

**COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA
CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON CÁNCER Y MASTECTOMIA EN
EJEDAS ENTRE 45 - 65 AÑOS ASISTIDO A LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**CERVANTES ROJANO ANABEL
CHARRIS MENDOZA RINA
DE LA HOZ ACOSTA YOSMARIS**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
"SIMÓN BOLIVAR"
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2004**

UNIVERSIDAD N BOLIVAR

BIBLIOTECA

BARRIO A

No INVENTARIO - 4030929

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CATEGORIA _____



4030929

5/8

**COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DE LA FAMILIA
CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON CÁNCER Y MASTECTOMIA EN
EDADES ENTRE 45 - 65 AÑOS ASISTIDO A LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL
CÁNCER DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**CERVANTES ROJANO ANABEL
CHARRIS MENDOZA RINA
DE LA HOZ ACOSTA YOSMARIS**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar al
título de Psicólogo**

**Tutor:
MARGARITA CARDEÑO SANMIGUEL
Psicóloga Clínica – Psicogeriatra**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
“SIMÓN BOLIVAR”
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA
2004**

Barranquilla, 10 de Junio del 2004

Doctora: Yomaira Altahona.
Jefe de Epistemología e Investigación.
Unidad de Psicología.
Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.
Ciudad.

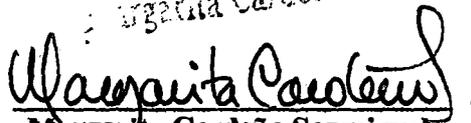
Estimada Doctora:

Me permito presentar el Informe de Investigación, Titulado, **“Componentes del proceso de la comunicación, de las familias, con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, en edades entre 45 y 65 años que asisten a la Liga de Lucha contra el cáncer”**, en la ciudad de Barranquilla, realizado por las estudiantes:

**ANA BELL CERVANTÉS ROJANO, RINA DE JESÚS CHARRIS MENDOZA
Y YOSMARIS DE LA HOZ ACOSTA.**

Este trabajo, profundiza el conocimiento sobre esta enfermedad terminal y la interacción familiar. Es una temática poco estudiada, abre el compás para Futuras Investigaciones.

Atentamente.

Margarita Cardenio

Margarita Cardenio Sanmiguel.
Psicóloga Clínica – Psicogeriatra.
Tutor Investigación.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, Junio de 2004

*¡Cantar aleja la tristeza. Dar gracias a Dios
en las dificultades nos devuelve la felicidad!*

DEDICATORIA

“Grande es el Señor nuestro y de mucho poder y su entendimiento es infinito”

Salmo 147.5

Por eso le doy gracias, por proporcionarme a mí y a mis compañeras, toda la sabiduría y fortaleza necesarias para sacar adelante éste proyecto y lograr todas las metas que hasta el momento me he trazado.

A mis padres Dormelina Rojano y Esvaldo Cervantes, por apoyarme y proporcionarme todo lo necesario para alcanzar éste logro en mi vida, a pesar de muchos inconvenientes que se presentaron a lo largo de todo este proceso; por eso en ésta oportunidad quiero reiterar lo mucho que los quiero y admiro, lo agradezco que estoy por hacer de mi una persona de bien.

Por último, le agradezco a todas las personas que colaboraron para que la realización de éste proyecto se hiciera realidad, en especial a mi novio Hernando Miranda de la Hoz.

Anabel Cervantes Rojano

DEDICATORIA

Dedico éste triunfo a mis padres, Fermín y Catalina, quienes con su empeño y sacrificio dieron todo de sí, para ver hoy en mí la persona que desearon formar; por su paciencia y respaldo, porque sin su apoyo incondicional se hubiese hecho imposible la realización de éste logro.

A mis hermanos, Fermín, Paulo y Kally porque son una parte de mi ser y un motivo más para seguir adelante. A mi novio, Jhonn Jairo, por su compañía y respaldo en todos los momentos de éste proceso.

A todas las personas que de una u otra forma me brindaron su ayuda. A todos, por permitirme escalar un peldaño más y alcanzar otro triunfo en el largo camino de la vida.

A Dios, por darme lo más valioso de éste mundo: la vida y la oportunidad de colocarme en los caminos del estudio. Gracias por darle a mis padres la posibilidad de brindarme educación y sabiduría para hacerme una persona capaz de enfrentar cualquier dificultad. A ti Padre, por ser el camino y la luz que ilumina mis andares.

Rina Charris Mendoza.

DEDICATORIA

Hoy que logro culminar otra etapa de mi vida, quiero dedicar este triunfo a:

Dios, por darme salud, fortaleza, sabiduría y vislumbrar el sendero para lograr lo que tanto he anhelado.

A mi tía Dolores Herrera, que con su amor, cariño, confianza y apoyo económico, permitió que mis sueños se hicieran realidad. A mis padres, quienes desde la lejanía me apoyaron y confiaron en mí. A mi hermana Omaisy, quien con su apoyo, comprensión y paciencia, me ayudó a salir adelante. A mis familiares y amigos, por creer en mí.

Yosmaris de la Hoz Acosta.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de éste proyecto expresan sus más sinceros agradecimientos a:

La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo "Simón Bolívar", por orientar su formación profesional.

A la Dra. Adriana Altamar, por asesorarnos en la realización y conceptualización de ésta investigación.

A las señoras Carmen, Margarita, Pura, Carmen y sus respectivos familiares, por brindarnos toda su colaboración e información en nuestro proyecto.

A la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla, por facilitarnos el acceso a toda la información requerida. De igual forma le damos las gracias a la Dra. Fátima Salgado, la cual nos permitió establecer contacto cercano con las pacientes.

A la Dra. Margarita Cedeño, por asesorarnos en ésta última fase de la investigación.

CONTENIDO

	Pág.
TÍTULO	
INTRODUCCIÓN	
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	12
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. MARCO TEÓRICO	14
4.1 COMUNICACIÓN, CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS	14
4.1.1 Antecedentes históricos de la comunicación	19
4.1.2 Otras perspectivas acerca del concepto de comunicación	20
4.1.3 Axiomas de la comunicación	22
4.1.4 Componentes de la comunicación	30
4.1.4.1 Capacidad de escucha	31
4.1.4.2 Desarrollo de temas	32
4.1.4.3 Ruido en la comunicación	33
4.1.4.4 Contenido de los mensajes	35
4.1.4.5 Vías de interacción	36

4.1.4.6	Reacciones al contenido	38
4.1.5	La comunicación como recurso familiar	39
4.2	LA FAMILIA COMO SISTEMA	40
4.2.1	Ciclo vital familiar	41
4.2.2	Familia con hijos adultos	42
4.2.3	Tipos de familia	46
4.3	CAMBIOS PRESENTADOS A LO LARGO DEL CICLO VITAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA Y TARDÍA	47
4.3.1	Funcionamiento sensorial y psicomotor	47
4.3.2	Cambios estructurales y sistémicos	49
4.3.3	Sexualidad y funcionamiento reproductor	49
4.4	DEFINICIÓN DEL CÁNCER	51
4.4.1	Desarrollo histórico del cáncer de seno	52
4.4.2	Características clínicas del cáncer de seno	53
4.4.3	Procesos evolutivos del cáncer de seno	54
4.4.4	Algunos tratamientos del cáncer de seno	55
4.4.5	Características clínicas de la mastectomía	56
4.4.6	Características psicológicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama	57
4.5	MARCO INSTITUCIONAL: LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER	58
4.6	PRINCIPIOS EPISTEMOLOGICOS DEL MODELO SISTÉMICO	60
4.6.1	Teoría general de los sistemas	60
4.6.2	Teoría de la comunicación humana	65

4.6.3	Teoría cibernética	66
5.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	67
5.1	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	67
6.	METODOLOGÍA	70
6.1	PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN	70
6.2	ENFOQUE METODOLÓGICO	70
6.3	MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	71
6.4	POBLACIÓN	72
6.5	MUESTRA	72
6.6	MUESTREO	72
6.7	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	73
6.8	PROCEDIMIENTO	78
7.	RESULTADOS	81
8.	CONCLUSIONES	91
9.	SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	97
	BIBLIOGRAFÍA	100
	ANEXOS	

LISTA DE ANEXOS

- | | |
|--------------------|--|
| ANEXO No. 1 | GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA |
| ANEXO No. 2 | ENTREVISTAS A PACIENTES |
| ANEXO No. 3 | ENTREVISTAS A FAMILIARES MÁS SIGNIFICATIVOS |
| ANEXO No. 4 | AUTOOBSERVACIÓN PARA EL ENTREVISTADOR |

TÍTULO

Componentes del proceso de la comunicación de la familia con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía en edades entre 45 – 65 años asistido a la liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el cáncer de mama, es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población, sobre todo en mujeres en edad adulta intermedia y tardía, las cuales para prolongar su vida tienen que ser sometidas a una mastectomía, hecho que para ellas y muchos de sus familiares encierra diversos significados como maligno, catastrófico y desastroso.

Así mismo, no se puede dejar de lado el papel de la familia, ya que constituye una base fundamental en toda una serie de procesos relacionados con la enfermedad y la percepción que ésta tenga de lo que implica ser mastectomizada.

La familia es un sistema único, abierto, natural y social, en donde se cumple una serie de funciones que le permiten al sistema obtener una retroalimentación, ya sea positiva o negativamente sobre la situación vivenciada. Así, intercambia información con su contexto sociocultural, en el cual se desenvuelven, fortaleciendo así interrelaciones, reglas, principios, creencias, que determinan la estabilidad familiar.

De igual forma la familia utiliza ante las demandas y exigencias externas o internas, recursos que le permiten mantener su homeostasis y superar los conflictos que se le presenten, uno de estos recursos es la comunicación; proceso

por medio del cual los individuos expresan sus emociones, necesidades, sentimientos, dudas, certezas, sueños, pensamientos, mediante el lenguaje hablado, escrito o gestual.

Dentro de este proceso existen una serie de componentes como: escuchar, ruido, vías de interacción, desarrollo de temas, reacciones al contenido y contenido del mensaje. Por ende en esta investigación se describen cada uno de los componentes de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años, que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

La investigación a realizar es cualitativa, se basó en el paradigma histórico hermenéutico, tendrá como enfoque metodológico la fenomenología y la modalidad a utilizar será el “estudio de caso”.

La población con la cual se trabajó, está conformada por 19 mujeres mastectomizadas que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer, con edades entre 45 – 65 años y sus familiares más significativos para ellas que vivan en la ciudad de Barranquilla.

Para este estudio se cuenta con una muestra de 4 pacientes, la cual fue seleccionada a través de un muestreo intencional, en donde se tuvo en cuenta la edad, que vivan en la ciudad de Barranquilla y que estén dispuesta a participar en

la investigación. El modelo teórico sobre el cual se abordará la investigación es el enfoque sistémico, en donde se toma como autora guía a Ángela Hernández.

Para llevar a cabo la investigación, los investigadores utilizaron como instrumentos y técnicas de recolección de información: la observación, guía de entrevista semiestructurada, que fue elaborada por los investigadores con la asesoría de la tutora de la tesis. Además, se utilizó una guía de auto observación para el investigador y el observador, para permitir mayor neutralidad, confiabilidad y validez a la aplicación de los instrumentos elaborados por los investigadores y el tutor.

Esta investigación surgió de la inquietud de los investigadores por conocer cada uno de los componentes del proceso de la comunicación en la familia con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, porque la comunicación es un recurso de gran interés que utiliza la familia para expresar de forma clara las ideas y los sentimientos relacionados con la enfermedad y sus consecuencias.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La comunicación es una herramienta clave y fundamental que le permite a la familia enfrentar cualquier situación normal o estresante del ciclo vital familiar. Ante esto la comunicación le permite a la familia resolver cualquier dificultad o conflicto que se le presente debido a que a través de esta los miembros de la familia pueden expresar sus ideas, pensamientos, emociones y sentimientos.

La familia ante alguna dificultad, conflicto o situación estresante experimentará cambios en la estructura y funcionamiento de la dinámica familiar. Es por esto que la comunicación puede ser utilizada por la familia como un recurso para su desarrollo y como medio de afrontar las demandas tanto externas como internas a las que se enfrentan sus miembros en éste caso una enfermedad crónica y degenerativa como es el cáncer.

Toda familia al utilizar el proceso de la comunicación como un recurso para su desarrollo, necesita elementos que faciliten el desarrollo de éste proceso. Uno de ellos sería la capacidad de escucha la cual se hace necesaria para el cumplimiento de las funciones familiares con respecto a la satisfacción de necesidades básicas, emocionales, sociales, culturales y de enfrentar eventos estresantes como la enfermedad o muerte de algún miembro de la familia debido a

que en estas familias la capacidad de escucha puede verse alterada por los miedos de los familiares a enfrentar la situación.

De igual forma otro elemento clave en el proceso de la comunicación es la capacidad de la familia para desarrollar temas, ya que en las familias que poseen miembros con enfermedades crónicas como el cáncer se pueden presentar temores y miedos entre los familiares para hablar sobre temas relacionados con la enfermedad; cuando hay un enfermo en la familia se exige que las habilidades comunicacionales sean mejores porque sino la interacción familiar se caotiza, ya que el sistema ante la presencia de una enfermedad como el cáncer, se debilita, por eso se hace necesario que la familia hable de los temas relacionados con la enfermedad, ya que así tendrá una mejor asimilación y aceptación de ésta.

Por otro lado la familia utiliza la comunicación como un medio para fortalecer los vínculos entre ellos y así mismo proporcionar un punto de apoyo para que el paciente y la familia afronten la enfermedad. A su vez, en estos casos las familias se ven alteradas porque los miembros enfermos de cáncer padecen de un cambio significativo a nivel físico y psicológico originando respuesta de agresión e irritabilidad y disminución en la comunicación, hecho que altera a todo el sistema familiar. Además teniendo en cuenta la edad de la población (45 – 65 años) y la etapa de ciclo vital en las que se encuentran estas familias integradas con hijos adultos, se presume que al estar enferma la madre, la cual cumple una función jerárquica dentro de la estructura familiar, sean los hijos los que tengan que

asumir los roles que desempeñaba la madre, de igual forma los hijos asumirán el papel de proteger a su madre enferma, cuidarla y asistirle, teniendo en cuenta que son familias con un nivel socioeconómico medio bajo, no cuentan con los recursos necesarios para costear los gastos de la enfermedad, lo que ocasiona aun más alteración del sistema porque se incrementa la preocupación por el miembro enfermo.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta algunas investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional con relación a enfermedades como el SIDA, la leucemia, síndrome de Down, en las cuales se ha demostrado que la comunicación es un elemento indispensable en la aceptación y asimilación de situaciones especiales por las que atraviesa la familia.

Así, como se ha notado a nivel nacional e internacional, de igual forma en la ciudad de Barranquilla se han realizado investigaciones relacionadas con el cáncer de seno, como la investigación titulada "RECURSOS PERSONALES, FAMILIARES Y DE LA COMUNIDAD DE LA FAMILIA Y LA PACIENTE DE 45 A 65 AÑOS FRENTE AL CÁNCER DE SENO Y MASTECTOMIA QUE ASISTE. A LA LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA", en los que se considera que la comunicación es un recurso importante que utiliza la familia como forma de adaptarse a la vivencia de poseer un miembro enfermo de cáncer.

Con base a todo lo anterior surge en los investigadores la inquietud de conocer: ¿cuáles son los componentes del proceso de la comunicación de familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad, que asisten a la liga de lucha contra el cáncer de la ciudad de Barranquilla?

2. JUSTIFICACIÓN

“En Colombia el cáncer de mama, es el segundo más frecuente, luego, del cáncer de cuello uterino en la mujer y se calcula que lo padece 27 de cada 100.000 mujeres”.¹

Por consiguiente en la actualidad muchas mujeres son víctimas de cáncer de seno y tienen que ser sometidas a una mastectomía para evitar la metástasis de este y prolongar así la vida de la paciente. El ser consciente de padecer una enfermedad como el cáncer es muy doloroso debido a la gravedad de la situación, ya que ésta significa un cambio de vida y el incremento de la posibilidad de muerte.

Ante este diagnóstico el paciente experimenta cambios psicológicos que demuestran la necesidad de una asistencia psicológica que le brinde las herramientas para evadir o resolver las barreras de la comunicación en donde se le permite a la paciente expresar y confiar a la familia los miedos, angustias, temores y preocupaciones propias de la enfermedad, para así lograr un adecuado funcionamiento del sistema familiar.

Debido a esta situación se producen cambios en el individuo y en el sistema familiar; Por lo tanto esta investigación se realizará bajo la perspectiva sistémica

¹ FOLLETO ANUAL, Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla. 2001

debido a que éste permite ver a la patología no como un conflicto del individuo, sino como una patología de relación, en este caso la familia y el paciente; además una de las premisas de partida de este modelo es que “toda conducta es comunicación”, por consiguiente brinda los elementos conceptuales para la comprensión de esta problemática.

Es por esto que fue de gran interés para los investigadores el desarrollo de este estudio partiendo de la importancia de los componentes del proceso de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, ya que la comunicación es un recurso de gran interés que utiliza la familia para expresar de forma clara las ideas y los sentimientos relacionados con la enfermedad, además, permite el manejo de situaciones estresantes dentro de la familia como producto de la enfermedad de uno de los miembros del sistema familiar.

Por otro lado es misión del psicólogo conocer la implicación psicológica de esta enfermedad debido a que su intervención clínica contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de esos pacientes y el desarrollo de estrategias comunicativas que le permitan a la familia y a la paciente tener mayor confianza y expresar sus sentimientos con respecto a la enfermedad, ya que esto permite tener mayor manejo de la situación.

El estudio de la problemática constituye para la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar un aumento en el número de investigaciones en ésta

área y por lo tanto proporciona un conocimiento básico para el desarrollo de estrategias de intervención clínica que ayuden al mejoramiento del funcionamiento del sistema familiar con miembros que padecen cáncer y mastectomía y de esta forma contribuir al mejoramiento de la salud y vida de la paciente. A nivel científico este tipo de investigación sirve de aporte a muchos profesionales de salud como: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, oncólogos, patólogos, etc., para realizar un tratamiento integral (físico y mental) en las personas que padecen de éste tipo de enfermedad, al igual que a sus familias para así fortalecer la estructura de la familia cualificando el proceso de la comunicación familiar.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los componentes del proceso de comunicación en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad, asistido a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Describir la capacidad de escucha de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad, que asisten la Liga de Lucha contra el Cáncer.

✓ Describir la habilidad para el desarrollo de temas de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

✓ Describir el ruido en la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 y 65 años de edad que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

- ✓ Describir el contenido de los mensajes de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

- ✓ Describir las vías de interacción de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

- ✓ Describir las reacciones al contenido de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía con edades entre 45 – 65 años de edad que asisten a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 COMUNICACIÓN, CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El Diccionario de la Real Academia española define la comunicación como: “Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene. Manifestar o hacer saber a otro alguna cosa, conversar, tratar con alguno de palabra o escrito”. Por otro lado textos especializados de la comunicación la definen como la acción y efecto de comunicar algo o comunicarse, manifestar a otros nuestros pensamientos, deseos y nuestra interpretación de las cosas y del mundo.

En definitiva participar de una vida en común, la cual implica un respeto a las opiniones y a los mensajes ajenos.

Según Víctor Miguel Niño Rojas (1998) “la comunicación hace referencia al proceso mediante el cual 2 personas como mínimo comparten una misma información, transmitida y recibida a través de un medio. La palabra viene del latín “comunis”, común. Comunicar sería “hacer común”, es decir crear comunidad, comulgar en algo. Por tanto es un proceso de puesta en común (común – unión) entre dos o más personas, consideradas en su integridad dimensional, en que comparten conocimientos, pensamientos, ideas, opiniones, sentimientos, actitudes, deseos, acciones y diversas experiencias”.²

² NIÑO ROJAS, Víctor. Los Procesos de la Comunicación Humana y del Lenguaje. Ed. Presencia Ltda.. Bogotá. 1994. p. 35.

Entonces se podría decir que la comunicación es el proceso por medio del cual los seres humanos, podemos expresar necesidades, sueños, sentimientos, emociones, dudas, certezas y pensamientos a través del lenguaje hablado, escrito o gestual, y de igual forma existe comunicación cada vez que un organismo vivo, actúe sobre otro organismo modificando su acción a partir de la transmisión de una información en particular.

De ésta forma podemos decir que el proceso de la comunicación juega un papel muy importante en la dinámica familiar, ya que por medio de éste los miembros de la familia intercambian información, se interrelacionan, se expresan sentimientos, emociones y pensamientos.

En algunas familias son situaciones especiales tales como la enfermedad (cáncer) de uno de los miembros de la familia, el proceso de la comunicación puede tornarse disfuncional debido al cambio en la dinámica familiar, por la crisis a la que se ve enfrentada la familia.

El autor Víctor Miguel Niño (1998), expone un modelo propio para explicar los componentes o aspectos que forman parte del proceso de la comunicación, donde distingue unos componentes básicos internos y unos componentes externos o factores determinantes del proceso. A continuación se explicará qué se entiende por cada uno de ellos:

- **Componentes Internos:** Entre los componentes internos de un acto comunicativo se distinguen las fases de producción y comprensión, dos actores como son: Emisor y Receptor o destinatario, el mensaje como portador de información, las modalidades de producción – comprensión y la retroalimentación.
- **Fases y actores del proceso:** En un acto comunicativo es necesario considerar la existencia de dos fases, momentos o subprocesos que son la producción y la comprensión. La primera implica la participación de un primer actor; el emisor, y subprocesos como el conocimiento del mundo y la simbolización, la codificación y la emisión de un mensaje. La segunda implica un segundo actor, el receptor o destinatario y subprocesos como la recepción, descodificación e interpretación del mensaje, de acuerdo con el conocimiento del mundo, del código y del contexto.

El emisor es la persona que identificando una información por el conocimiento que tiene del mundo asume en un momento dado el propósito de comunicar algo, que puede ser ejemplo: conceptos, ideas, actitudes, sentimientos, órdenes, solicitudes, etc., y con la ayuda de un código configura dicha información en un mensaje, el cual es emitido a través del respectivo canal o medio.

- **El destinatario o receptor:** Corresponde a la persona que situada al otro lado del canal, percibe y recibe el mensaje, lo descodifica ayudado por el conocimiento del código y reconoce la información que le quiso transmitir el primer interlocutor.

- **Modalidades de producción – comprensión:** Se trata del tipo de código y canal, es decir, el medio que hace posible la producción de un mensaje por parte del emisor y la comprensión del mismo por parte del receptor.

El código es el sistema de signos cuyo conocimiento habilita al emisor para descifrar y transmitir la información en el mensaje y al receptor para descifrar e interpretar la información comunicada y el propósito o intención del emisor.

Por su parte el canal corresponde a las sustancias a través de la cual se conforma y materializan los signos de un mensaje. El canal puede ser simple, cuando el mismo no presupone otros medios como las ondas sonoras en la comunicación interpersonal y compuesto cuando se basa en una cadena de medios como la radio, televisión, prensa. Esta modalidad se encuentra relacionada con el axioma, toda comunicación, tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional el cual será explicado más adelante.

El mensaje constituye la unidad que resulta de codificar una determinada información. El mensaje es una información codificada. También puede ser definido como el contenido mismo de la comunicación; éste corresponde al conjunto de signos perceptibles que estimulan al receptor y aportan información.

La retroalimentación es otro componente interno del proceso de la comunicación, y se refiere a las reacciones inmediatas o espontáneas del receptor ante el mensaje. Dichas reacciones son percibidas por el emisor por diferentes medios

tales como: gestos, miradas, etc. Este elemento se encuentra relacionada con un componente de la comunicación llamado reacciones al contenido, el cual será explicado más adelante.

La retroalimentación no es propiamente la respuesta, pues en éste caso se cumplirá otro ciclo, en donde quien hizo de receptor inicial se convierte en el emisor y el emisor inicial pasa a ser el receptor.

Dentro de los componentes externos se encuentra el contexto extraverbal el cual hace referencia a la red de situaciones o circunstancia que rodean el ejercicio de un acto comunicativo. Estas circunstancias involucran las condiciones reales en que los componentes formales de la comunicación tienen existencia. Ejemplo: tipo de código, canal, participación de los sujetos (su atención, su voz, tono, mirada, distancia) y también los factores de tiempo y espacio. El contexto es definitivo para el éxito de un acto comunicativo, para identificar la intención comunicativa o solucionar un conflicto de ambigüedad, anomalía u otra irregularidad.

La familia como ya se mencionó anteriormente, utiliza la comunicación como medio de intercambiar información. Además otro aspecto importante del proceso de la comunicación es el contexto extraverbal y de igual forma es importante en el acto comunicativo que se desarrolla dentro de una familia, ya que el contexto, las situaciones o circunstancias por los que atraviesa la familia determinará cómo se

desarrolla el proceso de la comunicación en dichas familias, será un proceso adecuado o satisfactorio o por el contrario un proceso inadecuado o disfuncional.

4.1.1 Antecedentes históricos de la comunicación. Al referirse a los antecedentes de la comunicación hay que remontarse a las primeras comunidades primitivas debido a que investigaciones demuestran que desde ésta el hombre ha tenido la necesidad de comunicarse para interactuar en su grupo social y así resolver los retos que desde siempre la supervivencia le ha planteado. Esta necesidad nace junto con los primeros seres vivos del universo, debido a que el hombre primitivo comenzó a utilizar gestos, gráficos, sonidos, gritos, humo, tambores, papel, caballos, palomas mensajeras, hasta llegar a utilizar métodos más sofisticados. Con el empleo de éstos después logró el desarrollo del habla, que le permitiese en ese entonces expresar sus sentimientos, necesidades, deseos, etc., ya que el medio en donde interactuaban no le permitía vivir aislado, sino dentro de un grupo de semejantes que compartían con él un espacio de cooperación y solidaridad mutua. De ahí la idea que el hombre es un ser social por naturaleza.

Por otra parte, Carlos Collado(1988) menciona que personajes como Aristóteles, Platón, etc., empezaron a dar sus primeros aportes sobre la comunicación; por ejemplo: la retórica de Aristóteles, escrita aproximadamente 2.300 años, es considerada como la primera obra sobre el estudio empírico de la comunicación.

Esta influyó de manera fundamental en el estudio de la comunicación durante el imperio Romano y en la historia del pensamiento occidental.

Después de la segunda guerra mundial, el tema de la comunicación surgió de una manera desintegrada dentro de un campo autónomo en donde empezaban a desarrollarse diferentes aspectos relacionados con la forma de comunicarse de las personas. A partir de aquí se crearon grupos conformados por periodistas, científicos, políticos, sociólogos, teóricos de la información, que buscaban estudiar el fenómeno comunicacional a partir de la teoría de la comunicación y la comunicación masiva.

En la época contemporánea, este proceso por el cual la familia y todos los grupos humanos, intercambian sentimientos, conocimientos, pensamientos y actitudes, se le ha prestado mucha atención sobre todo en las ciencias humanas, como meta de investigación y medio de desarrollo social, dentro de la atmósfera de vertiginosos avances de tecnología.

4.1.2 Otras perspectivas acerca del concepto de comunicación. Al hablar de las perspectivas de la comunicación se pueden mencionar las diferentes corrientes o enfoques que aportaron un concepto amplio sobre este proceso.

Así, desde la pedagogía hasta la filosofía, se han encontrado diversas definiciones de comunicación.

Desde una perspectiva psicológica es considerada como: “la transmisión de la información de un organismo a otro por medio de símbolos que hace posible las relaciones entre los individuos componentes de un grupo, entre éstos y otros grupos y con ello la coexistencia humana”.³ Entonces se puede decir, que en la familia como grupo social, siempre va a existir la transmisión de información de un miembro a otro mediante la comunicación, hecho que va a reflejar las relaciones existentes entre ellos.

Por otra parte desde una concepción pedagógica “Moles y Rohmer identifican el término comunicación como: el intercambio de lo que las personas tienen en común”.⁴ Esto quiere decir que la verdadera comunicación existe cuando los seres humanos coinciden en la transmisión de la información que les interesa. Entonces cuando los miembros de una familia coinciden o tienen los mismos puntos de vista, sobre un tema, así el proceso de comunicación se hace más satisfactorio.

De otra manera, a partir de “una perspectiva sociocultural y educativa, cualquiera que sea el ámbito de la comunicación, es a través de ésta como se produce el proceso de socialización de los individuos y de estructuración de la convivencia y de la vida social”.⁵ Se puede decir entonces, que mediante el proceso comunicativo cada uno de los seres humanos se socializan. En este sentido, la familia es el contexto en donde los individuos día a día se desenvuelven y donde

³ MERANI I. Alberto. Diccionario de Psicología. Ed. Tratados y Manuales Grialbo. México. 1976 p. 14.

⁴ RAMIREZ, Eugenia. Pedagogía y Comunicación. www.aquira.udea.com.co/tecnología/ingresarsemillero/htm. Colombia. 2000.

⁵ ANDER, Ezequiel. Diccionario de Pedagogía. Ed. Magisterio de la Plata. Argentina, 1974. p. 13.

van a convivir con todos los miembros y mediante el proceso de la comunicación, se van a socializar unos con otros. En el ámbito filosófico, se encuentran diferentes autores que hablan de la comunicación. Dentro de éstos se pueden mencionar a Dewey y Heidegger. Según "Dewey: mediante la comunicación se reconoce la alteridad de los hombres, quienes pueden establecer relaciones posibles, que constituyen una realidad.

Para Heidegger: la comunicación es ya coexistencia porque la coparticipación emotiva y la comprensión de los hombres entre sí llega a construir la realidad misma del hombre, del ser ahí".⁶ De esta manera se puede decir que a través de ésta los miembros de la familia van a constituir su propia realidad acerca de la enfermedad, como es el cáncer. Además, mediante este proceso se van a determinar cual es la noción que de ésta tiene la familia y como cada uno de los que la conforman van a participar activamente en la constitución de sus relaciones interpersonales.

4.1.3 Axiomas de la comunicación. Desde un enfoque Interaccional Paul Walzlawick (1989), expone 5 axiomas fundamentales de la comunicación, que se presenta en cualquier situación interpersonal.

Así, la descripción y análisis de estos están enmarcados en la comunicación diádica entre las personas en donde se intercambian mensajes que vienen

⁶ MARTÍNEZ, Leonardo; RAMIREZ, Hugo. Diccionario de la Filosofía. Ed. Panamericana. Santa Fe de Bogotá. 1996. p. 24.

directamente de aspectos como el cuerpo (movimientos, gestos, posturas) del habla (todo lo que tiene que ver con las verbalizaciones) la voz (todo lo que encierra el tono, el volumen) y el contexto inmediato (la situación física, social, cultural, etc.).

A continuación se describirá cada uno de los 5 axiomas:

- La imposibilidad de no comunicar.
 - Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.
 - Interacción simétrica y complementaria.
 - La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
 - Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
-
- **La Imposibilidad de no comunicar:** Esta axioma hace referencia a la imposibilidad de no comunicarse, lo cual tiende a derivarse de la necesidad de comportarse. Esto indica que cualquier persona por el simple hecho de moverse o quedarse quieta, hablar o permanecer callada, sonreír o mostrarse inmutable, siempre esta dando muestra de un comportamiento. Así se puede decir que el comportamiento no solamente lo constituye lo que hace la persona sino también a las verbalizaciones, las posturas, los gestos, etc.

“Todo comportamiento en una situación de interacción tiene un valor comunicativo, entonces no se puede dejar de comunicar, aun cuando se intente. En una

situación interpersonal todo comportamiento influye sobre los demás, los comunica algún mensaje y estos no pueden dejar de responder a tales mensajes comportándose y comunicando a su vez”.⁷Por lo tanto, por mucho que una persona lo intente, no puede dejar de comunicar.

Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje; influye sobre los demás, quienes a su vez responden de determinada manera de acuerdo a lo que percibió o captó del mensaje emitido. Este axioma se encuentra estrechamente relacionado con los componentes internos de la comunicación, los cuales hacen referencia al emisor, receptor y al contexto extraverbal.

Así dentro de la familia se lleva a cabo a través del proceso comunicativo, el axioma imposible no comunicarse, cuando los miembros de estas tratan de emitir un mensaje ante determinada situación. Por tanto, ante cualquier gesto, verbalización, postura, etc., los miembros el grupo familiar van a reaccionar enviando otro mensaje igual o diferente.

- **Los niveles de contenido y relación de la comunicación:** Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define la relación. Este axioma de la comunicación hace referencia a que en toda comunicación o acto comunicativo existe un aspecto de contenido y un aspecto relacional.

⁷ LÓPEZ, Alejandro; PRADA, Andrea; SIMONETTI, Francisco. Psicología de la Comunicación. Ed. Universidad Católica de Chile. 4ª Edición. 1999. p. 169 – 183.

El primero de ellos se refiere a aquello que se dice, es el mensaje en sí, la información que se trasmite de forma verbal, por lo tanto es posible describir un nivel denotativo simple en ésta, el cual es sinónimo del contenido explícito del mensaje. A este aspecto de la comunicación que tramite información mediante la codificación de ésta, se le ha denominado el aspecto de contenido de la comunicación.

El segundo aspecto se refiere a cómo debe ser entendido el mensaje en términos de la relación que impone entre los comunicantes, por consiguiente a éste se le ha denominado como el aspecto conativo o relacional de la comunicación, debido a que define la relación entre los participantes de la comunicación.

Por otro lado según Alejandro López (1999), “los aspectos de contenido o referenciales y conativos o relacionados de la comunicación indican que ésta no solo transmite información objetiva, sino que a la vez impone comportamientos en los comunicantes definiendo así su relación”.⁸

Entonces se podría afirmar que en todo acto comunicativo que se desarrolle en las familias con situaciones especiales tal como poseer un miembro enfermo de cáncer, va a existir un aspecto de contenido el cual será la información que se transmitan entre los miembros de la familia y un aspecto relacional, el cual incluye

⁸ Ibid. p. 169 – 183.

cómo reaccionará la familia ante la información percibida, dependiendo el tipo de relación establecida entre los integrantes de la familia.

Según Alejandro López (1999) “una relación perturbada se caracteriza por una constante lucha acerca de la relación y el aspecto de contenido pasa a un segundo plano (no importa de qué estemos hablando, siempre estamos peleando)”.⁹ Por consiguiente si en estas familias la relación entre los miembros no es agradable o adecuada, no importa el tipo de información que se transmita, siempre existirá discusiones, conflictos y peleas entre ellos.

Otro axioma de la comunicación es:

- **Interacción simétrica y complementaria:** Considera que en todo intercambio comunicativo que se dé entre personas puede dar orígenes a dos grupos de relación por un lado de las simétricas y por el otro lado las complementarias.

Las interacciones simétricas son todas aquellas en donde pueden “formarse interacciones que podrían describirse en términos de competencia, rivalidad, emulación mutua, etc. (vale decir, aquellas en que cierta clase de acción de A estimula B una acción de la misma clase, la cual a su vez ulteriores acciones de A”.¹⁰

p. 169 – 183.

¹⁰ BRADFORD, Keney. *Estética el Cambio*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1994. p. 53, Cap. 2.

Las relaciones complementarias son “aquellas secuencias interaccionales en que las acciones de A y B, son diferentes, pero se amoldan una a la otra (por ejemplo: dominio – sumisión, conducta exhibicionista – conducta espectadora, dependencia – nutrimento)”.¹¹

En algunas familias con situaciones especiales pueden establecer relaciones simétricas y complementarias, es probable que entre el enfermo y algún(os) miembro(s) de la familia se establezca una relación complementaria, debido a que por su estado necesita de otra persona que cuide de ella. Como también entre los miembros de la familia, puede desarrollarse una relación simétrica al compartir responsabilidades, obligaciones y cuidado con respecto al miembro enfermo.

- **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes:** Este axioma de la comunicación “se trata de una secuencia de intercambios en la que el comportamiento de cada uno de los participantes es inducido e induce, a la vez, el comportamiento de los demás”. Entonces se podría decir que en un acto comunicativo la relación de los participantes depende de cómo afecta el comportamiento de uno sobre el otro y viceversa.

Se dice que en una prolongada secuencia de intercambios los sujetos participantes puntúan la secuencia de comportamientos o mensajes

¹¹ Ibid. p. 53, Cap. 2.

intercambiados percibiendo a uno de los participantes como actor (o estímulo) y al otro como reactor (o respuesta). De esta manera, desde la perspectiva de uno de ellos el otro es percibido como quien tiene la iniciativa, el predominio, etc., o es la víctima, el que responde exclusivamente, es por esto que la naturaleza de una relación depende de la secuencia de hechos en el acto comunicativo, como se perciban los participantes así se determinan la relación.

Teniendo en cuenta el autor Alejandro López (1999) “La puntuación de la secuencia es de vital importancia en las interacciones entre seres humanos. Esta permite a los comunicantes establecer entre ellos ciertos patrones de intercambio, acerca de los cuales pueden estar de acuerdo o no, que les permita organizar sus propios comportamientos y el de los demás”.

