, en los hospitales Luis Tisné, San José, e Instituto nacional de cáncer.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, bajo criterio de accesibilidad, supeditado principalmente a contactos entregados por los/as informantes claves quienes fueron doctores especialistas y agrupaciones de mujeres<sup>16</sup>, así como también por efecto bola de nieve se pudo acceder a otras entrevistadas.

La elección de la Región Metropolitana para estudiar la percepción sobre las mujeres con cáncer, se conforma principalmente por criterio de accesibilidad así como por la importancia que tiene el funcionamiento del Sistema de Salud público en una ciudad capital y región central, donde se puede decir que hay más acceso a especialistas y en general a mayores recursos, con amplitud de cobertura comparado a otras regiones.

### 6.2 Recolección de información

Se realizaron **entrevistas semiestructuradas** así como de manera secundaria, observación participante en agrupaciones de usuarias, participando en reuniones o en conversaciones

---

<sup>16</sup> “Agrupación Esperanza”, “Nuevo Renacer” y “Nuevo Renacer de Quilicura”.

informales.

La entrevista semiestructurada es aquella que utiliza una pauta o guión de conversación para asegurar que sean abordados todos los temas necesarios para cubrir los objetivos de la investigación, lo que no impide la flexibilidad en cuanto a su orden, y la emergencia de nuevos tópicos importantes para las entrevistadas.

“La entrevista basada en un guión se caracteriza por la preparación de un guión de temas a tratar (...y por tener libertad el entrevistador para ordenar y formular las preguntas, a lo largo del encuentro de entrevista) (Valles, 1999:180).”

Además de las 9 entrevistas realizadas, se realizó una entrevista a una mujer que se atiende en el Sistema de salud privado, generando de esta manera una entrevista de control para tener un punto de comparación, lo que permite generar reflexiones sobre aspectos que son transversales a las mujeres, independiente del sector de salud donde se atiendan, permitiendo orientar inquietudes y futuros estudios.



Cuadro N° 1: Entrevistadas según Centro de atención de Salud

Entrevistadas/ Centro de Atención	Hospital San José	Hospital Luis Tisné	Instituto Nacional del Cáncer	Clínica Dávila (privado)
Maritza	x		x	
Dilma			x	
Patricia		X		
Angélica			x	
Matilde			x	
Vilma	x		x	
Jeannette	x		x	
Cecilia	x		x	
Margaret			x	
Carol				x
Total: 10	4	1	8	1

Fuente: Elaboración propia

### **6.3 Análisis de la información**

Elegimos el **análisis de contenido** ya que nos permite comparar y describir el mensaje que nos entregan los actores sociales.

Siguiendo a Sampieri, Krippendorf (1990) “extiende la definición del análisis de contenido a una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto” (Sampieri,1991:301). El análisis se realiza a través de la codificación de contenido en donde categorizamos las diferentes temáticas tratadas a partir de las entrevistas y también incluimos los temas encontrados a raíz de los planteamientos que nos hacen las mismas actrices con respecto a la problemática tratada en la investigación.

### **6.4 Consideraciones éticas**

Respecto a las consideraciones éticas contempladas, al ser un tema muchas veces delicado de tratar para las mujeres por la sensibilidad que les genera el recuerdo de enfrentar el temor a la muerte o a la transformación de sus cuerpos, se contempló generar un ambiente de gran confianza y comodidad, agradeciendo por su participación y valorando sus narraciones y experiencias de vida como mujeres. Paralelamente se garantizó completa confidencialidad en cuanto a sus narraciones.

## 6.5 Dimensiones

A partir de las entrevistas semi estructuradas y a través del contenido que nos ofrecen las mujeres con cáncer de mama desde en el instrumento ya antes mencionado, hemos podido establecer las categorías principales que nos ayudarán para poder analizar respecto a su percepción de exclusión social en esta investigación.

- **Exclusión**

Corresponde al concepto referido al quiebre de vínculos que tiene un individuo con la sociedad, a partir de la propia experiencia relatada por nuestras entrevistadas y cómo esto se vincula a los diferentes aspectos de su vida con lo referido a la enfermedad del cáncer de mamas.

- **Mirada del cáncer**

Se entenderá como el valor que le dan las mujeres con cáncer de mamas a su enfermedad a partir de su diagnóstico y cómo le otorgan un significado según la realidad que vivan, en donde se conjugan diferentes emociones como: tristeza, miedo, sorpresa, resignación, shock o búsqueda de ayuda religiosa.

- **Mirada de sí misma**

Corresponde a cómo se ven las mujeres enfermas de cáncer a sí mismas, a partir de la enfermedad y cómo visualizan el rol dentro de la sociedad a partir de tener cáncer de mamas y cómo se sienten al desenvolverse en diferentes grupos humanos.

- **Economía y cáncer**

Se entenderá como los recursos e ingresos que generan dificultades para poder afrontar la enfermedad del cáncer de mamas.

- **Cuerpo**

Corresponde a la mirada social del cuerpo de la mujer con cáncer de mamas de sí misma y de los demás, y cómo se ve reflejado en el proceso de cambio de la enfermedad.

- **Relaciones sociales**

Se abordarán como todos los vínculos o desconexiones que genera la mujer enferma con cáncer de mamas con otros actores sociales como: familia, amigos (as), vecinos(as), conocidos, desconocidos, personal de salud.

- **Trabajo**

Se refiere a la situación laboral de nuestras entrevistadas a partir de la enfermedad, relatándonos si se encuentra con una fuente de ingreso, cesante o en otro tipo de actividad para sustentarse.

- **Instituciones médicas y personal médico**

Se entenderá como los lugares de atención y las personas que entregan elementos de sanación a la mujer enferma de cáncer de mamas, pueden ser instituciones médicas privadas o públicas.

Es importante la influencia de estos lugares y personas en la enfermedad, ya que aquí se verá reflejado el resultado final de cómo evoluciona la enfermedad.

- **Género**

Lo femenino y masculino serán los estereotipos de género que tendrán las mujeres con cáncer de mamas y cómo esto se ve reflejado en las relaciones de poder que existe entre hombre y mujeres a partir de la enfermedad.

- **Aceptación realidad en tercera persona**

Esta variable nace a partir de las mujeres enfermas de cáncer de mamas y cómo frente a sus pares evaden su realidad y la plantean como de terceras personas y no que se trata de una realidad que ellas mismas viven en silencio, aquí se entiende que tiene que ver con una aceptación de su verdadera realidad.

- **El estado y la enfermedad**

Corresponde a cómo el Estado se ha hecho partícipe de una enfermedad catastrófica como el cáncer de mamas y esto se entiende a partir de los relatos de las mujeres enfermas que se encuentran insertas en sus diversas instituciones.

- **Proyecto de vida al terminar la enfermedad**

Se entenderá como el conjunto de aspiraciones o metas que las mujeres construyen a través de su vivencia al terminar el proceso de su enfermedad.

- **Muerte**

Corresponde a la significación que se le da a la muerte a partir de las mujeres con cáncer de mamas y de la sociedad en su conjunto que categoriza esta dolencia como un aspecto negativo, apreciación de término de vida, de fin absoluto.

Percepciones de exclusión social en mujeres con cáncer de mamas atendidas en sector público en salud, Santiago de Chile.

Dimensiones	Códigos & Definiciones
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación familiar - Cercanía familiar / Vínculo con la familia nuclear y no nuclear</li> <li>- Mirada de los otros / Observación de otros respecto a la enfermedad en el sujeto</li> <li>- Amistades / Circulo de amigos</li> <li>- Relación con el entorno / Relaciones directas e indirectas a partir de la enfermedad</li> <li>- Relación con pares enfermos / Dinámicas que se establecen con los mismos enfermos.</li> <li>- Mirada de la pareja / Aceptación o no aceptación de la enfermedad en la pareja</li> <li>- Contención / Sentirse acogida por cercanos</li> <li>- Sobreprotección – Tabú / Protección exagerada del entorno o evasión del tema con los cercanos</li> </ul>
Mirada del Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración personal positiva/negativa / Relación personal con el cuerpo en termino de capacidades físicas, mentales y de bienestar</li> <li>- Valoración de los otros positiva/negativa / Percepción del otro sobre mi cuerpo</li> </ul>
Consecuencias de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Física / Deterioro de la salud, cambio del cuerpo</li> <li>- Psicológica – Miedo / Cambios mentales de la enfermedad</li> <li>- Barreras de la enfermedad / Dificultades que aparecen a partir de la enfermedad</li> <li>- Refugio personal (mirada religiosa) / Perspectiva personal de la fe a propósito de la enfermedad</li> <li>- Muerte / Cercanía o lejanía con la muerte o el deceso</li> <li>- Aceptación de la realidad en 3ra persona / Autodefinition a partir de otros relatos cercanos</li> <li>- Exclusión/Inclusión / *Buscar definición de autor*</li> </ul>
Género	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol de la mujer en el entorno / Rol que ejerce la mujer en distintos ámbitos estando enferma</li> <li>- Femeidad / Pérdida o reencantamiento del sentirse femenina</li> </ul>
Relación Estado – Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agrupaciones de pacientes de cáncer / Organizaciones civiles compuesta por mujeres con cáncer. Disputa con el Estado respecto a su rol en la enfermedad</li> </ul>
Economía y cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas económicos debido a la enfermedad / Deuda económica a causa de la enfermedad</li> <li>- Acceso y calidad a medicamentos y tratamientos / Solvencia económica</li> <li>- Situación laboral / Carencia de ofertas laborales o trabajo estable</li> </ul>
Proyecciones personales post enfermedad	
Instituciones y personal médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Público / Sistema universal de atención</li> <li>- Privado / Sistema de acceso restringido según recursos</li> <li>- Fundación / Apoyo y contención para la enfermedad</li> </ul>

## **IV. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS**

A continuación se entregan los siguientes resultados de las 10 entrevistas realizadas, las cuales fueron clasificadas a partir de las dimensiones encontradas en el contenido que nos generaron las mujeres con cáncer de mamas, que nos relataron las vivencias con respecto a su enfermedad.

### **1. Mirada del cuerpo**

Desde el principio de la investigación se abarca un elemento tan importante como lo es el cuerpo, ya que representa el eje de la sociabilización de las mujeres que han sufrido la enfermedad del cáncer que afecta directamente al cuerpo en varios aspectos. Encontramos una nueva definición de cómo es su mirada como sujeto mujer, tomando en cuenta desde la feminidad, así como también cómo se desenvuelven las mujeres, lo que significa una nueva corporalidad a partir de la enfermedad. Identificamos elementos en relación al modo en cómo se relacionan con su familia, parejas y amigos a partir de esta nueva corporalidad cambiada a causa de la enfermedad. Algunas mujeres nos revelan que no le dan mayor importancia al cuerpo, hay otras que sí nos plantean que el tema del cuerpo es muy importante al relacionarse con su entorno.

Al profundizar en la entrevista, nos damos cuenta que es un elemento fundamental de cómo se relacionan como sujeto frente los demás. En general, hay algunas mujeres que lo plantean como un tema vergonzoso, pero hay otras mujeres que quieren ocultar la visibilidad de esta problemática, pero esto lo entendemos a partir de las respuestas que nos dan sobre su cuerpo



identificando los rasgos de exclusión que nos entregara la visión que tienen ellas mismas de su corporalidad y de otros que las observan.

Las mamas son un elemento del cuerpo que resulta visible y que tiene un connotación erotizada dentro de la sociedad, es por eso que Kaufmann nos habla de la “dictadura de los senos bellos”, como se ha sociabilizado durante la historia humana moderna que el cuerpo de la mujer tiene que ser bello y perfecto, se ve reflejado en la mirada de partes del cuerpo femenino como lo son las mamas.

“La mujer aunque casi nunca lo confiesa, se encuentra en situación de atraer las miradas debido a su belleza, mientras que el hombre tiende hacia la estética para sobrepasar el salvajismo de su energía libidinal” (Kaufmann, 2011:164).

La mirada del cuerpo de estas mujeres no solo abarca los aspectos externos que son visibles para los demás, sino también los aspectos internos y cómo les afectan las dolencias corporales de la misma enfermedad y cómo conviven con esta exclusión visibilizada a partir de sus relatos.

### **1.1 La invisibilización del cuerpo**

Lo primero que notan las mujeres en su cuerpo es que éste no es el mismo cuando van a realizar una función laboral, deportiva o en su hogar, otra distinción que hacen es al momento de la operación de la mama, o antes de aquel procedimiento. Es aquí donde comenzamos a observar la problemática del cuerpo y es ahí donde nos plantean las dificultades que le generan el cambio en su cuerpo y lo que ha implicado reordenar la vida de otra manera. Hay varias de las mujeres entrevistadas que nos dicen que ellas a pesar de la dificultad, quieren lograr superar esto y obtener un suerte de dualidad de una capacidad de superación y por otro

lado inconscientemente se da una especie de victimización por parte de ellas a partir de esta nueva realidad corporal.

Generalmente las mujeres que se plantean volver al mundo laboral después de un cáncer de mamas, deben buscar un trabajo que no les implique hacer fuerza, ya que cuando se es operada de las mamas hay pérdida de ganglios que impiden la movilidad correcta de los brazos.

“Yo trabajo de secretaria y yo creo que es en lo único que podría trabajar, es en algo así de recepcionista, porque por la mano no puedo hacer fuerza, no puedo estar levantando cajas.” (Angélica 48 años, Recoleta).

## **1.2 Cuerpo anormal**

“Bajtín sostiene que cuando dejamos de utilizar determinado miembro, este se nos presenta como algo ajeno, porque no es vivido desde el interior ; a pesar de que la imagen externa y visible nos siga perteneciendo, ya no forma parte de la unidad de la existencia” (Porzecanski, 2008; 255).

Una de las primeras reacciones de las mujeres es describir los dos aspectos más importantes de su cuerpo que para ellas no es común como lo es la pérdida de la mama, la caída de su cabello y la pérdida de sus dientes, son los principales elementos que se refieren al cuerpo como conceptos : amorfa, chueca, mutilada e incómoda.

Toda esta conceptualización que realizan las mujeres no es casual y se ve reflejada en la teoría del cuerpo que plantea David Le Breton y como el ámbito social y la propia mirada de sí misma nace a partir de la mirada de los otros, el autor nos plantea que: “El cuerpo moldeado por el contexto social y cultural en el que se sumerge el actor, es ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia con el mundo” (Le Breton, 2002:7) es así como nos plantean la fuerte percepción que tienen con respecto a su cuerpo y cómo esto influye desde algo físico a algo social con los otros.

“Fuiste mutilada, te falta la pechuga, ya no te puedes sacar la ropa igual como te la sacabas antes, tienes un tapujo, es más que un cáncer de mamas” (Maritza, Quilicura, 45 años).

Siente vergüenza de sí misma y la falta de una parte de su cuerpo le significa una preocupación más, además de la enfermedad, ya que no se puede enfrentar a la realidad de manera normal como si le hubiese hecho con su cuerpo completo.

Existe una pesadumbre al reformularse en este nuevo escenario en donde las mujeres se plantean en un campo de la resignación o de la victimización al asumir que esa parte del cuerpo ya no existe, esto lo vemos reflejado en diferentes etapas del cáncer de mamas.

En el caso del proceso a la reconstrucción o cuando ya se ha realizado esta misma, el tema de este proceso muchas veces se ve alargado ya que la reconstrucción mamaria en el sector público de salud se ve retrasado por la espera que existe en la operación de este tipo de dolencia. En el caso de una mujer que vive esta realidad en el sector privado, aunque encuentra dificultades en la mirada de su cuerpo, se genera una reconstrucción un poco más rápida. Eso no quiere decir que esta misma no sienta diferente la dolencia como una mujer que se atiende en el sistema público, ya que para la mayoría de las mujeres con cáncer de mamas que se atienden en el sistema privado, reciben la prótesis más rápido, pero esta mujer también vive con un duelo de pérdida con su mama, aunque la mama sea renovada en base a una cirugía, para la mayoría de las mujeres es un parte extraña del cuerpo la nueva prótesis que se le coloca. Esto se ve en la etapa de la pérdida de mamas, por lo tanto la visión de la reconstrucción de la mama para cualquier mujer es similar.

“No tengo una, me saco la prótesis y quedó expuesta con una sola. Ese es el problema, pero entre comillas, porque no es tampoco algo que me limite, sino que es un poco incómodo no más” (Angélica, 48 años, Recoleta).

Observamos que el cuerpo es un limitante mínimo para ejercer su rol de sentirse mujer.

La falta de una mama las hace sentirse limitadas aunque en el exterior los otros no lo noten. Aunque existe una gran importancia en la opinión del otro, hay una fuerte timidez de sí misma a la hora de enfrentarse a este nuevo cuerpo “incompleto”, es así como cualquier comentario, aunque éste no sea en tono de hacer sentir mal a la mujer, afecta desde lo más mínimo en su autoestima y en la percepción de sí misma.

“Yo usaba un sostén de algodón y mi hija me dijo -te ves media rara- y en verdad me veía media chueca, entonces tuve que usar otro tipo de sostén, una mama está más baja que la otra, porque es la mitad que me sacaron, no me la sacaron entera, tendría que ponerme relleno” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

### **1.3 Lo que observan los otros en el cambio del cuerpo.**

A medida que fuimos avanzando en las entrevistas nos dimos cuenta que el mayor elemento externo que inciden en cómo muestra su enfermedad de manera más visible es en la pérdida del pelo y los dientes, dos elementos que constituyen parte del cuerpo realmente observadas por otros. En general, la primera pregunta que se hacen estas mujeres con cáncer de mamas es, en cuanto tiempo se les caerá el pelo, el aguantar la mirada de los otros que observan a estas mujeres como víctimas o en otros casos que ellas mismas relatan que son vistas como pobres o quizás como ladronas por su aspecto físico diferente.

“El sábado pasado fui a rosas a comprar un encintado y había una señora al lado mío yo andaba con mi pañuelo y ella estaba hablando por teléfono, igual la señora era de una clase social más alta se le notaba mucho y ella me vio y me quedo mirando se escondió y se corrió y empezó a dar vuelta con cabeza y el teléfono pensando a lo mejor que era una ladrona o que le iba abrir la cartera porque agarro la cartera y la abrazo, igual esas cosas te hacen sentir como mal pero en el fondo es parte de” (Carol, 30 años, Huechuraba).

“Le pregunté a la doctora después de cuántos días se me caería el pelo, me dijo a las 12 días, y yo a los 12 días me paré, porque yo no me iba a “psicosear” mirando como encontraba pelo en la almohada” (Matilde, 60 años, Independencia).

“cuando ahm... se me soltó la dentadura, ahí sí que me vino un bajón heavy...”  
“y el diente ya estaba a punto de salir y ahí entonces se me vino el mundo encima, y ahí yo dije: ¿Por qué Dios mío?, sin pechuga y más encima sin... me voy a ver re linda (Matilde, 60 años, Independencia).

En algunos casos las mujeres nos relatan con evasión su realidad de ser observadas con este nuevo cuerpo y justifican las miradas desde que nadie las observa en el entorno.

“Yo andaba con pañuelo y nadie me veía, todos pensaban que yo andaba con pañuelo porque se usaba usar pañuelo” (Matilde, 60 años, Independencia).

## 1.4 Cuerpo normado

Vivimos en una sociedad donde son configurados los cuerpos perfectos según cánones de bellezas preestablecidos por los medios de comunicación y por una sociedad que está en la búsqueda de un cuerpo “ideal” más que sano. Foucault en el capítulo de los cuerpos dóciles ya nos plantea esta norma corporal como que se tratara del ser humano de un objeto que es fabricado a medida de una sociedad y según las necesidades de ésta y no para las necesidades del propio sujeto.

“El soldado se ha convertido en algo que se fabrica; de una pasta informe, de un cuerpo inepto, se ha hecho la máquina que se necesitaba” (Foucault 2002: 124).

Este nuevo cuerpo extraño para las mujeres con cáncer de mamas es un cuerpo también diferente, pero para las personas que las rodean es aún más, el otro quiere descubrir ese cuerpo diferente pero más allá de la curiosidad está también vinculado a lo “**morboso**” de un cuerpo no normado ni establecido por la sociedad.

“Yo ya me había separado cuando me operaron de mi mama y cuando mi ex me vino a ver me decía que quería ver mi mama, como se veía operada, nunca se lo permití y tuvo mucha curiosidad sobre el tema” (Vilma, 58 años, Recoleta).

Las mujeres tienen una lucha constante por ser aceptadas con este nuevo cuerpo y de no ser excluidas por verse diferentes a lo que se llama normal dentro de los diferentes círculos sociales.

Por otro lado al haber superado su enfermedad y al aceptar su nuevo cuerpo, la mayoría de las mujeres nos plantean una nueva vida llena de renovaciones. Cuando se refieren a las reconstrucciones mamarias dicen que los hacen por ellas mismas y no por los otros.

Refiriéndose a la reconstrucción:

“Sí, yo no estoy haciendo esto para casarme, ¡no!, yo estoy haciendo esto por mí. Porque si tengo la autoestima alta, quiero fortalecer eso” (Matilde, 60 años, Independencia).

## **2. Género**

El concepto de género muestra las diferencias culturales entre hombres y mujeres que son generadas a partir de la construcción social y no de la diferenciación biológica de los sexos.

Es aquí donde las mujeres enfermas con cáncer de mamas nos comentan que la relación de género que ejercen entre hombres y mujeres se ve afectada por diferentes factores donde se genera la exclusión en diferentes aspectos en donde es partícipe la mujer y el hombre dentro de la estructura social en donde ambos géneros se relacionan. Todos los aspectos que percibe de exclusión la mujer enferma están en constante tensión dentro del ordenamiento social, donde se incluyen desde aspectos, económicos, políticos y sociales que observamos durante esta investigación.

Un ejemplo claro dentro del estudio lo vemos cuando las mujeres nos relatan la problemática para encontrar trabajo, en donde nos decían que cuando estaban sanas ya les era difícil encontrar un empleo por ser mujer, pero cuando comentan que están enfermas, más fuertemente se les cierran las puertas. Esta diferenciación en las oportunidades de género se ven a lo largo de los diferentes aspectos que se han analizado dentro de este análisis.

“Cuando se hallan en presencia dos categorías humanas, cada una quiere imponer a la otra su soberanía; si las dos se empeñan en sostener esa reivindicación, se crea entre ellas, ora en la hostilidad, ora en la amistad, pero siempre en la tensión, una relación de reciprocidad; si una de las dos es privilegiada, se impone a la otra y se dedica a mantenerla en la opresión” (Beauvoir, 1999; 63).

Por otro lado como parte desde la construcción cultural que se hace de lo que es hombre y mujer dentro de los roles que nos enseñan desde pequeños, aparece el concepto de feminidad que desarrollaremos a continuación.

## **2.1 Feminidad**

“La pasividad que caracteriza a la mujer “femenina” es un rasgo que se desarrolla en ella desde los primeros años. Pero es falso pretender que se trata de una circunstancia biológica; en realidad, se trata de un destino que le ha sido impuesto por sus educadores y la sociedad” (Beauvoir, 1999;220).

“La mujer será poderosamente ayudada en su esfuerzo por abandonarse y volverse a reunir consigo misma en virtud de la magia del espejo” (Beauvoir, 1999,620-621).

La construcción del prototípico femenino está dado por el discurso generalizado con la imagen de la mujer perfecta físicamente y es un elemento que las mujeres con cáncer toman mucho en cuenta a la hora de plantearse como mujer ya que al faltarles una parte de cuerpo, se



cuestionan por su ser femenino, cuestionando desde su sensualidad hasta su belleza, al principio se convierte en una problemática para la realidad de cada mujer.

“Yo soy muy coqueta o muy vanidosa, entonces la vanidad se siente un poco perjudicada en ese aspecto. Te sientes más vacía” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

“La apariencia, el no tener pelo, el que me falte un seno...El estado de ánimo también porque uno en general trata de estar bien frente al mundo pero uno tiene sus momentos en el cuál decae” (Carol, 30 años, Huechuraba).

Luego según lo que ellas nos plantean, aprenden a convivir con esta nueva vida, es una etapa sumamente fuerte de aceptación de sí misma como mujer, reconocen que es difícil mirarse el cuerpo o verse en un espejo diferente a como eran antes de la enfermedad.