En las familias con situaciones especiales la naturaleza de la relación entre los miembros dependerá de la puntuación de la secuencia de los comportamientos y del acto comunicativo que se establezcan entre ellos, así de la forma que actúen los miembros de la familia especialmente el “enfermo”, y de la forma como se perciban cada uno de ellos, es probable que así se desarrollen los comportamientos, la comunicación y la relación entre todos ellos.

- **Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente:**

Este último axioma de la comunicación hace referencia a la existencia de dos modos básicos de comunicación humana los cuales son: la analógica y la digital.

“La comunicación analógica es aquel tipo de comunicación en la cual los objetos y eventos del mundo son expresados mediante un símil, una semejanza o analogía que contiene una estructura similar al objeto representado. Es decir, en la comunicación analógica se conservan y repiten de alguna manera las relaciones familiares del fenómeno representado; siempre existe algo particularmente similar entre el referente y la expresión que se emplea para comunicarlo”.¹² Entonces la comunicación analógica se refiere a todo lo que se ha comunicado a nivel no verbal, el cual incluye postura, expresión facial, gestos, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, etc.

Por otro lado la comunicación digital es aquella donde “el objeto o evento es expresado mediante un conjunto de signos arbitrarios que no guardan ninguna semejanza estructural con dicho objeto o evento. El caso típico de la comunicación digital lo constituye el lenguaje en el cual las palabras poseen una relación arbitraria con el objeto que refieren”.¹³

Según el autor, la comunicación digital se refiere a lo que se transmite verbalmente, es decir, el contenido de la comunicación, mientras que la anterior (comunicación analógica) se refiere al aspecto relacional, sin embargo ambos son interdependientes y complementarios.

¹² LOPEZ. Op.cit. p. 169 – 183.

¹³ Ibid. P. 169 – 183.

Este axioma está estrechamente relacionado con otro axioma que ya fue explicado como es el de los niveles de contenido y relación de la comunicación, donde la comunicación digital se ubica en el nivel de contenido y la analógica se ubica en el nivel relacional. De igual forma la comunicación analógica se relaciona con el contexto extraverbal que ya fue explicado como un componente externo de la comunicación. Este aporte del autor Alejandro López es muy importante, ya que en toda comunicación humana participan esos dos modos de comunicación, debido a que siempre que se comunica una información a través del lenguaje, se hace acompañado de expresiones, gestos, movimiento del cuerpo, cualidad de la voz (tono, timbre, volumen, ritmo, articulación), etc. Además este aporte es muy importante por que sirve para el análisis de esta problemática, ya que en toda familia se utiliza la comunicación como una herramienta de mantener el equilibrio u homeostasis de la dinámica familiar, especialmente en las familias con situaciones especiales como tener un miembro diagnosticado con cáncer, de esta forma la comunicación tanto verbal como no verbal juegan un papel importante en el contexto familiar, por que posiblemente a través de ellas se comunican sentimientos, emociones, se transmite fortaleza y ánimos para salir adelante. Una vez explicado los componentes internos y externos y los axiomas de la comunicación se continuará analizando desde una perspectiva sistémica los componentes del proceso de la comunicación en sistemas familiares.

4.1.4 Componentes de la comunicación. En toda familia es importante el proceso de la comunicación debido a que les permite a los miembros de la familia

interactuar entre sí. En dicho proceso existen componentes de la comunicación que ayuda al desarrollo de éste, tales como: escuchar, desarrollo de temas, ruido en la comunicación, contenido de los mensajes, vías de interacción y reacciones al contenido y no a la esencia de la relación. A continuación se explicarán cada uno de ellos:

4.1.4.1 Capacidad de escucha. Según Ramón García y Pelayo Gras (1993) el concepto de escuchar puede ser definido como la acción y el efecto de escuchar. De acuerdo con Jorge Camocho se puede llegar a una definición más amplia en la cual escuchar es prestar mucha atención a la comunicación o a lo que dice otra persona.

Según el autor éste proceso es diferente a oír, ya que va mucho más allá, puesto que oír es captar todo lo que está en el medio sin prestar mucha atención a los estímulos que llegan a los oídos. De esta forma escuchar es enfocar la atención en un solo estímulo.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede afirmar que hay muchas personas que tienen la dificultad de escuchar debido a que no son capaces de mantener la atención en un mismo asunto o estímulo durante un tiempo suficientemente amplio.

En una comunicación disfuncional que por lo general hay una incapacidad para escuchar. Ángela Hernández (1998) : "considera que predominan los monólogos sobre todo de los padres hacia los hijos, o entre ellos, siendo por lo general las madres quienes asumen el papel activo dentro del patrón comunicacional de la "cantaleta", caracterizado por la repetición de las quejas e insatisfacciones de la mujer y la respuesta de pasividad y ausencia del hombre, patrón que por su misma naturaleza se realimenta así mismo"¹⁴.

De otra forma en algunas familias se presentan estas disfunciones ante la presencia de la enfermedad de uno de sus miembros, en donde la familia altera sus mecanismos interrelacionales y es muy probable que la calidad de la comunicación de éstas se vea disfuncionada, la cual se refleja en crisis, tensiones, roces, conflictos, resentimientos y en patrones como la escucha y otros que más adelante se irán desarrollando.

4.1.4.2 Desarrollo de temas. Este componente puede ser definido según Ángela Hernández como: "casi nunca un tema se lleva a su culminación; más bien aparece un dislocado cambio de contenido, a raíz de los desacuerdos que no logran analizarse sin caer en reacciones de malestar que interrumpen el proceso"¹⁵. Entonces se podría decir que el desarrollo de temas es la capacidad que posee un sistema familiar para llevar a cabo una conversación donde se

¹⁴ HERNÁNDEZ, Ángela. Familia Ciclo vital y Psicoterapia Sistémica Breve- Ed. El Búho, Bogotá. 1998. p. 135.

¹⁵ Ibid. p. 135.

culminen los temas tratados, los cuales son motivos de interacción entre los miembros de las familias.

Cuando existen dificultades en el proceso de la comunicación familiar con respecto a algunos temas o contenidos, éstos casi nunca se llevan a su culminación siendo estos reemplazados por otros, sin que aparezcan en los interactuantes reacciones de malestar que interfieran en el proceso. De ésta manera en las familias con miembros diagnosticados con cáncer es muy probable que se presente evasión, cambio y reemplazo de los temas relacionados con la enfermedad, ya que desarrollar estos temas puede causar en los miembros de la familia desagrado o malestar. Debido a esto, el desarrollo de conversaciones puede ser insatisfactorias porque tratarán de buscar otros temas de conversación menos los relacionado con la enfermedad.

4.1.4.3 Ruido en la comunicación. En algunos diccionarios generales el ruido es definido como el "conjunto de diversos sonidos sin ninguna armonía, los cuales suelen ser fuertes o inarticulados".¹⁶

Por otro lado en los libros especializados sobre la perspectiva sistémica el ruido en la comunicación se define como no sólo las interferencias en la transmisión del mensaje sino también todos los factores que reducen la efectividad de la comunicación o distorsionan el proceso.

¹⁶ GARCÍA, Ramón; PELAYO, Groos. Pequeño Larousse Ilustrado. México. 1993. p. 73 – 82.

Según Ángela Hernández (1998)"el ruido en la comunicación aparece en conductas como la de raparse la palabra, elevar el tono de voz, agitarse o por el contrario responder con monosílabos y actitudes de desinterés"¹⁷ .

En las familias disfuncionales, donde se mencionaba el componente anterior "familias con poca capacidad de escuchan también es muy probable que se presente el ruido el cual interfiere en el proceso de la comunicación. Además de esto, teniendo en cuenta el elemento planteado por la perspectiva sistémica, el hecho de que en una familia existan ruidos emitidos por la T. V. el equipo de sonido y otros, pueden afectar o interferir en el proceso de a comunicación.

Así mismo se podría decir que en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer pueden presentarse situaciones en las cuales existan interferencias en el proceso de la comunicación dando paso al desarrollo de las conductas mencionadas anteriormente, como por ejemplo: el deseo de no culminar un tema que se encuentre relacionado con la enfermedad o puede presentarse que uno de los miembros de la familia se disguste por la poca capacidad de escucha que hay en el sistema familiar. Todo esto evidencia que si el sistema no se cuida de estas interferencias es posible que pueda existir un inadecuado desarrollo del proceso de la comunicación lo cual debilitaría aun mas los vínculos familiares .

¹⁷ HERNÁNDEZ. Op.cit. p. 135.

4.1.4.4 Contenido de los mensajes. Según los libros especializados acerca la comunicación el mensaje puede ser definido como “el conjunto de signos perceptibles que estimulan al receptor y a la vez aportan información”.

El mensaje es la información que se desea transmitir, expresada a través de signos y códigos, el cual es el tema en sí, don de se pueden tratar diferentes puntos de vistas ya sean positivos o negativos. Por lo tanto se podría decir que el contenido de los mensajes encierra toda información que se transmita dentro del núcleo familiar y que son de gran importancia en la interacción de la familia, pero este contenido de los mensajes puede estar marcado por las relaciones que establezca la familia y por las circunstancias o el contexto en el cual se desenvuelvan.

Angela Hernández (1998) considera que "cuando el clima familiar es poco funcional, priman los contenidos negativos que definen al mundo y a las personas con atributos descalificativos, dentro de interacciones de reproches de rechazo y de imperativos que dejan traslucir las luchas de poder entre los miembros de la familias."¹⁸

En las familias disfuncionales donde el proceso de la comunicación es poco funcional priman los contenidos de mensajes negativos, entonces es muy probable que en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer que no utiliza el

¹⁸ Ibid. p. 135.

recurso de la comunicación adecuadamente es probable que el contenido de los mensajes sea negativo con respecto a la enfermedad, teniendo en cuenta la actitud que asuma la familia con respecto a ésta.

Anteriormente se mencionaba que en las familias disfuncionales puede verse afectado otro de los componentes de la comunicación como el desarrollo de temas, lo que indica que es posible que el contenido de los mensajes también se vea alterado, debido a que estos componentes de la comunicación se encuentre relacionados.

4.1.4.5 Vías de interacción. Ángela Hernández (1998) define a este componente como: "cuando el ambiente familiar es fluido y positivo, la interacción se da también entre todos los miembros; cuando esto no es cierto, existe la tendencia a que sea la madre el canal a través del cual se regula la comunicación, con predominancia de intercambios verticales, paralelos, no recíprocos y jerárquicos donde por supuesto quedan excluidos los procesos de participación y colaboración".¹⁹

Entonces se podría decir que en las familias con un ambiente positivo la interacción se dará entre todos los miembros de la familia debido a que el proceso de la comunicación es fluido y funcional. Por el contrario en aquellas familias disfuncionales donde el proceso de la comunicación es poco funcional las

¹⁹ Ibid. p. 135.

interacciones que se desarrollan entre los miembros son interacciones simétricas o complementarias.

Según Paúl Walzlawick (1989), "las interacciones simétricas y complementarias pueden describirse como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia". Las primeras se caracterizan porque los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. En la segunda, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, en esta hay dos posiciones distintas un participante ocupa la posición superior, mientras el otro ocupa la posición inferior. Estos modos de interacción dentro de la dinámica familiar constituyen una forma de comunicación, entre los miembros de la misma.

Entonces se podría afirmar que es probable que en las familias con situaciones especiales tales como tener un miembro enfermo de cáncer, el ambiente familiar se verá invadido de tensiones, problemas, dificultades, lo que ocasiona que el ambiente no sea fluido y positivo, por lo tanto las interacciones de los miembros de la familia se verá afectada por la situación vivida, lo que traería como consecuencia el desarrollo de interacciones tales como las mencionadas anteriormente, donde posiblemente prevalezcan las interacciones complementarias, en la cuales el enfermo de cáncer necesitará de otra persona u otro miembro de su familia que complemente sus funciones dentro de la dinámica familiar.

4.1.4.6 Reacciones al contenido. Este es el último componente del proceso de la comunicación, el cual según Ángela Hernández (1998), hace referencia a: "los mensajes no verbales como los indicadores de la naturaleza de la relación, es decir, del grado de acercamiento y del tipo de compromiso que se quiere que ella tenga. Cuando la comunicación es disfuncional, el conflicto se enciende porque se responde selectivamente sólo a ciertos mensajes no verbales y se pretende resolver las dificultades en el nivel verbal o del contenido. Es lo que ocurre por ejemplo cuando los padres discuten sobre la distribución de las labores domésticas, pero no acerca de su inconformidad como pareja, proceso que conduce a la prolongación y complicación del problema y no a su solución"²⁰.

Entonces se podría afirmar que en las reacciones del contenido juegan un papel importante, los mensajes no verbales tales como: gestos, mímicas, movimiento del cuerpo, posturas, expresiones faciales, tono de voz, el tocar a otro, etc., ya que estos dos muestran el acercamiento o el vínculo que existe entre los miembros de las familias, además del tipo de relaciones y la efectividad en la comunicación. En las familias poco funcionales donde el proceso de la comunicación es disfuncional éste componente de la comunicación se ve afectado, al igual que el de contenido de los mensajes.

En las familias con pacientes enfermos de cáncer puede responderse a los contenidos de los mensajes con una actitud negativa o conflictiva, debido a las

²⁰ Ibid. p. 135.

tensiones y las condiciones estresantes producto de la presencia de la enfermedad. Es muy probable que esto se presente por la afectación de otros componentes de la comunicación como poca capacidad de escuchar, desarrollo de temas, ruido en la comunicación y contenido de los mensajes, debido a que todo esto contribuye a la no solución del conflicto. Por otro lado se podría decir que una actitud positiva y el conocimiento sobre el tema ayudaría a los miembros de la familia a reaccionar funcional o adecuadamente a los contenidos de los mensajes.

4.1.5 La comunicación como recurso familiar. La familia utiliza ante las demandas o exigencias externas o internas, recursos que le permitan mantener su homeóstasis y superar los conflictos que se le presentan, uno de esos recursos es la comunicación, además de que ésta ayuda a fortalecer o debilitar los vínculos dentro de la dinámica familiar. La comunicación constituye un elemento indispensable en las relaciones interpersonales sobre todo en aquellas donde se guardan interés mutuo y relaciones íntimas, lo cual suele determinar el tipo de relación e interacción existente entre dos o más personas. En las familias con situaciones especiales tal como tener un miembro enfermo de cáncer, la comunicación es un recurso indispensable, ya que es una herramienta que le permite a la familia afrontar la situación y superar los conflictos, dificultades y obstáculos que esto traería consigo, además de que ayudaría a fortalecer los vínculos familiares entre los miembros ante una situación dolorosa como ésta.

4.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es considerada como un sistema único, abierto, natural y social que cumple con las funciones básicas inherentes a la supervivencia del ser humano. Es un sistema único porque hasta ahora no existe otro sistema social que logre reemplazarla como fuente de satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas, afectivas y sociales de sus miembros.

"La familia es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto" tal como lo escribió Bertalanffy en 1969. Al conceptualizarlo de esta manera se demuestra que dicho sistema se encuentra ligado o intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico"²¹. Por consiguiente, ésta tiende a intercambiar información con su contexto sociocultural en el cual se desenvuelve, fortaleciendo así interacciones, valores, reglas, principios, creencias que determinan la estabilidad de la familia.

La familia como un todo, está interrelacionada con todos los miembros que la conforman, debido a que estos no pueden actuar de forma independiente a ésta, ya que la conducta de uno de sus miembros afectará a los otros individuos; de esta manera las acciones y el estado de ánimo de un paciente diagnosticado con cáncer pueden influir en el estado de toda la familia.

²¹ ESTRADA INDA, Lauro. El Ciclo Vital de la Familia. Ed. Grijalbo. Argentina- 1997. p. 17.

Además, la familia como sistema social atraviesa por circunstancias o situaciones como eventos estresantes o estímulos desagradables, dentro de los cuales se pueden citar: la enfermedad de algún miembro de la familia, el desempleo, los bajos recursos económicos, etc., que pueden producir cambios en la estructura familiar o dar origen a innumerables problemas que conllevan a un desequilibrio o inestabilidad familiar.

4.2.1 Ciclo vital familiar. Se considera a la familia como el grupo o contexto natural más importante en donde el ser humano se interna con el fin de crecer y recibir auxilio. Dentro de ésta se elaboran pautas de interacción las cuales guiarán las conductas de sus integrantes.

"Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, los cuales pueden encontrarse dentro del marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología"²². En efecto, cada una de éstas funciones le van a permitir que se desarrolle plenamente dentro de su contexto, en donde se van a dar paso a una serie de etapas, en las cuales se van a ver comprometido cada uno de sus miembros. De ésta manera el ciclo vital se refiere a: El proceso evolutivo de la familia que implica, el paso de una etapa a otra, asociado a supervivencia y de crecimiento"²³.

²² 'bid. p. 17.

²³ MUÑOZ GALOPRE, Estela; TEHERÁN, Astrid. Naturaleza de la Crisis Familiar y su efecto en el desarrollo psicosocial del niño. Tesis de pregrado. Unimetro. Barranquilla. 1987. p. 47 – 49.

Así, cada vez que la familia pasa de una etapa a otra, lleva a cabo un proceso de estructuración, en donde cada uno de sus miembros buscará formas nuevas de interactuar en busca de una posible satisfacción de necesidades de acuerdo a su posición dentro de la familia.

Según Ángela Hernández (1998), las etapas del crecimiento vital están formadas de la siguiente forma:

- ✓ Parejas recién conformadas.
- ✓ Familias con hijos pequeños.
- ✓ Familias con hijos adolescentes.
- ✓ Familias con hijos adultos.

Cada una de éstas fases, encierran una serie de aspectos que están muy ligadas de acuerdo a la situación y el contexto en el cual este ubicada la familia. De ésta forma, a continuación se hará mayor énfasis en las familias con hijos adultos, ya que la población a investigar se encuentra en una edad determinada que corresponden a la etapa de familias con hijos adultos.

4.2.2 Familia con hijos adultos. Esta etapa del crecimiento vital de la familia, comienza a partir del momento en que los hijos dejan de ser niños, para convertirse en adultos (de los 14 años en adelante). Este período constituye una

especie de "crisis" en la cual los miembros de la familia se ven "obligados" a cambiar algunas pautas o roles dentro de su dinámica familiar.

Según Ángela Hernández (1998) la etapa de la familia con hijos adultos: "se caracteriza, idealmente porque al terminar con sus funciones de la crianza los padres se encuentran solos de nuevo, los hijos afianzan su propia identidad y se establecen fuera de la familia, con lo cual ocurre un cambio radical en los roles y reglas familiares"²⁴.

Así, esta fase trae consigo una serie de aspectos que de una u otra forma van a marcar la diferencia dentro y fuera de ella. De esta manera, se puede notar que para los padres e inclusive para los mismos hijos, el enfrentarse a ésta situación no es fácil, ya que se tiene que cambiar toda su dinámica y funcionamiento que habían desarrollado durante mucho tiempo.

Además, se podría decir que con el cambio, las pautas comunicacionales entre los miembros de la familia, pasaría de ser: adultos - niños, para convertirse en adulto - adulto, en donde debe existir un grado de comprensión, capacidad de escucha y receptividad entre los dos adultos que están llevando a cabo el proceso comunicativo.

²⁴ HERNÁNDEZ, Ángela. Familia Ciclo vital y Psicoterapia Sistémica Breve- Ed. El Búho, Bogotá. 1998. p. 135.

Por otro lado cabe destacar que durante esta fase los padres se encuentran en edades de 40 años en adelante, en donde éstos tienen la necesidad de realizar una revisión de todos los aspectos que lo han llenado de plenitud al igual que aquellas que los han marcado; además llevar a cabo una redefinición de las relaciones con sus hijos.

Por tanto, se denota la importancia de la presencia de los hijos, las cuales por estar en su mismo nivel de madurez, tienen la capacidad de entenderlos y asumir responsabilidades de ser nuevos padres o sus posibles reemplazos de sus progenitores cuando estos falten.

De ahí, que muchos hijos adultos desarrollen lo que según Ángela Hernández se denomina "lealtad familiar", en donde los hijos tienden a proteger a sus padres enfermos, solos o en precaria situación económica. En este caso, la presencia de una enfermedad como el cáncer de seno en la madre generaría en los hijos que cuidan de ella un acercamiento mucho más satisfactorio o por el contrario un distanciamiento total. Al igual, de este contacto dependería en última instancia el proceso comunicativo entre la madre afectada por la enfermedad y sus hijos(as) que la cuidan.

De otra forma, no hay que dejar de lado, el papel que durante este período los hijos (sobre todo los mayores) asumen, cuando uno de los padres está en ésta situación. Por ejemplo, el cuidado de los hermanos menores o la ejecución de

roles o papeles que desarrollaban sus padres anteriormente dentro del contexto familiar.

Por otro lado durante esta etapa, la familia se enfrenta a diferentes eventos evolutivos típicos, que pueden ser la base de los diferentes temas de conversación. Así, según Ángela Hernández Córdoba (1998), la familia con hijos adultos puede verse abocados a varios de los siguientes eventos:

- **El retiro laboral de uno o de ambos padres:** Esto va relacionado con el manejo de la situación económica, en donde posiblemente se pueden presentar 3 tipos de relación entre padres e hijos.

En primer lugar se puede dar una relación simétrica entre adultos que colaboran cuando es necesario para el progreso compartido. En segundo lugar, se puede presentar una relación complementaria de hijos dependientes de sus padres. En tercer lugar, una relación complementaria, de padres dependientes de sus hijos, en progresiva pérdida de su autonomía y de su capacidad de auto cuidado.

- **Cambios en el uso del tiempo:** Esto está relacionado con la jubilación, la progresiva disminución de la fortaleza física y los naturales cambios de intereses, que llevan a desarrollar nuevos hábitos y otras formas de utilización del tiempo libre.

- **Ajustes en la relación conyugal:** Dentro de estos podemos encontrar los cambios en la vida sexual, la mayor cantidad de tiempo compartido, la modificación en las funciones con tiempo compartido, la modificación en las funciones, con respeto a los hijos, el balance de la satisfacción que cada uno haga de su vida, las creencias acerca de la vejez y la aparición de eventos fortuitos, agradables o difíciles como la enfermedad.

Además, las familias en esta etapa se enfrenta a una acumulación de tensiones, los conflictos intrafamiliares, los embarazos de los hijos, las pérdidas, los cambios por la entrada y salida de miembros del hogar, los cambios por retiro laboral, la separación o el divorcio de los hijos, la enfermedad incapacitante de alguno de los miembros, los problemas con la ley y las tensiones que se han iniciado en las etapas anteriores.

En síntesis en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, pueden desarrollar conversaciones en base a los temas mencionados anteriormente, en las cuales se verían reflejados cada uno de los componentes del proceso de la comunicación de la familia.

4.2.3 Tipos de familia. Actualmente, en Colombia existen 19 categorías de organización familiar. "La modalidad más frecuente son: las madres con hijos, le siguen la familia nuclear completa, nuclear en separación, recompuesta madre

hijos, otros parientes, padres con hijos, abuela y nietos, extendida, padres separados, parejas sin hijos, parientes, hermanos solos".²⁵

De esta forma se pueden mencionar los siguientes tipos de familia:

- **La familia nuclear:** este tipo de familia es la más común, está constituida por padres e hijos que conviven en la misma casa. Esta también es llamada familia elemental simple o básica.
- **Familia recompuesta madre hijos:** esta también se denomina monoparental, la cual, está constituida por un solo de los padres con sus hijos.
- **Familia extensa:** este tipo de familia está constituida por los abuelos (ascendientes), los nietos (descendientes), primos, tíos (colaterales) y afines de la familia nuclear (papá, mamá e hijos). Además, todos estos individuos viven en la misma vivienda.

4.3 CAMBIOS PRESENTADOS A LO LARGO DEL CICLO VITAL EN LA EDAD ADULTA INTERMEDIA Y TARDÍA

4.3.1 Funcionamiento sensorial y psicomotor. Según Diane Papalia (2001), dentro de los cambios sensoriales y psicomotores que se presentan en la edad adulta intermedia y tardía se encuentran:

²⁵ GARCÍA, Yomaira. Contexto de la crisis en la familia. Texto en preparación. Barranquilla. 1998. p. 44.

Los problemas visuales: que ocurren principalmente en cinco áreas como lo son: visión cercana, visión dinámica, sensibilidad a la luz, búsqueda visual y velocidad de procesamiento de la información visual; aunque también es común una ligera pérdida en la agudeza visual, cambios en la pupila y flexibilidad en la lente del ojo.

A la edad de los 40 años muchas personas necesitan utilizar gafas para leer debido a la presbicia o disminución de la capacidad para enfocar objetos cercanos y del mismo modo con el aumento de la edad se incrementa la incidencia de padecer de miopía.

La pérdida gradual de la audición: se acelera al cumplir los 50 años (presbiacusia) generalmente se ve limitada solo a sonidos agudos y tiende a producirse dos veces más rápidamente en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a la sensibilidad del gusto y el olfato ésta empieza a declinar en la edad adulta madura; sin embargo las mujeres tienden a mantener estos sentidos en buena condición durante más tiempo que los hombres. Los adultos empiezan a perder la sensibilidad al tacto después de los 45 años y al dolor después de los 50 años. No obstante permanece la función protectora contra el dolor.

La fortaleza y la coordinación, disminuyen de manera gradual después de alcanzar su máximo a los 20 años. La pérdida de la fortaleza muscular es casi imperceptible a la edad de 45 a los 60 años, puede perderse de 10 al 15% de la

fuerza total. Por lo general primero se debilitan los músculos de la espalda y piernas después los brazos y hombros, estos últimos solo sucede al llegar a los 60 años. En la edad madura la grasa alcanza por lo menos el 20% del peso corporal. La pérdida de la resistencia se origina en la disminución gradual de la tasa del metabolismo basal, después de los 40 años.

4.3.2 Cambios estructurales y sistémicos. Alrededor de la quinta o sexta década de la vida la piel puede ser menos tersa y uniforme a medida que los tejidos situados debajo de la superficie pierden grasa y colágeno. El cabello tiende a escasear, a encanarse, debido a la disminución de la tasa de reposición y a la producción de melanina. Las personas transpiran menos como consecuencia de la reducción del número de glándulas sudoríparas, tienden a ganar peso y a perder estatura, a partir de los 40 años experimentan alguna pérdida neta en los huesos, los cuales se adelgazan y se vuelven más quebradizos; en algunas personas el corazón comienza a latir con más lentitud e irregularidad a los 55 años y a los 65 años perder hasta el 40% de su capacidad aeróbica, la capacidad vital disminuye al llegar a los 40 años y descender 40% a la edad de 70 años. La regulación de la temperatura y la respuesta inmune pueden comenzar a debilitarse y el sueño puede ser menos profundo.

4.3.3 Sexualidad y funcionamiento reproductor. Según Diane Papalia (2001), en algún momento de la edad adulta intermedia ambos sexos experimentan pérdidas de la capacidad reproductiva (incapacidad de las mujeres para concebir y

disminución de la fertilidad en los hombres), lo cual se convierta en una de las principales preocupaciones de las personas a esta edad, sin embargo existen otros problemas tales como:

- **La menopausia:** Esta sucede entre los 45 y 55 años de edad, consiste en un período de cesación de la menstruación, los problemas psicológicos más comunes que experimentan las mujeres son la irritabilidad, nerviosismo, ansiedad, depresión, muchas veces asociados a cambios en papeles, relaciones y responsabilidades a los que se enfrentan las mujeres en ésta época.
- **Actividad sexual:** La actividad sexual tiende a disminuir ligera y gradualmente a los 40 y 45 años. A menudo la disminución de la frecuencia tiene causas no fisiológicas: relación monótona, preocupación por los negocios, depresión, sin embargo muchas personas descubren que su relación sexual es mejor que en los años anteriores.
- **Preocupación por la apariencia y el atractivo físico:** Aunque el atractivo ya no se mide sólo por la obligación biológica de la reproducción, las mujeres se vuelven vulnerables al temor de envejecer, las severas presiones sociales para mantener una figura femenina delgada hacen a la mujer insegura de su cuerpo e incluso pueden ser nocivas para el crecimiento personal de la mujer mayor y para su autoevaluación. Del mismo modo la autoestima se puede ver afectada cuando la persona no valora su ser físico. Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos

que la autoimagen de las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas se ve deteriorada debido a que una de las preocupaciones propia a esta edad es la apariencia y el atractivo físico, y al tener que afrontar significativos cambios en su esquema corporal, representa para ella una dificultad para su valoración personal, ya que no se perciben de igual forma que antes de la intervención quirúrgica.

- **Preocupación por la salud:** La enfermedad parece más severa y avanza con más rapidez en las personas durante la adultez intermedia y tardía, cuando el sistema inmune puede estar debilitado. Por otro lado, la hipertensión se convierte en una preocupación importante en ésta época, ya que puede ocasionar paros cardiacos, apoplejía o impedimentos cognitivos en la vejez; la incidencia de esto es del 25% en las mujeres.

Entre los 45 y 64 años el cáncer también se convierte en una de las principales enfermedades que preocupan a las personas a esta edad. Por consiguiente, la edad promedio de las personas pertenecientes a la muestra de la investigación se ubica dentro de éstas etapas del ciclo vital, hecho que reafirma que la incidencia de ésta enfermedad es alta a estas edades.

4.4 DEFINICIÓN DEL CÁNCER

“El cáncer es un proceso de enfermedad que se caracteriza por el crecimiento tisular generado por la proliferación de células anormales, las cuales sobrepasan

los límites de crecimiento invadiendo y destruyendo el tejido normal que se encuentra a su alrededor”²⁶.

4.4.1 Desarrollo histórico del cáncer de seno. A lo largo de la humanidad se han encontrado un sin número de aportes que dieron historiadores como: Herodoto, Celso, Hipócrates, etc., los cuales tenían la concepción de que el cáncer mamario era incurable, a pesar de haberse realizado drenaje, el cual consistía en una desviación del líquido patológico en ciertos abscesos que se encontraron en varias mujeres; no se sabe a ciencia cierta que técnicas quirúrgicas se emplearon en este procedimiento.

Por otro lado algunos investigadores afirmaban que la mujer que padecía de esta enfermedad no deberían ser intervenidas quirúrgicamente, ya que lo más aconsejable era no tocar el cáncer mamario, ya que esto le permitiría prolongar su vida; esta información fue reafirmada 1800 años después por Haagnson. Posteriormente en el siglo XVI se obtuvo un mayor conocimiento con relación al tratamiento quirúrgico del cáncer mamario, gracias a Versalio quien dio a conocer por primera vez la anatomía de las mamas, lo cual permitió ubicar con exactitud las áreas que estaban siendo afectadas dentro de ésta.

Otros avances se dieron en el siglo XIX por el cirujano Ledran, quien señaló que el cáncer mamario podría ser operado si se descubría a tiempo y el cual podría ser

²⁶ WUELLER, F. Bárbara. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. México. 1989. p. 121 – 124.

considerado como un medio de curación. Por el contrario otro cirujano planteó un punto que aún es pertinente, el cual era que a destruir el tumor de forma fácil y sin mayores riesgos, esto no garantizaba una cura radical a las mujeres con cáncer mamario. En base a lo anterior se recomendó una aplanación del tumor lo cual es conocido en la actualidad como Mastectomía radical, lo que permite combatir esta doloroso enfermedad. Se podría decir que gracias a todos estos avances, en la actualidad las familias con miembros diagnosticados con cáncer cuentan con una serie de tratamientos para esta enfermedad los cuales mejorarán la calidad de vida del enfermo, al igual que la dinámica familiar al saber que cuentan con una serie de tratamientos que prolongarán la vida del paciente. Por otro lado a pesar de los altos costos de los tratamientos que existen para la enfermedad, muchas familias no cuentan con los recursos necesarios para cubrir el gasto que representan éstos, sin embargo éstos significan mucho para las personas enfermas de cáncer de seno, al igual que para la familia debido a que proporcionan una esperanza de curación y la prolongación de la vida.

4.4.2 Características clínicas del cáncer de seno. Según el diccionario de medicina océano Mosby, el cáncer de seno se define como: "Enfermedad Neoplásica maligna del tejido mamario"²⁷, por lo tanto esto indica la presencia de células malignas en los tejidos del seno. Este tipo de cáncer ha sido la principal causa de mortalidad en mujeres en edades entre 40 y 65 años, sin embargo éste se puede presentar a muy temprana edad, por ejemplo: a los 20 años. Por otra

²⁷ Diccionario de Medicina océano. Mosby. Barcelona- España, 1998. p. 810.

parte dentro de las características clínicas de esta enfermedad podemos encontrar que éste está asociado a diferentes factores tales como:

- ✓ Una historia familiar próxima de cáncer de seno.
- ✓ Presencia de la primera menstruación a temprana edad.
- ✓ Menopausia tardía.
- ✓ Primer parto después de los 40 años.
- ✓ Diabetes.
- ✓ Hipertensión.
- ✓ Reemplazo hormonal en mujeres post menopáusicas.
- ✓ Alteraciones del sistema inmunológico.
- ✓ Ingesta excesiva de algunos alimentos tales como: grasas, alcohol, carnes ahumadas o comidas con sal.

Además ésta enfermedad se manifiesta por la presencia de pequeñas masas dolorosas o no con abultamiento cutáneo (piel de naranja) y retracción del pezón del seno afectado. Al tiempo que la lesión progresa, puede presentarse dolor, secreción por el pezón, ulceración y aumento del tamaño de los ganglios axilares.

4.4.3 Procesos evolutivos del cáncer de seno. Los procesos evolutivos del cáncer de seno se desarrollan a partir de tres fases:

- **Iniciación:** en esta etapa se transforma una célula normal en una célula maligna neoplásica, además el crecimiento tumoral solamente está limitado a la mama.
- **Promoción:** aquí las células cancerosas se implantan en la zona afectada de manera irreversible. Por otro lado cabe destacar que antes que se presente la tercera fase que es la Progresión pueden ocurrir dos fenómenos:
 - Actuación de los anticarcinógenos a través de los cuales se inhibe el proceso.
 - Estimulación del proceso por actuación del carcinógeno.
- **Progresión:** caracterizada por el crecimiento y evolución de las células malignas.

4.4.4 Algunos tratamientos del cáncer de seno. Actualmente a nivel oncológico suelen utilizarse diversas modalidades para el tratamiento de seno, el cual depende del estado del tumor dentro de estos tenemos: mastectomía y quimioterapia.

- **Quimioterapia:** es un proceso postoperatorio en el cual se emplean productos químicos (antineoplásticos) para destruir de forma selectiva las células cancerosas, impidiendo de ésta manera que éstas se multipliquen.

- **Mastectomía:** según el diccionario de medicina Océano Mosby la mastectomía "es una extirpación quirúrgica de una o de las dos mamas con el objeto de eliminar el tumor maligno".²⁸

4.4.5 Características clínicas de la mastectomía. Este tratamiento quirúrgico depende del estado del tumor y puede ser:

- **Mastectomía radical:** consiste en la extirpación de toda la mama y los tejidos que se encuentran a su alrededor. Por lo general en las mujeres que son sometidas a esta intervención, se produce una perturbación importante de su propia imagen, considerando de ésta forma que han perdido su feminidad. Además puede mostrarse angustiada, deprimida, enojada o inhibida.
- **Mastectomía radical modificada:** consiste en la extirpación de la mama por completo al igual que los nódulos linfáticos de la axila. En esta se conservan el pectoral mayor lo cual permite una cicatrización más rápida.
- **Mastectomía simple:** consiste en la extirpación únicamente de la mama y se toma una muestra de los nódulos linfáticos de la axila.
- **Mastectomía subcutánea:** consiste en la extirpación de todo el tejido mamario dejando intacta la piel, la areola, el pezón, los ganglios linfáticos adyacentes y los

²⁸ DC. Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. Ed. Mc Graw Hill. México. 1998. p. 551 – 573

músculos pectorales menor. Actualmente la mastectomía radical modificada es la que más se practica, ya que en ésta no se extirpa el pectoral mayor por ende las alteraciones musculares esqueléticas son menores.

4.4.6 Características psicológicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Estas hacen referencia a las reacciones comportamentales que generan en la paciente haber sido informada de que tiene cáncer; la respuesta más común al impacto que provoca ésta noticia es la crisis estado que se caracteriza por una perturbación emocional y un desorden cognitivo que inhiben la posibilidad de generar estrategias de afrontamiento, lo cual puede ser perjudicial tanto para ella como para la familia.