“Trato de no mirarme al espejo tampoco, ¿para qué? Y si me miro al espejo ya sé que tengo, este...fue por eso, no me pongo a llorar, tengo...” (Dalma, 56 años, Independencia).

La caída del pelo la destacan las mujeres enfermas como la pérdida más grande de su feminidad, ya que es un elemento visible no solo para ellos sino para el resto de la sociedad.

“Se te cae el pelo, que vomitas en frente de la gente, que te sentís pésimo. En ese aspecto si po'. Pero uno se para como el ave fénix .En lo personal a mí ..Ver a una mujer con ese turbante...Me produce un gran respeto. Pero a mí en lo personal porque yo lo viví....” (Cecilia 53 años, Quilicura).

### **3. Relaciones de poder**

Las relaciones de poder que ejercen las mujeres al tener cáncer de mamas cambian a partir de su clasificación de “Enferma”, cambia totalmente la mirada que tiene la sociedad, según lo que nos comentan las mismas mujeres, existen diferentes miradas desde las personas cercanas a la enferma, como: familia, amigos, desconocidos o personal médico que trata su dolencia.

Inmediatamente ellas nos cuentan que cambia su rol en su vida laboral, así como la vida en su hogar como dueña de casa, algunas como dirigentes en las agrupaciones de enfermas de cáncer, papeles que ellas reconocen como parte importante de su cotidianidad.

Las mujeres enfermas reconocen ser vistas desde luchadoras hasta víctimas por estar enfermas.

“Yo he cambiado, si quiero hago las cosas, sino no las hago, mi enfoque ahora es luchar por los enfermos y donde andamos” (Maritza, 45 años, Quilicura).

“No creo que me vaya a dañar de sentirme menor que otra mujer. No en absoluto. Además yo mi ego lo tengo bastante listo...Yo creo que va en eso también...Siempre he sido una mujer muy luchadora y en esta oportunidad no tiene por qué ser diferente” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

#### **3.1 Relaciones interpersonales**

Las relaciones con los otros dentro de la sociedad es un elemento muy relevante dentro de una sociedad para no sentirse excluido, en el caso de una enfermedad como el cáncer, los lazos con los demás dentro de todos los entornos se ven afectados.

Tomando Habermas en una cita:

“La conciencia del nosotros” fundada en el imaginario del parentesco de sangre o la identidad cultural de personas que comparten la creencia en un origen común, se identifican mutuamente como “miembros” de la misma comunidad y con ello se deslinda de su entorno” (Habermas; 1999; 108).

Según los relatos, nos encontramos con mujeres que se dejan de identificar como miembros de una comunidad en cierta medida y no totalmente, cuando ven que los lazos que tienen como seres humanos se ven dañados por la contingencia de una enfermedad como lo es el cáncer.

### **3.2 Relación familiar**

A partir de las entrevistas, las mujeres nos relatan cómo se genera la relación con uno de los principales vínculos que supuestamente tienen de contención, como lo es la familia. La relación con los lazos de sangre suelen ser diversos según nuestras entrevistadas, podemos encontrar mujeres con un vínculo fuerte con su familia donde encuentran el principal lugar de sobreprotección y otras mujeres que relatan que los seres queridos se han alejado por la enfermedad y la explicación que le dan al abandono de la familia es el miedo a enfrentar una enfermedad tan cruda como lo es el cáncer de mamas, por lo tanto se generan dos tipos de fenómenos en la situación familiar a partir de la enfermedad, la cercanía de los seres queridos o el total abandono de parte de éstos.

Las mujeres nos narran que al llevar su enfermedad con personas a su lado, como los familiares, esto las ha ayudado a lograr a salir adelante con su dolencia, por otro lado las mujeres que nos relatan que no las acompaña la familia, han tenido que enfrentar estrés y

estado depresivo, pero finalmente muchas de ellas se auto denominan fuertes y orgullosas por haber logrado salir adelante sin ayuda de un pariente cercano.

“Yo he sentido que mi familia me ha dejado de lado, al principio la creyeron, cuando me vieron pelada ah “ésta tiene cáncer”, porque yo se los había dicho pero como me veían paraita y bien ahí lo asimilaron por un rato mientras no me salió pelo, estoy de nuevo en las mismas, me ven bien y a mí se me termino el cáncer” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

### **3.3 Relación con los(as) hijos(as)**

Por otro lado cuando las mujeres relatan las relaciones que tienen con sus hijos, muchas tienden a hablar que les han ocultado la enfermedad a sus hijos menores, pensando ellas en protegerlos para que no sientan su dolor, al final al enterarse los hijos de esta situación recriminan mucho a estas mujeres enfermas.

“Yo a mi hija le mentí. Le escondí mi enfermedad, desde que supe que tenía cáncer no le dije, porque temía que ella no fuera feliz” (Patricia, 50 años, La Florida).

Otras mujeres te dicen que muchos de los hijos que se enteran de la enfermedad, sobrellevan depresión al enterarse de tal situación y que el sistema de salud en cuanto a lo psicológico no les entrega muchas herramientas para lidiar con esta problemática que también es parte fundamental.

Por otra parte, las mujeres justifican a los hijos que no las han acompañado en este proceso, como una reacción normal o en el caso de los hijos hombres que por ser hombres siempre son más lejanos que las hijas mujeres.

“Mi hija mayor muy preocupada por su hermana también. Mi hijo también, pero como hombre anda más allá que por acá, pero cuando anda por acá trata como de ayudar un poco” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

“Mi hijo vive lejos tu sabes que los hijos hombres no son como las mujeres, desapegado por la pareja, la única que ha estado al lado mío era la Valentina” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

“tengo una hija de 6 años que yo trato que no sepa mucho. Igual de repente me dice - mamá ¿estás triste?-, Mi familia me apoya mucho, entonces es como mi pilar fundamental de fuerza” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

La mayoría de las mujeres te relata que la principal motivación para terminar el tratamiento y superar la enfermedad son los hijos y ayudarlos independiente si son niños, niñas o adultos.

“Yo tenía que luchar por salvarme por mi hija, sino hubiera tenido a la Camila, yo creo que no hubiera hecho nada. Hubiera dejado que la enfermedad me llevara.” (Patricia, 50 años, La Florida).

#### **4. Miradas de la pareja**

Cuando nos hablan de la pareja o de la ex pareja, las mujeres entrevistadas a veces se vuelven a un mundo oculto y casi íntimo, el hablarnos de la relación que sostienen y han sostenido con la pareja es casi tabú. Muchas de las mujeres han sido abandonadas a partir de la enfermedad o nos cuentan que la enfermedad parte después de una ruptura amorosa, otras te comentan que tienen el miedo que la pareja las deje, la mayoría de las entrevistadas nos comentan que no

tienen una pareja actual y otras que han vivido la enfermedad en pareja te plantean que se han sentido acompañadas y aceptadas como son.

La mayoría de las mujeres te relatan que los hombres que se van es por miedo o por no aceptación del nuevo cuerpo de esta mujer con una mama menos o con una mama de menor tamaño.

“Los hombres nunca están cuando la mujer está enferma, en cambio la mujer siempre esta pa’ cuando el hombre está enfermo, en cambio en mi caso no” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

“Tengo el papá de la Valentina pero no es mi pareja estable, él viene de vez en cuando, no es estable” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

“Al comenzar la enfermedad estaba recién terminada con el padre de mi hija, atribuyo esta enfermedad a la pena” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

Por otra parte existen las parejas que se quedan y viven todo el proceso de la enfermedad con la mujer con cáncer y según lo que ellas nos describen son personas que están apoyando totalmente la enfermedad y animando a que salgan adelante en su proceso de recuperación.

“Yo tenía mucho miedo que él me iba a rechazar que iba a terminar mi matrimonio...Y, finalmente tenemos un matrimonio de 30 años. Para mí todo un cuento, todo un miedo, hasta que él un día me dijo que no po’, que lo importante es que yo estuviera bien, y si me apaño hartito siempre está conmigo” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

“-Pero que cara tengo-. Entonces ahí yo le decía a mi esposo, -Hugo, mírame la cara- y él me decía -¿qué tienes?-, yo le decía -mírame el color- y él me decía, -Ay

estás igual-. Dos años después me dijo. -Sabes qué, tú estabas mal-. Pero como te lo iba a decir, a un enfermo no se le pueden decir esas cosas” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **5. Amistades**

Describir las amistades por parte de las mujeres con cáncer es un tema lleno de sentimientos pero se nota que hablan con más comodidad del tema. Denominan la relación con sus amigas y amigos de dos formas, describiendo que las amistades se han conformado por un lado en lazos más fuertes, de apoyo, de contención y que desde que partió la enfermedad se ha generado una fuerte cercanía.

“Las amigas que yo tengo, digamos son muy buenas amigas que vivieron conmigo todo mi duelo porque cuando te dicen que tu tení cáncer es como vivir un duelo (Cecilia, 53 años, Quilicura).

“Amigos también que se han acercado y otros como te dije, que también se han alejado” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

Por otro lado nos encontramos con mujeres que nos comentan que las amistades las miran con lástima por su enfermedad o simplemente son personas que se alejan de su vida y no las ven más, las entrevistadas interpretan esta actitud por miedo o por vergüenza.

“Siento que muchas se alejaron, no sé si por temor, preocupación, no lo enjuicio tampoco pero siento que ahí en los momentos difíciles uno se da cuenta de quienes son los que realmente valen la pena” (Carol, 30 años, Huechuraba).

“Siempre que -Ay que ¿cómo estás hoy día?-, -lo siento mucho, que no te he ido a ver- , -pobrecita, ¿cómo estay?-, O sea, ya casi me ven en el ataúd ahí” (Dalma, 56 años, Independencia).

## **6. Relación con el entorno directo o indirecto, mirada de los otros**

Las relaciones con el entorno directo o indirecto y las miradas de los otros, que pueden ser conocidos o desconocidos son las principales influencias en cómo ven y hacen sentir a la mujer enferma con cáncer, generalmente en este tipo de la relación las mujeres se sienten enjuiciadas desde su valor como persona o como se desenvuelven en esta sociedad.

Pueden ser simples las miradas o las preguntas, pero generalmente lograrán incomodar a la mujer con cáncer haciendo que esta intimidación genere en cierto sentido una exclusión a partir de las palabras de quien emite el discurso sobre esta mujer.

Las mujeres enfermas nos relatan que las relaciones con el entorno directo e indirectos son muy diversas, muchas sienten que el entorno no las miran de manera diferente a antes de tener la enfermedad y por otro lado si sienten que la mirada y observación es constante de cómo se comportan con la enfermedad y existe en general la curiosidad de saber realmente cómo es el proceso en este tipo de relaciones. Nacen muchos tabúes, que los que se relacionan de manera más directa con la enferma logran aclararla.

“Todo el mundo cuando te ve de nuevo, lo primero, tu sentí la mina que te mira para mirarte la pechuga y te preguntan cómo está la herida, que si acaso fue muy traumático y esas cosas” (Cecilia, 53 años, Quilicura”).



“La primera salida me quería morir, es que me quería morir. Como que estaba trayendo un letrero y yo con un pañuelo, aprendí a hacerme unas cosas bien bonitas, pero claro como tú no tienes pelo en varias partes, se nota igual” (Patricia, 50 años, La Florida).

“Como que las personas tienen un poco de lástima al verla a una así. Como que la ven distinta la ven diferente. La ven a ella y dicen: -Pobrecita-” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

### **6.1 Relación pares enfermos**

La relación con las personas que viven la misma situación de enfrentar una enfermedad como lo es el cáncer, es una relación muy cordial, muchas te comentan que son los nuevos lazos de amistad que han creado ya que son el entorno que realmente entiende la realidad que vive su par, ocurre mucho con el relato de estas mujeres, que una a una se apoye en todo sentido, aunque esta relación se da más en el sistema de salud público que en el privado, porque nos comentan que siempre tienen que luchar juntas para diferentes peticiones con respecto a su enfermedad y la medicación depende de todas, también este entorno es el que más genera contención en el caso cuando las enfermas no tienen redes de apoyo, es fundamental contar con sus pares que funcionan como contención y cohesión para la mujer enferma. Es aquí donde generalmente nacen los grupos de trabajo u organizaciones de petición hacia las autoridades con respecto a sus problemáticas de la enfermedad.

“Tengo más amistades del hospital que conocí en el hospital” (Matilde, 60 años, Independencia).

“Que si yo puedo ayudar, yo necesito ayudar, los ayudo. Antes era yo, yo nomás, mi trabajo, mi familia. Estando mi familia, a mí no me importaba lo otro” (Dalma, 56 años, Independencia).

También el nexo es tan fuerte que se genera entre las pares enfermas que en muchas ocasiones te comentan, que deben ver partir a otras enfermas de cáncer de mamas, pero que intentan acompañarlas en lo que más puedan en el proceso.

“Mis amigas son mis hermanas del dolor, pacientes que han vivido lo mismo que he vivido yo, ellas son mis amigas junto con las que han ido partiendo, mujeres que han partido” (Maritza, 45 años, Quilicura).

## **6.2 Relación con compañeros de trabajo**

En general cuando te hablan de los compañeros de trabajo, te comentan que para algunas enfermas las relaciones laborales son lejanas porque generalmente se ven obligadas a renunciar o terminar con su contrato de trabajo por la enfermedad, por lo tanto van perdiendo el contacto con los compañeros de trabajo. Por otro lado algunas te comentan que el empleador las llama para saber cuándo se reintegrarán a trabajar, más que nada por un tema de saber en qué condiciones se encuentran con la enfermedad.

“Me llama mi jefa o mi jefe para saber cuándo voy a volver, pero todavía no he vuelto” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

Por otro lado existen muy pocas que se vuelven a reintegrar al trabajo donde ejercían funciones y te comentan que el contacto es directo con el empleador y sus compañeros de trabajo y que están esperando el día que ella vuelva renovada de su enfermedad.

“Pero yo vuelvo después, yo termino mi cáncer y voy a volver”, -ya- me dijeron, que tenía las puertas abiertas” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **7. Formación de agrupaciones u organizaciones**

Al realizar varias entrevistas nos hemos encontrado con mujeres dirigentes de organizaciones o agrupaciones con cáncer de mamas, que pretenden ayudar a otras mujeres en su misma situación desde conseguir ayuda del estado o brindarle apoyo económico o de contención, ya que ellas te relatan que al haber pasado el mismo proceso con una enfermedad catastrófica, son capaces de ayudar a sus pares de buena manera con su experiencia en el tema. Ellas te comentan que muchas de las luchas que han dado de forma organizada ha tenido frutos positivos.

“Yo presidenta de una agrupación de mujeres con cáncer en Quilicura, como presidenta y como paciente, me encuentran una mujer luchadora que he hecho cosas por la salud” (Maritza, 45 años, Quilicura).

Por otro lado tenemos el lado negativo que se nota en las conversaciones con las mujeres que integran las agrupaciones, que existe una lucha de liderazgos de quien es más participe o no. Esto se da generalmente porque es una de las pocas instancias de lo que hemos visto en toda la investigación en donde las mujeres se sienten realmente, útiles y aportando y no la ven tanto como la mujer enferma, sino como la que está entregada a una lucha por todas sus pares. Una de las enfermas nos relata su experiencia en una agrupación a la que perteneció:

“Si en una agrupación estamos todos, o sea hay una directiva porque tiene que haber una directiva, pero eso no quiere decir que no se le de trabajo a todas las socias que quieran participar y hacer algo po’, que tenga tiempo... y yo era de las

personas que tenía tiempo o, más encima porque no podía trabajar” (Vilma 58 años, Recoleta).

## **8. Desigualdad de clase social**

“Hablar de clases sociales es remitirse al análisis histórico de las relaciones existentes entre quienes producimos nuestra vida en el momento que lo producimos” (Giro, 2004; 150).

Aquí nos adentramos a conocer elementos de exclusión que dan en la desigualdad de clase a partir de dos elementos: el género y las diferencias sociales. Esto en el entorno donde se desenvuelve la mujer enferma y ellas nos comentan las problemáticas que se dan.

“El patriarcado implica un conjunto de relaciones sociales en el cual hay relaciones jerárquicas entre los hombres y una solidaridad entre ellos, que les permite controlar a las mujeres” (Giro, 2004; 152).

En lo primero que observamos esta problemática jerárquica, es el desempeño de la mujer más allá si tiene una vida laboral, es la incidencia de su rol como dueña de casa con la enfermedad que se ve transformada.

## **9. La mujer dueña de casa**

El rol de dueña de casa aún no es cuestionado que solo lo realice la mujer, donde la mujer tiene este rol impuesto de manera patriarcal, donde no hay corresponsabilidad con los dos géneros, es aquí donde las mujeres te comentan (las que comparten su vida en pareja) que le

han tenido que entregar el rol de dueña de casa a los hombres, describiendo que a estos mismos les cuesta ejercer ese papel y están esperando la mejora de la mujer para poder dejar esta labor, la mujer generalmente justifica que el hombre está haciendo esto como un gesto de ayuda.

Refiriéndose al hombre como dueño de casa:

“A veces lo siento que está más cansado...me da lata... pero hasta que yo no esté bien...” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

A diferencia de las mujeres que reciben ayuda en las labores de dueña de casa de las parejas, también existen mujeres que no tienen pareja o simplemente, no delegan el rol de su casa a otras personas, principalmente porque describen que ejerciendo esta labor se sienten totalmente útiles.

“Soy muy buena dueña de casa y muy buena anfitriona. Yo invito, yo soy la que hago todo, cocino, preparo. No, eso no cambió. Siempre he sido así y voy a seguir igual” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **10. El acceso a salud de calidad**

El tener una salud de calidad es una lucha constante, según lo que nos comentan estas mujeres enfermas, ya que en su mayoría se atienden en el sector público, el cual no ofrece según lo que nos comentan ellas, la efectividad en la atención oportuna de sus casos, situación que en el sector privado no ocurre, ya que se ofrece una mejor calidad a partir del dinero que se posee, esto refleja la segregación que existe. En el caso de la mayoría de las mujeres con

cáncer de mamas, por tener un posición social más baja y menos recursos económicos para costear un tratamiento de alto costo.

“Tengo que a veces hacerme exámenes caros ¿quién me va a solucionar y me va dar plata para mis exámenes?, yo tengo que rebuscármela, entonces eso me molesta y me hiere” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

En general las mujeres nos comentan que la atención en los hospitales públicos no es muy buena, pero destacan la calidad del Instituto Nacional del Cáncer y la sección de cáncer del hospital Luis Tisné del sector sur de Santiago.

“Yo le dije a la doctora, -Es que si me atiendo en un sistema público yo me voy a morir-, ella me dijo que estaba equivocada que fuera al Luis Tisné” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **11. Consecuencia de la enfermedad y mirada del cáncer**

El valor de la vida en el caso de un enfermo de cáncer es diferente debido a la carga emocional que significa tener una enfermedad que se asocia directamente con la muerte, muchos de los entrevistadas relatan que influye mucho el estado anímico de cómo enfrentan su enfermedad, es por eso que tomamos a partir de Durkheim, el libro que se vincula con la muerte como lo es el “suicidio”, donde los lazos dependen a la cohesión social que tienen los sujetos con su entorno social, así como con su religión. En el caso de la mujeres enfermas y su salud depende muchas veces de las relaciones sociales. A pesar de que el suicidio es considerado un acto individual, para Durkheim constituye un hecho social al igual a lo que se refiere en el caso de las mujeres investigadas que su enfermedad se ve reflejada a cómo se

desenvuelven en su entorno social en cuanto a la prolongación de su vida, algo que se relaciona directamente con la muerte. Durkheim dice: “Lo que interesa son las variaciones en las proporciones de suicidios entre distintas sociedades, como algo que está en función a condiciones sociales, la unidad de análisis es la sociedad no el individuo” (Durkheim, 1995:13).

### **11.1 Ser la enferma de cáncer**

Las mujeres te comentan el rol de vivir con cáncer de mamas y que inmediatamente se sienten catalogadas dentro de una categoría como que fueran diferentes y que su rol ya no es el mismo dentro de la sociedad, sintiéndose excluidas de varias esferas de la vida, según lo que ellas nos comentan.

“La gente suele mirarte como con pena, con pena, tiene ciertos prejuicios, algunos por el hecho de tener un paño en la cabeza lo hace sentir como que eres extraño...”

(Carol, 30 años, Huechuraba).

Según Becker, estaríamos frente a una clasificación de conductas desviadas y vivimos delante de algo diferente cuando las personas se enferman, porque comúnmente las personas están sanas.

“Cualquier cosa que se diferencie de lo que es más común podría describirse como desviada” (Becker, 2003, 24).

Por otro lado Porzecaski nos dice que estamos frente a un ser diferente con la enfermedad.

“En definitiva, son dos posibilidades antagónicas de maneras de enfrentar cáncer. Es un extremo, la enfermedad se apropia de la persona hasta transformarlo en un “otro” en el que no se reconoce ya” (Porzecaski, 2008; 245).

Las mujeres enfermas no dicen que tienen que cambiar sus actividades porque el tiempo no les permite o su cuerpo no les responde para realizarlas, también dicen las pacientes que existe un poco de subestimación por la enfermedad.

“Si, antes me veían fuerte po’.....Y ahora no soy fuerte” (Dalma, 56 años, Independencia).

El sentir de las mujeres de no verse igual, le provoca según los que nos comentan, un poco de frustración, ya que intentan de alguna forma integrarse siendo partícipes, ya que ellas mismas nos comentan que quieren volver a su vida normal.

Generalmente las mujeres te comentan que la enfermedad no solo les ha provocado dolores físicos, sino también internos, en donde sienten que la sociedad no las valora por lo que ellas son sino que las apartan, como que no fueran capaces de entregar algo a los demás y esto ocurre en todas las esferas en donde se desenvuelve la mujer.

## **12. Barreras**

Generalmente en la mayoría de las entrevistas las mujeres nos manifiestan la serie de barreras que deben enfrentar para poder tratar de hacer su vida lo más normal posible a partir de la enfermedad del cáncer de mamas.

Una de ellas nos comenta con respecto a cuándo debe realizar actividad que requiera esfuerzo:

“Te limita en el sentido de cuando tengo que hacer algo, o hacer alguna fuerza, yo no cargo mi mano izquierda, porque además yo no tengo ganglios” (Cecilia, 53 años, Quilicura).



Por otro lado las mujeres se ven frente a una sociedad que según lo que ellas nos relatan, las anula como persona y no le permite lograr los objetivos que ellas proponen en diferentes ámbitos de su vida.

“Si me falta el brazo, si me falta el...claro...¡pero no me falta! ¡Yo lo puedo hacer! Lo puedo hacer más lento pero lo puedo hacer...Y cuando necesite voy a pedirle ayuda” (Dalma, 56 años, Independencia).

### **13. Miedos**

La enfermedad del cáncer de mamas enfrenta a las mujeres enfermas a un panorama de temores y miedos, ya que están llenas de dilemas sobre la enfermedad y es incierto lo que puede pasar en un futuro, pero nos dimos cuenta que los miedos en muchas ocasiones se derribaban conociendo su misma enfermedad .

“Pero los miedos, todo lo que tú vives, la incertidumbre...Igual es fuerte, porque tú no sabes si vas a volver, si vas a volver a ser la misma” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

Según lo que nos comenta la mayoría de las mujeres, que si el cuerpo se manifiesta de alguna u otra forma con dolencias diferentes al cáncer, piensan constantemente que se debe a la misma enfermedad o que volverán al punto de partida con la misma enfermedad.

“A uno le duele el dedo y piensa: ¡ya, cáncer!, a uno le duela cabeza y piensa en un tumor” (Patricia, 50 años, La Florida).

Las mujeres nos dicen que principalmente los miedos tienen que ver, con el futuro que enfrentarán con la enfermedad.

#### **14. El sentirse o no sentirse útil**

El sentirse capaz o no de realizar una actividad, o no ser simplemente un aporte para la sociedad a la mujer con cáncer de mamas le produce un fuerte impacto en su autoestima o como ve esta nueva vida con la enfermedad, esto lo entendemos según los relatos de ellas mismas.

Según lo analizado primeramente, la mujer siente esto a partir de los tratamientos realizados y de lo que puede hacer a partir de ese momento.

“Después que me operaron me hicieron radioterapia y nunca pensé que esto iba como...como que uno envejece más...como que uno se siente inútil” (Dalma, 56 años, Independencia).