"Según Meyerowits el impacto psicológico del cáncer de mama se define en tres grandes áreas:

1. Trastornos psicológicos "ansiedad, depresión, angustia".
2. Los cambios en el tipo de vida sexual: "separación marital o sexual y menor actividad".
3. Los temores e inquietudes "por operaciones, recurrencia y muerte".²⁹

En efecto las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tienden a deprimirse, a presentar conductas evitativas, ideas irracionales, sentirse vulnerables, ansiosas,

²⁹ www.saiudpublica.com/An/AnPill/OI6080111999.2000.2001/.com

como forma de reaccionar ante el estrés que le produce la enfermedad, por esta razón es muy importante el apoyo que éstas reciban de su familiares, los cuales deben brindarle amor, comprensión, cariño, etc. Sin embargo estas mujeres tienden a sentirse inseguras e irritables puesto que no quieren alterar la dinámica familiar.

Cabe destacar que muchas veces la ausencia de algún integrante de la familia muy significativo para la paciente puede llegar a ser tan doloroso como la enfermedad misma. Además el cáncer puede ser tan estresante y doloroso para la paciente hasta el punto de llevarla a actuar y reaccionar de forma atípica a su comportamiento normal, como por ejemplo: ser agresiva, poco expresiva, viéndose así una disminución en la comunicación con su familia y las personas que la rodean. Sin embargo esta dependerá del tipo de personalidad de la paciente, ya que no todas las personas reaccionan de la misma manera y de la forma de elaborar el duelo el cual comienza con la negación de la existencia de la enfermedad. Por lo anterior es que la psicooncología tiene como propósito utilizar estrategias de la comunicación, efectivas tanto en el paciente como a su familia la cual juega un papel muy importante dentro del proceso.

Por último, luego de una intervención quirúrgica como la "Mastectomia" la mujer posiblemente puede sentirse mutilada y como si hubiese perdido su feminidad.

4.5 MARCO INSTITUCIONAL: LIGA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

La institución Liga de Lucha Contra el Cáncer en el Atlántico, fue fundada hace 42 años, por iniciativa de la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, en el año de

1961, por el Dr. Raúl Villalobos Rojas y el Sacerdote Emmanuel de Alba, acompañados de un prestigioso grupo de médicos y prestantes líderes cívicos, motivados por un espíritu altruista de servicio; en ese entonces, el designado como presidente y líder de la fundación fue Ramón Garavito Martínez, quien facilitó las primeras instalaciones para iniciar las labores de la Liga.

Actualmente, la Liga de Lucha Contra el Cáncer, cuenta con especialistas en oncología, medicina general, fisioterapia, fonoaudiología, oftalmología, odontología, etc. Además, cuenta con salas de quimioterapia, departamento de psicología, trabajo social y enfermería.

La Liga de Lucha Contra el Cáncer, es una entidad privada de beneficio local, sin ánimo de lucro, cuyo propósito principal es la prevención y promoción de la salud que tiene como visión, asumir plenamente su responsabilidad social, personal y voluntaria, para un trabajo responsable, organizado, profesional y desempeña un papel de liderazgo, al servicio de la comunidad. La misión de la Liga de Lucha contra el Cáncer, es contribuir a la disminución de la mortalidad por cáncer y sus repercusiones sociales, psicológicas y económicas, además realizar una labor humanitaria para desarrollar y estimular procesos de concientización y educación, tendientes a crear una cultura de la salud, enfocado en el autocuidado y prevención.

4.6 PRINCIPIOS EPISTEMOLÓGICOS DEL MODELO SISTÉMICO

El modelo sistémico está fundamentado por tres principales teorías: la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación humana y la teoría cibernética.

4.6.1 Teoría general de los sistemas: Su iniciador es Von Bertalanffy (1968). Tiene un matriz de tipo biológico y ha proporcionado estímulos y propuestas sumamente interesantes por la posibilidad de aplicación en las ciencias sociales.

Los postulados básicos de esta teoría tienen su arraigo después de la segunda guerra mundial, cuando Von Bertalanffy comenzó a percibir la similitud entre muchas disciplinas con relación a los sistemas, por lo cual decidió hacer una abstracción general que se pudiera aplicar a diversos fenómenos; es así, como apoyado en soportes de la física, la biología y la cibernética, hace una integración novedosa y útil que da cabida a esta importante teoría de los sistemas generales, a través de la cual los modelos, principios y leyes aplicables a sistemas generalizados a subclases, sin importar su género, la naturaleza de sus elementos, componentes y las relaciones o fuerzas que imperen entre ellos: principios aplicables a los sistemas en general.

“Se entiende por sistema, una entidad autónoma, dotada de cierta permanencia y construida por elementos interrelacionados que forman subsistemas estructurales

y funcionales, que se transforman dentro de los límites de estabilidad, gracias a regulaciones internas que le permiten adaptarse a variaciones dentro de su entorno específico. La teoría general de los sistemas no sólo estudia a los sistemas a partir de sus elementos básicos o últimos, sino tratándolos a partir de su organización interna, sus interrelaciones recíprocas, sus niveles jerárquicos, su capacidad de variación y adaptación, su conservación, su autonomía, las relaciones o sus elementos, reglas de organización y crecimiento”³⁰.

Por su parte, Bertalanffy define el concepto de sistema como “un conjunto de elementos que interactúan entre sí, presuponiendo de este modo, la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio de la relación”³¹

Los subsistemas, a su vez, pueden ser de diferentes tipos:

- **Cerrado:** es aquel que no tiene relación con el ambiente:
- **Abierto:** aquel sistema que intercambia con el ambiente, material, energía e información y modifica sobre la base de éstos intercambios. Este concepto se adapta, especialmente, al estudio de los organismos vivientes, para los cuales el intercambio con el ambiente es un elemento esencial que determina su vitalidad, tanto en la posibilidad de reproducción y continuidad, como en la transformación.

³⁰ www.inter-mediación.com/papers/media.htm

³¹ Servicio social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana, 1990. p. 70

Conceptos principales de la teoría general de los sistemas:

- **Totalidad:** Por totalidad de un sistema se entiende que cada una de sus partes está en una relación tal con las demás partes que lo constituyen, que todo cambio en una de ellas, provoca un cambio en todas las demás y en el propio sistema. Este concepto se aplica a nuestra investigación debido a que toda familia es el resultado de la suma de todos los miembros; por lo cual en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, todo el sistema familiar se ve implicado en el afrontamiento de la crisis, ya que son una totalidad.
- **Circularidad:** “concepto cibernético que se refiere a los procesos de autocausación, cuando A causa B y B causa C, pero C causa A, luego A en lo esencial es autocausado”³²

En esta investigación de familias con pacientes diagnosticados con cáncer y mastectomía se observa que la enfermedad de un miembro de la familia afecta al resto del sistema, por lo cual las interacciones entre éstos van a estar enmarcadas en la enfermedad.

- **Equifinalidad:** un mismo efecto puede responder a distintas causas. “Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por

³² www.Usuarios.lvcos.es/edecena/inosistemas/conceptosTGS.htm#circularity

distintos caminos llega a un mismo estado final. El fin se refiere a la mantención de un estado de equilibrio fluyente.

Puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos orgánicos. El proceso inverso se denomina multifinalidad, es decir, condiciones iniciales similares pueden llevar a estados finales diferentes”³³

En estas familias se observa que ante una situación de crisis como es la enfermedad, todo el sistema a través de diferentes recursos busca alcanzar la homeostasis o equilibrio que tenían anteriormente la enfermedad.

Otro concepto es la retroalimentación, este es el proceso mediante el cual un sistema recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. La retroalimentación puede ser positivo o negativa. Mediante mecanismos los sistemas regulan su comportamiento de acuerdo a sus efectos reales.

En las familias con pacientes con cáncer es muy evidente este concepto debido a que ésta se retroalimenta, recogiendo información del medio.

- **Morfogénesis:** “los sistemas complejos (humanos, sociales y culturales) se caracterizan por sus capacidades para elaborar o modificar sus formas, con el

³³ www.usuarios.lvcos.es/edecena/inasistemas/conceptosTGS.htm#circULARIDAD.

objeto de conservarse viables (retroalimentación positiva). Se trata de procesos que apuntan al desarrollo, crecimiento o cambio en la forma, estructura y estado del sistema, ej: procesos de diferenciación, la especialización, el aprendizaje, etc.

En términos cibernéticos, los procesos causales mutuos (circularidad) que aumentan la desviación, son denominados morfogenéticos; éstos procesos activan y potencian la posibilidad de adaptación de los sistemas a ambientes en cambios.”³⁴

- **Morfostasis** : “son los procesos de intercambio con el ambiente, que tienden a preservar o mantener una forma, una organización o un estado dado de equilibrio, homeostasis, retroalimentación negativa; procesos de este tipo son característicos de los sistemas vivos.”³⁵

- **Retroalimentación negativa**: es aquella que permite que se logre y se mantenga la estabilidad (homeostasis) del sistema y por lo tanto no permite el cambio.

- **Retroalimentación positiva**: es aquella que provoca una pérdida de estabilidad y equilibrio en el sistema, favoreciendo un cambio en éste. Transformación (retroalimentación positiva) y homeostasis (retroalimentación negativa) constituyen dos procesos complementarios para la vida del sistema. Los

³⁴ www.Usuarios.lycos.es/edecena/ingsistemas/conceptosTGS.htm#circularidad

³⁵ www.Usuarios.lycos.es/edecena/ingsistemas/conceptosTGS.htm#circularidad.

sistemas abiertos tienden a moverse hacia niveles cada vez más complejos de organización, y por ende, el concepto de retroalimentación positiva no lleva necesariamente a la desorganización o destrucción, sino, que permite el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema. La retroalimentación negativa es una tendencia a un estado estacionario.

4.6.2 Teoría de la comunicación humana: La comunicación se define como un sistema de comportamiento integrado, que tiene por efecto ajustar, calibrar, hacer posible las relaciones humanas, constituyendo de alguna manera la sustancia de toda interacción.

Para la teoría general de los sistemas es importante el tipo de relación establecida, siendo una variable esencial para la comprensión de la comunicación, todo ser humano se da cuenta que existe cierto grado de incertidumbre en cuanto a la claridad de los mensajes que transmite, experimentando la necesidad de verificar como son recibidos estos mensajes para completar su propia percepción de lo que acaba de transmitir. Existe un sistema de comunicación en el que las personas involucradas cumplen funciones recíprocas como emisor y receptor de mensajes transmitidos por el triple canal verbal, para verbal y no verbal. Estos mensajes son percibidos y decodificados por el dispositivo receptor, las respuestas suscitadas son codificadas y emitidas por el dispositivo emisor de cada sujeto según las mismas variables. Esta teoría de la comunicación es base de la presente investigación pues permite visualizar el proceso comunicativo existente

entre las familias con un paciente diagnosticado con cáncer verificando si éste es adecuado o no, es decir, si existe apertura o interferencia en cada uno de los comportamientos de la comunicación dentro del sistema familiar.

4.6.3 Teoría cibernética: La cibernética es uno de los sistemas de control basado en la comunicación (transferencia de información) entre sistema y el medio circundante y dentro del sistema y control (retroalimentación) del funcionamiento del sistema familiar en consideración al medio; esta teoría reconoce la estructura reguladora aún cuando genuina mecanismos permanezcan desconocidos y sin describir, y el sistema sea una “caja negra” definida solo por la entrada y la salida. Por las razones parecidas el mismo esquema cibernético puede aplicarse a sistemas hidráulicos, eléctricos, fisiológicos, etc.

La tendencia a estudiar sistemas como entidades más que como conglomerados de partes congruentes, con la tendencia de la ciencia contemporáneo a no aislar fenómenos en contextos estrechamente confinado, sino al contrario abrir interacciones para examinar segmentos de la naturaleza cada vez mayores. Este es uno de los planteamientos de Bertalanffy en relación con la importancia que ha tenido la teoría general de los sistemas para el estudio de los sistemas complejos como los sociales y humanos entre otros.

Esta perspectiva fue tomada por el modelo sistémico como base para el estudio de la familia, visionándola como un sistema complejo que se desarrolla en y a través de la interacción con diferentes contextos.

5. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE

5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Los componentes del proceso de la comunicación son todos aquellos elementos que hacen parte del acto comunicativo que se efectúa, entre varias personas los cuales interfieren de forma positiva o negativamente en la transmisión de la información, según el contexto en el que se desarrolle.³⁶

5.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE
Componentes del proceso de la comunicación.	1. Capacidad de escucha.	1.1 Atención que prestan los miembros de la familia y la paciente con respecto a los temas tratados acerca de la enfermedad y otros temas familiares.	1.1.1 Identificar los temas que son motivo de conversación entre los miembros de la familia y la paciente con respecto a la enfermedad y otros temas familiares, teniendo en cuenta: - Los participantes. - Frecuencia de la conversación. 1.1.2 Características o descripción del acto de

³⁶ Este concepto fue elaborado por las investigadoras, con base al concepto propuesto por Ángela Hernández Córdoba. 1998.

			<p>escuchar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiempo. <p>1.1.3 Dificultad en el acto de escucha;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temas en las cuales predominan la participación de una persona y en las que no se recibe retroalimentación - Identificación de los subsistemas y miembros entre los cuales existe dificultad en el acto de escucha. <p>1.1.4 Identificar cómo interviene el receptor en base a lo que escucha.</p> <p>1.1.5 Identificar algunos aspectos de la comunicación no verbal, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postura. - Gestos, que emite el receptor en base a lo que el emisor le está transmitiendo.
	2. Desarrollo de temas.	2.1 Culminación de temas relacionados con la enfermedad y otros temas familiares.	2.1.1 Identificar los temas que no se desarrollan completamente y los protagonistas de la acción, teniendo en cuenta los temas que son motivo de conversación entre la paciente y miembros de la familia.

	3. Ruido en la comunicación.	3.1 Presencia de sonidos sin ninguna armonía entre los miembros de la familia y la paciente.	3.1 Identificar los temas en los cuales hay presencia de: - Varias voces al tiempo. - Gritos. - Ruidos externos al ambiente. - Contexto donde se desarrolla la conversación.
	4. Contenido de los mensajes.	4.1 Tipo de información que se transmite y facilita o interrumpe la comunicación entre la paciente y la familia.	4.1.1 Presencia de contenidos descalificativos y positivos relacionados con la enfermedad y otros temas familiares que son motivo de conversación entre la paciente y la familia.
	5. Vías de interacción.	5.1 Interacciones paralelas simétricas y complementarias que asumen los miembros de la familia y la paciente con respecto a la enfermedad y los temas de conversación.	5.1.1 Presencia de interacciones de rivalidad y competencia entre la familia y la paciente.
	6. Reacciones al contenido.	6.1 Manifestaciones no verbales que desarrolla la familia y la paciente en el acto comunicativo.	6.1.1 Identificación de posturas, expresiones faciales, de tensión, ansiedad, relajación, alegría, tristeza, tono de voz, movimientos del cuerpo, en la paciente y los miembros de la familia.

6. METODOLOGÍA

6.1 PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN

El paradigma con el cual se llevó a cabo la investigación es el histórico-hermenéutico, el cual según Adalberto Reales (2000), "fija su atención en los aspectos y significados que tienen las personas sobre su realidad, el investigador interpreta la forma como se comunican los referentes sociales, las actividades y su pensamiento en torno a su microcosmo, su cultura y sus problemas individuales"³⁷.

En efecto, permite a los investigadores comprender e interpretar la realidad, los significados de los pacientes, percepciones e intenciones y acciones ante determinadas circunstancias como la enfermedad del cáncer. Además, permite interpretar y encontrar un sentido a los componentes del proceso de comunicación, como un recurso esencial para las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía.

6.2 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico con el que se realizó la investigación es el fenomenológico el cual según Schutz (2000), establece cómo el hombre construye

³⁷ REALES. Adalberto. Socioinvestigación. Ed. Antillas. 3ª Edición. Barranquilla. 2000. p. 41

su cotidianidad, a partir de las relaciones intersubjetivas, pero teniendo en cuenta las contradicciones que ejercen las estructuras sociales y culturales"³⁸.

A través de éste se conocimos la forma cómo las familias con miembros diagnosticados con cáncer y mastectomía, construyen su realidad cotidiana a partir de sus relaciones intersubjetivas, teniendo en cuenta el proceso de la comunicación, a partir del desarrollo de sus componentes.

6.3 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se llevó a cabo a través de un estudio de caso que según Carlos Sabino 1996 "es el estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos"³⁹. En efecto se analizó e indagó acerca de la comunicación entre los miembros de las familias, objetos de estudio para posteriormente obtener una información amplia que permita a los investigadores describir detalladamente cada uno de los componentes del proceso de comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía.

³⁸ SCHUZZT. Citado por Reales, Adalberto. Socioinvestigación. Ed. Antillas. 3ª Edición. Barranquilla.. 2000. p. 45.

³⁹ SABINO, Carlos. El Proceso de la Investigación. Khmer Humanitas. Segunda Edición. 1996. p. 114.

6.4 POBLACIÓN

La población con la que se trabajó en esta investigación eran pacientes que asistan a la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

Las mujeres que conformaron la población se encuentran en la edad adulta intermedia (45 - 65 años), mastectomizadas y sus familiares más significativos para ellas, que se encuentran viviendo en la ciudad de Barranquilla.

6.5 MUESTRA

La muestra elegida estuvo conformada por 4 mujeres mastectomizadas y 4 familiares más significativos para ellas los cuales cumplen con las características de la población anteriormente mencionada.

6.6 MUESTREO

La técnica que se utilizó para escoger la muestra, fue el muestreo intencional, el cual según Adalberto Reales (2000), "consiste en la decisión que tome el investigador de escoger elementos que a mi juicio sean pertinentes de una población referenciada como universo"⁴⁰. En efecto, los investigadores escogieron a los pacientes que harán parte de la muestra, ya que se tendrá en cuenta ciertas

⁴⁰ REALES, Adalberto. Socioinvestigación. Ed. Antillas. 3ª Edición. Barranquilla. 2000. p. 41.

características como: que las pacientes se encuentren entre edades de 45 y 65 años, que sus familiares cercanos o significativos a ellas se encuentren viviendo en la ciudad de Barranquilla.

6.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los instrumentos y técnicas utilizados en la investigación fueron: la observación que, según Carlos Sabino (1996) "es percibir activamente la realidad exterior orientándonos hacia la recolección de datos previamente definidos como de interés en el curso de una investigación"⁴¹. Esta técnica se utilizará para tener un contacto con los pacientes y familiares cercanos o significativos a ellas, para obtener una descripción de los componentes de la comunicación.

- **Observación no estructura o no formalizada:** en este tipo de observación, se adopta una posición flexible, recogiendo sólo aquellos datos que van apareciendo, anotando las impresiones generales que causan los sucesos, de una manera espontánea y poco organizada.

Para los investigadores este tipo de observación permitirá una gran adaptabilidad frente a los sucesos inesperados y la capacidad de no pasar por alto ningún aspecto importante que pueda producirse, a lo largo de toda la entrevista realizada por los investigadores y la interacción del sistema familiar.

⁴¹ SABINO. Op.cit. p. 168.

- **Una guía de entrevista cualitativa, semiestructurada:** la cual según Carlos Sabino (1996) "se define como un plan de información, en donde el investigador prepara un listado de temas, que permitan conducir la discusión, profundizar y ampliar los aspectos más relevantes para el estudio"⁴². En efecto, mediante ésta los investigadores indagarán acerca de los componentes del proceso de comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía, estableciendo así una interacción espontánea entre éstos y los entrevistados (familia y paciente). Estas entrevistas serán diseñadas por las investigadoras con la ayuda del tutor (ver anexos 1).

Además se utilizó una guía de autoobservación para el entrevistador o investigador, el cual se diseña para observar los aspectos relacionados con la interacción de las investigadoras durante la entrevista. Esta va se diligenció por el entrevistador inmediatamente después de realizada la entrevista.

- **Guía de autoobservación para el entrevistador:** Su objetivo es analizar o evaluar la interacción entre el entrevistador y el entrevistado. Así mismo se observan los aspectos relacionados con su rol como investigador tales como:

- ✓ Manejo y dominio de la guía de la entrevista.
- ✓ Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (encuadre de la entrevista).
- ✓ Establecimiento del rapport con el entrevistado.

⁴² Ibid. P. 170.

- ✓ Controlar las interferencias que surjan durante la entrevista.
 - ✓ Cuidarse de no involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presenten.
 - ✓ Aclarar dudas.
 - ✓ No establecer alianzas o coaliciones con el entrevistado o con algún tercero.
 - ✓ El entrevistador deberá conservar su rol jerárquico.
 - ✓ Coherencia entre la comunicación verbal del entrevistado.
 - ✓ Registrar cómo se sintió durante la entrevista, qué contenidos psicológicos se removieron durante la entrevista, con el fin de redefinirlos y lograr el cierre.
 - ✓ Normas y límites: son los acuerdos que se establecieron entre los miembros del sistema investigativo que participará en el momento de la entrevista.
 - ✓ El observador deberá registrar que éstas se cumplan.
-
- **Guía de auto observación para el observador:** en esta se observa la interacción entre los diferentes miembros del sistema investigativo: entrevistador y el entrevistado. Pero el observador no puede dejar de auto observarse.

En esta guía se contempla lo siguiente:

- **Comunicación:** Coherencia entre la comunicación verbal y no verbal, en cuanto, al contenido que construye el entrevistado con el miembro más significativo y el contenido que construirá el entrevistador con el entrevistado. Se

observarán las interferencias o problemas que posiblemente bloqueen y perturben la continuidad de la entrevista:

- **Empatía:** La confianza, afectividad, espontaneidad, entre el entrevistado y el entrevistador.

El observador deberá anotar si el entrevistador fue claro en la explicación de los objetivos de la investigación (encuadre), si empleó un lenguaje adecuado y accesible para el entrevistado, si mostró seguridad y dominio al responder las inquietudes del entrevistado y de los contenidos tratados y si les permitió expresar sus inquietudes, dudas y emociones.

- **Ubicación espacial de los miembros del sistema investigativo:** Dependiendo de donde se coloquen o ubiquen el entrevistador y el entrevistado, el observador deberá colocarse en una posición estratégica que le permita observar las interacciones que se generen entre el entrevistador y el entrevistado con relación al contenido tratado.

- **Estructura de la interacción:** Se observará si tanto el entrevistador como el observador desempeñaron el rol establecido para la realización de la entrevista.

Las funciones del observador:

- ✓ No intervenir entre el entrevistado y el entrevistador.

✓ Este no deberá realizar manifestaciones verbales y no verbales o ambos, con respecto a los contenidos tratados durante la entrevista. Sólo es posible en la intercesión (interrupción acordada para la retroalimentación entre el observador y entrevistado).

✓ Registrar las posibles alianzas y coaliciones que se pueden presentar entre el entrevistador y el entrevistado y un tercero.

- **Protocolo de la entrevista:** Antes de iniciar la entrevista, la investigadora que hará las veces de entrevistadora, realizó la presentación e informó al entrevistado en qué consistía el rol que asumiría cada uno de los participantes (entrevistador, entrevistado y observador), el tiempo que durará la entrevista y pedir su autorización para grabar ésta.

En algunas entrevistas las investigadoras intercambiaron de rol, en algunas serán entrevistadoras y en otras observadoras.

Después de aplicada la entrevista se diligenció la guía de auto observación para el entrevistador y el entrevistado. Después se aplicó la guía de cierre de la entrevista y finalmente se les preguntó cómo se sintieron durante la entrevista, si tenían alguna duda e inquietud.

- **Guía para el cierre de la entrevista:** Esta guía la utilizó el entrevistador, con el fin de explorar, qué tipo de contenido o procesos psicológicos se reactivaron en la vida individual o familiar del entrevistado, con el fin de remitirle a la psicóloga de la Liga de Lucha Contra el Cáncer si se estima conveniente.

6.8 PROCEDIMIENTO

Este trabajo se inició con la selección del tema de investigación, a partir de la revisión de investigaciones realizadas por estudiantes de psicología, con el fin de darle continuidad al conocimiento. Una vez hecha la revisión, se eligió la temática del cáncer como tema a tratar.

Posteriormente con la ayuda de la Dra. Adriana Altamar, la cual es la encargada del eje de la investigación procesos psicológicos de enfermedades terminales, se llegó al acuerdo de escoger y estructurar la pregunta de la investigación relacionada con la comunicación, en especial con los componentes que hacen parte de ella.

Después se continuó a partir de las asesorías personalizadas y en grupo la construcción de marco teórico, utilizando fichas textuales y resúmenes y de registro. Terminado este proceso se dio inicio a una serie de ejercicios en el cual se incluía la definición conceptual y operacional de la variable, al igual que la

descripción y formulación de ésta misma. Por último se elaboró la metodología preliminar.

Una vez terminado este paso, se dio inicio a la elaboración de una serie de preguntas con el objetivo de recolectar información relacionada con la muestra a estudiar para conocer aspectos como: nombre, edad, estado civil, dirección, teléfono, número de hijos, edades de estos y con quién vive la paciente, esto con el fin de especificar la muestra. A partir de esta actividad se seleccionaron las 4 mujeres mastectomizadas y 4 familiares más significativos para ellas, los cuales cumplían con las características de la población. Al mismo tiempo se dio inicio a la elaboración del instrumento de recolección de información, el cual es una guía de entrevista cualitativa semiestructurada que consta de 26 ítem, los cuales fueron diseñados por las investigadoras con la ayuda de la tutora de la investigación, teniendo en cuenta, los índices de la operacionalización de la variable en estudio "componentes del proceso de la comunicación". Una vez culminado dicho instrumento se sometió a validación por parte del comité de investigación de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, los cuales después de evaluarlo minuciosamente autorizaron su aplicación a la muestra seleccionada. Posteriormente, se contactaron a las pacientes y familiares de éstas y se dio paso a la aplicación del instrumento.

Una vez terminado el proceso de recolección de la información, se dio inicio a la sistematización e interpretación de la información con cada uno de los pasos

requeridos por el tipo de investigación; finalizados éstos, se obtuvo el análisis, categoría por categoría, de los datos, permitiendo describir cada uno de los componentes del proceso de la comunicación y por lo tanto, obtener los resultados de la investigación.

7. RESULTADOS

A continuación en el presente capítulo, se presentarán los resultados obtenidos en el estudio de los componentes del proceso de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía en edades entre 45 - 65 años, asistido a la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla. Dichos resultados se procesaron a través de la sistematización de la información, la cual consistió en varias fases o procesos que iniciaron con la categorización de la información (ver anexo 5), con base a esta fase se hizo la descripción de la descripción de la información, la cual permitió la realización de la última fase interpretación de los resultados que consistió en la confrontación de lo encontrado con el marco teórico (Ver anexo 5 – 9).

A través de este proceso se pudo determinar que la comunicación constituye un elemento importante en la interacción de los miembros de la familia. En las familias con pacientes diagnosticados con cáncer y mastectomía, se evidenció la presencia y exclusión de alguno de los componentes de la comunicación: (Capacidad de escucha, desarrollo de temas, ruido en la comunicación, contenido de los mensajes, vías de interacción, reacciones al contenido).

Como se mencionó anteriormente que la comunicación constituye un elemento importante en la interacción de los miembros de la familia, ésta, al verse afectada

cuando la familia se enfrenta ante una situación de crisis, como la presencia de una enfermedad en uno de sus miembros, se torna disfuncional, lo que se evidenció explícitamente en la familia de la paciente, ya que en el momento en que aparece la enfermedad, la dinámica de la estructura familiar se ve alterada en sus mecanismos interaccionales, lo cual se denotó en el interés de los miembros por hablar todos al mismo tiempo, afectando en primer lugar la calidad de la comunicación y por ende la capacidad de escucha que posee todo sistema familiar.

Con relación a este componente se encontró que en los pacientes 1 y 4, los temas motivos de conversación, giran entorno a la salud, los cuales hacen referencia al cuidado de la paciente y a la preocupación por la salud, propia de la etapa del ciclo vital en la cual se encuentran los pacientes (Edad adulta intermedia y tardía, 45 – 65 años), etapa en la cual el individuo se caracteriza por tener una fluidez verbal, total, plena y desarrollada. Rapapor, León (1986).

Además se observó temor por la reaparición de la enfermedad, lo cual podría estar presentándose por la falta de comunicación relacionada con la mejoría de la paciente, lo que podría estar relacionado con una actitud negativa o transmisión negativa de mensajes con respecto a la enfermedad. A diferencia, sus familiares muestran evasión de los temas relacionados con la salud, probablemente por el temor que experimentan ante la posibilidad de reaparición del cáncer, lo que origina que el receptor (familiares) no emita una respuesta o retroalimentación al

emisor, en éste caso, los pacientes. Así mismo, esta situación se presenta por la falta de conocimientos relacionados con la enfermedad por parte de los familiares, siendo las pacientes las que a través de la institución Liga de Lucha Contra el Cáncer adquieren el conocimiento sobre la enfermedad y se lo transmiten a sus familiares.

Así mismo los temas que son motivo de conversación en las familias de las pacientes 2 y 3 tenemos lo relacionado con lo laboral y financiero, en éstas existe una preocupación constante por la situación laboral y financiera, que se agudiza por los gastos generados con la aparición de la enfermedad en el sistema familiar, los cuales garantizan el tratamiento y una mejor calidad de vida de la paciente y sus familiares.

De igual forma, la situación económica de la familia, especialmente de la paciente 2, se ve afectada por el retiro laboral de la paciente a raíz de la enfermedad. A pesar de éste hecho, aún se sigue manteniendo la relación complementaria de hijos dependientes de sus padres que predomina antes de la aparición de la enfermedad. lo cual, según Ángela Hernández, hace parte de los 3 tipos de relaciones entre padres e hijos que se dan ante el retiro laboral. Así mismo la autora plantea que los hijos adultos deben desarrollar un sentimiento de lealtad familiar cuando sus padres se encuentran solos, enfermos o en una situación económica precaria. Sin embargo se observa que en ésta familia este evento no ha ocurrido, por lo tanto no han asumido los roles correspondientes a los de la

etapa del ciclo vital, (familias con hijos adultos), en donde los hijos se convierten en una fuente de apoyo emocional y económico para sus padres.

Ésta misma familia tiene, como tema motivo de conversación los relacionados con la enseñanza o conocimientos que recibe la paciente de la institución "Liga De Lucha Contra El Cáncer", lo cual se ha convertido para ésta familia en una herramienta para afrontar los cambios y recobrar o mantener la adaptabilidad del sistema familiar. Ésta como red social, le proporciona a la familia compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva, ayuda material y de servicios de salud .

Del mismo modo, todas las familias de las pacientes poseen como temas motivos de conversación los cotidianos, los cuales incluyen la familia, grupo de amigos, comunidad, barrio, etc. De igual forma en la familia 1 existe una tendencia a desarrollar temas espirituales, en los cuales encuentran apoyo para enfrentar los cambios y las crisis del sistema familiar; la religión se convierte en una red social para el sistema familiar, proporcionando las funciones propias de una red social, las cuales fueron mencionadas anteriormente. De ésta manera podemos observar que éstas familias mantienen interrelación con otros sistemas, tal como lo postula Von Bertalanfy (1969), al considerar a la familia como un sistema abierto que se encuentra ligado o intercomunicado a otros sistemas.

En las familias de las pacientes 2 y 3 encontramos que son éstas quienes asumen el papel activo de emisor en conversaciones relacionadas con la enfermedad y

otros temas familiares. En cuanto a los otros temas motivo de conversación, encontramos que todos los miembros del sistema familiar asumen el papel de emisor y receptor.

La frecuencia y el tiempo con la que los pacientes y sus familiares hablan de los temas que son motivo de conversación, varía, ya que el tiempo empleado para comunicarse depende del tema y del contexto en que se encuentren. Sin embargo en la familia de la paciente 4 el tiempo empleado para conversar de la enfermedad es muy poco, ya que observan en la paciente expresiones de bienestar físico, tranquilidad y serenidad.

Con relación a quien trata el tema de la enfermedad con menor frecuencia, encontramos que, en la familia de la paciente 1 es su familiar más significativo, su hija menor y una hermana; en la familia de la paciente 2 encontramos que son sus hijos, excepto su hija menor. En la familia de la paciente 3 es el hijo menor quien no habla del tema. Esta situación se evidencia en estas familias por el temor que experimentan los familiares ante la posibilidad de la reaparición de la enfermedad y todo lo que ésta implica.

En el sistema familiar donde existen pacientes diagnosticados con cáncer y mastectomía, encontramos que es el holón parental quien muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad, por el temor a la reaparición de la enfermedad, la pérdida del miembro de la familia y por el malestar emocional que les ocasiona, el recordar toda la experiencia desagradable de la enfermedad.

Según Ángela Hernández. los hijos adultos constituyen para los padres una fuente de apoyo, por estar en sus mismos niveles de madurez y tener la capacidad de entenderlos y asumir responsabilidades; sin embargo, en éstas familias éstas funciones no se están cumpliendo en su totalidad. Por el contrario, en las familias de las pacientes 1, 2 y 4 es el rol de los hermanos quienes están llevando a cabo éstas funciones y están sirviendo de apoyo al sistema familiar para recuperar la adaptabilidad familiar ante la crisis de una enfermedad.

En cuanto a la participación de las pacientes y sus familiares en los temas anteriormente mencionados, se observa que en las familias de las pacientes 1, 2 y 4 la participación por parte de éstas es activa, donde existe una retroalimentación por parte del emisor y receptor mediante un canal directo en el proceso de la comunicación; sin embargo, hay una participación pasiva en los familiares de las pacientes 1, 3 y 4 con relación a la enfermedad. Por otro lado ninguna de las familias de las pacientes han identificado una postura específica cuando hablan de la enfermedad y otros temas familiares. A pesar de ello, a través de la observación, las investigadoras denotaron cambios en las posturas del cuerpo, del contacto visual, fricción del ceño, tocar las manos, etc.

Teniendo en cuenta lo que postula Ángela Hernández. con relación a la capacidad de escucha, se puede determinar que realmente en las situaciones de crisis, éste componente de la comunicación se ve alterado con relación a la enfermedad, ya que hay presencia de monólogos y cambios dislocados del tema entre las

pacientes y sus familiares más significativos, especialmente con sus hijos, en donde la calidad de la comunicación con relación a la enfermedad se ve alterada.

En el segundo componente "Desarrollo de Temas", encontramos que las familias de las pacientes 1 y 4 existe un cambio de tema ante las conversaciones de la enfermedad, los cuales son reemplazados por otros y no se llevan a culminación, sin que aparezcan en los interactuantes síntomas de malestar, que interfieran en el proceso.

En las familias de las pacientes 2 y 3, los temas que no se llevan a su culminación son los temas laborales y económicos, los cuales son reemplazados por otros y no se desarrollan totalmente, puesto que causan malestar o desagrado en los miembros del sistema familiar. Éstos temas laborales y económicos, a su vez, son motivos de desacuerdos y conflictos en las familias de las pacientes 1, 2, 3 y 4, puesto que suelen causar estrés, ansiedad, angustia, originando problemas familiares en el sistema, hecho que determina las interacciones entre ellos.

Tomando como base lo planteado por Ángela Hernández, se puede determinar que éste componente del proceso de la comunicación "desarrollo de temas", en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer ó mastectomía, se encuentra alterado, puesto que casi nunca un tema se lleva a su culminación, mas bien aparece un cambio dislocado de contenido, con relación a los temas de la enfermedad, laborales, y económicos. Éstos cambios de tema pueden generarse

por el temor a la posibilidad de la reaparición de la enfermedad en el mismo enfermo ó en otro miembro de la familia, así como los gastos que genera la enfermedad y su tratamiento.

En el otro componente “Ruido en la comunicación”, observamos que en las familias de las pacientes 1, 2 y 4 frecuentemente, ante el desarrollo de temas cotidianos, se presentan interferencias provenientes de la calle (taller mecánico), del ambiente y de electrodomésticos (televisor, equipo de sonido, etc.), al igual que existen interferencias de voces al tiempo, en la familia de la paciente 1, y aumento en el tono de la voz en la familia de la paciente 3, específicamente cuando se tratan temas económicos.

En la familia de la paciente 4 se observó que uno de sus miembros le rapaba la palabra a la paciente. Al encontrarse alterado éste componente de la comunicación, debido a que existen innumerables interferencias en el proceso de éste, que no permiten una adecuada transmisión del mensaje entre el emisor y el receptor en el acto comunicativo, la comunicación y el mensaje de ésta se ve afectada, debilitando las interacciones familiares y los vínculos entre éstos, reafirmando así lo que postula Ángela Hernández.

En el componente del proceso de la comunicación “Contenido de los mensajes”, en las familias de las pacientes 1, 2 y 4 existe la presencia de contenidos positivos, relacionados con temas familiares, los cuales permiten el establecimiento de vínculos afectivos entre los miembros de la familia.

La paciente 1 recibe, del grupo de amigos, contenidos positivos (elogios, apoyo, refuerzos, etc.), convirtiéndose éste en una red social que le proporciona compañía, apoyo emocional y guía cognitiva para afrontar y aceptar los cambios. A diferencia, en la familia de la paciente 3, no se identificó la utilización de términos calificativos o descalificativos con relación a la paciente.