Por otro lado la mayoría de las mujeres quiere ser un aporte para su hogar o para la sociedad a partir de las labores que realizaban antes de la enfermedad y cuando no pueden hacerlo se ven en un conflicto de sentirse de brazos cruzados e inútiles.

“En la casa uno igual se siente como un poco inútil al no entregar ingresos o aportar en algo. Al autoestima igual ayuda el estar trabajando” (Angélica, 48 años, Recoleta).

## 15. La mirada en tercera persona

Es interesante analizar y darse cuenta que a medida que se realizan entrevistas y uno se reúne con las mujeres enfermas de cáncer de mamas en reuniones de sus propias organizaciones, tercerizan sus problemas como que fueran de otras personas frente a sus pares, principalmente hablamos de los temas más íntimos que los confiesan en confianza o simplemente los esconden porque son vergonzosos o tabú para ellas mismas.

Primeramente vimos que en público tratan de referirse poco al tema estético, haciendo interpretar que tiene poca relevancia para ellas, como si no les afectara directamente con respecto a la enfermedad, planteando que es complicado en el caso de sus pares.

“Sí, una se siente igual un poco incomoda con el asunto estético, se siente mal.

Pero no es un gran tema para mí, para lo que yo he conversado con otras señoras....Pucha se sienten totalmente mal, pero yo no , no es mi gran tema”

(Angélica, 48 años, Recoleta).

Otro tema importante que lo hablan en público como tercera persona, es cuando se trata de hablar de la pareja o el vínculo que significó en el caso de que sea una ex pareja, pero en el fondo están hablando de sí misma.

“Las mujeres con cáncer de mamas porque la mujer ya no le sirve, escuche muchas veces que era una mujer inservible porque le sacaban el útero (otra señora) a veces no solo el marido sino los hijos se van, tengo una compañera trabajo que el marido y los tres hijos se fueron” (Vilma, 58 años, Recoleta).

## **16. Valoración de la vida**

El golpe de una enfermedad catastrófica como es el cáncer de mamas, donde las mujeres te dicen que están constantemente dialogando con la muerte, ya que según lo que ellas te relatan siempre sienten que no están totalmente sanas, ya que el cáncer puede volver, pero si destacan que a partir de esta experiencia han aprendido a ver la enfermedad desde otro punto de vista y mirar la vida como algo muy importante.

“Te das cuenta que uno es muy vulnerable...muchas cosas... Así que tienes que vivir y disfrutar cosas simples” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

“Hasta del cáncer, nunca se me había pasado por la mente que podría sufrir la enfermedad. Uno piensa que a otro le pasa, que nunca te va suceder a ti, en mi familia nunca nadie había tenido cáncer, es una palabra para otra persona no para uno” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **17. Concepto de la muerte**

La muerte es un concepto muy importante en la enfermedad de las mujeres ya que constituye un tabú y un antecedente que contiene la enfermedad a partir de lo invasiva que es en el cuerpo humano y ya que muchas te comentan que les asusta mucho ver como muchas de su pares han partido. En el imaginario social, es una enfermedad conocida como mortal y destructiva, pero según lo que te cuentan las mujeres, es por la falta de información y porque quizás el comienzo del tratamiento fue tardío, pero las enfermas dicen que este concepto cambia para ellas cuando empieza a combatir la enfermedad y a luchar por vivir.

“A que cuando te dicen cáncer dicen muerte...” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

Las mujeres también te comentan que no solo ellas tienen en un principio la visión de que el cáncer puede ser muerte, sino que por otro lado sus cercanos, toman el concepto literalmente y empiezan a relacionarse con ellas ya no como las personas que era sino como una enferma terminal.

“Piensan que me iba a morir, entonces no quieren quedarse con esa visión de verme así” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **18. Economía, el estado y cáncer**

### **18.1 Economía en el caso de la enfermedad**

“Es así como se define en escrito la “Inclusión del otro”: “La política liberal”, pretende, en primer término, desconectar la adquisición del estatus respecto de la identidad sexual, así como garantizar a las mujeres una igualdad de oportunidades que resulte neutral con respecto a los resultados en la competencia por los puestos de trabajo, la estimación social, las titulaciones académicas, el poder político, etc.” (1999:257).

Aquí podemos analizar como el tema laboral es importante en el caso de una mujer, ya que generalmente nos relatan que al ser jefas de hogar las mujeres enfermas de cáncer, se produce un cambio de estatus según como sea la recepción del empleador ante una enfermedad catastrófica. También en el caso cuando aportan a la economía doméstica las mujeres con cáncer y dejan de hacerlo, afecta totalmente el presupuesto familiar y por lo tanto influyen en el cambio de estatus. Otro elemento relevante con respecto al estatus pasa a ser el hecho de no poder volver a trabajar y tener que vivir de una pensión de invalidez.

La economía refleja la situación personal y familiar que lleva la mujer enferma a partir de la enfermedad y como esto se ha visto reflejado en el cambio de su situación económica según como ellas nos relatan.

“Es increíble lo que te causa el cáncer, es una enfermedad catastrófica tanto en plata como en la familia, una enfermedad que te remece los cimientos” (Patricia, 50 años, La Florida).

## **18.2 Situación laboral**

Paraella en Giró, “Destaca el carácter de las relaciones estructurales establecidas entre las mujeres empleadas y sus empleadoras, que son asimétricas y desiguales” (Giró, 2004, 40)

Uno de los factores que afecta inmediatamente en la economía familiar de las mujeres con cáncer de mamas es tener o no tener un puesto laboral, al tener un cáncer de mamas la mayoría te comenta que tiene que dejar de trabajar por varias razones, una es que no puede hacer fuerza o las mismas labores que hacía antes, en segundo lugar, la mayoría nos comentan que las despiden de los trabajos o viven de una pensión de invalidez para poder sobrellevar el tratamiento, que en muchos casos esa cantidad de dinero no les alcanza para vivir y por último existen las mujeres que toman licencias médicas con el fin de reincorporarse a su trabajo en el fin de la enfermedad, es así como las mujeres configuran un escenario difícil en el mundo laboral.

Muchas mujeres nos comentan que cuando se enferman no tienen claro los pasos a seguir en cuanto a su situación laboral y mayormente abandonan el trabajo, trayendo consigo perjuicio al alto costo de su enfermedad.

“Entonces cuando a mí me dijeron cáncer, yo todavía trabajando y fui y renuncié”

(Patricia, 50 años, La Florida).

El volver al puesto laboral se transforma en un proceso largo ya que las mujeres nos comentan que los tratamientos toman muchas jornadas de tiempo dentro de centros hospitalarios, por lo tanto, es un impedimento para ejercer un trabajo cuando la mujer ya se siente un poco recuperada.

“Yo, por ejemplo, yo trabajo, y todavía yo no puedo volver a mi trabajo, porque me ha implicado una serie de...Primero de angustias, después de poder pararte de nuevo, que estoy bien” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

## **19. Medicamentos, tratamientos, calidad de vida, empobrecimiento**

### **19.1 Medicamentos y tratamiento de alto costo**

Las mujeres nos comentan que es muy difícil sobrellevar la enfermedad y los tratamientos, ya que significan altos costos aunque se atiendan en el sistema público, hay fármacos que el estado no cubre por el alto costo.

Existe un miedo constante de las mujeres de empeorar su salud por no ser capaces de encontrar los medicamentos que no les entrega el estado a un costo menor o de realizarse el tratamiento cuando corresponde.

Para la mayoría de los tratamientos, las mujeres con cáncer de mamas, los reciben desde los hospitales públicos, pero los que no, se los proporciona el sistema y deben rebuscárselo y encontrarlo por su propios medios.

Por otro lado muchos de los exámenes que se realizan las mujeres son costeados por el estado, pero el problema que ocurre en este caso, es el tiempo de demora que ofrecen las entidades médicas gubernamentales para realizarlos y eso atrasa el proceso de tratamiento, muchas de las mujeres comentan que se acercan y se hacen “amigos” de las personas que realizan los exámenes, como una manera de acelerar el proceso. Muchas de ellas comentan que este método les funciona y logran de esta manera su objetivo final de lograr el tratamiento, en el tiempo estipulado.

“Sentí que el sistema público me cerro las puertas, ahí me dio cosa, aquí me muero sino logro conseguir esa droga que era tan cara, de donde iba a sacar” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

Las mujeres nos dicen que han logrado a través de la lucha de un movimiento de mujeres organizadas, conseguir los medicamentos de alto costo para todas las mujeres, comentan que esto lo obtuvieron a partir de la exposición mediática de ellas afuera del palacio de gobierno, logrando de esta manera ser escuchadas por las autoridades de salud, que finalmente decidieron entregar el medicamento “Herceptín” a las mujeres, remedio que sirve para los tipos de cáncer de mamas más agresivos, dicen que varias mujeres, murieron esperando el fármaco.

“Tuve que colgar sostenes y luchar por una droga que necesitábamos, que era el hecerptin” (Maritza, 45 años, Quilicura).



La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mamas se ve afectada a partir del alto costo que significa la enfermedad, según lo que nos comentan las mujeres, sufren un cambio radical en su vida, afectando directamente sus ingresos económicos. La mayoría plantea que la enfermedad las empobrece, porque el cáncer al ser una enfermedad catastrófica incide en la economía individual de las personas. La enfermedad remece la vida desde el cambio en la forma de su subsistencia económica cambiando el presupuesto a partir de lo costosa que es la dolencia del cáncer de mamas.

## **20. El Estado**

El estado como rol de defender el derecho a la salud, deber ser el principal actor en la mejora de la enfermedad del cáncer de mamas, pero presenta varias deficiencias en la demora de la atención a mujeres con esta dolencia catastrófica. En muchas de las entrevistas nos relatan que ellas mismas tienen que luchar constantemente en forma individual o grupal por cambios.

“Lamentablemente no te ayuda, te ayuda en muchas cosas y hay muchos medicamentos que uno tiene que costear” (Cecilia, 53 años, Quilicura).

Según lo que nos dicen las mujeres, el estado es un poco “burocrático” en la entrega de medicamentos y exámenes. Hay muchos cuestionamientos en el sistema según la dolencia de las mujeres y el medicamento que les corresponde.

“Eso fue, lo peleé hasta que lograron que me lo dieran, porque no era un capricho, porque si el médico decía que yo lo necesitaba, yo no puedo cuestionar al médico porque ellos son los especialistas y decían que necesitaba el Hecerptin hasta que

por fin logre que me lo dieran. Fueron 18 meses de espera” (Jeannette, 55 años, Quilicura).

En reiteradas ocasiones las mujeres nos vuelven a comentar que el dinero es un elemento importante para llevar de una mejor manera la enfermedad.

“Porque ahora todo, casi todo es plata. Si tú no tienes plata te lo...como el...Estado te ayuda en ciertas cantidad, ¿cierto? Pero después tú tienes que costearlo” (Dalma, 56 años, Independencia).

## **21. Institución y personal médico**

“Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes” (Goffman, 2001: 17).

Las mujeres enfermas, se relacionan de manera muy particular con las instituciones y personal médico, ya que la duración de los tratamientos son largos, se puede decir según lo que ellas nos comentan, que pasan largas jornadas en los lugares donde realizan sus tratamiento, por lo tanto, empiezan a tener un acercamiento diferente con el personal y con las institución. Las enfermas te comentan que al ser conocida, es más fácil para ellas hacer diferentes gestiones con el personal o contar con un trato de “regaloneo”, como comentan algunas de las enfermas.

Por otro lado existe una visión diferente también según el lugar donde se está atendiendo la mujer enferma, la mayoría se atiende en el hospital del cáncer, que para ellas se diferencia con los demás centro médicos que tratan el cáncer, ya que al solo ser un hospital dedicado a la

enfermedad, el trato es más personalizado y mejor que los hospitales públicos. Aunque la crítica de las mujeres va a que ninguna de las instituciones públicas pueden proporcionar totalmente los fármacos, sí destacan que el Instituto Nacional del Cáncer permite educarse sobre el tema del cáncer.

“¿Y las instituciones que te ayudan? Te enseñan a prevenir, te educan, pero tampoco te van a decir -aquí tení unas lucas para que te compres un medicamento- te ayudan a tratar de ver si se puede conseguir algo” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

El hospital público que destaca como “ejemplar” para una de las mujeres es el hospital Luis Tisné, por otro lado cuando se refieren al Hospital San José, destacan según las mujeres, que es negligente y que la atención es deficiente, sin tomar en cuenta sus dolencias.

Por otra parte, aparece reiteradamente en los diálogos con las mujeres la fundación “Yo mujer” y la fundación Arturo López Pérez como instituciones a destacar como de calidad. “Yo mujer”, es para ellas, una fundación que les entrega contención psicológica y ayuda a mitigar sus miedos con la enfermedad a partir de la entrega de información. En el caso de la fundación privada Arturo López Pérez, la conocen porque en algunas ocasiones le has tocado realizarse ahí exámenes gratuitos y lo destaca su calidad, según las mujeres enfermas.

“La López Pérez es particular, a veces te mandan a hacerte algunos exámenes ahí, un examen o sea me mandaron hacer ahí, es otro nivel pero no está al alcance de uno, es particular privado, esas instituciones son a todo dar pero pagada, no es para nosotros el pobretón. (Se ríe jajaja)” (Jeannette, 55 años, San Bernardo).

En general la mayoría de las mujeres te hablan del personal médico, dicen que las observan como un número, reclaman que les encantaría que el personal las tratara con más cariño y que la relación fuera más cordial, ya que para ellas ya es difícil sobrellevar la enfermedad y les encantaría tener contención, particularmente de los médicos, es aquí donde entra a jugar un valor importante de ver al enfermo desde su rol social y no solo biológico.

“Sí, no te miran a la cara. Yo fui a un control el lunes, y el médico -Ya pase- y estoy acostumbrada a mirar a la gente a los ojos. Y cuando conversas: nada nada. Incluso yo en lo personal le dije -sabe qué, necesito llenar un papel porque tengo un seguro para mandarlo- -Ya- me dijo -pásesele a mi interno-, o sea cero relación... Nada. (Cecilia, 53 años, Quilicura).

## **22. Proyecciones personales**

Las mujeres son capaces de fortalecer sus lazos sociales y afectivos, es cuando logran aceptar y convivir y superar su enfermedad, por lo tanto en ese momento son capaces de mirarse a sí mismas. La mayoría de las mujeres te comenta que a partir de la enfermedad se comienzan a preocupar de ellas como seres humanos, antes de la enfermedad su principal preocupación eran las personas que las rodean más que ellas mismas. Lo interesante es que la mayoría de las mujeres a pesar de haber vivido con miedos, temor y al principio de manera negativa una enfermedad que es catastrófica y que causa un fuerte impacto, social, económico, emocional, tienen un mirada positiva y sin expectativa.

“Entre las autobiografías encontramos mujeres que han perdido una mamá y encuentran, a manera de juego, en ciertos mitos, una lectura posible que llena de significación lo vivido” (Porzecanski, 2008; 255).

## **23. La mirada optimista positiva**

Las mujeres te describen que entender y aprender a vivir con su cáncer de mamas les ayuda a mirar su vida de mejor manera, comentan que asumir un cáncer de mamas es como vivir un duelo y superarlo; es como volver a nacer, la nueva mirada de la vida, ayuda a proyectarse a las mujeres. La mayoría comenta que están ansiosas por trabajar y volver a hacer su vida normal.

“Tengo ganas de volver a trabajar cuando ya pare todo el tonteo de que hay que estar yendo al hospital a los controles, a las terapias y pretendo después buscar trabajo para volver a cooperar bien en la casa, en lo material” (Angélica, 48 años, Recoleta).

Se nota un fuerte trabajo de las mujeres en estabilizar su vida a partir de sentir superada su enfermedad.

“Primero en cuanto a lo laboral, espero seguir con mi trabajo, no perderlo, que eso es fundamental. El tener mis estudios, que también es una meta que yo me propuse y en cuanto a la social” (Margaret, 31 años, Huechuraba).

### **23.1 La mirada sin expectativas y vivir el presente**

Las mujeres te comentan que vivir la fuerte situación de tener un cáncer de mamas y sobrevivir a la enfermedad, las convierte en personas que disfrutan el día a día sin proyectarse al futuro, según lo que nos dicen las pacientes que tienen miedos e inquietudes de cómo será lo que viene más adelante en su existencia.

“No me lo imagino todavía, no, no me lo imagino... No me siento dudosa con eso.  
Con incertidumbre, con miedo también po” (Carol, 30 años, Huechuraba).

Por otro lado, las mujeres en su mayoría quieren superar todas las secuelas de su enfermedad y de esta forma no sentirse excluidas por esta sociedad, con la cual, se han sentido dejadas de lado por la dolencia que han padecido.

“No lo he pensado y no lo quiero pensar, porque. Yo tengo que vivir el día trato de no esté. Hacerme planes hace mucho, mucho rato, pero trato de superarme, siempre superarme y tratar, tratar éste...Como de integrarme a la sociedad poco a poco”  
(Dalma, 56 años, Independencia).

## **V. CONCLUSIONES**

El objetivo general de la presente tesis se propuso conocer y analizar las principales relaciones de exclusión social que perciben las mujeres con cáncer de mamas, atendidas en el Sector Público de Salud de Santiago de Chile. Para este fin, el análisis de las entrevistas realizadas fueron agrupadas en las siguientes dimensiones: Relaciones interpersonales, clases sociales Mirada del cuerpo, Consecuencias de la enfermedad, Género, Relación Estado – Enfermedad, Economía y cáncer, Proyecciones personales post enfermedad, Instituciones y personal médico. Cada una de estas dimensiones apunta a diferentes aspectos de la exclusión social de las mujeres con cáncer y de esta manera apuntaremos a generar las conclusiones.

### **Relaciones interpersonales**

Como ya se planteó las mujeres con cáncer de mamas, se relacionan dentro de una sociedad dinámica y en donde estos vínculos van cambiando a medida que asumen y viven con su enfermedad y al ver sus lazos rotos en cada vínculo que forman anteriormente intenta reconstruirlo de la mejor manera.

Las nuevas relaciones sociales aparecen a partir de sentir la exclusión.

En el caso de los lazos familiares resultan los más difícil de tratar para la mujer enferma, varias de las mujeres entrevistadas se ven abandonadas por los seres queridos a partir de la dolencia causando una fuerte impresión en ellas, ya que las mujeres no están preparadas para vivir una situación tan fuerte, en su mayoría sufren la ausencia de las parejas.

En el caso de la pareja, resulta la partida más común, la explicación generalmente estaba basada, según las mujeres que nos hablaron con sinceridad, de que los hombres se asustan y que no aceptan su nuevo cuerpo cambiado por la enfermedad, especialmente cuando

generalmente se realizan la mastectomía. Por otro lado, hay otras mujeres que se impresionan por la reacción positiva de que sus parejas se quedaron con ellas durante la enfermedad y que estos fueron capaces de apoyarla en todo el proceso.

Los parientes que significan el principal apoyo para las mujeres con cáncer de mamas, son los (las) hijos(as), que brindan a las pacientes la mayor contención, comprendiendo más de cerca lo que significa vivir con la enfermedad a pesar de que mayormente las mujeres intentan ocultar su dolencia a los hijos o las hijas, para no dañarlos, pero a partir del avance de la enfermedad las mujeres con cáncer se dan cuenta que su descendencia se convierten en los lazos de más apoyo.

Por otra parte, nos damos cuenta que las amistades resultan los vínculos más frágiles que tienen las mujeres enfermas, en su mayoría los amigos (as) suelen ser los que más se alejan cuando conocen la realidad de la mujer con cáncer. Los nuevos vínculos que conforman como amistades son sus propios pares enfermos.

En el caso de la relación con el entorno, resulta ser el más duro para la mujer enferma, ya que principalmente, es el que la cataloga y clasifica como una “víctima” de la enfermedad a la paciente, también este entorno es la que más la subestima en cuanto a las capacidades para desenvolverse dentro de la sociedad.

La mayoría de las mujeres enfermas como deja el trabajo formal atrás por la enfermedad, convierte sus lazos laborales muy lejanos a su realidad, por lo tanto la vinculación con su enfermedad es muy distante.

Finalmente muchas de las mujeres enfermas en esta lucha de no ser excluidas por los demás miembros de la sociedad, sacan la voz a partir de organizaciones sociales conformadas por ellas mismas, con otras mujeres que viven las mismas dolencias. Por lo tanto, a partir de este



tipo de mecanismo se sienten más integradas y más escuchadas, ya que en conjunto son capaces de alzar sus voces y demandas con respecto a la enfermedad y a su vida en general.

### **Desigualdad de clases**

La desigualdad de clases es un tema que aparece durante toda la investigación pero toma real peso cuando comenzamos a adentrarnos en la vida más íntima de la mujer. Al observar las relaciones más superficiales podemos observar que la principal desigualdad lo vemos en el sistema de salud y en la lucha de conseguir exámenes y medicamento a los cuales no tienen acceso por no contar con los recursos económicos que poseen clases más adineradas. En lo más íntimo, nos dimos cuenta que la desigualdad de clases está dentro de su hogar, en las labores que realiza diferenciadas con el hombre aunque este enferma como se ve reflejado en la labor de su dueña de casa que no deja de existir con la dolencia, quizás es delegada pero jamás es traspasada a otro.

Es por esto que finalmente creemos que esta desigualdad no cambiará porque la mujer enferma no tiene conciencia de su realidad desigual, y aunque la trata de cambiar en lo que se refiere a su lucha en el sistema de salud por otro lado a lo que se refiere a sus relaciones internas de desigualdad de género es mucho más difícil el cambio, porque ella acepta que es una realidad que le corresponde ejercer.

### **Mirada del Cuerpo**

Entendemos al cuerpo como un elemento de sociabilización de las mujeres, pero a partir del cáncer de mamas tiene un significado especial para las enfermas, ya que el cuerpo de estas mujeres cambia radicalmente donde en muchas ocasiones pierden su pelo, sus mamas o los

ganglios que no se observan externamente. A pesar que las mujeres nos dicen que aceptaron su cuerpo como tal y al pasar el tiempo trabajan en subir su autoestima a partir de la pérdida de alguna parte de su cuerpo, el siguiente paso que sigue para la mujer es tratar de reintegrarse a la sociedad, que en parte muchas mujeres lo logran. Otras mujeres tienen que vivir con los prejuicios sobre sus capacidades a partir de la falta de una parte del cuerpo.

Finalmente, reflexionamos que es muy difícil que la mujer acepte totalmente la realidad de su nuevo cuerpo ya que están inserta en una sociedad que exige un culto al cuerpo perfecto y aunque ellas hayan aprendido a vivir con una parte faltante no significa que lo tengan asumido totalmente, por otro lado al aceptar este cuerpo para los demás, será la manera que se sentirá menos excluida por los demás.

### **Consecuencias de la enfermedad**

La enfermedad arrastra muchas consecuencias que la mujer comienza a asumir a medida que va conociendo sus mismas dolencias.

Cuando la mujer logra un equilibrio al ser devastada con la enfermedad, es capaz de superar todos los fantasmas a lo que se ve enfrentada.

A partir de las conclusiones que podemos lograr ver:

Que la mujer aprende a vivir con la catalogación de enferma y no le influye con el tiempo de sentirse excluida por ser categorizada.

Por otra parte, logra superar las barreras que ella misma se impuso o las que le colocó la sociedad a partir de la enfermedad.

Los miedos para la mujer con cáncer de mamas, es una sombra que la seguirá acompañando siempre, ya que a pesar de que la enfermedad está superada siempre existe una posibilidad de que vuelva.

La mujer enferma se comenzará a sentir útil a medida que pueda lograr sentirse más sana y cuando sea capaz de demostrarles a los otros que puede ser un aporte.

Por otra parte, en lo que se refiere al campo más íntimo de la enfermedad la mujer seguirá expresando sus problemas más personales como que fueran de otros, ya que esta problemática que enfrentan aún está llena de tabúes para sí misma.

En el caso de la muerte es un tema difícil de superar por las mujeres, pero que aprenden a vivir con ella, aunque esto no significa una aceptación total de alguna y otra manera. Con la evolución positiva de la enfermedad les permite enseñarle a sus cercanos que el cáncer no es sinónimo de muerte necesariamente.