Cabe destacar que, a partir de la enfermedad, no surgió ningún término o contenido descalificativo hacia las pacientes, hecho que fortalece la autoimagen, el auto concepto el autoestima, les brinda seguridad y confianza en sí misma, ya que, con la aparición de la enfermedad éstas suelen tornarse inseguras e irritables, ansiosas y preocupadas por su apariencia física , al tener que ser sometidas a una cirugía como es la mastectomía, debido a las ideas irracionales que surgen entorno de ésta: en contraste con lo que postula Ángela Hernández. en estas familias, el clima familiar es funcional porque no priman los contenidos negativos que definen al mundo y a las personas con atributos descalificativos dentro de interacciones de reproches, de rechazo.

En el componente de la comunicación "Vías de interacción", en la familia de la paciente 1 se presentan interacciones de rivalidad y competencia en los temas laborales y económicos. En la familia de la paciente 3 se presentan interacciones de rivalidad y competencia en el holón conyugal, por distorsiones en la transmisión del mensaie: según Ángela Hernández. en el sistema familiar esto se presenta cuando la comunicación es poco funcional, las interacciones entre los miembros

serán simétricos. De igual forma en las familias de las pacientes 1 y 4 se observó la presencia de interacciones de dominio y sumisión en el holón conyugal y de los hermanos .

En el componente de la comunicación “Reacción a los contenidos”, en las familias de las pacientes 1, 2, 3 y 4 se evidenciaron algunas emociones o sentimientos (relajación, depresión, ira, angustia, temor), cuando tratan el tema de la enfermedad; en la familia de la paciente 4 se experimenta la relajación; en la familia de la paciente 1, depresión e ira; en la familia de la paciente 2 se presenta relajación y angustia y en la familia de la paciente 3, relajación y temor. Según Ángela Hernández. estas reacciones son para afrontar el estrés que le genera la enfermedad y el no darle un buen manejo a éstos, conlleva a la prolongación del conflicto (enfermedad) y no a la solución (aceptación y asimilación de la enfermedad mediante el acto comunicativo); así el hecho de que se tenga una comunicación funcional o adecuada, garantiza un adecuado afrontamiento de la situación.

8. CONCLUSIONES

A partir de todo el proceso de recolección e interpretación de la información, se pudo concluir que:

La comunicación se ve alterada ante diferentes situaciones de crisis (enfermedad) de sistema familiar, en donde se evidenció la afectación de los componentes de dicho proceso, como poca capacidad de escucha, desarrollo de temas, ruido en la comunicación y reacciones al contenido.

En el componente del proceso de la comunicación "capacidad de escucha" se vio alterado o disfuncional por la actitud negativa de algunos miembros de la familia y la transmisión negativa de los mensajes relacionados con la enfermedad. Así mismo éste componente se ve alterado por el temor de algunos miembros de la familia y/o pacientes, ante la posibilidad de reaparición del cáncer en la paciente u otro miembro del sistema familiar, al igual que por la falta de retroalimentación (positiva o negativa) del receptor al emisor.

Otro aspecto predominante que altera la capacidad de escucha de éstas familias, es la preocupación por los gastos económicos generados por la enfermedad. De igual forma se dificulta la capacidad de escucha, porque, en algunas de éstas familias, el tiempo que dedican para conversar de la enfermedad es muy corto,

como también el hecho de que la mayoría de los familiares de las pacientes muestren poco interés para conversar de la enfermedad, siendo así las pacientes quienes asumen un papel activo en dicho tema.

En el componente “desarrollo de temas”, se ve alterado en todas las familias, porque casi nunca los temas se llevan a su culminación o se desarrollan completamente, especialmente los relacionados con la enfermedad, lo laboral y lo económico, aunque se extienda a otros temas, con el objetivo de evitar caer en reacciones de malestar entre los miembros del sistema familiar.

El componente “ruido en la comunicación” , se presenta interfiriendo el proceso de la comunicación en las familias de las pacientes en estudio, los cuales no permiten una adecuada transmisión del mensaje en todo el sistema familiar. Éstas interferencias, que son producto de ruidos internos y externos, se presentan ante cualquier tema de conversación, afectando en general la calidad del proceso de la comunicación en la familia, puesto que éstos bloquean la continuidad de la comunicación y perturban el clima de la confianza que existe entre los miembros del sistema familiar.

El componente “contenido de los mensajes” no se encuentra alterado en ninguna de las familias en estudio, ya que los contenidos que se presentan son de carácter positivo y hay ausencia de atributos descalificados de la interacción familiar.

Aunque Ánuela Hernández (1998) postula que "cuando el clima familiar es poco funcional, priman los contenidos negativos", encontramos que en estas familias a pesar de que el clima es poco funcional no se presentan contenidos negativos o descalificativos dirigidos a la paciente con relación a la enfermedad.

El componente "vías de interacción" se ve alterado o afectado, porque en las familias en estudio se presentan interacciones de rivalidad y competencia, dominio y sumisión, así como también relaciones simétricas y complementarias. Las interacciones de rivalidad y competencia se observaron en el holón parental y conyugal en algunas de las familias, relacionados con temas laborales y económicos.

Las interacciones de dominio y sumisión se presentaron en el control de las conversaciones, de cualquier tema. Las relaciones simétricas y complementarias se presentaron en el holón conyugal con relación a la crianza de los hijos y los gastos económicos, hecho que altera la calidad de la comunicación y las vías de interacción en el sistema familiar.

En el componente "reacciones en el contenido" se evidenciaron manifestaciones no verbales y/o reacciones comportamentales ante el tema de la enfermedad, que fueron verbalizadas por las pacientes y sus familiares, los cuales no permiten una adecuada comunicación que garantice una apropiada aceptación y asimilación de la enfermedad, debido a que, tanto paciente como familiares, se cohíben de

expresar sentimientos y/o emociones ante sus familiares, para no generar malestar emocional; Esto debilita la confianza que debe existir en el clima familiar, especialmente la relacionada con la enfermedad.

Por último se hace necesario destacar que las pacientes en estudio, no reciben del holón parental el apoyo que éstos deberían proporcionar, propio del ciclo vital en que se encuentran familias con hijos adultos. Sin embargo se encontró que éstas funciones son ejercidas por el holón de los hermanos, quienes se convierten en un apoyo fundamental para el enfrentamiento de la crisis.

Así mismo, se concluye que son las mismas pacientes (holón individual), las que contribuyen a mantener la adaptabilidad del sistema familiar, enfrentando las crisis y dando respuestas al estrés situacional que experimenta la familia entera al tener un miembro enfermo de cáncer.

La adaptabilidad del sistema lo consigue la familia a través de la comunicación, siendo las pacientes quienes asumen un rol activo en éste proceso interaccional. Sin embargo, si en éstas familias el proceso interaccional, con relación a la enfermedad, estuviese compartido por todo el sistema familiar y no por una parte de éste, el proceso de la comunicación familiar fuera adecuado y por ende, los componentes de dicho proceso no se vieran afectados y la adaptabilidad del sistema se encontrara o permaneciera mejor estructurada en cuanto a la toma de decisiones y solución de problemas.

De igual forma, al estar alterado el proceso de la comunicación y sus componentes, la cohesión familiar también se encontraría un poco dispersa.

Se concluye que de las familias en estudio, dos de ellas poseen una cohesión familiar alterada, ya que en éstas se observa que todos sus miembros se encuentran desconectados, hay poca unión, solidaridad y lealtad familiar entre los miembros que la conforman, especialmente de los hijos hacia las madres, lo que pone de manifiesto que éstos no están cumpliendo con los roles que deberían cumplir con relación a los padres en ésta etapa de su ciclo vital. De ésta forma, la familia, al ser considerada como un sistema único que satisface las necesidades biológicas, psicológicas, afectivas y sociales de sus miembros, encontramos que en éstas dos familias no se están satisfaciendo las necesidades afectivas y psicológicas de las pacientes

Luego de haber realizado el proceso de investigación, encontramos que las familias en estudio, con pacientes diagnosticadas con cáncer y mastectomía, que se encuentran en el ciclo vital de edad adulta intermedia y tardía, correspondiente a la edad de 45 a 65 años, todas no se encuentran en la etapa de crecimiento vital. postulada por Ángela Hernández "familias con hijos adultos". debido a que se halló una familia en la etapa de crecimiento vital "familias con hijos adolescentes".

Por último, a través del proceso de la observación y verificación de la información se puede concluir que muchos de los entrevistados se contradicen en las

respuestas a diferentes preguntas durante el desarrollo de la entrevistas, lo cual se presenta por la dificultad que poseen para expresar todo lo relacionado con la enfermedad, afectando así el proceso comunicativo del sistema familiar y por ende a los componentes de dicho proceso.

9. SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Definitivamente la institución “Liga de Lucha Contra el Cáncer”, se convierte para las pacientes diagnosticadas con cáncer y mastectomía, en una red social y por ende en un sistema de apoyo para mejorar la calidad de vida de éstas, por lo cual se le sugiere implementar una estrategia que facilite el acceso al tratamiento de la enfermedad, en las pacientes que solicitan sus servicios, contactando empresas, entidades de salud, con el fin de realizar convenios para que disminuyan los costos del tratamiento de la enfermedad.

Así mismo, propiciar espacios en los cuales se fortalezcan los vínculos familiares, integrando pacientes, familiares y grupo de amigos, ya que el apoyo que recibe la paciente y la familia misma de sus entorno social, es muy importante, porque ayuda a afrontar la crisis y a mejorar su calidad de vida. Además porque el trabajo que realiza la institución con la paciente, hace que ésta elabore con mayor facilidad la aceptación de la enfermedad, y es la misma paciente quien asume el papel o rol activo dentro de la familia, para el afrontamiento de la enfermedad; al propiciarle espacios a la familia entera, ayudaría a que todos sus miembros desarrollaran una visión positiva ante la enfermedad.

A la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo “Simón Bolívar”, se le sugiere implementar y/o diseñar programas de intervención psicológica para las familias

que son objeto de estudio, en donde se cuente con la participación de profesionales de la salud mental, especialmente psicólogos.

Se le sugiere a las familias ver la enfermedad como una oportunidad para mejorar y/o fortalecer los vínculos familiares, así como también ser una fuente de apoyo principal para las pacientes ante las situaciones de crisis.

El grupo de investigación sugiere que se continúen desarrollando estudios con las familias de esta población tales como:

- Desarrollar el mismo estudio pero a nivel cuantitativo.
- Indagar cómo afecta el que los hijos no compartan el mismo territorio de la paciente, a el proceso de la comunicación.
- Describir el papel que cumple los hijos adultos en las familias con un miembro diagnosticado con cáncer.
- Indagar cómo afecta la presencia de la enfermedad en un miembro del subsistema conyugal a el subsistema de los hijos.
- Describir cómo afrontan los hijos la presencia de la enfermedad en uno de sus padres.
- Describir cómo afectan los hijos adolescentes, una enfermedad terminal, en uno de los miembros del sistema familiar, especialmente los padres.
- Diseñar un programa para mejorar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas con cáncer.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones que se presentaron en nuestra investigación, encontramos:

Al momento de la aplicación del instrumento de recolección de información "entrevista semiestructurada", se presentaron inconvenientes con las pacientes, por cambio de domicilio, y a última hora volver a seleccionar la muestra; además, dificultades para acordar la hora de la entrevista.

Otra limitación que se nos presentó fue el cambio imprevisto de asesor, lo cual dificultó un poco la preparación para la aplicación de la entrevista y la interpretación de los resultados.

Por último, al ser un estudio de caso la modalidad de nuestra investigación, no podemos generalizar los resultados a toda la población.

En la fase de sistematización de la información para la interpretación de los resultados, se nos dificultó considerablemente por el hecho de que algunos entrevistados se contradecían en algunas respuestas a las preguntas del instrumento de recolección de información "Entrevista semiestructurada".

BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN FAMILY HEALTH INSTITUTE. Cáncer. Libros cúpula/salud. Boston: TAC, 1999. (Traducción México). P. 76-80.

ANDER, Ezequiel. Diccionario de la Pedagogía. Ed. Magisterio del río de la Plata. Argentina. 1974. p. 48.

BARRIOS, Licet; RAMÓN, Luz Marina. La Comunicación como estrategia para el buen funcionamiento y desarrollo del Bienestar Humano del ambiente empresarial. Tesis de grado. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Barranquilla. 2000.

BRUNNER y SUDDARTH. Enfermería médico-quirúrgica. Octava edición. Vol. I. Mc Graw Hill Interamericana, 1996. Lippicott Rawen. p. 272 - 315.

CALVO MOLINA, Belkys de los Ángeles; PETY, Zaida; PERDOMO, Sofía. Recursos personales, familiares y de la comunidad de la familia y la paciente de 45-65 años frente al diagnóstico de cáncer de seno y mastectomía que asisten a la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla. Tesis de grado. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. Barranquilla. 2001. p. 79, 80, 81.

JCALLADO, Carlos. La comunicación humana en el mundo contemporáneo. Me Graw Huí. México. 1988. p. 3, 9.

CAMACHO, Jairo. Enciclopedia estudiantil. Ed. Educar. Bogotá. 1994. p. 170, 415.

DE LEE, Evelyn. Análisis del Proceso de la Comunicación. Tesis de grado. Universidad Autónoma del Caribe. Barranquilla. 1978. p. 23, 27, 33, 35.

DC, Sabiston. Tratado de patología quirúrgica. Me Graw Huí. México. 1998. p. 551, 573.

Diccionario de Medicina océano. Mosby. Barcelona- España, 1998. p. 810.

DORESTE, José Luis y otros. Guía Médica Familiar. Ed. Planeta. San Agustín S.A. España. 1998. p. 61 - 63.

ESTOADA, Laura. El Ciclo Vital de la Familia. Ed. Raidos. Argentina. P. 17.

FOLLETO ANUAL. Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla. 2001.

FUENTES, Juan Luis; FERNANDEZ, Carlos. Comunicación. Ediciones Fernández y Cía. S.A. Ed. MCG. Madrid - España. 1980. p. 15-29.

GARCÍA, Ramón; PELAYO, Groos. Pequeño Larousse Ilustrado. Ed. Larousse. Bogotá. 1994. p. 170, 415.

GARCÍA, Yomaira. Contexto de la crisis en la familia. Texto en preparación. Barranquilla. 1998.

HERNÁNDEZ, Ángela. Familia, Ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Ed. El Búho. Bogotá. 1998. p. 135.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNANDEZ, Carlos. Metodología de la Investigación. Ed. Me Graw Hill. México. 1991. p. 315, 393, 396.

HOUSSAY, Alberto B.; CINGULANI, Horado E. y colaboradores. Fisiología Humana de Houssay. Ed. El Ateneo. Séptima Edición. Buenos Aires. 2000. p. 726 - 727.

LOPEZ, Alejandro; PRADA, Andrea; SIMONETH, Franco. Psicología de la Comunicación. Chile. Universidad Católica de Chile.

MAGRO WOLF. La Investigación de la Comunicación en masas. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1996. p. 31.

MALDARRIAGA, David; ESCORCIA, Rodolfo. Origen y Fundamentos de la comunicación. Barranquilla. P. 4, 5, 7.

MARTÍNEZ, Leonor; MARTÍNEZ, Hugo. Diccionario de la Filosofía. Ed. Panamericana. Bogotá. 1996.

NERINO, Alberto. Diccionario Psicológico. Ed. Grijaldo. México. 199. p. 72.

NIÑO, Víctor Miguel. Proceso de la Comunicación Humana y del lenguaje. Ed. Presencia Ltda. Bogotá. 1994. p. 13, 34, 39.

PAPALIA, Diane; WENDKOS OLDS, Sally; ROTH DUSKIN, Feldman. Desarrollo Humano. Octava edición. México. p.120.

REALES UTRIA, Adalberto. Socioinvestigadón. Ed. Antillas. Tercera Edición. Barranquilla. 2000. p. 41, 46, 49.

SABINO, Carlos A. El Proceso de la Investigación. Ed. El Cid. Medellín. 1996.

SANDOVAL, Carlos. Investigación Cualitativa. Ed. Me Graw Hill. México. 1997.

TORO, Ricardo, YEPES, Luis. Fundamentos de medicina Psiquiatría. Tercera Edición. Ediciones Rojas. Corporación para Investigaciones Biológicas. Bogotá. 1997.

WATZLAWICK, Paúl; BEAVIN, Janeth. Teoría de la Comunicación humana. Ed. Herder. 1989. p. 68, 70.

WUELLER, F. Bárbara. Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud. Ed. Mc Graw Hill. Interamericana. México. 1989. p. 121 – 124.

INTERNET:

WWW.inter-mediación.com/papers/media.htm

WWW.usuarios.lycos.es/edecena/ingsistemas/conceptoTGS.htm#circularidad

WWW.saludpublica.com/An/AnPill/OI6080111999.2000.200i/.com

ANEXOS

ANEXO No. 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI – ESTRUCTURADA

Esta es una guía de entrevista semiestructurada por lo tanto las preguntas no van a ser planteadas de manera textual, ya que esto dependerá de la persona entrevistada (paciente o familiar más significativo).

1. ¿Cuáles son los temas preferidos de conversación entre la paciente y la persona más significativa?
2. ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto entre la paciente y la persona más significativa?
3. ¿De qué manera participa usted y esa persona en los temas de conversación?
4. ¿Quiénes hablan más sobre la enfermedad y los otros temas?
5. ¿Quiénes hablan menos?
6. ¿Quién cree usted que trata el tema con más frecuencia?
7. ¿Cuánto tiempo dedican ustedes para hablar y atender a cada uno de estos temas?

8. ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar sobre el tema?
9. ¿quiénes muestran poco interés para hablar sobre la temática? ¿Por qué?
10. ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?
11. ¿Cuál es la posición corporal y las expresiones faciales que asume la paciente y la persona más significativa cuando se habla acerca de la enfermedad y otros temas de conversación?
12. ¿En cuáles temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?
13. ¿En cuáles hay presencia de gritos?
14. ¿En qué temas de conversación hay presencia de niveles externos del ambiente, como electrodomésticos, ruidos provenientes de la calle, etc?
15. Cuando conversan acerca de la enfermedad y otros temas, ¿alguno de ustedes aumenta el tono de voz afectando la conversación del tema?
16. ¿Quién cree usted que frecuentemente lo hace?

17. ¿Quiénes de ustedes no culminan el tema de conversación?
18. ¿Qué tema de conversación no se desarrolla completamente? ¿por qué?
19. ¿Quién cree usted que no termina la conversación en relación con la enfermedad y otros temas familiares?
20. ¿Ante qué temas de conversación, se cambia el tema por otro? ¿por qué?
21. ¿En cuáles temas observa usted palabras o términos descalificativos entre la paciente y la persona más significativa?
22. ¿Con respecto a qué temas usted observa rivalidad y competencia?
23. ¿En cuáles temas de conversación se observan dominio y sumisión?
24. ¿Qué temas son motivo de desacuerdo entre la paciente y la persona más significativa?
25. ¿Cuáles son las emociones que experimenta la paciente y la persona más significativa cuando se hablan de estos temas?
26. ¿En qué lugar de la casa y de la calle hablan acerca de la enfermedad y otros temas familiares?

ANEXO No. 2

ENTREVISTAS A PACIENTES

PACIENTE 1

EDAD: 62 AÑOS

Entrevistador: Muy buenas tardes, ¿cómo está, señora Margarita?

Paciente: Bastante mejor, estoy haciendo tratamiento oral porque a mí no me mandaron quimio, entonces tengo que hacer el tratamiento por 5 años y todos los meses, una vez al mes, asistir cada 5 meses los exámenes generales.

Entrevistador: Me alegra mucho que se sienta bien, bueno nuestro objetivo es recoger información acerca de cómo la enfermedad ha afectado la comunicación a nivel familiar, recoger información para nuestra investigación y al mismo tiempo proporcionar información con el objetivo de que usted mejore en su relación familiar y que mejore psicológicamente, ése es el objetivo.

Paciente: Sí, me gustaría que al final me dieran algo que me diera más ánimo y más aliento.

Entrevistador: Bueno, nosotras vamos a regresar para darle una retroalimentación de los resultados de la investigación.

Paciente: Bueno, voy a contarles, todo empezó una noche, yo soy cristiana, soy de la cruzada estudiantil profesional de Colombia, un grupo cristiano, soy líder, tengo 17 años de estar asistiendo en congregación con mucha fe y mucha oración y una noche soñé que tenía unos quistes en el seno derecho, al lado de la costilla, cuando me levanté la sorpresa fue muy grande y como la hija mía trabajaba cuando eso, en la Liga de Lucha Contra el Cáncer, automáticamente ella pasó, yo le comuniqué como me había sentido ese día y fíjense que era verdad lo del sueño, el Señor me lo reveló y yo le dije a Dios que si el me lo había mostrado era para sanarme, y yo tenía fe que iba a sanar. Bueno, al día siguiente procedía hacerme la mamografía en el Club de Leones, porque el seguro Social estaba en paro y no quise esperar, me hice la biopsia, por la cual un amigo de nosotros me cobró muy barato y encontró los dos quistes y enseguida me los sacó y los llevamos al patólogo y estaban positivos. Bueno, yo le digo que eso para mí ha sido un golpe muy fuerte, muy grande, porque en verdad yo nunca, o sea, lo primero que yo aprendí de eso es que hay que cuidar y querer su cuerpo y yo nunca me había querido cuidar el cuerpo y no le había podido parar bolas y nunca me había hecho ningún chequeo, estudio, y yo le digo a todo el mundo con éste testimonio que se cuide y que uno debe quererse su organismo, adentro, lo que es vesícula, riñones, todo eso, porque tú sabes que uno se confía, no se hace un chequeo. Yo me descuidé mucho de mi vida, de mi organismo, y me resultó eso que nunca jamás me había imaginado, pues, nunca me había hecho una mamografía, eso me llevó a deprimirme mucho, yo pesaba 68 kilos y he bajado mucho, pues eso es muy deprimente, me tuve que operar enseguida porque ya él

me había abierto para hacerme la biopsia y eso no se puede tocar, entonces me tocó buscar la plata para operarme de mi cuenta y me operé en Renacer y fui donde el gerente del Seguro Social, le manifesté mi situación, entonces me dijo que él me operaba, pero que me tocaba pagar la clínica, entonces me operé y en la clínica me cobraron como dos millones de pesos, el ayudante tampoco me cobró porque era amigo mío. Eso fue muy deprimente al darme cuenta, porque él me dijo que no me iba a quitar el seno, sino era un triángulo y la sorpresa más grande y más horrible cuando él me operó, me vendó toda y como a los 15 días me quitaron la venda, me miré y me puse histérica, me quise como desmayar, me ha dolido mucho perder mi seno, yo soy una mujer muy amante, o sea, como le digo yo me cuido mucho mi andar, mi arreglo y mi parte personal y eso me da mucho en la moral porque digo que una mujer sin un seno se ve fea, me dolió mucho y empecé a ir a un psicólogo, a un psiquiatra, porque no lo aceptaba; todavía es la hora y yo no duermo sin brasiel, porque yo misma no he podido superar esto, mis hijas me mandaron la plata para la operación, las que están en Estados Unidos y me mandaron la prótesis de silicona y yo me la pongo dentro del brasiel , no me atrevo a mirarme ni yo misma, yo he sufrido mucho , he vivido yo no sé que tanto Dios me ha enseñado, porque hacía un año que al hijo mío lo habían matado, el varón y mis otras dos hijas están en Estados Unidos y la otra se había ido para Sampedra y a mi esposo le dio un infarto hace seis meses, mi mamá también se murió de vejez y así como ustedes me encontraron, estoy sola y eso yo he tratado de superarlo a través de la terapia integral que damos nosotros allá en la cruzada. Todo el mundo me dice que me he rejuvenecido, he

cambiado, yo he tratado de seguir adelante, pero de todas maneras, así como ustedes me ven aquí...(llanto).

Entrevistador: Es muy admirable ver en usted toda la valentía y la voluntad que ha tenido para salir adelante a pesar de que en estos momentos esté sola, pero eso es muy bonito, ya que usted ha logrado salir adelante.

Paciente: Mis hijas me han puesto una muchacha porque no puedo levantar el brazo, no puedo hacer fuerza, la hija mía me trajo ésta muchachita que está aquí. Yo tengo 7 meses de operada, yo he progresado mucho más que otras personas, pero todavía me falta mucho.

Entrevistador: Es que tú no eres de piedra o de palo, eres un ser humano, que como todos tiene sentimientos y emociones, y es por esto que las cosas le afectan o le duelen. Como le decía hace un momento, es muy admirable ver que a pesar de todo lo que le ha sucedido, usted ha tenido el empuje y las ganas de salir adelante y de superarse por sí misma y para ayudar a la comunidad.

Paciente: Ahora mismo allá en la cruzada hay políticas y a mí me nombraron para concejal y eso me da mucho aliento, porque me distraigo con la comunidad y trabajar con los niños de la calle, me dedico a esto y a grupos de oración.

Entrevistador: Eso indica que usted no se ha dejado decaer por la enfermedad.

Paciente: Le voy a decir la verdad, hay días que amanezco deprimida, paso todo el día encerrada en el cuarto, orando, no como; los domingos cuando la muchacha no viene, no salgo del cuarto, paso de la cama a la silla, el televisor lo metí en el cuarto por lo mismo. Me baño, me arreglo, porque me gusta estar arreglada, maquillada, a veces me pongo a leer, pero yo sé que eso no es natural porque a mí me gusta mucho la calle, yo entiendo que eso no es natural. Ustedes que son psicólogas eso es lo que llaman depresión.

Entrevistador: Claro, eso es depresión y es un periodo normal, usted de pronto dice que no es natural. No es natural porque antes de que apareciera la enfermedad usted no era así, pero usted esta pasando por un periodo bastante crítico, como es la enfermedad, y a partir de ahí usted empieza a experimentar una especie de cambios psicológicos que se van adaptando nuevamente a su personalidad y dentro de ellos está, esto, afrontar la crisis, aceptar la enfermedad como tal y todos los cambios que esto representa. Hay días que va a tener esas ganas de continuar y salir adelante.

Paciente: Al principio traté de esconderle a todo el mundo, no le dije a nadie que me habían quitado un seno. Pero ya yo he entendido que me estoy sanando, pero antes no quería comentarios ni preguntas, ni mostrarme, porque eso es deprimente.

Entrevistador: Margarita, a partir de la experiencia que nos estas comentando ¿cuáles han sido los temas de conversación tuyos y de las personas significativas para ti?

Paciente: Bueno, yo con las amigas mías del grupo, en la cual yo estoy en la cruzada, hablamos del cuidado de nuestro cuerpo, la salud, realizar los chequeos médicos, porque a mí me preocupa que me vaya a salir por otro lado, ya que en la liga a una amiga que ya le habían suspendido el tratamiento, le salió por otro lado. Eso es una preocupación permanente que yo tengo y pienso que más adelante, cuando ya suspenda el tratamiento, me va a volver a salir.

Entrevistador: Margarita, usted no esta viviendo el presente, sino que está proyectada es al futuro, las preocupaciones que tiene hacia el futuro le están perturbando vivir tranquilamente el presente. Bueno, nos ha hablado de los temas de conversación tuyos con tus amigas, pero háganos un poco de los temas de conversación preferidos con tu familia.

Paciente: La verdad es que yo sufro por la soledad en que estoy, porque desafortunadamente mis hijas se fueron y yo pienso que ellas son muy tranquilas, ellas me mandan la plata, pero la que vino ahora en julio, todavía es la hora que no me ha llamado; yo también tengo ese sufrimiento, siento como si ellas no me quieren, ellas tienen mucho tiempo de estar allá y no me han mandado a buscar.

Esa etapa también la sufro y la de mi hijo que era muy unido conmigo. La otra hija, que está en Sincelejo, es muy despreocupada, porque ni me llama.

Entrevistador: ¿Con ellos usted no ha hablado de la enfermedad?

Paciente: Sí, ellas estuvieron pendiente cuando la operación, pero después de ésta han sido muy despreocupadas, o sea, yo me siento como falta de amor, o será que como yo doy tanto amor, yo veo que ellas deben estar como más encima de mí, llamándome, porque lo único que me ha quedado son ellas tres, y es que ellas son como muy frescas, tranquilas, entonces, con mis amigas de la cruzada me siento muy bien, porque ellas me apoyan mucho, me llaman, vamos al congreso, salgo, vengo, hacemos reuniones, esa es una vida que me ha servido para el problema que tengo.

Entrevistador: ¿Cuáles serían los temas que son motivo de conflictos entre tú y las personas más significativas?

Paciente: Eso que yo digo, que ellas no me quieren y eso me lleva a un conflicto, a una preocupación, a una dejadez, o sea, que yo crea que ellos son así, de pronto cada cual quiere a su manera.

Entrevistador: ¿Usted les ha comentado esto a ellas?

Paciente: Se los he reclamado.

Entrevistador: ¿Qué le dicen ellas?

Paciente: Yo le digo: ¡ay, María!, ¿porqué no me has llamado? Y ella me dice: ay, mami! Si yo sé que tú estás bien; si yo ahora que fui te vi más rejuvenecida. Ella piensa que yo me he rejuvenecido porque yo antes tenía el pelo mono y cuando me operé el médico me dijo que tratara de cambiar el físico, que eso me iba a ayudar mucho; entonces me teñí el pelo de negro, me tatué las cejas, o sea, quise salir de aquello que yo estaba, consumida en la cama, y un día una amiga muy íntima me dijo: sal, arréglate; entonces yo traté de salir adelante y arreglarme mucho. Entonces cuando ellas vinieron pensaron que yo estaba tirada en una cama, me dijeron: mami, si tú estás mejor que antes. Pero no saben el sufrimiento que yo llevo por dentro, ellas no tienen ni idea de lo que yo estoy sufriendo. Ellas me mandaron un libro de las mastectomizadas, pero tú crees que ellas lo vieron? Ni siquiera lo leyeron, pero esto me ha servido de mucho.

Entrevistador: ¿De qué manera participa usted en estos temas de conversación?

Paciente: yo participo activamente, porque como yo soy líder, siempre expongo temas como el cáncer, el amor.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan más acerca de la enfermedad y los otros temas?

Paciente: Mi hermana. Ella está allá en Estados Unidos y me llama cada 15 días, me aconseja que no llore; ora mucho por mí.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos de la enfermedad?

Paciente: La otra hermana mía, ni siquiera me llama ni una vez.

Entrevistador: ¿Porqué cree usted que ella ni siquiera la llama?

Paciente: Porque salió a mi papá, él nunca nos dio cariño porque él nunca nos enseñó a dar amor.

Entrevistador: ¿Quién crees tú que trata el tema con más frecuencia?

Paciente: Mi hermana y mi amiga. Gladis, mi hermana la mayor, porque ella siempre ha estado conmigo, se preocupa por mi.

Entrevistador: ¿Qué tiempo dedica para conversar sobre la enfermedad?

Paciente: Mi hermana, Gladis, dura horas hablando conmigo, dándome consejos, al igual que mi amiga, que me llama todas las noches.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar de la enfermedad?

Paciente: Mi hija, la que vino en junio, y mi hermana, la que le dije que nunca me había llamado.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran poco interés para hablar de la temática?

Paciente: Mi hermana, la otra, la menor, la que nunca me llamó cuando estaba en la enfermedad; aunque yo no puedo juzgarla, porque a veces la gente piensa que está haciendo el bien y es todo lo contrario.

Entrevistador: ¿Ante qué tema de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?

Paciente: Yo quedo hablando sola cuando hablamos de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Con qué frecuencia le ocurre esto?

Paciente: Con mucha frecuencia. En las noches, después que mi hermana termina de hablar conmigo y yo no tengo con quien hablar.

Entrevistador: ¿En cuales temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?

Paciente: En algunas ocasiones, cuando hablamos de mi apariencia, cómo me veo, cómo me siento; esto lo hacen la mayoría de mis amigos y amigas, cuando me dan apoyo y me dicen cosas que necesito y que me ayudan a salir adelante.

Entrevistador: ¿En cuáles temas hay presencia de gritos?

Paciente: Un día que discutí con mi hija por un taxi que mi esposo me dejó, ella quiere que yo venda el carro y le dé la plata a ella. Ese es otro sufrimiento que yo tengo, porque yo no entiendo que ella pretenda quitarme lo que es mi sustento, porque a través de él es que yo consigo la comida; ese día discutimos fuerte, hubo gritos y yo sentí que perdí el control y quise morirme.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de ruidos que interfieran la comunicación?

Paciente: No, nunca hay interferencia en la comunicación por causa de ruidos externos.

Entrevistador: Cuando conversan acerca de la enfermedad ¿alguno de ustedes aumenta el tono de la voz?

Paciente: Mi hermana, porque ella no está de acuerdo con lo que mi hija me está haciendo.

Entrevistador: ¿Quién cree que frecuentemente lo hace?

Paciente: Ella, porque le da mucha rabia y no está de acuerdo con lo que yo quiero hacer.

Entrevistador: Cuando inician un tema de conversación ¿quiénes no lo culminan?

Paciente: Una de mis hijas de las que están en Estados Unidos.

Entrevistador: ¿Cuál es el tema que no se desarrolla completamente?

Paciente: El de la enfermedad, porque ese es su modo de ser o es que ellas evitan el tema para no sentirse tristes.

Entrevistador: ¿Cómo se acerca usted para retomar el tema?

Paciente: Yo no le guardo rencor a ninguna de las tres; la casada me quiere mucho, pero con ella es diferente porque es soltera, vive su espacio. No es lo mismo.

Entrevistador: Cuando no terminan un tema de conversación ¿lo cambian por otro?

Paciente: Sí, cuando hablamos de la enfermedad empezamos a hablar de otras cosas, como para no hablar de ésta.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación observa usted la utilización de nombres o palabras para referirse a usted?

Paciente: No, ellas siempre me han llamado mami, porque yo puedo decir que fui una buena madre; trabajé para que nunca les faltara nada.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación observa que alguno de ustedes toma el control y no deja hablar a otros?

Paciente: Mi hija la soltera, cuando yo estoy hablando con ella, no me deja hablar.

Entrevistador: ¿Qué temas son motivo de desacuerdos entre ustedes?

Paciente: El dinero, la parte económica y el problema que tengo con la hija que quiere que venda el carro.

Entrevistador: ¿Qué siente usted cuando hablan de éstos temas?

Paciente: Me deprimó, porque yo no quisiera depender de nadie, ser más libre.

Entrevistador: ¿En qué lugar o sitios hablan de éstos temas?

Paciente: Aquí en el cuarto, o como tengo teléfono inalámbrico, puedo caminar por toda la casa.

Entrevistador: Para terminar ¿Qué mensaje nos daría?

Paciente: Les digo que como futuras psicólogas que tratan profundamente a las personas, que se dediquen a hacerle seguimiento, hasta que la persona salga del conflicto. También les digo que brinden amor, porque las personas están faltas de amor y que quieran mucho a su mamá.

PACIENTE 2

EDAD: 53 años

Entrevistador: Buenas tardes Carmen. cuéntanos ¿cómo te has sentido?

Paciente: Gracias a Dios bien, porque tú sabes que cuando uno esta con Dios siempre está bien, él me dio una gran fortaleza para salir adelante, cuando el médico me dio la noticia eso para mí fue (llanto), no me quiero acordar de eso, porque eso fue terrible, cuando él me dijo que tenía cáncer sentí que el mundo se me venía encima; el apoyo que el médico me dio fue darme una historia para que fuera al universitario y él me iba a atender esa fue una ayuda muy grande que él me dio, todo paso muy rápido, él me opero y gracias a Dios salí bien. En esos momentos yo tuve un gran apoyo de mi hermana ella me cuida mucho al igual que mi mamá, después vinieron las quimioterapias, son horribles pero hay que soportarlas porque ellas son las que nos van a curar, aun todavía me hacen falta algunas quimioterapias pero estoy luchando para hacérmelas y lo voy a lograr. Los médicos dicen que soy una mujer rápida, que no vacile en hacerme las quimioterapias, gracias a Dios, yo estoy bien y sana, y después de mi cirugía, mi quimioterapia y Dios.

Entrevistador: Se le explica a la paciente el objetivo de la entrevista y de la investigación.

Paciente: Bueno, yo me siento bien, llena de fortaleza y con ganas de salir adelante, gracias a mi mamá y a mi hija la menor que siempre ha estado conmigo, pendiente de la droga, mi hermana también me ha apoyado, cuando dieron el diagnóstico a los dos días ya ella estaba aquí porque ella se encontraba en Venezuela.

Entrevistador: A partir de esta experiencia que nos comentas como fue la enfermedad ¿Cuáles han sido los temas preferidos de conversación entre tú y tu hija?