## **Género**

Dos elementos importantes que destacamos en la exclusión de las mujeres con cáncer de mamas son la feminidad y las relaciones de poder.

La feminidad es un elemento de suma importancia para la mujer ya que ha sido sociabilizada el sentirse y mostrarse femenina. El sentirse poco femenina a partir de la enfermedad les genera también sentirse excluida. Pero a partir de la aceptación y de cómo reinventarse y dejando los cuestionamientos propios de lado, logra reinventarse y construir una nueva identidad femenina, dejando atrás los estereotipos de sensualidad y de mujer perfecta.

El nuevo modelo de feminidad va más acorde a lo que la mujer quiere para ella misma y no para los demás que la rodean.

Ya hemos revisado que la mujer con cáncer de mamas pierde en sus relaciones de poder, como sujeto a partir de la enfermedad por lo tanto, su rol como mujer es disminuido y se siente excluida, la manera de poder volver a integrarse y ejercer un papel activo en la

sociedad, lo hace a través de generar una nueva imagen de una mujer de lucha capaz de ser autosuficiente a pesar de la enfermedad, de esta manera siente que tendrá nuevamente un rol importante dentro de la sociedad.

## **Relación Economía, Estado y cáncer**

### **Economía**

La vida económica de la mujer se ve afectada con la emergencia de la enfermedad, por lo tanto, tienen que repensar o buscar el sustento para poder tratar su dolencia y para sobrellevar su vida y el apoyo económico para el presupuesto familiar.

Por otro lado, financiar una enfermedad de un costo tan alto y en donde el sistema público de salud no cubre en su totalidad su tratamiento, genera una desestabilización total de los ingresos de las mujeres con cáncer.

Las mujeres rebuscan financiar su enfermedad de alguna manera y muchas veces no ejercen su labor en un trabajo formal ya que los empleadores no las contratan sabiendo que están enfermas o que tuvieron una enfermedad. Por otro lado, en los casos que tienen trabajos formales, generalmente cuando aún no terminan su tratamiento no les es posible regresar, pero tienen todas las expectativas puestas en volver a trabajar, cuando termine la enfermedad.

Así mismo, muchas mujeres enfermas que no pueden trabajar por la enfermedad logran pensiones de invalidez para poder tener un mejor aporte económico, pero esto no sucede porque estas asignaciones son muy bajas para poder tener una vida de calidad.

En el caso de la economía de la mujer es claramente una situación de exclusión en donde las mujeres perciben que su brecha social se agranda debido a la enfermedad.

Aquí la mujer al superar la enfermedad de todas manera se sentirá excluida socialmente porque le costara mucho remontar a la situación económica que tenía antes de estar enferma.

## **Estado**

Cuando hablamos del Estado no pensamos en un estado paternalista, pero si pensamos en un Estado que sea capaz de lograr otorgar herramientas.

En esta investigación observamos que en el caso de las mujeres con cáncer de mamas solicitan ayuda del Estado por tener una enfermedad de alto costo y catastrófica, al ver una respuesta desfavorable, buscan reunirse y agruparse en organizaciones para poder pedir al Estado que le garantice salud de calidad.

Aunque muchas mujeres con cáncer de mamas se las rebuscan para poder conseguir los medicamentos y exámenes de alto costo de alguna u otra manera, gestionando con diferentes autoridades o personal médico en las instituciones donde se atienden.

Podemos concluir que las mujeres con cáncer de mamas al auto gestionarse mucho de los medicamento y exámenes que no le entrega el Estado les genera un desgaste emocional en lo que se refiere a su enfermedad por lo tanto el Estado se transforma en un agente de exclusión social

## **Institución y personal médico**

El mundo en donde se desenvuelven las mujeres enfermas con cáncer de mamas, está muy vinculado con las instituciones donde atiende su enfermedad y también tiene una gran interacción con el personal médico que la atiende regularmente.

A lo largo de la investigación nos adentramos en investigar las “instituciones totales” como lo son los hospitales, que cuenta con un ordenamiento social básico. A este lugar acuden con regularidad las enfermas, pero aunque el trato muchas veces es cordial, las mujeres con cáncer

de mamas no se sienten integrada a este sistema ya que en general las personas que la atiende como médico y enfermeras, no toman en cuenta su historia social, sino que muchas veces solo toman en cuenta sus aspecto biológicos.

En general las mujeres con cáncer de mamas que se atienden en el sector público, se ve envuelta en un aparataje estatal que le genera trabas para tratar su dolencia, por la tanto, inmediatamente las mujeres se sienten excluidas del sistema de salud del Estado, partiendo por la lejanía que se tiene con el personal médico, también por la calidad de la atención hospitalaria. Por otro lado, el aparato estatal destaca por el nivel de burocracia y para las dolencias que tienen estas mujeres. La demora del aparato estatal puede ser mortal para una enferma catastrófica.

### **Proyecciones personales post enfermedad**

Las mujeres con cáncer de mamas se sienten enfrentadas a una nueva vida a partir de superar su cáncer, por lo tanto aunque su expectativas a futuros sean de incertidumbre o positivas. Las mujeres estas dispuesta a enfrentar un acontecimiento con temores, pero la actitud de las pacientes son de apertura al comenzar un proceso posterior al término de la enfermedad. Su principal anhelo es hacer su vida normalmente, como eran antes de la enfermedad por lo tanto esta proyección ayuda también a que la mujer enferma no se sienta excluida.

## **VI PROYECCIONES INVESTIGACIÓN Y REFLEXIONES**

### **FINALES**

Esta investigación tiene una clara proyección a futuro, ya que la temática referida a la percepción de exclusión social de mujeres con cáncer de mamas nos permite generar conocimiento sociológico a partir de las vivencias de mujeres en diferentes ámbitos en los que se desenvuelven las personas estudiadas. Esta tesis nos ha permitido conocer las necesidades que tienen las enfermas con cáncer de mamas a partir de sentirse excluidas de una sociedad que en muchos momentos, según sus relatos, no las hace partícipes por tener una enfermedad considerada catastrófica.

Dentro de los ámbitos que podemos abordar a partir de esta investigación en un futuro cercano con respecto a exclusión social de las mujeres, son mayormente los conceptos que se repiten durante el estudio. Nos queda claro que se podría profundizar en los estudios de género, en cuanto a cómo se ven reflejadas las consecuencias de una enfermedad que afecta mayormente a mujeres, también podemos lograr investigar las carencias que se generan a partir de la enfermedad que finalmente se ven manifestadas en el empobrecimiento de la mujer enferma y su entorno.

Por otro lado se hace necesario plantear que esta enfermedad, así como muchos de los cánceres que sufren hombres y mujeres en el país desde el punto de vista interdisciplinario, en donde los distintos estamentos e instituciones de la sociedad trabajen en conjunto en enfermedades que afectan a un gran número de personas y se logra hacer una conexión real de los estamentos como salud, educación, planificación, trabajo y se conviertan en una red de apoyo para las personas enfermas. Por otro lado, es relevante, que la enfermedad hoy no sea

solo tratada desde el punto de vista de la medicina, sino que es importante hacer un tratamiento integral, en donde se involucren a todos los miembros de la familia de la persona enferma, y adicionalmente se vincule la enfermedad a las disciplinas de la psicología, sociología y educación, donde la mujer pueda tener contención y entendimiento de la enfermedad que vive.

Según lo que hemos estudiado durante esta investigación, nos parece pertinente que el estado se haga partícipe de manera más profunda en esta problemática a través de políticas públicas, en lo más concreto sería importante plantear un registro nacional del cáncer con personas sobrevivientes de la enfermedad, ya que hoy se estudia la enfermedad mayormente con las cifras de mortalidad, tener los datos de las personas sobrevivientes sería de gran utilidad para futuros estudios cuantitativos en la materia.

Es importante un programa de acompañamiento integral para las personas que sufren cáncer. Hoy conocemos el aporte que le da el plan AUGE a las mujeres enfermas en donde el apoyo psicológico es breve durante el proceso de la enfermedad, según lo que nos relatan las mujeres y también por lo que nos entregan las directrices que tiene el programa de salud AUGE anteriormente mencionado, es importante trabajar la vulnerabilidad de estas mujeres en todos los aspectos de su vida

A nivel teórico, es necesario la producción de nuevas investigaciones que estén enfocadas en tratar enfermedades catastróficas que afectan a varios sectores de la sociedad, no solo del punto de vista de la medicina, sino también tomando en cuenta desde la perspectiva sociológica. Al lograr investigaciones interdisciplinarias se podría avanzar de manera más eficaz en los tratamientos de una enfermedad como lo es el cáncer, que a partir de todo lo que



hemos estudiado durante esta tesis, nos pudimos dar cuenta que es una dolencia que se vincula directamente con los problemas sociales.

Nos resultó importante dentro de la teoría sociológica tomar las temáticas que están vinculadas con la desigualdad que genera el cáncer de mamas, en donde podemos hacer dialogar los estudios de exclusión social con el género, cuerpo, poder y estructura, elementos fundamentales para poder entender la problemática que viven las mujeres enfermas.

La finalidad de esta investigación fue conocer y analizar los elementos que generaban exclusión social en las mujeres con cáncer de mamas. Por medio de entrevistas semi estructuradas, se averiguó cómo percibían su realidad a partir de la enfermedad desde diferentes ámbitos de su vida y donde fuimos capaces de mirar la investigación desde un nivel de conocimiento y análisis.

Primeramente conocimos la relación que generaba la mujer con su tratamiento de cáncer de mamas y el sistema público en donde era atendida, al escucharlas nos relataban las vivencias que tenían la mayoría de las mujeres con cáncer de mamas, que al estar mucho tiempo atendiendo su cáncer en una institución lograban una conexión especial con el lugar, las personas y con la mayoría del personal médico, como ya se ha mencionado anteriormente, pero consideraban que cuando se acercaban al trato directo con los médicos tratantes, la relación cambiaba porque era bastante lejana, ellas afirmaban que en ese momento eran miradas como un número. Por otro lado consideran que aunque destacan el Instituto Nacional del Cáncer como institución, creen ellas mismas que hay muchas falencias en el sistema de salud público, en donde las esperas para tratamientos son muy largas o no funcionan de buena manera los planes de apoyo existentes para el tratamiento de la enfermedad del cáncer de mamas. Aunque son críticas del sistema, consideran que la lucha que han tenido a partir de

agruparse las ha ayudado a mejorar sus procesos en la enfermedad. Goffman nos habla de las instituciones totales como lo son los hospitales y nos dice que: “El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerado humano” (2001, 20).

En segundo lugar conocimos desde las perspectiva de las mismas mujeres, cómo era su relación con el ámbito laboral. Muchas coincidieron en que su relación era casi nula, ya que al comenzar el tratamiento se vieron obligadas a dejar de trabajar. Aunque en el análisis nos referíamos a la relación que tenían con sus compañeros de trabajo, varias de las entrevistadas tomaban el trabajo también como la realización de actividades diferentes, muchas de ellas que pertenecían a agrupaciones de pacientes con cáncer de mamas consideraban también ese como un trabajo, ya que en cierto modo hablar de la incertidumbre que era el mundo laboral para ellas, donde no se sentían valoradas por ser consideradas enfermas y excluidas y pensaban de cierta manera que terminando la enfermedad sería posible acceder a un nuevo puesto laboral. La enfermedad significaba un impedimento para el tema del trabajo, el poco acceso al mundo del trabajo nos venía a reafirmar una problemática que se da directamente en la teoría de exclusión de género en mujeres que no están enfermas, en donde el acceso a lo laboral es complejo y se agudiza aún más cuando se tiene una dolencia por lo que nos relatan las mujeres entrevistadas.

En tercer lugar conocimos cuál era la percepción que tenían las mujeres con cáncer de mamas respecto a su feminidad y entendimos que fue un tema complejo a tratar para que se diera a conocer de inmediato. El tema de lo femenino tiene un fuerte significado en el sentirse o no mujer en el caso de la enferma de cáncer, pero se agudiza aún más cuando nos relatan el

tema de su mastectomía parcial o total y también cuando se refieren a la pérdida de su cabello, cuando son sometidas a las quimioterapias. Consideran que se sienten excluidas a partir de su cuerpo diferente desde las miradas en la calle con respecto al cabello y en el caso de los senos se vincula mucho con su vida íntima, en donde muchas entrevistadas consideran haber perdido a sus parejas a partir de tener un cáncer de mamas. También la enfermedad les genera un reinventarse y apreciarse a sí mismas para que los demás también los acepten, según los que nos dicen en sus relatos. Muchas de las mujeres entrevistadas se sienten empoderadas como parte del género femenino, pero están conscientes de las dificultades y barreras que les genera la sociedad por estar enfermas y ser mujeres, pero muchas se autodenominan luchadoras para poder sentir que salen delante de su dolencia, aunque sientan su rol disminuido a partir de la exclusión que sienten por la enfermedad.