Paciente: Cuando apareció la enfermedad, yo me deprimí mucho, lloraba mucho, entonces mi mamá y mi hermana, hablaban conmigo y me aconsejaban que no llorara, me hablaban de la enfermedad, me ponían música y me ponían a ver televisión, porque cuando eso mi hija menor no estaba conmigo, ella se había ido de la casa y no nos hablábamos. A partir de la enfermedad siempre hablamos de la liga, de lo que me enseñan allá, del tratamiento y del dinero porque es el factor principal para realizarme las quimioterapias.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflictos entre tú y tu hija?

Paciente: Bueno en los días que me diagnosticaron el cáncer, yo tenía muchos conflictos con mi hija porque ella tenía un novio con el cual tenía 4 años, y yo lo

... fue mucho. porque él se portaba muy bien con ella. pero después ellos empezaron a tener problemas y la relación fue cambiando. hasta que mi hija lo dejó y se cuadró con un policía. pero yo no estaba de acuerdo con eso. porque como iba a dejar una relación de tantos años e iba a meterse con otro que no conocía y con el cual quería irse a vivir enseguida sin conocerlo bien. pero al otro ya lo conocía desde hacía muchos años. A raíz de esto surgen muchos conflictos entre mi hija y yo. a los pocos días me descubren el cáncer y cuando estoy en la liga me dan un libro que habla de los diferentes tipos de cáncer y encuentro que hay un cáncer que uno lo tiene pero se desarrolla a raíz de las preocupaciones y el estrés y entonces yo lo relaciono con lo que me estaba pasando.

Entrevistador: ¿De qué manera participas tú y la persona más significativa en los temas de conversación?

Paciente: Bueno. a mí siempre me ha gustado estar actualizada y hablar de la enfermedad, mi hija menor, siempre se muestra interesada y me pregunta por todo lo relacionado con la enfermedad; sin embargo, a mí me hace falta aquí en la casa el apoyo que me dan mis amistades ya que estos están pendientes y con su actitud demuestran el interés que tienen por mí, ya que en mis otros hijos no se observa igual porque ellos son más distantes y no se preocupan por mí siempre ha sido Orieta mi hija menor la que ha estado muy pendiente de mí.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan más acerca de la enfermedad?

Paciente: Mi hija Orieta cuando viene, me pregunta cómo te fue en la liga y yo le cuento todo lo que hicimos, le explico lo que aprendí del tema que se debatió cuando no viene acá ella me llama todos los días lo que indica que la que está más pendiente es ella. Porque yo llego por aquí (casa) y me preguntan mis otros hijos solamente cómo te fue pero no preguntan que hiciste, que te dieron, en cambio Orieta sí está muy pendiente de mí.

Por otro lado mi otro hijo al cual apodamos pepe está muy pendiente, él a veces, llega a la cocina o donde yo esté y me pregunta qué tienes, qué te sientes y cosas así y yo la respondo nada. Él no se puede encontrar a un conocido porque enseguida la cuenta lo que yo tengo, él comenta lo que paso a mí. Otra persona que también habla mucho de la enfermedad conmigo es mi nuera ella conmigo se ha portado muy bien; yo siempre a ella le digo Martha hay muchos tipos de cáncer pero algo que yo he aprendido es que el estrés y la preocupación lo desarrollan más rápido, y ella se interesa por todo esto y me pide que le explique todo lo relacionado con esto.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos de la enfermedad?

Paciente: Mi otra hija la que vive conmigo, en cambio la menor siempre está preguntándome, ya fuiste a la liga, por qué no fuiste, qué te paso. Aunque también tengo otro hijo que es un poco escaso de palabras y no es comunicativo conmigo con él nunca he hablado a cerca de la enfermedad porque él nunca me ha

preguntado como lo hace Orieta, aunque él siempre ha sido así. No puedo negar que él sí me ha colaborado con las drogas, pero no es un hijo que me diga cómo te sientes mami, que te duele, él no me abraza siempre me dice que hubo muñe, pero yo no veo ese abrazo de él como hijo.

Entrevistador: ¿Quién crees tú que trata el tema con más frecuencia?

Paciente: mi hija la menor, siempre está en contacto conmigo; también mi hermana Nieves ella se vino de Venezuela y duro 5 meses conmigo en ese tiempo conté con el apoyo de ella y me ayudo mucho a aceptar la enfermedad. A pesar de que ella no se encuentra conmigo encuentro mucho apoyo, me sigue llamando. Otra persona con la cual converso con mucha facilidad sobre el tema es con mi madre la cual también me ha apoyado mucho en esto de la enfermedad.

Entrevistador : ¿Qué tiempo dedican para hablar y atender estos temas?

Paciente: Con Orieta los días que me llama y en los que viene acá a mi casa; se pasa toda la tarde aquí. Con mi mamá hablo la mayor parte del tiempo ya que ella vive aquí conmigo, con mi hermana Nieves cuando me llama y con mi nuera cuando viene acá.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar del tema?

Paciente: Mis hijos varones, muy poco hablan de la enfermedad, el que más habla es pepe, pero el otro el que es escaso de palabra y poco comunicativo es con quien mayor dificultad tengo para hablar de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran poco interés para hablar de la temática?

Paciente: Ellos los varones.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?

Paciente: No aquí nosotros hablamos de la enfermedad y de otros temas pero nadie queda hablado solo, bueno que yo me acuerde nadie.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación se encuentra hablando varios al mismo tiempo?

Paciente: Siempre nosotras hablamos juntas, mis hijas, mi mamá y mi nuera, en algunas ocasiones cuando el tema está interesante y todas queremos opinar hablamos casi todas al tiempo, pero esto ocurre muy raras veces.

Entrevistador: ¿Cuáles son esos temas?

Paciente: Cuando hablamos de las novelas.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?

Paciente: Casi siempre cuando estamos conversando hay gritos, pero estos no están relacionados con el tema, sino que son para regañar a mi nieta cuando está haciendo algo indebido.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de ruidos externos?

Paciente: Siempre existen ruidos de la calle o de la televisión pero cuando estamos conversando cerca de ésta se la baja el volumen.

Entrevistador: Cuando conversan a cerca de la enfermedad y otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de voz afectando la conversación?

Paciente: No, entre nosotros existe mucho respeto, pero creo que más bien lo acostumbro a hacer yo debido a que tengo el tono de voz alto.

Entrevistador: ¿Quiénes no culminan el tema de conversación?

Paciente: Más bien los varones, ellos preguntan cosas sencillas como: Cómo estás, cómo te sientes, pero no preguntan cómo te fue en la liga, qué te dijo el médico, Cuándo tienes que hacerte la quimioterapia.

Entrevistador: ¿Qué tema de conversación no se desarrolla completamente?

Paciente: No, hasta que no se finaliza todo no dejamos de hablar, cuando estamos hablando de algo y alguien se va seguimos comentando las personas que nos quedamos.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que no termina la conversación de la enfermedad?

Paciente: Mis hijos los varones porque con mi mamá, mi nuera y mis dos hijas hablamos libremente de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación se cambia un tema por otro?

Paciente: Cuando hablamos cosas relacionadas con la casa, los problemas económicos.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación observa usted la utilización de nombres, palabras o términos con los que se dirigen a usted?

Paciente: A mí siempre me han llamado desde niña “la muñe” por cariño.

Entrevistador: ¿Después de la enfermedad no le han puesto otro nombre para referirse a usted?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación observa que algunos de ustedes tome el control de la conversación y no deja hablar a otro?

Paciente: Siempre soy yo la que a veces no dejo hablar al otro cuando estamos conversando porque yo me emociono y a mí me gusta estar hablando y preguntando.

Entrevistador: ¿Qué temas son motivos de desacuerdos entre ustedes?

Paciente: A veces cuando no nos ponemos de acuerdo en algo como por ejemplo los gasto económicos ese es en el que yo veo mayor desacuerdo.

Entrevistador: ¿En qué lugar o sitio hablan a cerca de estos temas?

Paciente: En todas partes, nosotros no tenemos un lugar específico para conversar.

Entrevistador: ¿Qué mensaje nos daría a nosotras?

Paciente: Estoy muy agradecida con ustedes porque hallan podido venir hasta acá y escuchar todo lo que les he comentado. Con relación a la enfermedad les digo que no tengan miedo es algo muy doloroso pero la vida continua, es algo muy doloroso cuando uno se ve sin un órgano muy importante para una mujer, pues se siente una tristeza muy enorme y yo más porque mis senos yo siempre los mantuve bien cuidados y al ver que ya nada más tengo uno eso me duele mucho, pero se que con el tiempo todo pasará por eso les digo que la vida continúa.

PACIENTE 3

EDAD: 58 AÑOS

Entrevistador: Buenas tardes Carmen ¿cómo te has sentido?

Paciente: Bien, gracias.

Entrevistador: Carmen, a partir de su experiencia con respecto a la enfermedad ¿qué nos puede comentar?

Paciente: Bueno, en abril del año pasado me diagnosticaron cáncer de mama, en un principio fue fuerte el impacto, pero ya ves, Dios me dio fuerzas y lo tomé como una prueba que me mandaba mi Dios. Pero de ahí en adelante, me operaron en mayo, y hasta ahora me he sentido bien. Conté mucho con la solidaridad de mi familia, de muchos amigos y sobre todo de muchas personas que yo ni siquiera contaba que iban a colaborar; entonces hemos tenido más acercamiento con la familia, pues he sentido que me debo más a ella. En un principio pensé que la vida se me acababa, ahora siento que tengo esperanza.

Entrevistador: ¿Qué le hace pensar que tiene esperanza y que la vida ha cambiado?

Paciente: Bueno, porque yo me siento bien, yo me siento que estoy sana, que el señor me ha sanado. Estoy en mi tratamiento; sólo me hicieron tratamiento de radioterapia, no necesité quimioterapia, gracias a Dios. Bueno, como me he hecho mis chequeos, los controles cada 6 meses, entonces estoy pendiente de los exámenes, eso me hace pensar que Dios me va a ayudar. Espero que Dios me dé muchos años para seguir adelante, ver a mis hijos realizados.

Entrevistador: Nos comentaba que recibió apoyo de toda su familia y de personas que jamás pensó que se fueran a acercar. ¿Contar con esas personas cree que la fortaleció más?

Paciente: Sí, yo creo que sí, porque son amigos que están en otros países y ellos estuvieron pendientes, me colaboraron con sus oraciones; entonces la familia está un poco más unida, uno que otro que todavía no se ha enterado.

Entrevistador: A partir de la experiencia con respecto a la enfermedad ¿cuáles han sido los temas de conversación preferidos entre usted y la persona más significativa, en este caso, su esposo?

Paciente: Hablamos bastante, pero de la enfermedad casi no, o sea que no lo tenemos como un tema principal porque uno trata de olvidarlo, aunque eso no se puede olvidar, pero no viviendo en función sólo de eso, porque hay otras cosas que también uno tiene que vivir. Hablamos del trabajo y de qué vamos a hacer

cuando pase más tiempo, por ejemplo: el hijo que tiene pensado viajar, que nos vamos a sentir, a quedar solos, porque el otro está en Bucaramanga. También hablamos de temas cotidianos.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas de conversación que son motivo de conflicto entre usted y la persona más significativa?

Paciente: A veces que él me dice que me he vuelto terca después de vieja, a veces que hay roces entre mi esposo y mi hijo y eso me...

Entrevistador: ¿Quiere decir que los problemas entre su hijo y su esposo la afectan y son tema de conflicto entre usted y su esposo? A partir de esto ¿de qué manera participa usted y la persona más significativa en los temas de conversación?

Paciente: De pronto, a veces él habla más que yo.

Entrevistador: ¿Quién habla más acerca de la enfermedad y otros temas?

Paciente: Yo, porque él a veces no quiere estar hablando de lo mismo, de pronto le tiene miedo a la palabra cáncer. Hablamos a veces porque tengo que estar haciéndome los controles, pero normal, sin angustias.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos de la enfermedad?

Paciente: Mi hijo.

Entrevistador: ¿Por qué piensa usted que su hijo habla poco de la enfermedad?

Paciente: Bueno, pienso que por su juventud. Él piensa que yo estoy bien y como es odontólogo y está dentro de la salud, se asusta menos que yo.

Entrevistador: Usted piensa que por sus conocimientos él tiene más conciencia de la enfermedad, por eso es que usted cree que él habla menos del tema.

Entrevistador: ¿quién cree usted que trata el tema con mayor frecuencia?

Paciente: Yo. Como tengo que estar hablando de cuándo me toca ir al médico, las pastillas, por lo que tengo que estar pendiente de los controles y como ellos están pendientes de cuándo debo ir a la liga, y a veces yo le explico a él que, por ejemplo, una compañera en la fundación que le salió otra vez la enfermedad en el otro seno y él pregunta ¿pero, por qué?, y yo le digo que eso sucede y entonces yo pienso que él cree que a mí me va a pasar lo mismo y entonces yo le digo que no todos los organismos son iguales. De pronto uno y las pastillas que está tomando, tiene que tomarlas todos los días a la misma hora; de pronto hay

pacientes que no le dan importancia, que la toman a cualquier hora y no tienen cuidado.

Entrevistador: Señora Carmen ¿quiénes demuestran mayor dificultad para hablar del tema?

Paciente: Ninguno. Todos hablamos sin dificultad.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran poco interés para hablar del tema?

Paciente: En realidad, aquí los tres compartimos, siempre hablo con los dos. En ese sentido no hay problema.

Entrevistador: Quiere decir que en su familia la comunicación es adecuada?

Paciente: Sí. Con mi hijo que está en Bucaramanga, que me llama y me dice ¿mami, cómo estás?, me pregunta si he ido al médico; él está pendiente también.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?

Paciente: Ninguno, porque nosotros sabemos que es de mala educación dejar a otra persona hablando sola. Nosotros hablamos normal, bien, ponemos atención.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación se encuentran varios hablando al mismo tiempo?

Paciente: En estos días hemos estado hablando mucho del hijo, de los planes de viaje, que tiene muchas expectativas, pero no, nosotros hemos estado hablando de todo un poco, de la marquería.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?

Paciente: Bueno, ante los temas de plata. Como la plata está tan escasa y hay que luchar tanto, y a veces él se pone bravo porque yo gasto así, sin medida y me dice que después mañana no hay. Él es el que controla la plata y todo, es el que la mide y todo eso, pero tampoco es que con gritos.

Entrevistador: ¿En que temas de conversación usted ha escuchado ruidos externos, como por ejemplo, la grabadora, televisor, electrodomésticos, etc?

Paciente: No, a veces estamos hablando y tenemos el televisor encendido y hablamos de cualquier cosa, del hijo que está en Bucaramanga o de la marquería, o de él, de su trabajo, le preguntamos qué hizo hoy, cosas así.

Entrevistador: ¿Y sobre la enfermedad?

Paciente: Bueno sí, sobre la enfermedad, cuando voy al médico, me preguntan ¿qué te dijeron?, ¿qué tienes que hacer?

Entrevistador: ¿Cuándo comentan sobre la enfermedad o algún tema en particular, alguno aumenta el tono de la voz?

Paciente: Bueno, el que es un poquito bravo aquí es el señor, pero a veces le sube un poquito el tono a la voz, pero nada significativo. No termina en tragedia ni nada que digamos, eso depende del tema del cual nos encontremos hablando.

Entrevistador: ¿Quiénes no culminan los temas de conversación?

Paciente: No, siempre terminamos lo que estamos hablando; que se deje al otro hablando solo, no.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación no se desarrollan completamente?

Paciente: Aquí todos somos muy comunicativos; hasta el momento todos se desarrollan. En éstos días el tema principal ha sido el viaje de él.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que no termina la conversación sobre la enfermedad y otros temas familiares?

Paciente: Todos participamos, terminamos los temas y ya. Ya nosotros hemos superado esto, al principio sí fue difícil, pero como al mes ya yo estaba bien anímicamente. Bueno, a mi esposo le costó un poco de trabajo superarlo, pero poco a poco yo le iba diciendo que como me dio a mi, también la ha podido dar a cualquiera y, entonces, él me pregunta que porqué a mi y yo le decía que eso le da a cualquiera, que nadie está exento.

Entrevistador: El hecho de que usted asistía a grupos en donde veía a otras personas que padecían ésta enfermedad, la ayudó a tomar conciencia sobre la incidencia de la enfermedad, a diferencia de su esposo que estaba acá.

Paciente: Sí, claro, eso es lo que yo creo, y por eso le digo a él que sería bueno que me acompañara, pero como él no tiene tiempo porque tiene que atender el negocio y no puede dejarlo; entonces yo voy un rato, y sí, en los grupos de apoyo uno se fortalece mucho y comparte y comparte las experiencias y entonces uno se da cuenta que la vida, que no es tan grave ni tan traumático, así como lo que uno piensa, que ya se le va a acabar la vida, y entonces poco a poco uno va con más confianza.

Entrevistador: ¿Qué tiempo dedican para hablar y atender a los temas de conversación?

Paciente: Hablamos en las noches, cuando estamos en la mesa cenando, como trabajamos todo el día.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación ustedes cambian un tema por otro?

Paciente: A veces cuando estamos hablando de la falta de plata, que a veces se desespera uno, cambia el tema y se pone a hablar de otra cosa, como del trabajo, porque yo vivo luchando con lo de la marquería, y el me vive diciendo: pero ya desconéctate, antes yo era peor.

Entrevistador: ¿Antes o después que le diagnosticaran la enfermedad?

Paciente: Antes. Yo me estresaba mucho y hasta soñaba con el trabajo, lo que tenía que hacer; me despertaba a veces pensando y sacando cuentas. Aún me estreso, pero menos que antes porque ya yo sé que no me puedo estresar porque me hace daño.

Entrevistador: Con todo lo que usted nos ha comentado respecto a la marquería ¿ha encontrado en ésta apoyo, como algo en qué ocuparse?

Paciente: Sí, claro, porque yo llego a la marquería y a veces se me olvidan todas las demás cosas; se me olvidan porque estoy pendiente de tolo lo que estoy

haciendo, lo que tenemos que entregar y entonces pasamos todo el día allá, venimos a la casa y hacemos la comida.

Entrevistador: O sea que ésta le ha servido de apoyo ahora, más que nunca?

Paciente: Sí, porque de todas maneras ¿qué hubiera sido de nosotros si hubiésemos dejado el negocio? Sí y ya hemos podido superar un poco.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación ha observado la utilización de nombres o términos con los cuales se dirigen a usted?

Paciente: No, para nada. Al contrario, las personas me dicen, bueno, las que tienen rato que no me ven, me dicen: estás bien!, pero cómo estás de bien!. Pero nada en particular.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación ha notado que alguno de ustedes tome el control y no deje hablar al otro?

Paciente: No, no, en realidad aquí la poco habladora soy yo, soy poco expresiva.

Entrevistador: ¿Qué temas son motivo de desacuerdo con su esposo?

Paciente: A veces, con el hijo, que el papá dice que yo lo consiento; tú sabes que uno siempre como mamá es muy consentidor.

Entrevistador: ¿En qué lugar o sitio hablan acerca del tema?

Paciente: Siempre cuando estamos en la mesa, cuando estamos comiendo, porque cuando llego es que estamos haciendo la comida; cuando estamos en la mesa hablamos.

Entrevistador: ¿Qué mensaje nos daría a nosotros y a todas las personas que padecen éste tipo de enfermedad como el cáncer?

Paciente: El mensaje es que no le tengan miedo a la palabra cáncer, a la enfermedad, es lógico, pero con el tiempo uno sale adelante, la vida no se acaba; que hay que luchar y estar pendientes de todos sus exámenes, pero que la vida no se acaba, pues, tiene esperanzas, claro, cuidándose y que de todas maneras todo gira alrededor de la confianza que uno tenga en Dios. porque como Él es el dueño de nuestra vida, todo se hace de acuerdo a su voluntad. Entonces por qué hay que temer que uno se va a morir cuando no es, si no cuando Dios diga, cuando el quiera; la vida sigue adelante, uno tiene que luchar y ser optimista ante todo, pero optimista, no estar deprimido, porque la depresión le hace daño a uno, precipita las cosas. Ante todo la confianza de Dios es lo primordial y al apoyo de la familia es importante, porque eso lo hace sentir a uno con deseos de seguir viviendo, sentir que uno está vivo, que tiene muchas cosas por hacer, pero sobre todo para servir a los demás, a los que están a tu alrededor y necesitan ayuda. Más que todo eso.

PACIENTE 4

EDAD: 45 AÑOS

Entrevistador: Buenas tardes. ¿Cómo se encuentra en éste momento?

Paciente: Buenas tardes. Me encuentro súper bien, gracias a Dios.

Entrevistador: ¿Cómo ha sido el proceso de su enfermedad?

Paciente: Primero que todo, en el mes de febrero, me decidí a hacerme todos los exámenes de citología y la mamografía y el médico que me atendió me dijo que tenía una bolita pequeña en el seno, que no le gustaba esa bolita. Yo me hice todos los exámenes, después de eso me llamaron a la casa, de la Liga y me dijeron: “señora Pura, tiene que venir acá a la Liga, con una persona adulta mayor”; yo fui, y cuando llegué, llegué toda melancólica, porque yo dije que si me llamaron fue porque algo malo me salió, más sin embargo yo le pedía fortaleza a Dios, pero tú sabes que en esos momentos así uno se pone a pensar en la familia, en mi hijo. En esos momentos el médico me dijo: Purita, te salió positivo, y yo le dije: doctor, yo me voy a morir, y yo lloré. Normal, yo lloré porque pensé, Dios mío, me voy a morir, Dios no permitas eso. El doctor me dijo que yo no iba a morir, que eso tiene cura; bueno, yo me calmé y cuando llegué a la casa no le dije nada a nadie, me puse fue a llorar en el cuarto y me miraba en le espejo y me decía: ¿por qué yo?. Después le comenté a mi hermana que me había salido positivo y ella no

me creía, como yo siempre he sido juguetona, me gusta molestar; pero después cuando yo me puse a llorar, sí me creyó y me fortaleció, porque ella es católica y gracias a Dios salí bien de la operación y estoy bien ahora. Me hicieron las quimioterapias, se reunieron todos mis hermanos y familiares que me apoyaron.

Entrevistador: A partir de esos momentos, de la enfermedad ¿cuáles han sido los temas de conversación preferidos entre usted y su hermana Flor?

Paciente: Yo tengo mucha confianza con ella, con ella es que charlo, ella me coge y me guía. Hablamos sobre la enfermedad, como todo, sobre los cuidados, tú saber que quieren cuidar siempre a uno. Ellos dirán que se va ésta y cómo quedamos? Como yo soy quien los alegra.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto?

Paciente: No, no hay temas de conflicto. De pronto porque me río mucho, pero en eso no hay nada así conflictivo.

Entrevistador: ¿De qué manera participan en los temas de conversación?

Paciente: Todos participamos. Yo participo jugándome con ellos, riéndome, fregándoles la vida.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan más sobre la enfermedad?

Paciente: Para ser franca, aquí nadie habla de mi enfermedad, será como todos me ven alegre, me cambio, salgo, prendo la grabadora, el televisor, hago alguna que otra cosa; por eso a ellos no le ha importado la enfermedad.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que trata el tema con mayor frecuencia?

Paciente: No, en la casa no hay personas que traten el tema con frecuencia.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos?

Paciente: Todos, casi no hablamos.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo dedican para hablar y tratar los temas de conversación?

Paciente: Poco tiempo hablamos de la enfermedad; sólo lo necesario, que tengo que ir al médico, cuidarme, así...

Entrevistador: ¿Quién presenta mayor dificultad para hablar de la enfermedad?

Paciente: Ninguno, en la casa ninguno presenta dificultad, porque lo que yo pasé, ya lo pasé y fue un cambio que hubo en mi, porque en vista que me diagnosticaron eso, porque ya yo no tengo nada. Soy una persona a la que siempre me han brindado amor, pero ahora me brindan más amor.

Entrevistador: ¿En qué temas se queda alguno de ustedes hablando solo?

Paciente: No, ninguno queda hablando solo. De pronto con mi marido, pero cuando me está regañando o yo le digo que me dijeron esto y el me dice que no le pare bolas a la gente y entonces yo le dejo ahí hablando.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación se encuentran varios hablando al mismo tiempo?

Paciente: No, cuando hablamos, hablamos nosotros dos y no hablamos al tiempo.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?

Paciente: A veces cuando me desespero porque el niño me exige que le dé cosas, aja, como toda madre debe darle a sus hijos; pero como me he gastado todos mis ahorros, a veces no tengo con que darle y a veces me pide cosas que no le puedo dar y le digo que ya no le puedo dar como lo hacía antes.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación hay presencia de ruidos externos, como televisor, radio, etc?

Paciente: Muy poco. Cuando hablamos todo está silencioso, de pronto ahora porque los niños están de vacaciones es que puede haber un poco de bulla, pero, no hay ruidos.

Entrevistador: Cuando hablan acerca de la enfermedad y otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de voz, afectando la conversación?

Paciente: No, porque prácticamente mis hermanos y casi nadie habla de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Quién de ustedes no culmina los temas de conversación?

Paciente: No. Cuando estamos hablando de la enfermedad u otros temas, todos se culminan.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación no se desarrollan completamente?

Paciente: Será de la enfermedad mía, porque mis hermanos me preguntan qué me dijo en medico de eso y yo les digo sobre el tratamiento, la alimentación, y me dicen: ah!... y no siguen hablando del temas, hablan de otra cosa.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que no culmina la conversación, referente a la enfermedad?

Paciente: Bueno, mis hermanos, porque a ellos no les gusta hablar casi cuando me van a visitar.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación se cambia el tema por otro?

Paciente: En ninguno. De pronto estamos hablando de diferentes temas como la casa, las novelas, los niños, pero no tenemos un tema en particular que se cambie así.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación ha observado la utilización de palabras o términos con que se refieren a usted?

Paciente: No, ninguno así. Por ejemplo, yo tengo un sobrino que me dice "perra", pero no por nada malo, sino que un día estábamos en la cama y él se me incrustó en las costillas y yo comencé a hacer como un perro. y él ahora me dice perrita. Él tiene 8 años.

Entrevistador: ¿En qué temas ha notado que alguno de ustedes tome el control de la conversación y no deje hablar al otro?

Paciente: Bueno, mi hermana, que siempre está hablando más, y cuando toma la palabra no la suelta, sobre todo cuando hablan de Dios, porque ella es católica, creyente.

Entrevistador: ¿Qué temas son motivo de desacuerdo entre ustedes?

Paciente: Ninguno en particular. De pronto porque yo soy así y ellos me dicen que me cuide y yo les digo que estoy bien.

Entrevistador: ¿En qué lugar de la casa hablan acerca de la enfermedad?

Paciente: En todas partes.

Entrevistador: ¿Qué mensaje nos darías a nosotros y a las personas que padecen éste tipo de enfermedad?

Paciente: Te doy gracia por venir a nuestro hogar, por escucharme, porque todo esto me ha servido.

A las personas que padecen éste tipo de enfermedad, que cuando ya le diagnostican la enfermedad, que ya le hacen la operación, todo eso, que tengan fe, que le pidan a Dios con toda esa fe infinita, que no hay nada imposible, que tampoco se achicopalen cuando le digan esto; que sigan adelante, que si son

personas que son todas introvertidas que sigan adelante, que se pongan un reto, ese reto es echar para adelante.

ANEXO No. 3

ENTREVISTAS A FAMILIARES SIGNIFICATIVOS.

FAMILIAR MÁS SIGNIFICATIVO DE PACIENTE 1: Hermana

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas de conversación preferidos entre usted y la paciente?

Familiar: De la familia, cosas muy sociales, de la vida de Cristo, de los problemas de ella, de los míos, de mi vida, de los procesos por los que ella ha pasado, de las pérdidas que ha tenido; comparamos las 2 vidas. En la crisis la apoyaba, le daba consejos, le decía que de éstas se aprende y se puede salir con la ayuda de Dios nuestro Señor, con la presencia de éste, le daba fortaleza.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas motivo de conflicto entre ustedes?

Familiar: Cuando a mi me resultó un trabajo lejos de ella, me dijo que iba a salir perdiendo y yo le manifesté que no, entonces tuvimos conflicto porque ella pensaba que iba a dejar a mi hijo solo.

Entrevistador: ¿De que manera participa usted y la paciente en los temas de conversación?

Familiar: Ahí nos empatamos. Participamos por igual.

Entrevistador: ¿Quién habla más acerca de la enfermedad y otros temas?

Familiar: No se habla de la enfermedad; ya la dejamos atrás, para no hacernos daño.

Entrevistador: ¿Quién habla menos?

Familiar: Yo hablo menos. No me gusta hablar sobre eso.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que trata el tema con más frecuencia?

Familiar: Margarita lo ha tratado con más frecuencia, por todo lo que ella ha pasado, ya que sus hijas la tienen sola.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo dedican ustedes para hablar y atender cada uno de éstos temas?

Familiar: Hablamos esporádicamente de eso. Aproximadamente cada 15 días.

Entrevistador: ¿Quién muestra mayor dificultad para hablar del tema?

Familiar: Yo diría que yo.

Entrevistador: ¿Quién muestra poco interés para hablar sobre la enfermedad?
¿porqué?

Familiar: Yo también, porque no me gusta estar removiéndolo el tema.

Entrevistador: ¿Ante qué tema de conversación alguna de ustedes queda hablando sola?

Familiar: No se da, porque, más bien estamos como los enamorados, no paramos de hablar.

Entrevistador: ¿En cuáles se encuentran hablando al mismo tiempo?

Familiar: En ninguno.

Entrevistador: ¿En cuáles hay presencia de sonidos externos?

Familiar: Algunas veces el equipo de sonido y el teléfono, específicamente en su casa.

Entrevistador: ¿En cuáles hay presencia de gritos?

Familiar: No, no hay.

Entrevistador: Cuando conversan ¿alguna de ustedes aumenta el tono de voz?

Familiar: Esporádicamente, pero generalmente no.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que lo hace frecuentemente?

Familiar: Yo, automáticamente pongo una barrera.

Entrevistador: ¿Quién de ustedes no culmina el tema de conversación?

Familiar: Cortamos lo más rápido posible, para no hacernos ya más daño.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación no se desarrollan completamente?
¿porqué?

Familiar: La pérdida de los hijos y la enfermedad, para no hacernos más daño y seguir removiendo.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que no culmina la conversación con relación a la enfermedad y otros temas?

Familiar: Yo, sobre todo cuando hablamos de la enfermedad, para no hacernos más daño.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación se cambia el tema por otro?

Familiar: Cuando hablamos de las experiencias desagradables, las cambiamos por agradables.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación observa palabras o términos descalificativos entre usted y la paciente?

Familiar: A veces le digo Margui y ella me dice Isa.

Entrevistador: ¿Respecto a qué temas observa rivalidad o competencia?

Familiar: Cuando ella habla del Señor (Dios).

Entrevistador: ¿Qué temas son motivo de desacuerdo entre ustedes?

Familiar: Cuando ella me habla de sus hijas.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación observa dominio y sumisión?

Familiar: En ella cuando habla del Señor y los testimonios.

Entrevistador: ¿Cuáles son las emociones que experimenta cuando habla de éstos temas?

Familiar: Fastidio, rabia.

Entrevistador: ¿En qué lugar de la casa y de la calle hablan acerca de la enfermedad y otros temas familiares?

Familiar: En cualquier parte, en el parque, la tienda.

FAMILIAR MÁS SIGNIFICATIVO DE PACIENTE 2: Hija.

Entrevistador: Buenas tardes Orieta, ¿Cómo ves a tu mamá?

Familiar: Bueno, últimamente la veo con una dolencia en las piernas, a veces no puede agilizarlas bien, tiene muchas dolencias, ella tiene problemas en esa pierna, específicamente en la rodilla. Físicamente la veo bien; normalmente está bien.

Entrevistador: Con relación a su estado de ánimo ¿cómo la ves?

Familiar: Bueno, a veces la veo u poco deprimida, a veces está alegre, pero de pronto es porque estamos con ella, juntos, se siente bien, se siente con fuerzas, con ganas de estar bien.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas que son motivo de conversación entre tú y ella?

Familiar: Las niñas, ella siempre se preocupa mucho por mis niños y hablamos siempre de nuestras cosas.

Entrevistador: ¿Qué implica nuestras cosas?

Familiar: Las cosas que me pasan, las cosas que me suceden; todo lo relacionado con las cosas que nos afectan, tanto a ella como a mi y, a ver, las cosas que vivimos en la casa, el afecto que tenemos con ella y todas esas cosas.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas motivo de conflictos entre tú y ella?

Familiar: A ver, de pronto lo económico, porque no tenemos los medios para obtener las cosas, porque prácticamente aquí ninguno está trabajando y eso es una cosa que ella de pronto piensa mucho, porque a veces tratamos de conseguir las cosas pero no se dan, entonces eso le preocupa mucho a ella como madre cabeza de hogar.

Entrevistador: ¿De qué manera participas tú en éstos temas?

Familiar: De qué manera?, o sea, con la confianza que nos tenemos las dos, de madre a hija y de hija a madre, o sea, con cariño, con amor, porque ella es mi madre y siempre está pendiente de nosotras, de mí y de mis niñas; sobre todo porque ella se preocupa mucho por nosotros, ella es una persona que siempre está pendiente de las cosas, de todo, hay mucha comprensión, ella es muy comprensiva. A veces, como todo, por su problema, hay cosas que ella piensa y que le afectan por su enfermedad, pero nosotras la hemos sobrellevado, ayudándola a salir adelante, debido a que ella debe hacer una vida como toda persona normal.

Entrevistador: ¿En esos temas preferidos se encuentra el de la enfermedad?

Familiar: Sí. A veces hablamos de eso, porque son cosas que a ella le han afectado, prácticamente hace un año que ella se operó y eso está reciente en nosotros y sabemos que es una enfermedad que está ahí, latente, ahí en su cuerpo y como todos nosotros estamos muy pendientes y somos concientes de que ella tiene esa enfermedad y que la debe seguir tratando, porque esa enfermedad la tiene en su cuerpo.

Entrevistador: ¿Quién habla más de la enfermedad?

Familiar: Bueno, prácticamente todos, mi abuela sobretodo que está muy pendiente a su enfermedad y prácticamente mi hermana y yo, que fuimos las que adelantamos todos los trámite para que ella se pudiera operar.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos de la enfermedad?

Familiar: Bueno, mi hermana y los varones, ellos son tres y son los que no se han compenetrado en verdad con lo que ella tiene, de pronto no tienen conocimiento de la enfermedad.

Entrevistador: ¿Quién crees tú que trata el tema con más frecuencia?

Familiar: Mi abuelita, que es la que más se preocupa por el estado de ella y nosotras las hijas, que si estamos pendientes de la quimioterapia, quien la va a acompañar al médico.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo dedica a hablar sobre cada uno de estos temas?

Familiar: Todo el que sea necesario, porque no sé si ellas le habrán comentado que ella tiene una tutela, porque a ella el tratamiento no se lo están avanzando por problemas de gobierno.

Entrevistador: ¿Quién muestra mayor dificultad para hablar sobre el tema?

Familiar: No, ninguno, porque nosotros prácticamente esto no es que lo hayamos tomado con frescura, pero sí con seriedad, porque sabemos que esa enfermedad es mala, pero nosotros tenemos fe en Dios, pero nosotros sabemos que ella con su enfermedad ha demostrado que es una mujer fuertísima, y como ella lo ha tomado así, nosotros también no nos hemos doblegado hacia la enfermedad; como ella se comporta, así nosotros también nos comportamos. El día en que ella está triste, tratamos que se ponga alegre, porque no nos hemos afligido por la enfermedad.

Entrevistador: ¿Quién muestra poco Interés para hablar de temática?

Familiar: O sea, mis hermanos no hablan de la enfermedad; mi hermano mayor, un poquito. Cuando ellos vienen le pregunta: te has hecho la quimioterapia?, pero como ya él es una persona independiente que está con sus hijos, su esposa, ya él se sale por la tangente; puede que venga hoy o mañana, pero no todos los días. Ni tampoco mis dos hermanos que vive acá.

Entrevistador: ¿Porqué crees tú que sucede eso?

Familiar: Bueno, de pronto porque ellos no tienen conocimiento y pasan desapercibidos, a diferencia de nosotras que estamos propensas al cáncer, por eso estamos más pendientes a la enfermedad.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?

Familiar: No, ninguno queda hablando solo, porque nos reunimos a hablar y a conversar. Hace unos días estábamos recordando todo lo que hicimos el año pasado para que se operara.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?

Familiar: No, eso no sucede. Cada cual habla y esperamos que deje de hablar para que otro hable.

Entrevistador: ¿En cuales temas de conversación hay presencia de gritos?

Familiar: No, aquí no peleamos, nosotros siempre estamos en armonía, porque somos concientes que ella no puede coger rabia y tampoco nosotros, porque eso le afecta a ella.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación hay presencia de ruidos externos que interfieran en la comunicación?

Familiar: Bueno, a veces hay ruidos en la calle. A veces estamos hablando y al frente hay un taller y no podemos hablar por la bulla del taller, que interrumpe y no nos deja escuchar.

Entrevistador: Cuando conversan sobre la enfermedad y otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de la voz, afectando la conversación?

Familiar: No, cuando nosotros hablamos, al contrario, hablamos más armoniosamente.

Entrevistador: ¿Quiénes no culminan el tema de conversación?

Familiar: No, nosotros no evadimos el tema. Siempre que hablamos de la enfermedad todos terminamos el tema, porque es algo a lo que todas las mujeres estamos propensas.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación no se desarrollan completamente?

Familiar: Todos los temas se desarrollan, cualquier tema se habla, porque siempre estamos pendiente de todo y estamos en armonía.

Entrevistador: Cuando están hablando de la enfermedad o cualquier otro tema ¿quién crees tú que no lo termina?

Familiar: Todas hablamos de la enfermedad y cuando lo culminamos lo hacemos todas al tiempo, siempre todas lo terminamos.

Entrevistador: ¿Cuándo se cambia un tema por otro?

Familiar: Cuando mi mamá habla del pasado, que son cosas que a ella le afectan, nosotras le decimos que el pasado es pasado y el presente es presente, que ya olvide esas cosas.

Entrevistador: ¿En cuál tema de conversación alguno toma el control?

Familiar: No, todos hablamos por igual, ninguno tiene el control de lo que se habla, se le respeta lo que habla.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación son motivo de desacuerdo entre ustedes?

Familiar: Los motivos de desacuerdo son las cosas que a ella le afectan, prácticamente lo económico, por lo que ninguno está trabajando.

Entrevistador: ¿Qué sientes tú cuando hablan de éstos temas?

Familiar: Eso me afecta, porque yo como mujer también estoy propensa a esa enfermedad y me da mucho miedo, porque como no tengo trabajo no he podido hacerme los exámenes.

Entrevistador: ¿En qué lugares hablan de la enfermedad y otros temas?

Familiar: En todas partes; en la puerta, en la sala o en el patio. No tenemos un lugar definido para hablar.

FAMILIAR MAS SIGNIFICATIVO DE PACIENTE 3: Esposo.

Entrevistador: A partir de la experiencia vivida con su esposa ¿cuáles han sido los temas de conversación preferidos entre ustedes?

Familiar: Bueno, generalmente nosotros hablamos del trabajo, hablamos de la situación económica de nosotros, de nuestro futuro, de los hijos; como a mí siempre me ha gustado anticiparme a las situaciones, para que no me agarren un poco desubicado, entonces nosotros hablamos del trabajo, de lo que nos falta.

Entrevistador: Cuéntenos ¿cómo fue el hecho de usted enterarse que su esposa padecía cáncer?

Familiar: Yo me enteré porque yo fui al médico con ella y entonces el mismo médico nos dijo lo que ella tenía. Lógicamente fue terrible, lo que realmente no me gustó fue que el médico fue muy alarmista y muy exagerado, muy brusco con nosotros; no fue una persona que nos dijo esto se puede hacer así, sino que él nos dijo enseguida fue de plata, nos dijo que la enfermedad de ella necesitaba mucho dinero, lo cual, lógicamente, nos afectó, porque esta es una enfermedad de mucha plata.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto entre usted y su esposa?

Familiar: Bueno, nosotros no entramos en conflicto, nunca; nosotros a veces tenemos ciertas diferencias por la parte económica, porque como vivimos muy limitados y a mi no me gusta nunca quedarme sin nada, porque el día siguiente no sé como voy a amanecer; entonces es en esa parte que existen las diferencias, entonces yo le digo que gaste menos. Eso es lo único, no hay nada más.

Entrevistador: ¿De qué manera participan en los temas de conversación?

Familiar: Participamos lo necesario, digamos muy poco; por lo general llegamos muy cansados y el tiempo que tenemos para hablar en la mesa es muy poco, durante las comidas nada mas, los días así, los fines de semana que hablamos, así...

Entrevistador: ¿Quiénes hablan más acerca del tema?

Familiar: Bueno, es en realidad ella. Como ha escuchado, ha ido a esos grupos de apoyo y la he escuchado hablar de lo que le dice el médico, de no pensar en eso, porque otra vez la enfermedad... entonces nosotros no hablamos de eso. Nos da miedo, a mi no me da miedo, pero, tratamos de no hacerlo, para no tratar un tema que realmente ya lo hemos tratado muy a fondo y que no queremos que se toque en la casa, no por miedo, sino , por nada. Es que nosotros a veces no tenemos tiempo para hablar de esos temas; hablamos de otros temas y se nos pasa el tiempo conversando.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos acerca del tema?

Familiar: El hijo. Él casi no trata eso. por lo que tiene más conocimiento. él sabe que ella está bien o, mejor, que seguirá mejor y entonces él casi no habla del tema. Él sabe que ella está bien y que no es necesario abordar el tema frecuentemente, para qué?, si no es necesario. Realmente ella está bien, nosotros la vemos bien.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que trata el tema con mayor frecuencia?

Familiar: Ella lo trata con mayor frecuencia. Generalmente lo trata cuando yo le pregunto, me gusta preguntarle muy comedidamente y en forma muy corta ¿qué pasó?, ¿qué es esto?, ¿porqué pasó?. Entonces allí le recuerdo sus chequeos, más que todo, que es la parte vital de la enfermedad, que estén a tiempo, porque generalmente se le olvidan las fechas por estar pendiente de otras cosas, se le olvida y entonces yo estoy pendiente. En ese sentido yo la apoyo y evito que se sofoque, que se moje el brazo, cosas así que le hacen daño.

Entrevistador: ¿Qué tiempo dedican para hablar y atender a los temas de conversación?

Familiar: El tiempo que le dedicamos nosotros es por las noches, porque es el momento más apropiado para eso. Durante el día no lo hacemos porque estamos

ocupados y entonces los temas que abordamos son referente a los compromisos que tenemos en el negocio.

Entrevistador: ¿Quién muestra mayor dificultad para hablar del tema?

Familiar: A mí no me gusta hablar del tema, vuelvo y repito, no por miedo, sino porque como ya lo escuchó decir, que porqué tienen que estar hablando de eso. Eso no es un tabú ni nada, porque a mí ya me han dicho que uno no tiene que acomplejarse, no tiene por qué sentir temor.

Entrevistador: ¿Qué siente usted cuando habla de la enfermedad?

Familiar: A mí en particular no me gusta hablar de eso, porque sería volver a recordar todo lo que vivimos, pero ella está sana.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran poco interés para hablar del tema?

Familiar: No, todos aquí en la casa mostramos el mismo interés para hablar del tema, todos igual, pero él (hijo) menos, porque, no sé si será que a él no le gusta o no quiere, o realmente no cree prudente o necesario hablar del tema.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando solo?

Familiar: Bueno, aquí ninguno queda con la palabra en la boca, todos hablamos, pero, a veces discernimos mucho por el modo de pensar, como con el hijo, él es una persona joven, ya tiene sus ideas más avanzadas, por eso allí sí prefiero quedarme callado, para no entrar en choque.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación se encuentran varios hablando al mismo tiempo?

Familiar: Bueno, cuando hablamos del resto de la familia, cuando estamos comentando lo que pasa en la familia de ella, de mis hermanos o de un primo; ahí sí nos ponemos a hablar todos de la misma cosa, por momentos sobre los comportamientos entre los mismos familiares, o sea, tú sabes que no todos los miembros de la familia tienen los mismos sentimientos.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?

Familiar: No hablamos de gritos, sino que de pronto alzarón un poco la voz en temas de la parte... Yo toda la vida, desde muy pequeño, he sido muy ordenado, metódico y entonces cuando no tengo la plata, ese es el punto más alto de la cosa, entonces sí me desespero, me entra mucha inquietud, me estreso.

Entrevistador: ¿En qué temas de conversación ha notado la presencia de ruidos externos como el de la TV., radio, etc.?

Familiar: No, yo los respeto a todos ellos cuando están viendo televisión. Si tengo que hablar, no los molesto o me acuesto, y si estamos hablando de una cosa, apagamos el televisor y seguimos la conversación.

Entrevistador: Cuando conversan acerca de la enfermedad u otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de la voz, afectando la conversación?

Familiar: No, nosotros tratamos de hablar pausadamente, lo más bajito, para que podamos entender, como personas civilizadas.

Entrevistador: ¿Quiénes no culminan el tema de conversación?

Familiar: A veces yo no lo culmino. A veces, cuando en realidad pienso que no me van a dar la razón porque piensan que me estoy volviendo viejo y que no tengo la razón, entonces yo prefiero quedarme callado para no entrar en polémica.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación no se desarrollan completamente?

Familiar: No, aquí todos los temas los desarrollamos, los terminamos, los damos por cumplidos, no los dejamos a medias, siempre los terminamos. Sí terminamos la conversación sobre la enfermedad lo que ocurre es que no la hablamos casi, porque tampoco yo le veo tanta necesidad ni nada, porque yo a ella la veo como una persona sana, prefiero mejor olvidar.

Entrevistador: ¿ Ante qué temas de conversación se cambia el tema por otro?

Familiar: cambiamos el tema de conversación, digamos, que estamos hablando de la familia y de pronto salimos hablando de un plan del hijo, de pronto salimos hablando otra vez de la familia.

Entrevistador: ¿ En cuáles temas de conversación ha notado la utilización de nombres o palabras para referirse a usted o a su esposa?

Familiar: no, ninguno.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación ha notado que alguno tome la palabra y no deje hablar al otro?

Familiar: Él. mi hijo. generalmente toma la batuta de la conversación cuando habla de las cuestiones modernas, de la tecnología; entonces ya uno está prácticamente desactualizado, entonces hablo, pues, de lo nuevo, la tecnología, del Internet, del computador.

Entrevistador: ¿Qué temas de conversación son motivo de conflicto entre ustedes?

Familiar: a veces son muchos los desacuerdos, a cerca del comportamiento mío, que es como muy radical, no le doy pase a ciertos comportamientos porque a

veces tengo la susceptibilidad herida y entonces dicen que la paso muy lejos, y entonces a veces me paso y la persona no tiene la culpa y eso es lo malo.

Entrevistador: ¿En qué lugar de la casa hablan acerca de la enfermedad y otros temas?

Familiar: por lo general nosotros conversamos en el cuarto, cuando estamos solos, cuando tenemos la oportunidad de charlar de cosa que me molestan, con las que no estoy de acuerdo.

FAMILIAR MÁS SIGNIFICATIVO DE PACIENTE 4: Hermana.

Entrevistador: Buenas tardes señora Flor, ¿cómo está?

Familiar: Bien, gracias a Dios.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas de conversación preferidos entre usted y su hermana?

Familiar: Son temas de trabajo, sobre tratamiento de la enfermedad, la visita al médico, lo que le dijeron en la liga.

Entrevistador: ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto entre ustedes?

Familiar: No hay . temas de conflicto nunca hemos tenido, al contrario, ella me colabora mucho; cuando yo no tengo, ella me da y así yo también con ella..

Entrevistador: ¿De qué manera participan en los temas de conversación?

Familiar: Normal. A veces ella me comenta cosas, como lo que le enseñaron a hacer y yo la escucho.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan más acerca de la enfermedad?

Familiar: Aquí en la casa casi no se habla, no se ven los motivos para hablar, porque tú sabes que la enfermedad de ella ya fue y como uno en la televisión ve las propagandas sobre las personas, que se hagan los exámenes y ya, ella se los hizo a tiempo.

Entrevistador: ¿Quiénes hablan menos sobre la enfermedad?

Familiar: Aquí, nosotros casi no; pero estamos pendientes de ella, diciéndole: purita, no te asolees, no te serenes, cuídate, y cosas así, y ella contesta: ay! No. Mi mamá está siempre pendiente de ella.

Entrevistador: ¿Quién cree usted que trata el tema con mayor frecuencia?

Familiar: Nadie. En verdad nadie toca el tema de la enfermedad, porque realmente ella no lo ha demostrado, porque cuando uno la ve parece que no le ha sucedido nada de lo que le sucedió. Yo la veo bien.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo dedican para hablar y atender a los temas de la enfermedad y otros temas?

Familiar: Bueno, cuando ella viene de la liga, de charlas con psicólogos, es cuando ella comienza a hablar, que me dijeron esto y cosas así sobre su enfermedad.

Entrevistador: ¿Quién muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad?

Familiar: Bueno, te diré que yo presento dificultad para hablar, porque hay veces que ella me dice que si le vuelve a dar, y yo le digo que ya deje de hablar de eso; o sea, que no me gusta.

Entrevistador: ¿Quiénes muestran poco interés para hablar del tema?

Familiar: Ninguno, porque tampoco los varones muestran interés, porque ellos le dicen que purita está bien. Le dicen que ella tiene que saber que tiene que cuidarse, alimentarse bien, que no coja rabia.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes queda hablando sólo?

Familiar: No, cuando ya todos estamos hablando, ninguno queda hablando sólo; terminamos de hablar con mi mamá.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación se encuentran varios hablando al mismo tiempo?

Familiar: Cuando comenzó la enfermedad, nos reunimos y todos hablábamos sobre lo que le pasó a ella.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?

Familiar: De pronto, cuando estamos hablando que llegan los sobrinos y dicen: tía, esto, y gritan y no dejan hablar preguntándole cosas o tía dame tal cosa.

Entrevistador: ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de ruidos externos, como televisor, radio, etc?

Familiar: A veces, cuando los sobrinos ponen la música, así que nosotros nos ponemos a conversar en el patio.

Entrevistador: ¿Ante qué temas de conversación se cambia el tema?

Familiar: No, nosotros hablamos de diferentes temas, pero que se cambien... no.

Entrevistador: ¿Ante qué tema usted observa que alguien toma el control de la conversación y no deja hablar a los otros?

Familiar: Cuando nosotros estamos hablando cada uno habla, pero hay veces en las que yo demoro más y ella me dice: ay! Pero deja que otro hable.

Entrevistador: ¿Qué temas son motivos de desacuerdos entre ustedes?

Familiar: No, ninguno. Al contrario, yo le doy fortaleza a ella, que siga adelante.

Entrevistador: ¿En qué lugares hablan de la enfermedad y otros temas?

Familiar: En todos lados donde estemos reunidos, si se llega a tocar el tema.

ANEXO No. 4

AUTOOBSERVACIÓN PARA EL ENTREVISTADOR

ENTREVISTA 1

- ✓ El entrevistador mostró un adecuado manejo y dominio de la guía de la entrevista.
- ✓ Realizó un adecuado encuadre de la entrevista, al igual que un adecuado rapport con el entrevistado
- ✓ Pudo controlar las interferencias que surgieron, sobre todo durante la entrevista y no involucró al observador en la entrevista ni en la solución de dichas interferencias.
- ✓ Aclaró a tiempo y de la forma más adecuada las dudas que surgían al entrevistado durante la entrevista.
- ✓ Procuró no establecer alianzas o coaliciones con el entrevistado o con un tercero.
- ✓ Conservó su rol jerárquico.

- ✓ Desarrolló una adecuada comunicación verbal, la cual fue coherente con la no verbal (gestos, movimientos de manos, cuerpo).
- ✓ Los contenidos psicológicos que se removieron al entrevistador durante la entrevista fueron: tristeza, la cual se logró controlar.

- **NORMAS Y LÍMITES**

Los acuerdos establecidos por parte del entrevistado y entrevistador, fueron cumplidos a cabalidad, entre estos acuerdos está llegar a la hora establecida, grabación de la entrevista, registro por parte del observador y participación del miembro significativo de la entrevista.

- **COMUNICACIÓN**

Se estableció una adecuada coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal.

En cuanto a las intervenciones, se presentó interrupción por parte de personas que llegaban a la casa, lo cual bloqueaba y perturbaba la continuidad de la entrevista.

- **EMPATÍA**

El entrevistador se mostró afectuoso, espontáneo y estableció la confianza con el entrevistado, lo cual fue correspondido. Además el entrevistador fue claro en la explicación de los objetivos, empleó un lenguaje claro, adecuado y accesible para el entrevistado, mostró seguridad y dominio al responder las inquietudes y contenidos tratados durante el desarrollo de la entrevista.

- **UBICACIÓN ESPACIAL**

Tanto el entrevistador como el observador, se ubicaron en una posición estratégica que permitió el adecuado desarrollo y observación de la entrevista.

- **OBSERVACIÓN NO ESTRUCTURADA**

La entrevistadora, al principio, se mostró segura; la entrevista se interrumpió varias veces. La señora entrevistada, al hablar, bajaba la mirada, no mantenía en contacto visual, tocaba y acariciaba constantemente sus manos; el tono de su voz cambió al hablar de la operación, se tornó melancólica al hablar de su autoimagen y empezó a llorar; se tornó triste cuando hablaba de su hija, se evidenciaron sentimientos de soledad y carencia afectiva.

Durante la entrevista se mantenía el equipo de sonido encendido.

- **AUTOOBSERVACIÓN PARA EL OBSERVADOR**

Durante la entrevista, éste mantuvo su rol, no intervino entre el entrevistador y el entrevistado; procuró no realizar manifestaciones verbales y no verbales con respecto a los contenidos tratados durante al entrevista. Registró detalladamente todo lo que sucedía durante la entrevista.

ENTREVISTA 2

- ✓ Durante la entrevista se observó un adecuado manejo y dominio de la guía de entrevista por parte del entrevistador, al igual que un adecuado rapport y encuadre con el entrevistado.
- ✓ El entrevistador pudo controlar a tiempo y con precisión las interrupciones que se presentaron durante el transcurso de la entrevista.
- ✓ Procuró no involucrar al observador en la entrevista ni en la solución de las interferencias que se presentaron durante el desarrollo de ésta.
- ✓ Conservó su rol jerárquico.
- ✓ No se observó el establecimiento de alianzas o coaliciones con el entrevistado o con un tercero.
- ✓ El entrevistador aclaró a tiempo y de la forma más adecuada las dudas que surgían.

- ✓ Los contenidos psicológicos que se removieron al entrevistador durante la entrevista fueron tristeza y deseos de llorar, sin embargo tuvo control de sus emociones.

- **NORMAS Y LÍMITES**

Los acuerdos establecidos, tales como la participación del familiar significativo, grabación de la entrevista y registro por parte del observador, fueron cumplidos a cabalidad.

- **COMUNICACIÓN**

Por parte del entrevistador se logró establecer una coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal; a diferencia, con el entrevistado no se evidenció coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal. En ocasiones se presentaron interrupciones por parte de personas que llegaban a la casa.

- **EMPATÍA**

Se logró establecer una adecuada empatía con la paciente y el familiar. El entrevistador y entrevistado se mostraron afectuosos y espontáneos.

- **UBICACIÓN ESPACIAL**

Tanto el entrevistador como el observador, se ubicaron en una posición estratégica que permitió el adecuado desarrollo y observación de la entrevista.

- **OBSERVACIÓN NO ESTRUCTURADA**

La entrevistadora se mostró segura; la señora fue clara, utilizaba frecuentemente las manos, emitía pequeñas sonrisas al hablar de la enfermedad y otros temas. A la familiar le era imposible mantener el contacto visual, bajaba la mirada y la cabeza al hablar de la relación con la madre y la enfermedad.

- **AUTOOBSERVACION PARA EL OBSERVADOR**

No intervino durante la entrevista, mantuvo su rol de observador. Procuró no emitir manifestaciones verbales y no verbales con respecto a los contenidos tratados; tomó nota de los aspectos más relevantes durante el transcurso de la entrevista. Se ubicó en una parte estratégica, desde la cual pudo observar tanto al entrevistador como al entrevistado. De igual forma se observó que quien ejerce el poder en la familia es la paciente (jerarquía).

ENTREVISTA 3

- ✓ Manejó y dominó adecuadamente la guía de la entrevista y estableció un adecuado rapport con el entrevistado.
- ✓ Controló adecuadamente las interferencias que se presentaron durante el desarrollo de la entrevista.
- ✓ Procuró no involucrar al observador en la entrevista ni en la solución de las interferencias que se presentaron.
- ✓ Explicó claramente el motivo de la entrevista y aclaró las dudas e inquietudes que surgieron al entrevistador.
- ✓ Conservó su rol jerárquico.
- ✓ No estableció coaliciones o alianzas con el sistema o alguno de sus miembros.
- ✓ Los contenidos psicológicos que se removieron al entrevistador durante el desarrollo de la entrevista fueron tristeza y deseos de ayudar a la paciente; a la vez se sintió conmovida con todo lo que expresaban, sobre todo el familiar, que mostraba negación, evasión y miedo al tema.

- **NORMAS Y LÍMITES**

Se logró cumplir a cabalidad con cada uno de los acuerdos establecidos, tales como la hora, lugar y participación de la paciente y el familiar más significativo en la entrevista. Se logró grabar y registrar (observador) toda la información.

- **COMUNICACIÓN**

Por parte del entrevistador existió una coherencia entre el lenguaje verbal y el no verbal.

En cuanto a la paciente y al familiar se observó que su comunicación verbal y no verbal no era coherente, puesto que manifestaban desinterés por el tema, pero su lenguaje no verbal evidenció lo contrario. Se presentaron pocas interferencias, toda la entrevista se desarrollo en calma.

- **EMPATÍA**

Tanto entrevistador como entrevistado mostraron empatía, espontaneidad, afecto y confianza entre ellos. El entrevistador fue claro en la explicación de los objetivos de la investigación, empleó un lenguaje adecuado, claro y accesible para el entrevistado, mostró seguridad y dominio al responder inquietudes, dudas y emociones por parte del grupo familiar.

- **UBICACIÓN ESPACIAL**

Tanto el entrevistador como el observador, se ubicaron en una posición estratégica que permitió el adecuado desarrollo y observación de la entrevista.

- **ESTRUCTURA E INTERACCIÓN**

Entrevistador y observador desempeñaron el rol establecido para la entrevista.

- **OBSERVACIÓN NO ESTRUCTURADA**

Durante la entrevista, la paciente se tornó tensa, ansiosa y mostraba inseguridad y miedo al responder las preguntas, al igual, se le tenía que repetir las preguntas y al responderlas tendía a repetir la pregunta formulada. No mantenía el contacto visual, tendía a dudar y quedarse callada cuando expresaba aspectos de la enfermedad.

El familiar por su parte se tornó melancólico, su mirada se tornó triste cuando expresaba su negación y miedo ante la enfermedad.

- **AUTOOBSERVACIÓN PARA EL OBSERVADOR**

No intervino entre el entrevistador y el entrevistado. No realizó manifestaciones verbales y no verbales respecto a los contenidos tratados en la entrevista.

Registró todos los aspectos que se presentaron en el desarrollo de la entrevista.

ENTREVISTA 4

- ✓ El entrevistador mostró manejo y dominio de la guía de la entrevista.

- ✓ Logró controlar las interferencias que se presentaron durante el desarrollo de la entrevista, sin involucrar al observador.

- ✓ Estableció un adecuado rapport y encuadre con el entrevistado y le explicó claramente el motivo de la entrevista.

- ✓ No involucró al observador en la entrevista ni en la solución de las dudas e inquietudes que surgieron.

- ✓ No estableció coaliciones o alianzas con el entrevistado.

- ✓ Mantuvo su rol jerárquico.

- ✓ Mantuvo una coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal.

- ✓ Los contenidos psicológicos que se removieron al entrevistador fueron tranquilidad, serenidad y confianza.

- **NORMAS Y LÍMITES**

Se cumplieron los acuerdos establecidos, tales como: grabación de la entrevista, horarios y participación en la entrevista de los miembros significativos de la familia.

- **COMUNICACIÓN**

Existió una coherencia entre la comunicación verbal y no verbal, en cuanto al contenido que construye entre el entrevistado y el miembro más significativo.

En cuanto a la comunicación verbal y no verbal del entrevistado, se notó una incoherencia, porque expresaba estar tranquila, pero se mostraba ansiosa y triste.

- **EMPATÍA**

Se evidenció confianza, afectividad y espontaneidad. El entrevistador fue claro en la explicación de los objetivos de la investigación; empleó un lenguaje adecuado, claro y de fácil entendimiento, mostró seguridad y dominio al responder las inquietudes.

- **UBICACIÓN ESPACIAL**

Tanto el observador como entrevistador se ubicaron en un lugar estratégico que permitió observar y desarrollar la entrevista.

- **OBSERVACIÓN NO ESTRUCTURADA**

La paciente sonreía; al contestar trataba de mostrarse tranquila, pero su expresión al escuchar a su hermana, demostraba tristeza; tendía a mostrarse inquieta y ansiosa ante las respuestas de ésta.

No existió interferencia durante el desarrollo de la entrevista; así mismo se observó que la paciente trataba de controlar sus emociones, se mostraba eufórica, pero a la vez se le notaban sentimientos de tristeza.

- **AUTOOBSERVACIÓN PARA EL OBSERVADOR**

No intervino durante el desarrollo de la entrevista, procuró no realizar manifestaciones verbales y no verbales respecto a los temas tratados.

ANEXO No. 5

CATEGORIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS PACIENTES

VARIABLE	PREGUNTA	RESPUESTAS				CATEGORÍA INDUCTIVA
		P1	P2	P3	P4	
* Temas motivo de conversación	* ¿Cuáles son los temas motivo de conversación entre tú y tu familiar más significativo?	* Bueno, yo con las amigas más del grupo, en la cual yo estoy en la cruzada, hablamos del cuidado de nuestro cuerpo, la salud, realizar los chequeos médicos, porque a mí me preocupa que me vaya a salir por otro lado, ya que en la liga a una amiga que ya le habían suspendido el tratamiento, le salió por otro lado. Eso es una preocupación permanente que yo tengo y pienso que más adelante, cuando ya suspenda el tratamiento, me va a volver a salir.	* A partir de la enfermedad siempre hablamos de la liga, de lo que me enseñan allá, del tratamiento y del dinero porque es el factor principal para realizarme las quimioterapias.	* Hablamos bastante, pero de la enfermedad casi no, o sea que no lo tenemos como un tema principal porque uno trata de olvidarlo, aunque eso no se puede olvidar, pero no viviendo en función sólo de eso, porque hay otras cosas que también uno tiene que vivir. Hablamos del trabajo y de qué vamos a hacer cuando pase más tiempo, por ejemplo: el hijo que tiene pensado viajar, que nos vamos a sentir, a quedar solos, porque el otro está en Bucaramanga. También hablamos de temas cotidianos.	* Yo tengo mucha confianza con ella, con ella es que charlo, ella me coge y me guía. Hablamos sobre la enfermedad, como todo, sobre los cuidados, tú saber que quieren cuidar siempre a uno. Ellos dirán que se va ésta y cómo quedamos? Como yo soy quien los alegra.	Temas de conversación.
* Participación en los temas de conversación.	* ¿De qué manera participas tú en los temas de conversación?	* Yo participo activamente, porque como yo soy líder, siempre expongo	* Bueno, a mí siempre me ha gustado estar actualizada y hablar	* De pronto, a veces, él habla más que yo.	* Todos participamos. Yo participo	* Participación: Activa. Pasiva.

		temas como el cáncer, el amor.	de la enfermedad, mi hija menor, siempre se muestra interesada y me pregunta por todo lo relacionado con la enfermedad; sin embargo, a mí me hace falta aquí en la casa el apoyo que me dan mis amistades ya que estos están pendientes y con su actitud demuestran el interés que tienen por mí, ya que en mis otros hijos no se observa igual porque ellos son más distantes y no se preocupan por mí siempre ha sido Orieta mi hija menor la que ha estado muy pendiente de mí.		jugándome con ellos, riéndome, fregándoles la vida.	
* Frecuencia de los temas de conversación.	* ¿Quiénes hablan más acerca de la enfermedad y otros temas?	* Mi hermana. Ella está allá en Estados Unidos y me llama cada 15 días, me aconseja que no llore; ora mucho por mí.	* Mi hija Orieta. Cuando viene, me pregunta cómo te fue en la liga y yo le cuento todo lo que hicimos, le explico lo que aprendí del tema que se debatió cuando no viene acá ella me llama todos los días lo que indica que la que esta más pendiente es ella. Porque yo llego por aquí (casa) v me	* Yo, porque él a veces no quiere estar hablando de lo mismo, de pronto le tiene miedo a la palabra cáncer. Hablamos a veces porque tengo que estar haciéndome los controles, pero normal, sin angustias.	* Para ser franca, aquí nadie habla de mi enfermedad, será como todos me ven alegre, me cambio, salgo, prendo la grabadora, el televisor, hago alguna que otra cosa; por eso a ellos no le ha importado la enfermedad.	Frecuencia de la conversación

			preguntan mis otros hijos solamente cómo te fue pero no preguntan que hiciste, que te dieron, en cambio Orieta sí esta muy pendiente de mí. Por otro lado mi otro hijo al cual apodamos pepe, también está muy pendiente de mí.			
* Frecuencia en los temas de conversación.	* ¿Quiénes hablan menos de la enfermedad y otros temas?	* La otra hermana mía, ni siquiera me llama ni una vez, porque salió a mi papá, él nunca nos dio cariño; porque él nunca nos enseñó a dar amor.	* Mi otra hija la que vive conmigo, en cambio la menor siempre está preguntándome, ya fuiste a la liga, por qué no fuiste, qué te paso. Aunque también tengo otro hijo que es un poco escaso de palabras y no es comunicativo conmigo con él nunca he hablado acerca de la enfermedad porque él nunca me ha preguntado como lo hace Orieta y los otros hermanos, aunque él siempre ha sido así.	* Mi hijo. Bueno, pienso que por su juventud. Él piensa que yo estoy bien y como es odontólogo y está dentro de la salud, se asusta menos que yo.	* Todos, casi no hablamos	Frecuencia de la conversación
* Frecuencia de los temas de conversación.	* ¿Quién trata el tema con más frecuencia?	* Mi hermana y mi amiga. Gladis, mi hermana la mavor.	* Mi hija la menor, siempre está en contacto conmigo:	* Yo. Como tengo que estar hablando de cuándo me toca	* No, en la casa no hay personas que traten el tema	Frecuencia de la conversación

		<p>porque ella siempre ha estado conmigo, se preocupa por mi.</p>	<p>también mi hermana Nieves ella se vino de Venezuela y duro 5 meses conmigo en ese tiempo conté con el apoyo de ella y me ayudo mucho a aceptar la enfermedad. A pesar de que ella no se encuentra conmigo encuentro mucho apoyo, me sigue llamando.</p>	<p>ir al médico, las pastillas, por lo que tengo que estar pendiente de los controles y como ellos están pendientes de cuándo debo ir a la liga, y a veces yo le explico a él que, por ejemplo, una compañera en la fundación que le salió otra vez la enfermedad en el otro seno y él pregunta ¿pero, por qué?, y yo le digo que eso sucede y entonces yo pienso que él cree que a mi me va a pasar lo mismo y entonces yo le digo que no todos los organismos son iguales.</p>	<p>con frecuencia.</p>	
<p>* Tiempo que dedican a los temas de conversación</p>	<p>* ¿Cuánto tiempo dedican para hablar de la enfermedad y otros temas?</p>	<p>* Mi hermana, Gladis, dura horas hablando conmigo, dándome consejos, al igual que mi amiga, que me llama todas las noches.</p>	<p>* Con Orieta los días que me llama y en los que viene acá a mi casa; se pasa toda la tarde aquí. Con mi mamá hablo la mayor parte del tiempo ya que ella vive aquí conmigo, con mi hermana Nieves cuando me llama y con mi nuer a cuando</p>	<p>* Hablamos en las noches, cuando estamos en la mesa cenando, como trabajamos todo el día.</p>	<p>* Poco tiempo hablamos de la enfermedad; sólo lo necesario, que tengo que ir al médico, cuidarme, así...</p>	<p>Tiempo empleado para conversar</p>

			viene acá.			
* Contexto donde se desarrolla la comunicación	* ¿En qué lugar o sitio hablan de la enfermedad y otros temas familiares?	* Aquí en el cuarto, o como tengo teléfono inalámbrico, puedo caminar por toda la casa.	* En todas partes, nosotros no tenemos un lugar específico para conversar.	* Siempre cuando estamos en la mesa, cuando estamos comiendo, porque cuando llego es que estamos haciendo la comida; cuando estamos en la mesa hablamos.	* En todas partes.	Contexto en el que se desarrolla la conversación
* Dificultad en el acto de escucha.	* ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar de la enfermedad y otros temas?	* Mi hija, la que vino en junio, y mi hermana, la que le dije que nunca me había llamado.	* Mis hijos varones, muy poco hablan de la enfermedad, el que más habla es pepe, pero el otro el que es escaso de palabra y es muy poco comunicativo es con quien mayor dificultad tengo para hablar de la enfermedad.	* No, ninguno. Todos hablamos sin dificultad.	* Ninguno, en la casa ninguno presenta dificultad, porque lo que yo pasé, ya lo pasé y fue un cambio que hubo en mí, porque en vista que me diagnosticaron eso, porque ya yo no tengo nada. Soy una persona a la que siempre me han brindado amor, pero ahora me brindan más amor.	Dificultad en el acto de escucha.