En cuarto lugar conocimos cuál era la mirada que tenían las mujeres con cáncer de mamas con respecto al entorno que las rodeaba a partir de la enfermedad. Aquí las pacientes en muchas ocasiones relatan que se sienten excluidas de los entornos más cercanos, como los son los familiares y amigos, aunque no siempre les ocurre esto, pero sienten que generan nuevos lazos con personas extrañas o con las mismas pares enfermas, porque perciben más empatía y comprensión de alguien que sufre la misma dolencia, aunque no todas las mujeres lo comentan, las redes sociales con las que se vinculan son las que les permiten sentirse parte o no de la sociedad y también es uno de los elementos que les ayuda a mejorar o empeorar su dolencia.

Al finalizar esta tesis pretendemos a partir de esta pequeña investigación, ser un aporte para nuevas indagaciones que se realicen en el mismo ámbito y sabemos que es posible generar esfuerzos a futuro en el ámbito de la sociología para generar nuevos conocimientos.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar P, (2011) La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Agudelo M, (2011) Reseña de “De paciente a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención derecho y ciudadanía en Salud. De María del Carmen Castro Vásquez.

Bañados B y Tamblay, (2004) Psicooncología del cáncer de mama. Memoria para optar el título de Psicólogo Universidad de Chile

Bauman Z., (2007) Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Editorial Gedisa, Barcelona.

Barros P., (1996) “Exclusión social y ciudadanía” en Lecturas sobre la Exclusión Social OIT. Santiago

Beauvoir, S (1949) El Segundo Sexo Editorial Catedra.

Becker H. (2009) Outsiders. Hacia una sociología de la desviación. Siglo Veintiuno: Buenos Aires

Briones, G. (1998). La hipótesis en la investigación social. Área docencia.

Bonder G. (1998) Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile, 1998.

Bourdieu P., (1998) “La dominación masculina” Editorial Anagrama

Butler J., (1999) El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Paidós: Barcelona

Caballero M, González L, González M, Nigenda G, Zarco A(2009) Informe Proceso social del cáncer de mama en México. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud. Fundación Tómatelo a Pecho.

Carosio A., (2009) “Feminismo latinoamericano: imperativo ético para la emancipación” En Género y globalización. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

Carretero,A(2003) “Una aproximación a la sociología de lo imaginario de Michel Maffesoli”.Sociología año 18,número 53.Septiembre y Diciembre.

Castells, M. (2001). El Cuarto Mundo: capitalismo informacional, pobreza y exclusión social. En M. Castells, La era de la información. Economía, sociedad y cultura Madrid: Alianza Editorial, vol. 3 (Fin del milenio)

Chuaqui J., (2016) Estudio de Exclusión Social, capítulo. Investigación Instituto de Sociología. Universidad de Valparaíso

Durkheim, É (1973). De la división del trabajo social, Buenos Aires: Schapire Edit

Durkheim E. (2001) División social del trabajo. Madrid: Akal

Durkheim E. (1965). Las reglas del método sociológico. Buenos Aires: Schapire.

Foucault M., (1998) Vigilar y Castigar. Siglo Veintiuno: Buenos Aires.

Gallardo, B. (2000). Reflexiones Sociológicas sobre asuntos públicos. Santiago.

Gilles. (1983). Desigualdad social: estratificación de género.

Giró J., (2005) El genero quebrantado. Sobre la violencia la libertad. La libertad y los derechos de la mujer en el nuevo milenio. Catarata: Madrid

Goffman E. (2006). La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu

Goffman I.,(2001) Internados. Ensayo sobre la situación actual de los enfermos mentales. Ediciones Amorrortu: Buenos Aires

Goffman E. (2006). La identidad deteriorada Buenos Aires: Amorrortu.

Guerrero N., (2015) La espectacularización del cuerpo femenino en Facebook. Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales. N° 6

Habermas J., (1999) La inclusión del otro. Estudios de teoría política. Paidós: Barcelona

Habermas y Foucault: ¿Pensadores de la sociedad civil?.Revista:Estudios Sociológicos 2001 XIX (2) autores Bent Flyvbjerg.

Jimenez M., (2018) “Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del termino. consecuencias para el ámbito educativo. Revista de Estudios Pedagógicos XXXIV, N°1 pp. 173 - 186

Kaufman J., (2011) “Cuerpos de mujeres, miradas de hombres: sociología de los senos desnudos” LOM: Santiago

Krippendorff,K(1990) Metodología de Análisis de Contenido Paidos

Le Breton, D (1995) Antropología del cuerpo y la modernidad Nueva visión.

Le Breton,D(1992)La sociología del cuerpo. Nueva Visión.

- Le Breton D., (2002) Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión: Buenos Aires
- Londoño Y., (2009) El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Revista Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXVII, núm. 1
- Luxardo N. (2008). El cuerpo en situación de cáncer. En Porzecanski T., El cuerpo y sus espejos (págs. 241 - 260). Montevideo, Uruguay: Planeta.
- Maldonado Gómez, M., (2003) "La dominación masculina" de Pierre Bourdieu Revista Sociedad y Economía, núm. pp. 69-74
- Martínez A., (2004) La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Papers N°73
- Mendieta y Núñez(1980)Las Clases sociales”Editorial Porrua.
- Montecino, S (2008). Mujeres Chilenas: Fragmento de una historia. Santiago de Chile. Catalonia.
- Montecino, S(2008) Hacia una Antropología del género en Chile.Santiago de Chile. Catalonia.
- Montecino S., Castro R., De la Parra M., (2003) Mujeres, espejos y fragmentos. Antropología del género y la salud en el Chile del siglo XXI. Editorial Catalonia
- Muñoz E., (2014) Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. Revista Sociedade e Estado, N°2, pp. 415 – 432
- Oliveira, A. (1999). Trabajo femenino en América Latina: Un recuento de los principales enfoques analíticos.
- Orgaz, P (2010) Análisis de discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo: Un estudio cualitativo. Universidad Autónoma de Madrid Facultad de Medicina
- Pérez e Eizaguirre, (2005) “Exclusión social” en Diccionario de Acción Humanitaria<sup>[1]</sup> y Cooperación al Desarrollo. Sacado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>
- Planella J., (2006) Corpografías: dar la palabra al cuerpo. Artnodes Revista de Intersecciones entre Artes, Ciencias y Tecnología N°6
- PNUD(2010) Desarrollo humano en Chile. Género: Los desafíos de la igualdad. Santiago Chile
- Poblete,M (2007) Número especial sobre Exclusión Social y Desigualdad  
Publicación electrónica preparada por la Unidad de Extensión y Publicaciones Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Porzecaski,T(2008)El cuerpo y sus espejos. Editorial Planeta.

Salas, C (2009) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama,inscrita en los programas de tratamiento oncológico. Universidad de Antioquia, Medellín.

Sampieri,R(1991)Metodología de la investigación.McGraw.

Sánchez Alías, A.; Jiménez Sánchez, M. (2013) / Exclusión Social: Fundamentos teóricos y de la intervención.

Scribano A., (2013) Sociología de los cuerpos/emociones. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°10

Silver H. (1994). Exclusión social y solidaridad social: Tres paradigmas. Revista Internacional del Trabajo , 113 (5-6).

Sossa A., (2011) Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. Revista Polis N°28

Tinoco A (2012) Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México

Torche F. (1996). Exclusión social y políticas sociales: Una mirada analítica. OIT .

Trimiño C. (2014) Género(s) y educación: Aproximaciones al contexto de América Latina y el Caribe. Revista Historia Educativa Latinoamericana No. 24

Ramirez C. (2008) “Concepto de género reflexiones” : Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete

Rizo A., (2006) ¿A qué llamamos exclusión social? En Revista Polis N°15

Valles, M. (2000). Técnica de cualitativa de investigación social.

Vargas Luz(1994) Sobre el concepto de percepción Alteridades, vol. 4, núm. 8, 1994, pp. 47-53 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México

Yepes R., Aranguren J., (2003) Fundamento de Antropología. Un ideal de la excelencia humana. Edición Universidad de Navarra

Zaldivar O (2009) El cáncer cérvico-uterino. Una mirada desde la perspectiva de género. Trabajo Referativo en opción al grado científico de Licenciado en Sociología. Universidad de Holguín Cuba

Artículos:

“Chile: El derecho a la salud”. Coordinación Alames Chile.  
Disponible en : <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/cap3.pdf>  
Fecha de visita 18 de abril de 2016

El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama Yenly Catherine Londoño Calle

Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072009000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100007)

“Cáncer de mama”. José Sanfilippo B. María Isabel Moreno Hernández. Seminario El ejercicio actual de la medicina, México. Disponible en [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/abr_01_ponencia.html)

Diccionario de acción humanitaria y cooperación y desarrollo

<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/96>

Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. (2011) “Sistema de salud de Chile”. Salud Epidemiología del cáncer de mamas en Chile

Marta Prieto M. (2011)  
REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(4) 428-435  
[http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_22\\_4/2\\_Dra\\_Marta\\_Prieto.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_4/2_Dra_Marta_Prieto.pdf)

PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRALES CONTRA EL CÁNCER DE MAMA:  
UN LLAMADO A LA ACCIÓN

disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=es)

Publica Mex 2011;53 supl 2:S132-S143  
Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>  
Visitado 20/04/16



Sitios Web:

Constitución 1980, cap. III

<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302#salud0>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Fecha de visita 18 de abril de 2016

<http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/chile>

Visitado 20/04/16

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Visitado 20/04/16

[http://www.ine.cl/canales/menu/OCDE/Queesla\\_OCDE/Queesla\\_OCDE.pdf](http://www.ine.cl/canales/menu/OCDE/Queesla_OCDE/Queesla_OCDE.pdf)

Visitado 20/04/16

[www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl)

[www.auge.fonasa.cl](http://www.auge.fonasa.cl)

Como me protege el auge. Carolina Roco. Salud Actual

[http://www.saludactual.cl/enfermedades-](http://www.saludactual.cl/enfermedades-auge/cancer_de_mama_como_me_protege_el_auge.php)

[auge/cancer de mama como me protege el auge.php](http://www.saludactual.cl/enfermedades-auge/cancer_de_mama_como_me_protege_el_auge.php)

Visitado el 20/04/16

Sitio superintendencia de salud

[http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-](http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-508.html#i_W3_paAUGE_FichaPatologia_1_582_ProtecciC3B3n20financiera)

[508.html#i\\_W3\\_paAUGE\\_FichaPatologia\\_1\\_582\\_ProtecciC3B3n20financiera](http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-propertyvalue-508.html#i_W3_paAUGE_FichaPatologia_1_582_ProtecciC3B3n20financiera)

Visitado el 21/04/16

[http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\\_de\\_mama/que\\_es\\_cancer\\_mama](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama)

Visitado el 21/04/16

<http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2011/12/10/57382/Mujeres-con-cancer-de-mama-acusan-falta-de-voluntad-del-gobierno-en-entrega-de-medicamento.aspx>

Visitado el 21/04/16

<https://www.belelu.com/2012/04/chile-mujeres-con-cancer-de-mamas-exigen-al-gobierno-entregar-herceptin/#!>

Visitado el 21/04/16

<http://www.biobiochile.cl/2012/04/06/mujeres-con-cancer-de-mama-se-manifiestan-frente-a-la-moneda-por-falta-de-medicamento.shtml>

Visitado el 21/04/16

<http://radio.uchile.cl/2011/12/11/mujeres-con-cancer-de-mama-evaluan-a-acudir-a-organismos-internacionales>

Visitado el 21/04/16

<http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/presidenta-de-agrupacion-de-enfermas-de-cancer-de-mama-pidio-legalizar-la-marihuana/20130923/nota/1976388.aspx>

[http://www.canceronline.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=54](http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54)  
9/01/17