<p>* Dificultad en el acto de escucha.</p>	<p>* ¿Quiénes muestran poco interés para hablar de la enfermedad y otros temas?</p>	<p>* Mi hermana, la menor, la que nunca me llamó cuando estaba en la enfermedad; aunque yo no puedo juzgarla, porque a veces la gente piensa que está haciendo el bien y es todo lo contrario.</p>	<p>* Ellos, mis hijos, los varones.</p>	<p>* En realidad, aquí los tres compartimos, siempre hablo con los dos. En ese sentido no hay problema.</p>	<p>* Mis hermanos varones, porque ellos piensan que estoy bien.</p>	<p>Dificultad en el acto de escucha.</p>
<p>* Temas en los que no se recibe retroalimentación o respuesta.</p>	<p>* ¿Ante qué temas de conversación alguno de ustedes se queda hablando solo?</p>	<p>*Yo quedo hablando sola cuando hablamos de la enfermedad; con mucha frecuencia. En las noches, después que mi hermana termina de hablar conmigo y yo no tengo con quien hablar.</p>	<p>* No aquí nosotros hablamos de la enfermedad y de otros temas pero nadie queda hablado solo, bueno que yo me acuerde nadie.</p>	<p>* Ninguno, porque nosotros sabemos que es de mala educación dejar a otra persona hablando sola. Nosotros hablamos normal, bien, ponemos atención.</p>	<p>* No, ninguno queda hablando solo. De pronto con mi marido, pero cuando me está regañando o yo le digo que me dijeron esto y el me dice que no le pare bolas a la gente y entonces yo le dejo ahí hablando.</p>	<p>* Temas de conversación</p>
<p>* Aspectos de la comunicación no verbal.</p>	<p>* ¿Qué posición corporal y gestos asume cuando habla de la enfermedad y otros temas?</p>	<p>*No he identificado una en particular.</p>	<p>* No me he dado cuenta. Realmente hablo y ya.</p>	<p>* Ese aspecto no lo hemos detallado, ya que carecía de importancia, pero de ahora en adelante lo tendremos en cuenta.</p>	<p>* Hasta ahora no me he dado cuenta que cuando hablo de la enfermedad tenga algún gesto o postura del cuerpo. Yo hablo libremente de eso.</p>	<p>Aspectos de la comunicación no verbal.</p>

<p>* Temas que no se desarrollan completamente.</p>	<p>* Cuál es el tema que no se desarrolla completamente?</p>	<p>* Este la enfermedad, porque ese es su modo de ser o es que ellas evitan el tema para no sentirse tristes.</p>	<p>* No, hasta que no se finaliza todo no dejamos de hablar, cuando estamos hablando de algo y alguien se va seguimos comentando las personas que nos quedamos.</p>	<p>* Aquí todos somos muy comunicativos; hasta el momento todos se desarrollan. En éstos días el tema principal ha sido el viaje de él.</p>	<p>* Será de enfermedad mía, porque mis hermanos me preguntan qué me dijo en medico de eso y yo les digo sobre el tratamiento, la alimentación, y me dicen: ah!... y no siguen hablando del temas, hablan de otra cosa.</p>	<p>* Temas de conversación</p>
<p>* Temas que no se desarrollan completamente.</p>	<p>* ¿Ante qué temas de conversación ustedes cambian un tema por otro?</p>	<p>* Sí, cuando hablamos de la enfermedad empezamos a hablar de otras cosas, como para no hablar de ésta.</p>	<p>* Cuando hablamos cosas relacionadas con la casa, los problemas económicos.</p>	<p>* A veces cuando estamos hablando de la falta de plata, que a veces se desespera uno, cambia el tema y se pone a hablar de otra cosa, como del trabajo, porque yo vivo luchando con lo de la marquertería, y el me vive diciendo: pero ya desconéctate, antes yo era peor.</p>	<p>* En ninguno. De pronto estamos hablando de diferentes temas como la casa, las novelas, los niños, pero no tenemos un tema en particular que se cambie así.</p>	<p>* Temas de conversación.</p>
<p>* Protagonistas de la acción.</p>	<p>* Cuando inician un tema de conversación ¿quién no lo culmina?</p>	<p>* Una de mis hijas de las que están en Estados Unidos.</p>	<p>* Mis hijos los varones porque con mi mamá, mi nuera y mis dos hijas hablamos libremente</p>	<p>* No, siempre terminamos lo que estamos hablando; que se deje al otro hablando solo, no.</p>	<p>* No. Cuando estamos hablando de la enfermedad u otros temas.</p>	<p>* Frecuencia de la conversación.</p>

			de la enfermedad.		t los se c uniman.	
* Temas en los cuales hay presencia de voces al mismo tiempo	* En cuáles temas de conversación se encuentran hablando varios al tiempo?	* En algunas ocasiones, cuando hablamos de mi apariencia, cómo me veo, cómo me siento; esto lo hacen la mayoría de mis amigos y amigas, cuando me dan apoyo y me dicen cosas que necesito y que me ayudan a salir adelante.	* Siempre nosotras hablamos juntas, mis hijas, mi mamá y mi nuera, en algunas ocasiones cuando el tema está interesante y todas queremos opinar hablamos casi todas al tiempo, pero esto ocurre muy raras veces. Esto ocurre cuando hablamos de las novelas.	* En estos días hemos estado hablando mucho del hijo, de los planes de viaje, que tiene muchas expectativas, pero no, nosotros hemos estado hablando de todo un poco, de la marquería.	* No, cuando hablamos, hablamos nosotros dos y no hablamos al tiempo.	* Temas de conversación.
* Temas en los cuáles hay presencia de gritos.	* ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?	* Un día que discutí con mi hija por un taxi que mi esposo me dejó, ella quiere que yo venda el carro y le dé la plata a ella. Ese es otro sufrimiento que yo tengo, porque yo no entiendo que ella pretenda quitarme lo que es mi sustento, porque a través de él es que yo consigo la comida; ese día discutimos fuerte, hubo gritos y yo sentí que perdí el control y quise morirme.	* Casi siempre cuando estamos conversando hay gritos, pero estos no están relacionados con el tema, sino que son para regañar a mi nieta cuando está haciendo algo indebido.	* Bueno, ante los temas de plata. Como la plata está tan escasa y hay que luchar tanto, y a veces él se pone bravo porque yo gasto así, sin medida y me dice que después mañana no hay. Él es el que controla la plata y todo, es el que la mide y todo eso, pero tampoco es que con gritos.	* A veces cuando me desespero porque el niño me exige que le dé cosas, ajá, como toda madre debe darle a sus hijos; pero como me he gastado todos mis ahorros y a veces no tengo con que darle y a veces él me pide cosas que no le puedo dar y yo le digo que ya no le puedo dar como lo hacía antes.	* Temas de conversación.
*Temas en los cuales hay presencia de	* Cuando conversan sobre la enfermedad	* Mi hermana, porque ella no está de	* No, entre nosotros existe mucho respeto.	* Bueno, el que es un noquito bravo	* No, porque prácticamente mis	* Temas de conversación.

gritos	y otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de la voz, afectando la conversación?	acuerdo con lo que mi hija me está haciendo.	pero creo que más bien lo acostumbro a hacer yo debido a que tengo el tono de voz alto.	aquí es el señor, pero a veces le sube un poquito el tono a la voz, pero nada significativo. No termina en tragedia ni nada que digamos.	hermanos y casi nadie habla de la enfermedad.	
* Temas en los cuales hay presencia de ruidos externos.	* En qué temas de conversación existen ruidos provenientes del ambiente?	* No, nunca hay interferencia en la comunicación por causa de ruidos externos.	* Siempre existen ruidos de la calle o de la televisión pero cuando estamos conversando cerca de ésta se la baja el volumen.	* No, a veces estamos hablando y tenemos el televisor encendido y hablamos del hijo que está en Bucaramanga o de la marquería, o de él, de su trabajo, le preguntamos qué hizo hoy, cosas así.	* Muy poco. Cuando hablamos todo está silencioso, de pronto ahora porque los niños están de vacaciones es que puede haber un poco de bulla, pero, no hay ruidos.	* Temas de conversación.
* Temas en los cuales hay presencia de contenidos descalificativos y positivos	* ¿En cuáles temas de conversación observa usted la utilización de nombres o palabras, para referirse a usted?	* No, ellas siempre me han llamado mami, porque yo puedo decir que fui una buena madre; trabajé para que nunca les faltara nada.	* A mí siempre me han llamado desde niña "la muñe" por cariño.	* No, para nada. Al contrario, las personas me dicen, bueno, las que tienen rato que no me ven, me dicen: estás bien!, pero cómo estás de bien!. Pero nada en particular.	* No, ninguno así. Por ejemplo, yo tengo un sobrino que me dice "perra", pero no por nada malo, sino que un día estábamos en la cama y él se me incrustó en las costillas y yo comencé a hacer como un perro, y él ahora me dice perrita. Él tiene 8 años.	* Contenidos positivos.
* Temas en los cuales hay presencia de	* ¿Ante qué temas de conversación	* Mi hija la soltera, cuando yo estoy	* Siempre soy yo la que a veces no deio	* No, no, en realidad aquí la	* Bueno, mi hermana. que	* Temas de conversación.

interacciones de rivalidad y competencia.	alguno de ustedes toma el control y no deja hablar al otro?	hablando con ella de cualquier tema, no me deja hablar.	hablar al otro cuando estamos conversando porque yo me emociono y a mí me gusta estar hablando y preguntando.	poco habladora soy yo, soy poco expresiva.	siempre está hablando más, y cuando toma la palabra no la suelta, sobre todo cuando hablan de Dios, porque ella es católica, creyente.	
* Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.	* ¿Qué temas son motivo de desacuerdo entre ustedes?	* El dinero, la parte económica y el problema que tengo con la hija que quiere que venda el carro.	* A veces cuando no nos ponemos de acuerdo en algo como por ejemplo los gastos económicos; ese es en el que yo veo mayor desacuerdo.	* A veces, con el hijo, que el papá dice que yo lo consiento; tú sabes que uno siempre como mamá es muy consentidor.	* Ninguno en particular. De pronto porque yo soy así y ellos me dicen que me cuide y yo les digo que estoy bien.	* Temas de conversación.
* Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.	* ¿Qué temas son motivo de conflictos entre ustedes?	* Eso que yo digo, que ellas (hijas) no me quieren y eso me lleva a un conflicto, a una preocupación, a una dejadez, o sea, que yo crea que ellos son así, de pronto cada cual quiere a su manera.	* Bueno en los días que me diagnosticaron el cáncer, yo tenía muchos conflictos con mi hija porque ella tenía un novio con el cual tenía 4 años, y yo lo quería mucho, porque él se portaba muy bien con ella, pero después ellos empezaron a tener problemas y la relación fue cambiando, hasta que mi hija lo deja y se cuadra con un policía, pero yo no estaba de acuerdo	* A veces que él me dice que me he vuelto terca después de vieja, a veces que hay roces entre mi esposo y mi hijo y eso me...	* No, no hay temas de conflicto. De pronto porque me río mucho, pero en eso no hay nada así conflictivo.	* Temas de conversación.

			<p>con eso, porque como iba a dejar una relación de tantos años y se iba a meter con otro que no conocía y con el cual quería irse a vivir enseguida sin conocerlo bien, pero al otro ya lo conocía desde hacía muchos años. A raíz de esto surgen muchos conflictos entre mi hija y yo, a los pocos días me descubren el cáncer y cuando estoy en la liga me dan un libro que habla de los diferentes tipos de cáncer y encuentro que hay un cáncer que uno lo tiene pero se desarrolla a raíz de las preocupaciones y el estrés y entonces yo lo relacione con lo que me estaba pasando.</p>			
<p>* Temas en los cuales hay presencia de posturas, expresiones faciales y emociones.</p>	<p>* ¿Qué siente usted cuando habla de la enfermedad?</p>	<p>* Me deprimó, porque yo no quisiera depender de nadie, ser más libre.</p>	<p>* Cuando hablo de la enfermedad, yo me angustio, porque pienso que aún me faltan 3 quimioterapias y eso me preocupa mucho.</p>	<p>* Las pocas veces que hablo de la enfermedad, me siento un poco tranquila, porque ya no tengo nada, porque ya eso pasó.</p>	<p>* Me siento tranquila, porque yo ya estoy sana y me siento muy bien.</p>	<p>* Reacciones emocionales.</p>

ANEXO No. 6

CATEGORIZACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS FAMILIARES

VARIABLE	PREGUNTA	RESPUESTAS				CATEGORÍA INDUCTIVA
		F1	F2	F3	F4	
* Temas motivo de conversación.	* ¿Cuáles son los temas que son motivo de conversación entre ustedes?	<p>"De la familia, de las cosas muy sociales, de la vida de Cristo, de los problemas de ella, de los míos, de mi vida, de los procesos por lo que ella ha pasado, de las pérdidas que ha tenido, comparamos las dos vidas.</p> <p>En la crisis la apoyaba, le daba consejos, le decía que de ésta se aprende y se puede salir con la ayuda de Dios nuestro Señor, con la presencia de éste le daba fortaleza.</p>	* Las niñas, ella siempre se preocupa mucho por mis niños y hablamos siempre de nuestras cosas de las cosas que me pasan, as cosas que me suceden; todo lo relacionado con las cosas que nos afectan, tanto a ella como a mi y, a ver, las cosas que vivimos en la casa, el afecto que tenemos con ella y todas esas cosas.	* Bueno, generalmente nosotros hablamos del trabajo, hablamos de la situación económica de nosotros, de nuestro futuro, de los hijos; como a mí siempre me ha gustado anticiparme a las situaciones, para que no me agarren un poco desubicado, entonces nosotros hablamos del trabajo, de lo que nos falta.	* Son temas de trabajo, sobre tratamiento de la enfermedad, la visita al médico, lo que le dijeron en la liga.	* Temas de conversación.
Participación activa y pasiva	* ¿De qué modo participas tú en los temas de conversación?	" Ahí nos empatamos. Participamos por igual".	* De qué manera?, o sea, con la confianza que nos tenemos las dos, de madre a hija y de hija a madre, o sea, con cariño, con amor, porque ella es mi madre y siempre está pendiente de nosotras. de mí y de	* Participamos lo necesario, digamos muy poco; por lo general llegamos muy cansados y el tiempo que tenemos para hablar en la mesa	* Normal. A veces ella me comenta cosas, como lo que le enseñaron a hacer y yo la escucho.	* Participación activa. * Participación pasiva.

			<p>mis niñas; sobre todo porque ella se preocupa mucho por nosotros, ella es una persona que siempre está pendiente de las cosas, de todo, hay mucha comprensión, ella es muy comprensiva. A veces, como todo, por su problema, hay cosas que ella piensa y que le afectan por su enfermedad, pero nosotras la hemos sobrellevado ayudándola a salir adelante, debido a que ella debe hacer una vida como toda persona normal.</p>	<p>es muy poco, durante las comidas nada mas, los días así, los fines de semana que hablamos, así...</p>		
<p>* Frecuencia en los temas motivo de conversación.</p>	<p>¿Quién habla más acerca de la enfermedad?</p>	<p>No se habla de la enfermedad; ya la dejamos atrás, para no hacernos daño.</p>	<p>* Bueno, prácticamente todos, mi abuela sobretodo que está muy pendiente a su enfermedad y prácticamente mi hermana y yo, que fuimos las que adelantamos todos los trámite para que ella se pudiera operar.</p>	<p>* Bueno, es en realidad ella. Como ha escuchado, ha ido a esos grupos de apoyo y la he escuchado hablar de lo que le dice el médico, de no pensar en eso, porque otra vez la enfermedad... entonces nosotros no hablamos de eso. Nos da miedo, a mi no me da miedo, pero, tratamos de no hacerlo para no</p>	<p>* Aquí en la casa casi no se habla, no se ven los motivos para hablar, porque tú sabes que la enfermedad de ella ya fue y como uno en la televisión ve las propagandas sobre las personas, que se hagan los exámenes y ya, ella se los hizo a tiempo.</p>	<p>* Frecuencias de la conversación.</p>

				tratar un tema que realmente ya lo hemos tratado muy a fondo y que no queremos que se toque en la casa, no por miedo, sino , por nada. Es que nosotros a veces no tenemos tiempo para hablar de esos temas; hablamos de otros temas y se nos pasa el tiempo conversando.		
* Frecuencia en los temas motivo de conversación.	* ¿Quién habla menos acerca de la enfermedad y otros temas?	"Yo hablo menos... no me gusta hablar de eso".	* Bueno, mi hermana y los varones, ellos son tres y son los que no se han compenetrado en verdad con lo que ella tiene, de pronto no tienen conocimiento de la enfermedad.	* El hijo. Él casi no trata eso; por lo que tiene más conocimiento, él sabe que ella está bien o, mejor, que seguirá mejor y entonces él casi no habla del tema. Él sabe que ella está bien y que no es necesario abordar el tema frecuentemente, para qué?, si no es necesario. Realmente ella está bien, nosotros la vemos bien.	* Aquí, nosotros casi no; pero estamos pendientes de ella, diciéndole: purita, no te asolees, no te serenes, cuídate, y cosas así, y ella contesta: ay! No. Mi mamá está siempre pendiente de ella.	* Frecuencia de la conversación
* Frecuencia en los temas que son motivo de conversación.	* Quién trata el tema de la enfermedad con más frecuencia?	* Margarita lo ha tratado con más frecuencia, por todo lo que ella ha oasado.	* Mi abuelita, que es la que más se preocupa por el estado de ella v	* Ella lo trata con mayor frecuencia. Generalmente lo trata cuando vo le	* Nadie. En verdad nadie toca el tema de la enfermedad.	* Frecuencia de la conversación

		ya que sus hijas la tienen sola.	nosotras las hijas, que si estamos pendientes de la quimioterapia, quien la va a acompañar al médico.	pregunto, me gusta preguntarle muy comedidamente y en forma muy corta ¿qué pasó?, ¿qué es esto?, ¿porqué pasó?. Entonces allí le recuerdo sus chequeos, más que todo, que es la parte vital de la enfermedad, que estén a tiempo, porque generalmente se le olvidan las fechas por estar pendiente de otras cosas, se le olvida y entonces yo estoy pendiente. En ese sentido yo la apoyo y evito que se sofoque, que se moje el brazo, cosas así que le hacen daño.	porque realmente ella no lo ha demostrado, porque cuando uno la ve parece que no le ha sucedido nada de lo que le sucedió. Yo la veo bien.	
* Tiempo que dedican a los temas que son motivo de conversación.	* ¿Cuánto tiempo dedican para hablar y atender a los temas de la enfermedad y otros temas?	* Hablamos esporádicamente de eso. Aproximadamente cada 15 días.	* Todo el que sea necesario, porque no sé si ellas le habrán comentado que ella tiene una tutela, porque a ella el tratamiento no se lo están avanzando por problemas de gobierno.	* El tiempo que le dedicamos nosotros es por las noches, porque es el momento más apropiado para eso. Durante el día no lo hacemos porque estamos ocupados y entonces los temas que abordamos son referente a los	* Bueno, cuando ella viene de la liga, de charlas con psicólogos, es cuando ella comienza a hablar, que me dijeron esto y cosas así sobre su enfermedad.	* Tiempo empleado para conversar.

				compromisos que tenemos en el negocio .		
* Dificultad en el acto de escucha.	* ¿Quién muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad y otros temas?	* Yo diría que yo.	* No, ninguno, porque nosotros prácticamente esto no es que lo hayamos tomado con frescura, pero sí con seriedad, porque sabemos que esa enfermedad es mala, pero nosotros tenemos fe en Dios, pero nosotros sabemos que ella con su enfermedad ha demostrado que es una mujer fuertísima, y como ella lo ha tomado así, nosotros también no nos hemos doblegado hacia la enfermedad; como ella se comporta, así nosotros también nos comportamos. El día en que ella está triste, tratamos que se ponga alegre, porque no nos hemos afligido por la enfermedad.	* A mi no me gusta hablar del tema, vuelvo y repito, no por miedo, sino porque como ya lo escuchó decir, que porqué tienen que estar hablando de eso. Eso no es un tabú ni nada, porque a mi ya me han dicho que uno no tiene que acomplejarse, no tiene por qué sentir temor.	* Bueno, te diré que yo presento dificultad para hablar, porque hay veces que ella me dice que si le vuelve a dar, y yo le digo que ya deje de hablar de eso; o sea, que no me gusta.	* Dificultad en el acto de escucha.
* Dificultad en el acto de escucha.	* ¿Quién muestra poco interés para hablar de la	* Yo también, porque no me gusta estar removiendo el tema.	* O sea, mis hermanos no hablan de la enfermedad; mi hermano mavor. un	* No, todos aquí en la casa mostramos el mismo interés para hablar del	* Ninguno, porque tampoco los varones muestran interés.	* Dificultad en el acto de escucha.

	enfermedad y otros temas?		poquito. Cuando ellos vienen le pregunta: te has hecho la quimioterapia?, pero como ya él es una persona independiente que está con sus hijos, su esposa, ya él se sale por la tangente; puede que venga hoy o mañana, pero no todos los días. Ni tampoco mis dos hermanos que vive acá.	tema, todos igual, pero él (hijo) menos, porque, no sé si será que a él no le gusta o no quiere, o realmente no cree prudente o necesario hablar del tema.	porque ellos le dicen que purita está bien. Le dicen que ella tiene que saber que tiene que cuidarse, alimentarse bien, que no coja rabia.	
* Temas en los que no se recibe retroalimentación o respuesta.	* ¿Ante qué tema de conversación alguno de ustedes se queda hablando solo?	* No se da, porque, más bien estamos como los enamorados, no paramos de hablar.	* No, ninguno queda hablando solo, porque nos reunimos a hablar y a conversar. Hace unos días estábamos recordando todo lo que hicimos el año pasado para que se operara.	* Bueno, aquí ninguno queda con la palabra en la boca, todos hablamos, pero, a veces discernimos mucho por el modo de pensar, como con el hijo, él es una persona joven, ya tiene sus ideas más avanzadas, por eso allí sí prefiero quedarme callado, para no entrar en choque.	* No, cuando ya todos estamos hablando, ninguno queda hablando sólo; terminamos de hablar con mi mamá.	* Temas de conversación.
* Aspectos de la comunicación no verbal.	* ¿Qué posición corporal y gestos asumen cuando están hablando	* No he notado ninguno, ni en Margarita ni en mí.	* No les sabría decir, porque no he reconocido ningún gesto o postura.	* Sabe que en eso no he puesto cuidado, porque cuando hablamos	* Así como ustedes la ven, riéndose; pasa todo el tiempo	* Aspectos de la comunicación no verbal.

	de la enfermedad y otros temas?			prácticamente estamos comiendo o haciendo algo y no le prestamos atención.	así, haciendo muecas, jugándose, cuando hablamos de la enfermedad o de cualquier otro tema.	
* Temas que no se desarrollan completamente.	* ¿Cuáles son los temas que no se desarrollan completamente?	* La pérdida de los hijos y la enfermedad, para no hacernos más daño y seguir removiendo.	* Todos los temas se desarrollan, cualquier tema se habla, porque siempre estamos pendiente de todo y estamos en armonía.	* No, aquí todos los temas los desarrollamos, los terminamos, los damos por cumplidos, no los dejamos a medias, siempre los terminamos. Sí terminamos la conversación sobre la enfermedad lo que ocurre es que no la hablamos casi, porque tampoco yo le veo tanta necesidad ni nada, porque yo a ella la veo como una persona sana, prefiero mejor olvidar.	* El de la enfermedad, porque como nosotros la vemos tan bien, no nos gusta recordar eso.	* Temas de conversación.
* Temas que no se desarrollan completamente.	* ¿Ante qué temas de conversación ustedes cambian el tema por otro?	* Cuando hablamos de las experiencias desagradables, las cambiamos por agradables.	* Cuando mi mamá habla del pasado, que son cosas que a ella le afectan, nosotras le decimos que el pasado es pasado y el presente es presente. que va	*Nosotros cambiamos el tema de conversación, digamos, que estamos hablando de la familia y de pronto salimos	* No, nosotros hablamos de diferentes temas, pero que se cambien... no.	* Temas de conversación.

			olvide esas cosas.	hablado de un plan del hijo, de pronto salimos hablando otra vez de la familia; pero generalmente los tres.		
* Protagonistas de la acción.	* Cuando inician un tema de conversación ¿quién no lo culmina?	* Cortamos lo más rápidamente posible, para no hacernos ya más daño.	* No, nosotros no evadimos el tema. Siempre que hablamos de la enfermedad todos terminamos el tema, porque es algo a lo que todas las mujeres estamos propensas.	* A veces yo no lo culmino. A veces, cuando en realidad pienso que no me van a dar la razón porque piensan que me estoy volviendo viejo y que no tengo la razón, entonces yo prefiero quedarme callado para no entrar en polémica.	* Mis hermanos, ellos hablan muy poco de esto.	* Frecuencia de la conversación
* Temas en los que hay varias voces al tiempo.	* ¿En cuáles temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?	* En ninguno.	* No, eso no sucede. Cada quien habla y esperamos que deje de hablar para que otro hable.	* Bueno, cuando hablamos del resto de la familia, cuando estamos comentando lo que pasa en la familia de ella, de mis hermanos o de un primo; ahí sí nos ponemos a hablar todos de la misma cosa, por momentos sobre los comportamientos entre los mismos	* Cuando comenzó la enfermedad, nos reunimos y todos hablábamos sobre lo que le pasó a ella.	* Temas de Conversación.

				familiares, o sea, tú sabes que no todos los miembros de la familia tienen los mismos sentimientos		
* Temas en los cuales hay presencia de gritos.	* ¿En cuáles temas de conversación hay presencia de gritos?	* No, no hay.	* No, aquí no peleamos, nosotros siempre estamos en armonía, porque somos concientes que ella no puede coger rabia y tampoco nosotros, porque eso le afecta a ella.	* No hablamos de gritos, sino que de pronto alzarón un poco la voz en temas de la parte... Yo toda la vida, desde muy pequeño, he sido muy ordenado, metódico y entonces cuando no tengo la plata, ese es el punto más alto de la cosa, entonces sí me desespero, me entra mucha inquietud, me estreso.	* De pronto, cuando estamos hablando que llegan los sobrinos y dicen: tía, esto, y gritan y no dejan hablar preguntándole cosas o tía dame tal cosa.	* Temas de conversación.
* Temas en los cuales hay presencia de gritos.	* Cuando hablan de la enfermedad y otros temas ¿alguno de ustedes aumenta el tono de la voz, afectando la conversación?	* No, esporádicamente.	* No, cuando nosotros hablamos, al contrario, hablamos más armoniosamente	* No, nosotros tratamos de hablar pausadamente, lo más bajito, para que podamos entender, como personas civilizadas.	* No, porque todos nos respetamos la palabra.	* No se presenta.

<p>* Temas de conversación en los cuales hay presencia de ruidos externos.</p>	<p>* ¿En qué temas de conversación existen ruidos provenientes del ambiente?</p>	<p>* Algunas veces el equipo de sonido y el teléfono, específicamente en su casa.</p>	<p>* Bueno, a veces hay ruidos en la calle. A veces estamos hablando y al frente hay un taller y no podemos hablar por la bulla del taller, que interrumpe y no nos deja escuchar.</p>	<p>* No, yo los respeto a todos ellos cuando están viendo televisión. Si tengo que hablar, no los molesto o me acuesto, y si estamos hablando de una cosa, apagamos el televisor y seguimos la conversación.</p>	<p>* A veces, cuando los sobrinos ponen la música, así que nosotros nos ponemos a conversar en el patio.</p>	<p>* Temas de conversación.</p>
<p>* Contexto donde se desarrolla la comunicación.</p>	<p>* ¿En qué lugar o sitio hablan de la enfermedad y otros temas familiares?</p>	<p>* En cualquier parte, en el parque, la tienda.</p>	<p>* En todas partes; en la puerta, en la sala o en el patio. No tenemos un lugar definido para hablar.</p>	<p>* Por lo general nosotros conversamos en el cuarto, cuando estamos solos, cuando tenemos la oportunidad de charlar de cosa que me molestan, con las que no estoy de acuerdo.</p>	<p>* En todos lados donde estemos reunidos, si se llega a tocar el tema.</p>	<p>* Contexto en donde se desarrolla la conversación.</p>
<p>* Temas en los cuales hay presencia de contenidos descalificativos y positivos.</p>	<p>* ¿En cuáles temas de conversación, observa la utilización de nombres o palabras para referirse a la paciente?</p>	<p>* A veces le digo Margui y ella le dice Isa.</p>	<p>* A mi mamá todos le dicen muñe, yo también.</p>	<p>* No, ninguno.</p>	<p>* Bueno, lo de "perra", que la utiliza un sobrino para llamarla.</p>	<p>* Contenidos Positivos.</p>

<p>* Temas en los cuales hay presencia de posturas, expresiones faciales y emociones.</p>	<p>* ¿Qué siente usted cuando habla de la enfermedad?</p>	<p>* Fastidio, rabia.</p>	<p>* Eso me afecta, porque yo como mujer también estoy propensa a esa enfermedad y me da mucho miedo, porque como no tengo trabajo no he podido hacerme los exámenes.</p>	<p>* A mí, en particular, no me gusta hablar de eso, porque sería volver a recordar todo lo que vivimos, pero ya ella está sana.</p>	<p>* Yo me siento tranquila, porque sé que ya ella no tiene nada malo, además porque el cáncer tiene cura, por lo que ella puede seguir con su vida normal.</p>	<p>* Reacciones emocionales.</p>
<p>* Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.</p>	<p>* ¿Ante qué temas de conversación de alguno de ustedes asume el control y no deja hablar al otro?</p>	<p>* Ella, cuando habla del señor.</p>	<p>* No, todos hablamos por igual, ninguno tiene el control de lo que se habla, se le respeta lo que habla.</p>	<p>* Él, mi hijo, generalmente toma la batuta de la conversación cuando habla de las cuestiones modernas, de la tecnología; entonces ya uno está prácticamente desactualizado, entonces hablo, pues, de lo nuevo, la tecnología, del internet, del computador.</p>	<p>* Cuando nosotros estamos hablando cada uno habla, pero hay veces en las que yo demoro más y ella me dice: ay! Pero deja que otro hable.</p>	<p>* Temas de conversación.</p>
<p>* Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.</p>	<p>* ¿Qué temas son motivo de desacuerdo entre ustedes?</p>	<p>* Cuando ella me habla de sus hijas, porque yo no estoy de acuerdo con lo que ellas le hacen.</p>	<p>* Los motivos de desacuerdo son las cosas que a ella le afectan, prácticamente lo económico, por lo que ninguno está trabajando.</p>	<p>* A veces son muchos los desacuerdos, a cerca del comportamiento mío, que es como muy radical, no le doy nase a ciertos</p>	<p>* No, ninguno. Al contrario, yo le doy fortaleza a ella, que siga adelante.</p>	<p>* Temas de conversación.</p>

				comportamientos porque a veces tengo la susceptibilidad herida y entonces dicen que la paso muy lejos, y entonces a veces me paso y la persona no tiene la culpa y eso es lo malo.		
* Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.	* ¿Qué temas son motivo de conflictos entre ustedes?	* Cuando a mi me resultó un trabajo lejos de ella, me dijo que iba a salir perdiendo y yo le manifesté que no, entonces tuvimos conflicto porque ella pensaba que iba a dejar a mi hijo solo.	* A ver, de pronto lo económico, porque no tenemos los medios para obtener las cosas, porque prácticamente aquí ninguno está trabajando y eso es una cosa que ella de pronto piensa mucho, porque a veces tratamos de conseguir las cosas pero no se dan, entonces eso le preocupa mucho a ella como madre cabeza de hogar.	* Bueno, nosotros no entramos en conflicto, nunca; nosotros a veces tenemos ciertas diferencias por la parte económica, porque como vivimos muy limitados y a mi no me gusta nunca quedarme sin nada, porque el día siguiente no sé como voy a amanecer; entonces es en esa parte que existen las diferencias, entonces yo le digo que gaste menos. Eso es lo único, no hay nada más.	* No, ninguno.	* Temas de conversación.

ANEXO No. 7

DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS PACIENTES

VARIABLE	P1	P2	P3	P4	DESCRIP. INTEGRAL
Temas de conversación.	<p>Desde la perspectiva de la paciente los temas de conversación con su familia están relacionados con la preocupación por la salud, el autocuidado y el temor por la reaparición de la enfermedad.</p> <p>* ...“Hablamos del cuidado del cuerpo, de la salud, realizar los chequeos médicos, porque a mí me preocupa que me vaya a salir por otro lado”...</p> <p>Además ante estos temas de conversación la paciente queda hablando sola, por lo cual la paciente queda hablando sola y no recibe retroalimentación cuando conversan de la enfermedad.</p> <p>* ...“Yo quedo hablando sola cuando hablo de la enfermedad”...</p> <p>De igual forma estos temas de conversación no se desarrollan completamente dentro del subsistema parental.</p>	<p>Desde la percepción de la paciente, el tiempo empleado para conversar de la enfermedad y otros temas varía, ya que conversa con los diferentes miembros de la familia a cualquier hora del día. “con Orieta todos los días”. P. 266.</p> <p>Desde la perspectiva de la paciente, los temas de conversación con su familia, están relacionados con la salud y los conocimientos adquiridos en la liga (apoyo social). el factor económico para el sostenimiento de la enfermedad se convierte en otro tema de conversación.</p> <p>* ...“A partir de la enfermedad...”</p> <p>Este tema no se desarrolla completamente, debido a que es cambiado por otro durante la conversación. “cuando hablamos cosas relacionadas...”.</p>	<p>Desde la perspectiva de la paciente, los temas de conversación son los relacionados con el trabajo, los hijos y el futuro. “hablamos del trabajo y de qué vamos hacer cuando más tiempo y del hijo que tiene pensado viajar”.</p> <p>El factor económico es otro tema de conversación, el cual no se desarrolla completamente en las conversaciones “a veces cuando estamos hablando de la falta de plata”.</p> <p>Así mismo en este tema de conversación hay presencia de ruidos como gritos que interfieren en el proceso de la comunicación entre el holón conyugal.</p> <p>“El que es un poquito bravo es el señor y sube un poquito el tono de voz”. Los temas cotidianos son otros temas de conversación entre la paciente y su familiar. “Del hijo que</p>	<p>Desde la perspectiva de la paciente los temas de conversación con su familia son los relacionados con la enfermedad y los cuidados que se deben tener con respecto a ésta. “Hablamos de la enfermedad, como todo, sobre los cuidados, tu sabes que quieren cuidar siempre a uno”.</p> <p>La paciente identifica que estos temas de conversación no son desarrollados completamente por su familia. “Será sobre la enfermedad mía, mis hermanos me preguntan..</p> <p>El factor económico se convierte en otro tema de conversación para la paciente con su familiar, en el cual se presenta gritos en la conversación que interrumpe el proceso. “A veces cuando me desespero porque: ...”</p> <p>La paciente identifica que otros temas de</p>	<p>Desde el punto de vista de las pacientes, los temas de conversación con su familia están relacionadas con la salud, en los cuales se refleja el autocuidado que debe tener la paciente, el tratamiento médico, el temor por la reaparición de la enfermedad. De igual forma, otros temas de conversación son los laborales y económicos, convirtiéndose en una de las principales preocupaciones por el sostenimiento de la enfermedad, éstos temas se convierten en motivo de conflicto familia en el holón conyugal, y parental, generando así relaciones disfuncionales entre los miembros. Así mismo otro tema de conversación que se desarrolla hace referencia a los conocimientos adquiridos en la Liga de Lucha contra el Cáncer, la cual se ha convertido en una red de apoyo social para la familia. De igual forma se desarrolla temas de la</p>

	<p>* ..."El de la enfermedad, porque no sé si es el modo de ser de mis hijas"...</p> <p>Otro tema que es motivo de conversación entre la paciente y su familiar es el factor económico, el cual se convierte en motivo de conflicto entre ellos.</p> <p>* ..."Un día discutí con mi hija por un taxi, yo no entiendo que ella quiera quitarme lo que es mi sustento"</p> <p>La paciente identifica que otro tema de conversación son los cotidianos, como la apariencia física y el estado emocional, los cuales los desarrolla también con su grupo de amigos.</p> <p>"Cuando hablamos de mi apariencia de cómo me veo, cómo me siento; esto lo hacen la mayoría de mis amigas y amigos".</p> <p>En estos temas se presentan varias voces al tiempo, lo cual puede interferir en el proceso de la comunicación.</p> <p>En estos temas de</p>	<p>Así mismo estos temas "económicos" se convierten para la paciente en motivo de conflictos o desacuerdos con su familia "A veces cuando no nos ponemos de acuerdo con los gastos económicos".</p> <p>Otro tema de conversación son los cotidianos como las novelas, en las cuales se presenta varias veces al mismo tiempo, hecho que interfiere el desarrollo de la conversación. "...Esto ocurre cuando hablamos de las novelas".</p> <p>La paciente identifica que antes conversaciones existen interferencias como ruidos que provienen de la calle. "... Cuando estamos conversando juntos...".</p> <p>Ante estos temas la paciente asume el control de la conversación no dejando hablar al otro. "...Siempre soy yo la que no deo hablar al otro..".</p> <p>Desde la perspectiva de la paciente es ella quien participa activamente durante las</p>	<p>tiene pensado viajar".</p> <p>La paciente no identifica dentro de los temas de conversación los relacionados con la enfermedad "hablamos bastante, pero de la enfermedad casi no".</p> <p>* ..."Hablamos del trabajo"...</p>	<p>conversación son los cotidianos como las novelas y los niños. "Hablamos de diferentes temas como las novelas, los niños".</p> <p>Así mismo, ante estos temas de conversación se presentan gritos en la conversación entre ella y su esposo. "De pronto con mi marido cuando éste me está regañando".</p> <p>Los temas espirituales se convierten en motivo de conversación entre la paciente con su familiar, en los cuales el familiar tema el control de la conversación "Mi hermana que siempre está hablando más, sobre todo cuando habla de la palabra (Dios)..".</p> <p>* ..."Hablamos sobre la enfermedad, sobre los cuidados"...</p> <p>* ..."Mis hermanos me preguntan: ¿qué te dijo el médico de eso? Y no siguen hablando y hasta allí"...</p> <p>* ..."Será sobre la enfermedad mía"...</p> <p>* ..."De pronto porque yo soy así y ellos me dicen que me cuide"...</p>	<p>cotidianidad de las pacientes con sus familiares.</p> <p>La enfermedad como tema de conversación es desarrollado completamente por parte de las pacientes y se denota que en algunas familias no se desarrolla completamente por parte del holon conyugal (familia 3), holon parental (familia 1 y 2) y holon de los hermanos (familia 4), en donde no se recibe una retroalimentación o respuesta en el acto comunicativo; ante algunos temas de conversación existen ruidos e interferencia provenientes del ambiente y de electrodomésticos, los cuales interrumpen un adecuado proceso de la comunicación, al igual se presentan varias voces al tiempo y aumento en el tono de voz ante el desarrollo de temas económicos (familia 1 y 3); ante temas cotidianos se presentan varias voces al tiempo (familia 2).</p> <p>En estos mismos temas las pacientes asumen el control de la conversación no dejando</p>
--	---	--	---	---	--

	<p>conversación la paciente considera que su familiar toma el control de la conversación no dejándola hablar durante ésta.</p> <p>“Mi hija la soltera no me deja hablar, cuando estamos hablando de cualquier tema”.</p>	<p>conversaciones relacionadas con la enfermedad.</p> <p>“...Siempre me ha gustado estar actualizada y hablar de la enfermedad”.</p> <p>* ...”En algunas ocasiones, cuando el tema está interesante”...</p> <p>* ...”Cuando estamos conversando juntos, existen ruidos provenientes de la calle”...</p>			<p>hablar al otro, lo cual origina interacciones de rivalidad y competencia entre los miembros. De igual forma la religión también se convierte en tema de conversación en el cual uno de los miembros del holon de los hermanos no deja hablar a la paciente, lo que determina interacción de dominio y sumisión. (familia 4).</p>
<p>Participación activa y pasiva.</p>	<p>Desde la percepción de la paciente es ella quien participa activamente durante las conversaciones relacionadas con los temas de la salud y la enfermedad.</p> <p>* ...”Yo participo activamente porque como yo soy líder, siempre expongo temas como el cáncer”...</p>		<p>Desde la percepción de la paciente, su familiar más significativo es quien participa activamente en las conversaciones de la enfermedad. “De pronto a veces él habla más que yo”.</p> <p>* ...”A veces, cuando estamos hablando de la falta de plata, a veces se desespera y uno cambia el tema y se pone a hablar de otra cosa, como el trabajo”...</p> <p>* ...”Hemos estado</p>	<p>Desde la percepción de la paciente, todos sus familiares participan activamente en los temas relacionados con la enfermedad. “todos participamos”.</p> <p>* ...”Yo me he gastado todos mis ahorros y a veces no tengo con que darle a él (hijo)”...</p> <p>* ...”Todos participamos”...</p> <p>* ...”Hablamos de diferentes temas como la novela, los niños”...</p>	<p>Desde la perspectiva de los pacientes son ellas quienes asumen un papel activo en el proceso de la comunicación, en temas relacionados con la enfermedad; en contraste la paciente 3 considera que ella asume un pasivo en los temas de conversación.</p>

			<p>hablando de todo un poco, de la marquertería”...</p> <p>* ...”Bueno, ante temas de plata, como la plata está tan escasa... y a veces él se pone bravo porque yo gasto así, sin medida”...</p> <p>* ...”De pronto, a veces él habla más que yo”...</p> <p>* ...”Del hijo que tiene pensado viajar, del otro que está en Bucaramanga y otros temas cotidianos”...</p>	<p>* ...”Mi hermana, que siempre está hablando más, sobre todo cuando habla de la palabra (Dios)”...</p>	
<p>Frecuencia de la conversación.</p>	<p>La paciente identifica que es su hermana quien habla de la enfermedad con mayor frecuencia.</p> <p>* ...”Mi hermana, ella está allá en los Estados Unidos y me llama cada 15 días y me da consejos”...</p> <p>Sin embargo, otro miembro del holón de los hermanos es quien menos trata el tema de la enfermedad.</p> <p>* ...”La otra hermana mía, ni siquiera me llama”...</p>		<p>Desde la percepción de la paciente es ella quien conversa de la enfermedad con mayor frecuencia. “yo porque él a veces no quiere estar hablando de lo mismo, por lo controles médicos, de pronto él tiene miedo a la palabra cáncer”.</p> <p>Así mismo es su hijo quien conversa de la enfermedad con menos frecuencia. “mi hijo, pienso que por su juventud, él piensa que yo estoy bien y cómo es odontólogo y dentro de la salud se asusta me nos’</p>	<p>Desde el punto de vista de la paciente, nadie de su sistema familiar trata el tema de la enfermedad. “Para ser franca, aquí nadie habla de la enfermedad, será como todos me ven alegre”...</p> <p>“Todos casi ni hablamos”</p> <p>“En la casa no hay personas que traten el tema con frecuencia”.</p>	<p>Desde el punto de vista de las pacientes 1 es un miembro del subsistema de los hermanos quien trata el tema con mayor frecuencia; desde la perspectiva de la paciente 2, uno de los miembros del subsistema de los hijos es quien trata el tema de la enfermedad con mayor frecuencia; por su parte la paciente 3 considera que es ella la que más trata el tema de la enfermedad; según la paciente 4, ningún miembro del sistema familiar trata el tema de</p>

					<p>la enfermedad con mayor frecuencia.</p> <p>Por otro lado, los miembros de la familia, que trata el tema de la enfermedad con menos frecuencia son: según la paciente 1, un miembro del subsistema de los hermanos, paciente 2, varios miembros del subsistema de los hijos; paciente 3 considera que es el subsistema de los hijos.</p>
<p>Dificultad en el acto de escucha.</p>	<p>Según la paciente una de sus hijas muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad.</p> <p>Considera que una de sus hermanas muestra poco interés para conversar de la enfermedad.</p> <p>“Mi hermana la menor, la que nunca me llamó cuando estaba en la enfermedad”.</p>		<p>Desde el punto de vista de la paciente ninguno de sus familiares muestran dificultad y poco interés para conversar acerca de la enfermedad y otros temas. “No ninguno, todos hablamos sin dificultad”.</p>	<p>La paciente ha identificado el holón de los hermanos que muestra poco interés para conversar de la enfermedad. “Mis hermanos varones, porque ellos piensan que estoy bien”.</p>	<p>Según la paciente 1 un miembro del holón de los hijos muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad, así mismo un miembro del holón de los hermanos muestra poco interés para hablar del tema. La paciente 2 considera que el holón de los hijos varones muestran mayor dificultad y poco interés para hablar de los temas de la enfermedad.</p> <p>Según la paciente 3, ninguno de los miembros del sistema familiar muestra dificultad y poco interés para conversar de la enfermedad.</p> <p>La paciente 4, considera que quien presenta poco interés y dificultad para hablar del tema es el holón de los hermanos.</p>

<p>... empleado para conversar.</p>	<p>Considera que una de sus hermanas muestra poco interés para conversar de la enfermedad.</p> <p>"Mi hermana la menor, la que nunca me llamó cuando estaba en la enfermedad".</p> <p>Desde el punto de vista de la paciente, el tiempo empleado para conversar de la enfermedad y otros temas varía, en algunas ocasiones emplea varias horas diarias para conversar.</p> <p>"Mi hermana Gladys, dura horas hablando conmigo"</p> <p>* ... "Una de mis hijas, de las que están en Estados Unidos"...</p> <p>* ... "Mi hija, la soltera, cuando yo estoy hablando con ella"...</p>		<p>Según la paciente el tiempo que dedican para conversar de la enfermedad y otros temas, es durante las noches cuando se reúnen para la cena.</p> <p>"Hablamos en las noches".</p>	<p>Según la paciente, emplean poco para conversar de la enfermedad. "poco tiempo hablamos de la enfermedad".</p>	<p>Desde el punto de vista de los pacientes, el tiempo empleado para conversar varían de acuerdo al tema y el contexto en el que se desarrolla.</p>
<p>... en el que se desarrolla la conversación</p>	<p>Desde la percepción de la paciente, no existe un lugar específico dentro de la casa para conversar de la enfermedad.</p> <p>* ... "Aquí en el cuarto, con otengo teléfono inalámbrico puedo"</p>	<p>La paciente manifiesta que no existe un lugar específico para conversar de la enfermedad, un cualquier lugar de la casa conversan acerca de la enfermedad.</p> <p>"En todas las partes no"</p>	<p>Desde la perspectiva de la paciente, existe un lugar específico para conversar acerca de la enfermedad y otros temas, ese hogar es la mesa "siempre cuando estamos en la mesa".</p>	<p>Según la paciente, no existe un lugar específico para conversar de la enfermedad y otros temas "En todas partes".</p>	<p>Desde la perspectiva de las pacientes 1, 2, 4, no existe un lugar específico para tratar los temas relacionados con la enfermedad y otros temas. Según la paciente 3 el tema, el lugar que emplea para conversar es el comedor.</p>

	<p>caminar por toda la casa”...</p>	<p>tenemos un sitio específico para conversar”.</p>			
<p>Contenidos positivos</p>	<p>Según la paciente no existen contenidos descalificativos en las interacciones familiares, por el contrario se dan contenidos positivos.</p> <p>* ...”No, ellas siempre me han llamado mami”...</p>	<p>La paciente identifica que no se dan contenidos negativos en las interacciones familiares, por el contrario se presentan los positivos.</p> <p>“Desde niña me han llamado por cariño muñe”</p>	<p>Desde la percepción de la paciente no identifica contenidos positivos negativos en las interacciones familiares. “no para nada”.</p> <p>* ...”Yo, porque él a veces no quiere estar hablando de lo mismo”...</p> <p>* ...”Yo, como tengo que estar hablando de cuando me toca ir al médico, de las pastillas”...</p>	<p>Según la paciente no ha identificado ningún contenido positivo o descalificativo en las interacciones familiares. Sin embargo, un sobrino la apoda “perra” por un incidente que ocurrió entre ellos. “Yo tengo un sobrino que me llama perra, pero no por nada malo”.</p>	<p>Desde la perspectiva de los pacientes 1, 2, 4, existen contenidos positivos para referirse a ellas; la paciente 3, no ha identificado ningún contenido calificativo o descalificativo para referirse a ella.</p>
<p>Aspectos de la comunicación no verbal</p>	<p>La paciente no ha identificado ninguna posición corporal o gesto cuando habla de la enfermedad.</p> <p>*...”No he identificado una en particular”.</p>	<p>La paciente no ha identificado un gesto o postura en particular cuando conversa de la enfermedad y otros temas. “no me he dado cuenta”.</p>	<p>La paciente no ha identificado un gesto o postura en particular cuando conversa de la enfermedad y otros temas.</p>	<p>La paciente no ha identificado alguna postura corporal o gesto cuando conversan de la enfermedad u otros temas.</p>	<p>Desde la perspectiva de las pacientes no se han identificado ningún aspecto de la comunicación verbal tales como gestos, posturas, durante el desarrollo de las conversaciones.</p>
<p>Reacciones emocionales</p>	<p>Según la paciente cuando habla de enfermedad se deprime porque se siente dependiente de los demás. “Me deprimó porque yo no quisiera depender de nadie, ser más libre”.</p> <p>* ...”Me deprimó, porque yo no quisiera depender de nadie”...</p>	<p>Desde la perspectiva de la paciente ésta se angustia y se preocupa cuando conversa de la enfermedad. “cuando hablo de la enfermedad, yo me angustio y eso me preocupa mucho”.</p>	<p>La paciente ha identificado que cuando conversa de la enfermedad, se siente tranquila porque considera que ya la enfermedad no existe. “las pocas veces que hablé de la enfermedad..”.</p>	<p>La paciente ha identificado que cuando conversa de la enfermedad experimenta tranquilidad. “me siento tranquila porque ya yo estoy sana”.</p>	<p>Desde el punto de vista de la paciente 1, existen, reacciones emocionales de depresión, debido a que se siente dependiente de los demás; por su parte la paciente 2, experimenta angustia y preocupación al hablar de la enfermedad; en contraste las pacientes 3 y 4, experimentan tranquilidad al hablar de la enfermedad.</p>

ANEXO No. 8

DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS FAMILIARES.

VARIABLE	F1	F2	F3	F4	DESCRIPCIÓN INTEGRAL
*Temas de conversación"	<p>Desde el punto de vista del familiar los temas de conversación entre ellas están relacionados con lo social, familiar y espiritual o religiosos. "hablamos de ola familia, de las cosas muy sociales y de la vida de Cristo".</p> <p>Según la paciente el familiar, ante los temas espirituales toma el control de la conversación, no dejándola hablar. "Ella cuando habla del señor".</p> <p>Ante algunos temas familiares se generan desacuerdos y conflictos entre ellas; "cuando ella me habla de sus hijas porque yo no estoy de acuerdo con lo que ellas le hacen". La familiar manifiesta que los temas que no se desarrollan completamente son</p>	<p>Desde el punto de vista del familiar los temas de conversación están relacionados con la familia "las niñas, ella siempre se preocupa mucho por ellas y hablamos siempre de nuestras cosas..".</p> <p>Otro tema de conversación desde el punto de vista del familiar son los económicos, los cuales se convierten en motivo de desacuerdo y conflicto, entre ellos. "los motivos de desacuerdo son cosas que a ella le afectan, prácticamente lo económico...".</p> <p>Desde la percepción del familiar el tema de conversación que no se desarrollan completamente es cuando tratan temas del pasado. "cuando mi mamá habla del</p>	<p>Desde el punto de vista del familiar los temas de conversación están relacionados con lo familiar y el factor económico y laboral. "Bueno, generalmente nosotros hablamos del trabajo, de la situación económica, de nosotros, de nuestros hijos..".</p> <p>Desde el punto de vista del familiar, los temas de conversación que son cambiados por otro y que no se desarrollan completamente son los familiares, sin embargo, estos lo vuelve a retomar... "Digamos que estamos hablando de la familia y salimos hablando del hijo y de pronto salimos hablando otra vez de la</p>	<p>Desde el punto de vista del familiar los temas de conversación están relacionados con la salud, el tratamiento de la enfermedad y la visita al médico.</p> <p>Lo laboral también se convierte en tema de conversación, así como los conocimientos que adquiere en la liga. "Son temas de trabajo, sobre el tratamiento de la enfermedad, la visita al médico y de lo que le dijeron en la Liga".</p> <p>Según la familiar el tema de la enfermedad no se desarrolla completamente. "El de la enfermedad:</p>	<p>Desde el punto de vista de los familiares los temas de conversación entre éstos y las pacientes, son los temas laborales y económicos, los cuales se convierten en algunos en motivos de desacuerdo y conflicto. Según estos son los temas familiares, los cuales la familiar 1, considera que se convierten en problemas o conflictos; a la familia 3 estos temas familiares no se desarrollan completamente y son reemplazadas por otro durante la conversación. Desde la perspectiva de los familiares otros temas de conversación son</p>

	<p>los de la enfermedad y la pérdida de su hijo. "La enfermedad para no hacernos daño ni seguir removiendo y la pérdida de los hijos".</p> <p>La familiar no ha identificado un tema de conversación específico, en el cual se cambia el tema por otro.</p> <p>"Cuando hablamos de experiencias agradables y desagradables".</p> <p>Según la familiar en cualquier tema de conversación existen interferencia de electrodomésticos, tales como: equipo de sonido, y teléfono. "Algunas veces del equipo de sonido y el teléfono.</p>	<p>pasado son cosas que le afectan..."</p> <p>La familiar considera que ante cualquier tema de conversación existen interferencia provenientes del ambiente. "A veces estamos hablando y en frente hay un taller y no nos deja hablar".</p>	<p>familia". De igual forma, en estos temas de conversación los miembros de la familia hablan todos al mismo tiempo.</p> <p>Según el familiar los temas de desacuerdo hacen referencia del comportamiento de él. "A veces son muchos los desacuerdos acerca del comportamiento mio".</p> <p>Así mismo los temas generadores de conflicto entre el familiar y la paciente son los temas económicos. "... A veces tenemos cierta diferencia por la parte económica".</p> <p>Según el familiar ante conversaciones de temas relacionados con los conocimientos avanzados, el que toma el control de</p>	<p>porque como nosotros los vemos tan bien y no nos gusta recordar eso".</p> <p>La familiar considera que cuando se presentó la enfermedad existían varias personas hablando al mismo tiempo. "Cuando comenzó la enfermedad nos reunimos y todos hablábamos de lo que le pasó a ella".</p> <p>La familiar identifica que ante cualquier tema de conversación se presentan ruidos y gritos propiciados por los sobrinos, lo cual interfiere en el proceso de la comunicación. "A veces cuando los sobrinos ponen la música gritan y no dejan hablar..."</p>	<p>los temas cotidianos, ante los cuales suelen presentarse interferencias como gritos y ruidos, provenientes del ambiente y de electrodomésticos. Desde el punto de vista del familiar 1, otro tema de conversación entre ella y la paciente es el religioso. Según la familiar 4, otro tema de conversación entre ella y la paciente, son los relacionados con el tratamiento de la enfermedad, la visita al médico y los conocimientos adquiridos en la Liga de Lucha Contra el Cáncer, la cual se ha convertido en una red social de apoyo para la familia, así mismo, los temas relacionados con la enfermedad no se desarrollan completamente en la familiar 1 v 4.</p>
--	--	---	--	--	---

			la conversación es el hijo mayor. "él, mi hijo, generalmente toma la batuta de la conversación en cuestiones de tecnología".	La familiar identifica que es ella quien por lo general ante cualquier tema de conversación toma el control de esta y no deja hablar a la paciente. "Cuando nosotros estamos conversando de algo, yo soy la que demoro más".	esto se debe al malestar que les produce tocar el tema frecuentemente
Participación activa y pasiva	Según la perspectiva de la familiar, tanto ella como la paciente participa por igual en los temas de conversación. "Ahí, nos empatamos participando por igual".	Según la familiar la participación de ella en los temas de conversación se basa en la confianza y el amor que existe entre los dos. "con la confianza que nos tenemos los dos de madre a hija, o sea con cariño y amor".	Según la familiar la participación en los temas de conversación es pasiva. "Participamos lo necesario, digamos muy poco".	Según la perspectiva de la familiar, ella participa activamente en los temas relacionados con la enfermedad. "Normal a veces ella me comenta cosas...".	Desde la perspectiva de los familiares la participación de ellos y las pacientes en los temas de conversación es activa (familiar 1, 2, 4) y pasiva (familiar 3).
Frecuencia de la conversación	Según el punto de vista de la familiar, el tema de la enfermedad se trata muy poco, siendo ella quien habla con menor frecuencia de la enfermedad. "Yo hablo menos.. no me gusta hablar de eso".	Según el punto de vista de la familiar, quien trata el tema con más frecuencia es su abuela. "Mi abuela es la que más se preocupa por el estado de ella". Así mismo el familiar considera que su hermanos y los varones tratan el	Según el punto de vista de el familiar es el hijo mayor quienes trata el tema de la enfermedad, éste último tal vez lo hace por los conocimientos que posee en el área de la salud.	Según el punto de vista del familiar, el tema de la enfermedad no es tratado con mayor frecuencia por el sistema familiar. "Aquí, en la casa casi no se habla".	Según la familiar 1, la frecuencia de los temas de conversación relacionados con la enfermedad es muy poca, siendo ella quien habla menos de la enfermedad; desde el punto de vista de la familiar

		tema con menos frecuencia. "Mi hermana y los varones".	<p>"El hijo, él casi no trata sobre esto".. "A mi no me gusta hablar del tema".</p> <p>De igual forma el familiar considera que es la paciente la que trata el tema con más frecuencia. "Bueno, es que en realidad ella lo trata con mayor frecuencia".</p>		<p>2, considera que es su abuela quien trata el tema con mayor frecuencia y el subsistema de los hermanos quien trata el tema con menos frecuencia, debido al miedo y malestar que le produce recordar lo experimentado ante la enfermedad. Según el punto de vista de la familiar 3, es él y el hijo mayor quien tratan menos los temas relacionados con la enfermedad, probablemente por los conocimientos que este último posee en el área de la salud.</p>
¿Cuál es el tema de discusión?	Desde la perspectiva del familiar es ella la que muestra poco interés y dificultad para hablar de la enfermedad. "Yo diría que yo". "Yo también porque no me gusta estar removiendo el tema".	Según la familiar, ninguno de los miembros de la familia muestra dificultad en el acto de escucha y sin embargo, considera que los hermanos son los que muestran poco interés para hablar de la enfermedad. "No	Según la perspectiva del familiar, es él el que muestra dificultad para hablar sobre la enfermedad. "A mi no me gusta hablar del tema". El familiar considera que	Según el familiar, es ella la que muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad, y ninguno de los miembros del sistema familiar muestra interés. "Bueno, te diré que voy a ser	Desde la perspectiva del familiar 1, 3 y 4, son ellos lo que muestran mayor dificultad para hablar de la enfermedad; la familiar 2, considera que en su familia ninguno de sus miembros

		ninguno...”, “O sea, mis hermanos no hablan de la enfermedad”.	todos los miembros de la familia muestra poco interés. “... el hijo menor no se si será que él no le gusta”.	dificultad para hablar..”.	presenta dificultad en el acto de escucha. En cuanto al interés en el acto de escucha la familiar 1, plantea que quien muestra es ella. La familiar 2, considera que el holon de los hermanos (varones) es quien muestra poco interés para hablar de la enfermedad. Así mismo la familiar, 4, considera que ninguno de los miembros de la familia muestra interés para hablar de la enfermedad. En contraste, la familiar 3, considera que en su sistema familiar todos los miembros presentan el mismo interés para hablar de la enfermedad y otros temas de conversación.
Tiempo empleado en la conversación	Según el familiar el tiempo empleado en la conversación de la enfermedad v otros	Desde el punto de vista del familiar, considera que el tiempo para	Según el familiar el tiempo que dedican para conversar sobre la	Según el familiar, el tiempo empleado para conversar de la	Desde la perspectiva de los familiares, el tiempo empleado

	temas es ocasional. "Hablamos aproximadamente cada 15 días, esporádicamente".	conversar de la enfermedad es el necesario para conversar sobre este. "Todo lo que sea necesario".	enfermedad y otros temas, lo dedican en horas de la noche. "El tiempo que dedicamos por las noches".	enfermedad es ocasional. "Bueno, cuando ella viene de la liga".	para las conversaciones dependerá del tema y el contexto en el que se desarrolla.
Contexto en el que se desarrolla la conversación	Según el punto de vista del familiar las conversaciones se desarrollan en cualquier lugar. "En cualquier parte, en el parque la tienda".	Desde el punto de vista de la familiar no hay un lugar específico para hablar de la enfermedad. "En todas las partes".	Según el punto de vista de la familiar si existe un lugar específico para conversar de la enfermedad y otros temas. "Por lo general nosotros hablamos en el cuarto".	La familiar identifica que en cualquier lugar donde se encuentren reunidos conversan de la enfermedad y otros temas. "En todos lados donde estemos reunidos"..	Desde el punto de vista de la familiar 1, 2, y 4 no existe un lugar específico, dentro y fuera de la casa para hablar de la enfermedad y otros temas de conversación. Por su lado el familiar 3, considero que el lugar en el cual conversan de la enfermedad es en la habitación.
Contenidos positivos	Según la perspectiva del familiar, existen contenidos positivos en la interacciones entre ellas. "A veces le digo Margi y ella me dice Isa".	La familiar identifica contenidos positivos en las interacciones familiares. "A mi mamá todos le decimos muñe y yo también".	El familiar considera que no existen ningún contenido calificativo o descalificativo.	Según la familiar existe contenidos positivos, por parte de un sobrino hacia la paciente. "Bueno eso lo de perra".	Desde la perspectiva del familiar 1 y 4, solo existen contenidos positivos para referirse a la paciente; en contraste el familiar 3 no ha identificado contenidos positivos o descalificativo para referirse a la paciente.

<p>Aspecto de la comunicación no verbal</p>	<p>La familiar no ha identificado una posición corporal o gestos durante el desarrollo de la conversación. "No he notado ninguno, ni en Margarita, ni en mi".</p>	<p>El familiar no ha identificado ninguna postura o gesto, cuando hablan. "No le sabría decir, por qué no he reconocido ninguna posición o gesto".</p>	<p>El familiar no ha identificado ninguna postura o gesto en particular cuando están conversando. "Sabe, en eso no hemos puesto cuidado".</p>	<p>El familiar considera que a él no le gusta hablar de la enfermedad para no revivir ese momento desagradable. "A mi en particular no me gusta hablar de eso porque sería revivir lo que vivimos".</p>	<p>Desde el punto de vista de los familiares no se ha identificado una postura o gesto, durante la conversación de la enfermedad y otros temas.</p>
<p>Reacciones emocionales</p>	<p>La familiar identifica emociones como fastidio e ira cuando conversa de la enfermedad. "Siento fastidio y rabia".</p>	<p>La familiar considera que al hablar de la enfermedad le afecta por el temor que experimenta a que la enfermedad también se le desarrolle a ella. "Eso me afecta... y me da mucho miedo porque como mujer yo estoy propensa al cáncer".</p>	<p>El familiar considera que a él no le gusta hablar de la enfermedad para no revivir ese momento desagradable. "A mi en particular no me gusta hablar de eso porque sería revivir lo que vivimos".</p>	<p>La familiar identifica que cuando habla de la enfermedad se siente calmada. "Yo me siento calmada porque se que ella no tiene nada malo".</p>	<p>Desde el punto de vista del familiar 1, considera que al hablar del tema relacionado con la enfermedad siente fastidio e ira; la familiar 2, siente miedo, debido a la preocupación por la posible aparición de la familia.</p> <p>Así mismo, el familiar 4, considera que experimenta relajación al hablar del tema de la enfermedad, ya que considera que las paciente está bien. En contraste al familiar 3.</p>

					evade el tema de la enfermedad para que no le produzca malestar.
--	--	--	--	--	--

ANEXO No. 9

DESCRIPCIÓN INTEGRAL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS PACIENTES Y LOS FAMILIARES.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN INTEGRAL PACIENTE	DESCRIPCIÓN INTEGRAL FAMILIAR	DESCRIPCIÓN INTEGRAL
Temas de conversación	<p>Desde el punto de vista de las pacientes, los temas de conversación con su familia están relacionadas con la salud, en los cuales se refleja el autocuidado que debe tener la paciente, el tratamiento médico, el temor por la reaparición de la enfermedad. De igual forma, otros temas de conversación son los laborales y económicos, convirtiéndose en una de las principales preocupaciones por el sostenimiento de la enfermedad, éstos temas se convierten en motivo de conflicto familia en el holón conyugal, y parental, generando así relaciones disfuncionales entre los miembros. Así mismo otro tema de conversación que se desarrolla hace referencia a los conocimientos adquiridos en la Liga de Lucha contra el Cáncer, la cual se ha convertido en una red de apoyo social para la familia. De igual forma se desarrolla temas de la cotidianidad de las pacientes con sus familiares.</p> <p>La enfermedad como tema de conversación es desarrollado completamente por parte de las</p>	<p>Desde el punto de vista de los familiares los temas de conversación entre éstos y las pacientes, son los temas laborales y económicos, los cuales se convierten en algunos en motivos de desacuerdo y conflicto. Según estos son los temas familiares, los cuales la familiar 1, considera que se convierten en problemas o conflictos; a la familia 3 estos temas familiares no se desarrollan completamente y son reemplazadas por otro durante la conversación. Desde la perspectiva de los familiares otros temas de conversación son los temas cotidianos, ante los cuales suelen presentarse interferencia como gritos y ruidos, provenientes de el ambiente y de electrodomésticos. Desde el punto de vista del familiar 1, otro tema de</p>	<p>En los temas de la salud se observó que, en las familias de las pacientes 1 y 4 existe una preocupación por el cuidado de la paciente y por la reaparición de la enfermedad.</p> <p>También se observó evasión con relación a los temas de la salud, probablemente por el temor que experimentan ante la posibilidad de la reaparición de la enfermedad.</p> <p>Con relación a los temas de la salud, en la familia 4, la enfermedad generó una crisis en la dinámica familiar.</p> <p>En los temas relacionados con lo laboral y económico, se encontró que en las familias de las pacientes 2 y 3 existe una preocupación constante por la situación laboral y financiera, posiblemente por los gastos generados por la enfermedad y por el retiro laboral de la paciente 2.</p> <p>De igual forma se observó una relación disfuncional en el holón parental en las familias de las pacientes 1 y 4, ligados a la situación económica. En la familia de la paciente 3 la disfunción se presenta en el holón conyugal.</p> <p>En los temas educativos se encontró que, en la familia de la paciente 2, encuentran apoyo en la red social, en éste caso la institución "Liga de Lucha</p>

	<p>pacientes y se denota que en algunas familias no se desarrolla completamente por parte del holon conyugal (familia 3), holon parental (familia 1 y 2) y holon de los hermanos (familia 4), en donde no se recibe una retroalimentación o respuesta en el acto comunicativo; ante algunos temas de conversación existen ruidos e interferencia provenientes del ambiente y de electrodomésticos, los cuales interrumpen un adecuado proceso de la comunicación, al igual se presentan varias voces al tiempo y aumento en el tono de voz ante el desarrollo de temas económicos (familia 1 y 3); ante temas cotidianos se presentan varias voces al tiempo (familia 2).</p> <p>En estos mismos temas las pacientes asumen el control de la conversación no dejando hablar al otro, lo cual origina interacciones de rivalidad y competencia entre los miembros. De igual forma la religión también se convierte en tema de conversación en el cual uno de los miembros del holon de los hermanos no deja hablar a la paciente, lo que determina interacción de dominio y sumisión. (familia 4).</p>	<p>conversación entre ella y la paciente es el religioso. Según la familiar 4, otro tema de conversación entre ella y la paciente, son los relacionados con el tratamiento de la enfermedad, la visita al médico y los conocimientos adquiridos en la Liga de Lucha Contra el Cáncer, la cual se ha convertido en una red social de apoyo para la familia, así mismo, los temas relacionados con la enfermedad no se desarrolla completamente en la familiar 1 y 4, esto se debe al malestar que les produce tocar el tema frecuentemente</p>	<p>Contra el Cáncer"</p> <p>Con relación a los temas cotidianos, en la paciente 1, se encontró que recibe apoyo de la red social, en éste caso sus amigos. En las familias de todas las pacientes se encontró que existe presencia de diferentes interferencias internas y externas en el proceso de la comunicación.</p> <p>También se observó evasión de algunos temas cotidianos que generan malestar, ya sea a la paciente o al familiar, del caso 1 y 2.</p> <p>En los temas cotidianos se denotó la capacidad de adaptabilidad que tienen las familias 1, 2 y 3 ante los cambios que éstas experimentan a diario.</p> <p>En los temas espirituales se encontró que la religión constituye una fuente de apoyo para el sistema familiar, ante situaciones de crisis, la cual se convierte en un apoyo de la red social para el familiar de la paciente 1.</p>
<p>Participación activa y pasiva</p>	<p>Desde la perspectiva de los pacientes son ellas quienes asumen un papel activo en el proceso de la comunicación, en temas relacionados con la enfermedad; en contraste la paciente 3 considera que ella asume un pasivo en los</p>	<p>Desde la perspectiva de los familiares la participación de ellos y las pacientes en los temas de conversación es activa (familiar 1, 2, 4) y pasiva (familiar 3).</p>	<p>En la participación activa, existe una retroalimentación por parte del emisor y receptor, mediante un canal directo, en el proceso de la comunicación de las familias de las pacientes 1, 2 y 4.</p> <p>En cuanto a la participación pasiva existe una</p>

	temas de conversación.		evasión del tema de la enfermedad, por parte de las familias de las pacientes 3 y 4; en ésta última se observa una relación complementaria en el holón conyugal.
Frecuencia de la conversación	<p>Desde el punto de vista de las pacientes 1 es un miembro del subsistema de los hermanos quien trata el tema con mayor frecuencia; desde la perspectiva de la paciente 2, uno de los miembros del subsistema de los hijos es quien trata el tema de la enfermedad con mayor frecuencia; por su parte la paciente 3 considera que es ella la que más trata el tema de la enfermedad; según la paciente 4, ningún miembro del sistema familiar trata el tema de la enfermedad con mayor frecuencia.</p> <p>Por otro lado, los miembros de la familia, que trata el tema de la enfermedad con menos frecuencia son: según la paciente 1, un miembro del subsistema de los hermanos, paciente 2, varios miembros del subsistema de los hijos; paciente 3 considera que es el subsistema de los hijos.</p>	<p>Según la familiar 1, la frecuencia de los temas de conversación relacionados con la enfermedad es muy poca, siendo ella quien habla menos de la enfermedad; desde el punto de vista de la familiar 2, considera que es su abuela quien trata el tema con mayor frecuencia y el subsistema de los hermanos quien trata el tema con menos frecuencia, debido al miedo y malestar que le produce recordar lo experimentado ante la enfermedad. Según el punto de vista de la familiar 3, es él y el hijo mayor quien tratan menos los temas relacionados con la enfermedad, probablemente por los conocimientos que este último posee en el área de la salud.</p>	<p>En las familias de las pacientes la frecuencia con la cual se comunican varían, se encontró que la familia de la paciente 1, quien trata el tema con mayor frecuencia es su hija menor y su hermana; en la familia de la paciente 2, sus hijos excepto la menor y en la familia de la paciente 3 es el hijo mayor quien no habla del tema, denotándose así que es en el holon parental en el cual se presentan mayor deficiencia y poca frecuencia para hablar del tema de la enfermedad.</p>
Dificultad en el acto de escucha	<p>Según la paciente 1 un miembro del holon de los hijos muestra mayor dificultad para hablar de la enfermedad, así mismo un miembro del holon de los hermanos muestra poco interés para hablar del tema. La paciente 2 considera que el holon</p>	<p>Desde la perspectiva del familiar 1, 3 y 4, son ellos lo que muestran mayor dificultad para hablar de la enfermedad; la familiar 2, considera que en su familia ninguno de sus miembros,</p>	<p>En cuanto a la dificultad del acto de escucha en todas las familias de las pacientes, quienes muestran mayor dificultad para hablar de la enfermedad es el subsistema de los hijos, sin embargo en la familia 1, es el holon de los hermanos.</p>

	<p>de los hijos varones muestran mayor dificultad y poco interés para hablar de los temas de la enfermedad.</p> <p>Según la paciente 3, ninguno de los miembros del sistema familiar muestra dificultad y poco interés para conversar de la enfermedad.</p> <p>La paciente 4, considera que quien presenta poco interés y dificultad para hablar del tema es el holon de los hermanos.</p>	<p>presenta dificultad en el acto de escucha. En cuanto al interés en el acto de escucha la familiar 1, plantea que quien muestra es ella. La familiar 2, considera que el holon de los hermanos (varones) es quien muestra poco interés para hablar de la enfermedad. Así mismo la familiar, 4, considera que ninguno de los miembros de la familia muestra interés para hablar de la enfermedad. En contraste, la familiar 3, considera que en su sistema familiar todos los miembros presentan el mismo interés para hablar de la enfermedad y otros temas de conversación.</p>	<p>Así mismo, se observó que en el sistema familiar de la paciente 4, existe una evasión de los temas relacionados con la enfermedad, posiblemente por el temor al sufrimiento experimentado con la aparición de la enfermedad en uno de sus miembros.</p> <p>En la familia la paciente 3, el cónyuge de ésta, evade el tema de la enfermedad.</p>
<p>Tiempo empleado en la conversación</p>	<p>Desde el punto de vista de los pacientes, el tiempo empleado para conversar varían de acuerdo al tema y el contexto en el que se desarrolla.</p>	<p>Desde la perspectiva de los familiares, el tiempo empleado para las conversaciones dependerá del tema y el contexto en el que se desarrolla.</p>	<p>En las familias de todas las pacientes se observó que el tiempo empleado para comunicarse depende del tema y del contexto en que se encuentren. En la familia de la paciente 1 el tiempo empleado para conversar de la enfermedad es poco.</p>
<p>Contexto en que se desarrolla la conversación</p>	<p>Desde la perspectiva de las pacientes 1, 2, 4, no existe un lugar específico para tratar los temas relacionados con la enfermedad y otros temas. Según la paciente 3 el tema, el lugar que emplea para conversar es el comedor.</p>	<p>Desde el punto de vista de la familiar 1, 2, y 4 no existe un lugar específico, dentro y fuera de la casa para hablar de la enfermedad y otros temas de conversación.</p>	<p>En cuanto a la geografía de la estructura familiar, encontramos que las familias de todas las pacientes no tienen un lugar específico para dialogar de la enfermedad y cualquier otro tema de conversación.</p>

		Por su lado el familiar 3, consideró que el lugar en el cual conversan de la enfermedad es en la habitación.	
Contenidos positivos	Desde la perspectiva de los pacientes 1, 2, 4, existen contenidos positivos para referirse a ellas; la paciente 3, no ha identificado ningún contenido calificativo o descalificativo para referirse a ella.	Desde la perspectiva del familiar 1 y 4, solo existen contenidos positivos para referirse a la paciente; en contraste el familiar 3 no ha identificado contenidos positivos o descalificativo para referirse a la paciente.	En las familias de las pacientes 1, 2 y 4 se encontraron contenidos positivos, que determinan la interrelación familiar.
Aspectos de la comunicación no verbal	Desde la perspectiva de las pacientes no se han identificado ningún aspecto de la comunicación verbal tales como gestos, posturas, durante el desarrollo de las conversaciones.	Desde el punto de vista de los familiares no se ha identificado una postura o gesto, durante la conversación de la enfermedad y otros temas.	En las familias no se identificó ninguna postura o gesto al hablar de la enfermedad u otros temas familiares.
Reacciones emocionales	Desde el punto de vista de la paciente 1, existen, reacciones emocionales de depresión, debido a que se siente dependiente de los demás; por su parte la paciente 2, experimenta angustia y preocupación al hablar de la enfermedad; en contraste las pacientes 3 y 4, experimentan tranquilidad al hablar de la enfermedad.	Desde el punto de vista del familiar 1, considera que al hablar del tema relacionado con la enfermedad siente fastidio e ira; la familiar 2, siente miedo, debido a la preocupación por la posible aparición de la familia. Así mismo, el familiar 4, considera que experimenta relajación al hablar del tema de la enfermedad, ya que considera que las paciente está bien. En contraste al familiar 3.	En cuanto a las reacciones emocionales experimentadas ante el tema de la enfermedad, en la familia de la paciente 4 se da la relajación, en la familia de la paciente 1 depresión e ira, en la familia de la paciente 2 se presenta relajación y angustia y en la familia de la paciente 3 se da la relajación y el temor.

		evade el tema de la enfermedad para que no le produzca malestar.	
--	--	--	--

- 1- CANCER DE MAMA
- 2- NEOPLASIA DE LA MAMA
- 3- MASTECTOMIA
- 4- COMUNICACION FAMILIAR
- 5- LENGUAJE
- 6- FAMILIA
- 7- VIDA FAMILIAR
- 8- FAMILIA - ASPECTOS SOCIALES
- 9- CICLO VITAL DE LA FAMILIA
- 10- PSICOLOGIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS