

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

1998

Cáncer de mama

Fraile, Susana Inés

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/654>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE
MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL**

TESIS DE GRADO

PROFESORA GUÍA:

Licenciada Marisa R. Burlastegui.

Autora:

Asistente Social Susana Inés Fraile

(Matrícula N°476)

Mat.S.S.877/86

-1998 -

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 1457	Signatura top
Vol	Ejemplar: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

PREFACIO

“...el cáncer de mama es mucho más frecuente de lo que creemos, pero también mucho más curable de lo que pensamos, si sabemos prevenirlo...”

DEDICATORIA

Muy hondo en el corazón,
cada uno lleva la semilla de un sueño secreto,
especial y sin par en cada individuo.
A veces, algún otro
puede compartir ese sueño
y ayudarlo a crecer hasta la plenitud;
otras veces, el sueño sigue siendo
empresa solitaria, tan sólo conocida
por quien la asume. Pero secreto o
compartido,
no importa cómo sea,
un sueño es una fuerza potencial que
jamás debería despreciarse. Pues
cada uno lleva también en sí
una luz por la cual esa semilla
puede alzarse y florecer en bella realidad...
y esa es la luz que he visto refulgir
tan claramente en mí.

- Edmundo O' Neill

Mi sueño secreto ha sido y es esta tesis, como corolario de doce años de trabajo profesional y la puerta por donde ingresar a una educación mayor como el post grado y la maestría; hoy quiero hacer partícipe de mi sueño a todo aquel que comparta la idea de una educación permanente.

Es por eso que dedico el presente trabajo a todo colega que lucha por sus ideales a pesar de los sinsabores y a veces logros que nuestra profesión nos brinda. Y en especial, a la memoria de tantas mujeres que perdieron su vida por metástasis a raíz del cáncer de mama.

Susana Inés Fraile
Asistente Social.

AGRADECIMIENTO

Para arribar al presente trabajo han contribuido con su aliento, su colaboración las siguientes personas:

- Mujeres que habitan: El Barrio “60 Viviendas”.
- Personal de la Escuela N° 31 de Quequén.
- Equipo Interdisciplinario del Centro de Salud “Seis Esquinas”.
- Directores de los Hospitales Municipales: Irurzun de Quequén y “Dr. Emilio Ferreyra” de Necochea.
- Director de la Secretaría de Promoción Social Municipal.
- Doctores: Tortorella; Pérsico; De los Ríos y Fraile.
- Licenciado Rubén Mendez.
- Licenciada Marisa R. Burlastegui.
- Mi familia, por creer en mí.

¡GRACIAS!

INDICE

PREFACIO	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	
1. PERSPECTIVA TEÓRICA	
Breve reseña histórica de mitos y creencias del cáncer de mama	14
Alteración de la salud	14
Mecanismos de defensa	16
Clínica del cáncer de mama	16
Anatomía patológica	18
Factores de riesgo	19
La mamografía como método preventivo	20
Autoexamen de mamas	20
Valor del examen físico y de los estudios complementarios	21
Prevención y dieta	22
Detección precoz	22
Tratamiento	23
Desarrollo de la comunidad	24
Características del desarrollo de la comunidad	25
Educación para la salud	25
Atención primaria de la salud	26
Trabajo social en salud	26
Marco Institucional	
El largo camino hacia Quequén	28
La Formación	28
Escuela N° 31 "José Manuel de Guerrico"	30
Centro de Salud "Salud Seis Esquinas"	30
BARRIO "SEIS ESQUINAS"	32
Plano del Barrio "Seis Esquinas"	36
CAPÍTULO II	
2. METODOLOGÍA DE TRABAJO	
Introducción	38
Hipótesis	39
Instrumentos de recolección de datos	39

*Marco
Xoicy*

Objetivos	39
Definiciones operacionales y nominales	41

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Crónica de trabajo	43
Modelo de entrevista estructurada	44
Tabla y gráfico 1.1.	47
Tabla y gráfico 1.2.	48
Tabla y gráfico 1.3.	49
Tabla y gráfico 1.4.	50
Tabla y gráfico 1.5.	51
Tabla y gráfico 1.6.	52
Tabla y gráfico 1.7.	53
Tabla y gráfico 1.8.	54
Tabla y gráfico 1.9.	55
Tabla y gráfico 1.10.	56
Tabla y gráfico 1.11.	57
Tabla y gráfico 1.12.	58
Tabla y gráfico 1.13.	59
Tabla y gráfico 1.14.	60
Tabla y gráfico 2.1.	61
Tabla y gráfico 2.2.	62
Tabla y gráfico 2.3.	63
Tabla y gráfico 2.4.	65
Tabla y gráfico 2.5.	66
Tabla y gráfico 2.6.	68
Tabla y gráfico 2.7.	69
Tabla y gráfico 2.8.	70
Tabla y gráfico 2.10.	71
Tabla y gráfico 2.11.	72
Modelo de entrevista en profundidad	73
Entrevistas	74
Entrevista al Director de la Secretaría de Política Social	83
Entrevista a Especialista en Oncología (Entidad Privada)	85
Entrevista a Especialista en Oncología (Entidad Oficial))	87
Entrevista a Especialista en Ginecología	88

Perfil socio - económico y su relación con el conocimiento del cáncer de mama	89
Diagnóstico	93
Fundamentación de la presentación de proyectos	95
Proyecto “Entre todos evitemos el cólera”	97
Proyecto “Que tu vida no destruya”	101
Proyecto “Nos hacemos responsables de nuestra sexualidad”	105
Proyecto “Prevención del cáncer mamario...”	107
Evaluación del Proyecto	111
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	
CONCLUSIONES.....	114
REFLEXIONES FINALES	117
ANEXOS	
Nómina de Adjudicatarios de las Viviendas del Barrio “60 Viviendas.....	120
Planificación del Diagnóstico Precoz del Cáncer Génito - Mamario	122
Ficha de pacientes del “Consultorio Externo de Mastología”	123
Acta de reunión por proyectos presentados	125
BIBLIOGRAFÍA	128

INTRODUCCIÓN

1. Introducción a la ciudad de Bogotá
2. Descripción general de la ciudad de Bogotá
3. Descripción de la ciudad de Bogotá

INTRODUCCION:

La autora del presente trabajo de la Licenciatura de Excepción de Servicio Social, se desempeñó a la fecha como Asistente Social en:

- Escuela Especial N°501.
- Escuela Especial N°503.
- Clínica Psiquiátrica Privada “José Ingenieros”.
- Miembro de la Comisión de Violencia (pro Casa de la Mujer).
- Escuela N°28.
- Escuela N°31.

El eje de la problemática común era y sigue siendo el alto índice de patologías manifiestas en las comunidades: problemas respiratorios, problemas cardíacos, problemas de cáncer, detectadas a principio de cada año en la elaboración del diagnóstico y trabajadas de manera aislada desde cada institución, siendo único responsable, el asistente social del devenir de las consecuencias ante la no implementación de estrategias conforme a la realidad.

Se observan impedimentos, que afectan una adecuada articulación, entre los recursos institucionales y la implementación de salidas resolutivas, como proyectos acordes a las necesidades, es la autonomía que se piensa que se tiene, sobre la persona y su problemática sin pensar que: “...el éxito de todo tratamiento social proviene de la parte activa de cada uno de los interesados, en la medida de sus capacidades, al cumplimiento del resultado deseado.”¹ Desde el área educativa, se apunta a la prevención, con exclusividad de la población escolar; desde el área municipal – salud, se centra en campañas masivas desde cada hospital a los centros de salud, sin tener en cuenta las características individuales de la comunidad y de sus miembros, lo cual conlleva a realizar acciones inherentes a una parcialidad de la realidad, y a malgastar tiempo, esfuerzo y recursos económicos en lugares donde no lo necesitan. Ambas áreas, dedican recursos humanos, y económicos con un objetivo común: el bienestar de la población; si se aunaran esfuerzos y se elaboraran proyectos en común en pos de una mejor calidad de vida, se obtendría eficiencia y efectividad en cada servicio.

“La eficiencia: consiste en la más adecuada y económica utilización de los recursos, para obtener los mejores resultados de la atención tanto individual como comunitaria.

Por efectividad: entendemos la medida en que una forma eficaz de atención ha

estado o está al alcance de todos los habitantes, a quienes puede beneficiar o podrían necesitar de ella, válido para el aspecto preventivo como curativo y de rehabilitación.”

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en las mujeres, su frecuencia aumenta con la edad, estimándose que una de cada once mujeres, puede ser afectada en el curso de su vida.

Hay que tener en cuenta ciertos grupos de mujeres, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer mamario, por ejemplo: una historia familiar (madre, hermana, hija) y las múltiparas. Es mayor en solteras que en casadas y en las estériles que en las fértiles, así como en las que le fue extirpada la otra mama.

La concientización popular y los programas masivos de detección de un número cada día mayor de pequeños tumores, produciendo la precocidad del diagnóstico.

Se debe poner énfasis en difundir la importancia del autoexamen del cáncer de mamas y las instituciones con que cuenta el medio.

La primera condición para lograr el apoyo de la sociedad reside en el hecho de que esta posea información adecuada. Es necesario que la población esté informada de los problemas y de los progresos, de las necesidades y de las posibles soluciones en la lucha contra la enfermedad.

No perder tiempo significa la diferencia entre un tumor localizado y la generalización del cáncer, es decir, la diferencia entre la curabilidad y la incurabilidad.

La lucha contra el cáncer de mamas, requiere la conjunción de los conocimientos científicos y la capacidad de movilizar y organizar los recursos materiales y morales de la sociedad.

Una reducción global de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en los años venideros se deberá, especialmente, a una mejor coordinación de los profesionales y a una mejora en los conocimientos de prevención como también a una mayor disposición de las mujeres a exponerse exámenes de rastreo y a técnicas de diagnóstico precoz.

Reconociendo que: “La ausencia de recursos sociales... crea en las asistentes sociales que actúan en esa localidad la necesidad de estar preparadas para esa eventualidad debiendo emplear todo su ingenio para reemplazar los recursos que les faltan demostrando su dedicación al bienestar público y poniendo todo su empeño en la realización de obras destinadas a llenar estas lagunas”², es que se realiza la correspondiente investigación y proyecto:

Teniendo en cuenta que la ciudad de Necochea y Quequén(partido de

Necochea), tienen un hospital en cada localidad y centros de salud (distribuidos por barrios) que proporcionan atención gratuita a toda persona carente de recursos y que son reconocidos en el medio por la labor que realizan en el área de salud, se considera importante presentar a las autoridades que correspondan la investigación realizada en el Barrio Seis Esquinas de la ciudad de Quequén denominado "Barrio 60 Viviendas" sobre cáncer de mama para que en Necochea como cabecera del partido, implemente proyecto presentado, en pos de la prevención y derivación oportuna (en los casos que se requieran).

Para diferenciar la transmisión de conocimientos de generación en generación sobre dicha patología, se toman dos grupos de mujeres de 18 a 25 años y de 26 a 50 años.

Para elaborar un perfil correcto sobre el conocimiento del cáncer de mama, se toma en cuenta entrevistas realizadas a profesionales de la salud y la influencia de creencias religiosas.

La información recabada y proyecto de prevención fue remitida al Director de Bienestar Social Municipal con el fin de viabilizar los medios para la prevención y atención de dicha patología.

El desarrollo de la comunidad, puesto de manifiesto en el desarrollo del presente trabajo, conlleva a mejorar las condiciones de la comunidad estudiada y las que recibirán los beneficios sin haberlo manifestado.

Para lograr el desarrollo de la comunidad se tiene en cuenta la siguiente premisa: "Las asistentes sociales encargadas de casos individuales actúan siempre... como agentes de enlace, intentando utilizar inteligentemente los recursos sociales organizados,... recursos que, con los progresos realizados... han contribuido poderosamente a mejorar el servicio social de casos individuales..." 2.

Al abordar la problemática desde el contexto escolar se realiza una investigación de tipo tradicional, descriptiva en un barrio que sirve como muestra representativa de la comunidad, ya que el mayor porcentaje de los alumnos residen en el mismo.

La situación política- educativa y de salud, tiene las siguientes particularidades:

- Necesidad de plantear a los grupos familiares una educación continua como sujetos de derecho.
- Articulación entre las asignaturas de las áreas del conocimiento como forma de internalización y comprensión del saber.
- Arribo a los distintos distritos de nuevos inspectores jefes (los cuales son designados por carrera política, no por concurso) de Psicología y Asistencia Social Escolar, situación que genera otra mirada y posicionamiento profesional en

nuestro distrito: el Equipo pasa a denominarse interdisciplinario, donde cada accionar está bajo la óptica del "equipo" aunque un miembro disienta, perdiéndose la especificidad del profesional. Esta situación produce que muchos Orientadores Sociales (como se pasa a denominar al Trabajador y Asistente Social, fundándolo en que trabajaban como tales otros profesionales, como por ejemplo el sociólogo), se busque nuevos abordajes profesionales hacia los asistidos, como búsqueda de "aire fresco" para preservar el espíritu libre y mentalidad creadora y así ser un agente social activo y transformador de realidades; trabajando de manera interdisciplinaria pero sin perderse dentro de otras especialidades, ni dedicándose sólo al sujeto que se educa, como individuo aislado, sino a su contexto grupal y comunitario.

- Buscar estrategias movilizadoras para la participación comunitaria en la resolución de los problemas inherentes al estado de necesidades.
- Exigencias de planificaciones con directrices hacia temáticas como: cólera, alcoholismo, sexualidad. La primera, como necesidad real nacional, puesto que la patología tiene características de propagación geométricas, lo cual genera un estado de "alerta nacional". La segunda, como una adicción que involucra al individuo y su pérdida de libertad. Y, la tercera, la sexualidad, la aparición de una nueva ley que pone énfasis la responsabilidad del profesional médico y trabajador - asistente social de denunciar ante el Tribunal de Menores a niñas y adolescentes menores de edad embarazadas, con riesgo de "recibir el peso de la ley ante el incumplimiento de la misma". También la aparición del SIDA, como temática social del momento, sumada al primer caso de HIV positivo en el distrito de Necochea, ~~en el contexto de la Escuela Nº31 (la portera del Barrio San Antonio y~~

Por lo expuesto el realizar una investigación, tiene por objetivo lograr una cierta cantidad de información necesaria de las mujeres de la comunidad: sus creencias, sus formas de vida, la cual conduce a la comprensión de la situación individual, grupal y comunitaria, sus miedos, mitos, hábitos, necesidades, obstáculos, y forma de resolver problemas; donde los problemas vitales no sólo muestran la ausencia del estado de derecho del individuo sino que paraliza por sí sólo, la capacidad de pensamiento. Durante dicha investigación y posteriormente, pasar a una perspectiva metodológica dialógica y participativa, de comunicación racional con los actores involucrados, donde el sujeto es un ser pensante que debe elaborar constantemente soluciones para sus problemas, donde no existen recetas mágicas para vivir, si no que depende de su pensamiento.

El reflexionar sobre el problema no sólo involucra a las mujeres y población

en general, si no que también es válido para los profesionales de la medicina sobre todo y los funcionarios, para el análisis crítico – racional de la problemática del cáncer de mama, como parte responsable de la situación planteada, con la necesidad de participación y compromiso social en pos de la prevención y asistencia de dicho cáncer, y así modificar la realidad detectada. Esto posibilitará un cambio de abordaje no sólo para los asistidos si no principalmente para aquellos con poder de decisión, obteniendo así una mejor calidad de vida, tanto desde la perspectiva individual, grupal como comunitaria.

Lo expresado en el párrafo anterior, facilita una nueva dinámica social, mediante un trabajo entre las redes secundarias, constituidas en esta ocasión por los Hospitales Municipales, Centros de Salud, autoridades municipales (Intendente y Director de Política Social), autoridades escolares (Inspectores de las Ramas de Primaria y P.A.S.E., Directoras de Escuela N°31 y Jardín de Infantes N°908 y E.I. de ambos).

Para presentar el proyecto “Prevención de cáncer mamario” debía ser a través de una estrategia adecuada, es así como la A.S. propuso al Equipo del Centro de Salud presentarlo junto a otros proyectos que se requerían, como: cólera, sexualidad, alcoholismo, los cuales respondían a una demanda y servirían como modo de hacer efectiva la acción (proyecto). Cabe mencionar que: el Director del Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, posterior Director de Política Social, y Consejal del Honorable Consejo Deliberante es el Dr. Juan Alfonso Ruíz, ex compañero de trabajo en Clínica Psiquiátrica “José Ingenieros”, ayudó en la decisión de ejecución del proyecto, ya que se conocía su política de salud, y la forma en que debía ser presentado para su aprobación (teniendo poder político en el distrito y en la provincia, por su prestigio profesional y labor partidaria).

El trabajo en red no fue fácil, ya que cada institución tenía su trabajo organizado, el hecho de realizar una propuesta con un abordaje distinto en algunos generó desconfianza al principio, en otros curiosidad, en otros la revalorización de la profesión ya que se logró el nombramiento de cinco asistentes sociales en los Centros de Salud, quienes hasta la fecha trabajaban ad honorem, viéndose imprescindible su labor en dichos Centros. Posteriormente, dicho trabajo no se pudo dar continuidad ya que los lineamientos de la rama de P.A.S.E., a través de la Inspectora Jefe se basaban en “la prohibición del trabajo con centros de salud y hospitales, ya que ello implicaba que el asistente o trabajador social no se necesitaba en el servicio (escuela donde se desempeñaba) pudiendo ser retirado del mismo por ser ineficiente”

-
1. Richmond, Mary: “Caso Social Individual”. Ed. Escuela Nacional de Salud Pública, 1962.
 2. A. Sonis OPS: “Los sistemas de salud”, Publicación Científica 519.-

CAPÍTULO I

PERSPECTIVA TEÓRICA

deseados; a pesar de que la acción se desarrolla en forma permanente buscando el objetivo deseado.

La solución estaría para algunos, en la sustitución de algunos medicamentos por otros naturales y vegetales.

Las distintas especialidades investigan cómo reemplazar la atención del plano morfológico por el plano energético de la fisiología.

Por querer ver al ser humano como ente psíquico - físico, el ser humano se ha ido perdiendo de vista. Esto hace que por las superespecializaciones y el análisis, el todo se diluya. Por su actuación ha sido calificada como inhumana. Los especialistas tratan de concentrar todas sus fuerzas, para modificar esta situación.

Cuando las funciones corporales se unen de un modo determinado, se forma un modelo armonioso que se denomina salud. Cuando una de estas funciones se perturba, la unión se rompe y se produce la enfermedad. Lo que significa la pérdida del equilibrio. Esta pérdida se produce en la conciencia y en la información, y el cuerpo lo demuestra. En éste se manifiestan todos los procesos y cambios que se van produciendo en la conciencia. Todo desequilibrio, que afecta al ser humano se presenta en su cuerpo en forma de síntoma. Creer que el cuerpo está enfermo es un error, porque es el ser humano el que está enfermo.

Son muchos los síntomas que existen en la conciencia humana, sin ella el cuerpo no puede vivir ni puede enfermarse. Todo síntoma atrae la atención, el interés e impide la vida normal del ser humano. Esto nos produce malestar y por ello comienza la lucha, para eliminarlo. Lo que nos va a exigir atención y dedicación; es decir, que estemos pendientes de él.

Desde la antigüedad, se trató de disuadir a los enfermos de que un síntoma era un hecho fortuito y de que por lo tanto, se debía buscar e investigar.

Lo importante es eliminar las causas y no los efectos del síntoma. Lo que hace que la medicina académica no sepa como dar este paso y utiliza todos sus recursos y técnicas para tratar órganos y partes del cuerpo, descuidando al individuo con su problema. A pesar de todos los adelantos de la medicina científica, no ha disminuido el número de enfermos sino que se mantiene.

Siempre en... Cuando el individuo presenta una enfermedad en su conciencia, significa que ha dejado de estar en armonía. Esta pérdida se presentará en su cuerpo en forma de síntoma. El mismo será señal y transmisor de información, porque cambiará el ritmo de vida y hará que se esté pendiente de él. Esta situación nos permitirá saber que estamos enfermos, que algo no anda bien. La conciencia nos hace saber que para sentirnos bien, nos falta algo. Esta pérdida se va a presentar en el cuerpo como un síntoma. Comprender la diferencia entre enfermedad y síntoma hace que la actitud se modifique. Porque no siente al síntoma como enemigo, sino, que puede ayudarlo a

encontrar y vencer la enfermedad, la cual hace aflorar miedos, inseguridades, temores, resistencias inherentes a la persona frente a los cambios que esta situación produce en cada una; en algunas ocasiones paralizadas frente al síntoma donde se encuentran en un “callejón sin salida”, es ahí donde el profesional asistente – trabajador social a través de sus conocimientos, investigaciones, abordajes como agente de cambio, genera una verdadera transformación en cada persona y su contexto, puesto que lo ayuda a reinsertarse plenamente al mismo (contexto).

El síntoma es el que nos dice la verdad tal como es, el que no nos permite vivir engañados. Si nos permitimos prestarle atención y establecer canales de comunicación, estos nos servirán de guía para que comprendamos lo que verdaderamente nos falta.

Curarse significa que el ser humano se hace más sano y completo. La enfermedad no se interpone en el camino, sino que es el camino por donde el hombre va hacia la curación.

MECANISMOS DE DEFENSA.

Rechazar equivale a defender, lo opuesto a rechazar es amar. El amor, en el ser humano permite abrir barreras para dejar entrar lo que está fuera de ellas. Estas barreras se las llama yo y todo lo que queda afuera de la propia identificación es para nosotros el otro.

Los mecanismos de defensa es todo aquello que es percibido como una amenaza para el subconsciente. No es fácil expresar con palabras lo que estos manifiestan, sólo lo pueden describir aquellos que lo reconocen. Son la suma de todo aquello que no nos permite ser completos.

CLÍNICA DEL CÁNCER DE MAMA:

Se calcula que una de cada nueve mujeres padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida(11% de riesgo de por vida). La tasa de incidencia ajustada por edad es de aproximadamente 110 casos por cada 100.000 mujeres por año, siendo algo mayor para la población negra. El cáncer de mama corresponde al 32% de todos los cánceres de la mujer, lo que representa unos 183.000 casos nuevos por año.

El cáncer de mama se inicia en los conductos y los agranda. Si permanece dentro de ellos sin atravesar la membrana basal se lo denomina carcinoma no invasor (in situ), que puede adquirir un volumen que lo haga palpable. Cuando rompe la membrana basal e infiltra tejidos vecinos se lo denomina carcinoma invasor y adquiere potencial metastásico, linfático y venoso.

Cuando el tumor crece más allá de la mama, la región axilar es la más comúnmente afectada; esto depende en gran medida del tamaño del tumor.

El pronóstico del cáncer invasor operable se relaciona con el número de ganglios axilares afectados. A mayor número, peor pronóstico.

Los ganglios supraclaviculares se consideran marcadoras de enfermedad avanzada y conllevan un pronóstico grave con diseminación a distancia, casi universal.

Las metástasis alejadas pueden darse en una gran variedad de órganos. Las series de autopsias revelan la siguiente frecuencia de afectación:

⇒ Ganglios linfáticos.....	72 - 76%
⇒ Huesos.....	44 - 71%
⇒ Pulmón.....	59 - 69%
⇒ Hígado.....	58 - 65%
⇒ Pleura.....	37 - 51%
⇒ Suprarrenales.....	31 - 49%
⇒ Piel.....	7 - 34%
⇒ Cerebro.....	9 - 22%
⇒ Ovarios.....	9 - 20%
⇒ Páncreas.....	11 - 17%
⇒ Bazo.....	14 - 23%
⇒ Riñón.....	14 - 17%
⇒ Tiroides.....	24 % (una serie)
⇒ Miocardio.....	11%
⇒ Pericardio.....	11%
⇒ Peritoneo.....	9 - 13%
⇒ Útero.....	15%
⇒ Intestino.....	18%
⇒ Diafragma.....	11%
⇒ Coroides.....	< 5%

El cáncer de mama también puede crecer e invadir la piel de la mama afectada produciendo úlceras, nódulos, a veces el compromiso locorregional es extenso y difuso de una zona amplia de la piel de la región anterior del tórax (coraza).

Varios estudios han demostrado que pacientes con cáncer de mama pueden recidivar, luego de veinte años o más de intervalo libre de evidencia de enfermedad.

Cabe mencionar que para que un cáncer de mama llegue a medir 1 centímetro se podrían necesitar hasta ocho años.

El cáncer de mama puede presentarse como masa palpable (nódulo) o como lesión no palpable ("screening" mamográfico). En este último caso, las imágenes sospechosas suelen ser densidades redondeadas de bordes espiculados, con

calcificaciones en su interior o sin ellas, asimetría del parénquima. Pero la mamografía no brinda diagnóstico etiológico, sólo proporciona información indirecta que puede sugerir el origen de la imagen. Un 10 - 15 % de los cánceres de mama cursan con mamografía normal.

Los signos clínicos sospechosos son: secreción por el pezón, retracción (pocelado) de la piel, edema de la piel (piel naranja), inflamación de la piel (eritema pardusco con calor y dolor), eccema del pezón (enfermedad de Paget) y adenopatías axilares homolaterales).

Las adenopatías supraclaviculares, el edema del brazo, o ambos, son signos de progresión regional.

Un 10 % de las pacientes se presentan con síntomas de metástasis a distancia (disnea - dolor óseo - dolor abdominal - ictericia - pérdida de peso - síntomas neurológicos).

Se estima que sólo el 10 - 20 % de los nódulos de mama son detectados inicialmente por el médico, por lo tanto cualquier sospecha de anormalidad presentada por una paciente debería ser investigada en profundidad. Un nódulo de mama debe estudiarse teniendo en cuenta el estado hormonal (premenopáusico o pomenopáusico) y los factores de riesgo.

La mama es una glándula naturalmente multinodular y la presencia de un pequeño nódulo maligno puede pasar desapercibida entre el resto de nódulos "normales"-

Los nódulos malignos en general no duelen. Los nódulos dolorosos, especialmente si cambian o desaparecen con los ciclos menstruales, se asocian con displasias.

La conducta adecuada ante un nódulo sospechoso debe ser siempre su estudio histológico. Pero la mamografía debe ser realizada siempre, aunque uno esté dispuesto a biopsiar a lesión, ya que brindará información complementaria acerca de ella y de otras lesiones eventuales en la mama afectada y en la mama contralateral.

La combinación de examen físico, mamografía y aspiración con aguja fina tiene una tasa de certeza (precisión) diagnóstica de aproximadamente el 95 %.

La mamografía es el método principal sobre el que se realizan las técnicas de marcación de las lesiones no palpables, para que el cirujano pueda luego localizarlas en el acto quirúrgico a cielo abierto.

Una vez extirpada una lesión, se debería repetir una mamografía en 3 o 4 meses para asegurarse su completa escisión y contar con un estudio basal para controles posteriores que incluya los cambios posquirúrgicos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

El tipo celular de cáncer de mama tiene en general escasa importancia pronóstica. Todo informe o estudio debería incluir:

1. Tamaño del tumor.
2. Estado de los márgenes de sección.
3. Número de ganglios y número de ellos con metástasis.
4. Grado mitótico.

Receptores hormonales.

5. Estado de la piel, los linfáticos, los vasos sanguíneos y los nervios.

La clasificación más utilizada es la de la OMS. El 85% de los cánceres de mamas son carcinomas ductales, le siguen luego los lobulillares (10%).

Raramente la mama puede estar infiltrada por tumores de otros tipos, metastásicos o primarios (melanomas - cáncer de pulmón - riñón - estómago - leucemias - linfomas - plasmocitomas).

El 48% de los cánceres de mamas asientan en el cuadrante superoexterno.

La clasificación histopatológica de la OMS (1982):

1. Carcinomas in situ (no invasores): Cáncer ductal in situ; cáncer lobulillar in situ; enfermedades de Paget sin tumor subyacente demostrable.
2. Carcinomas invasores: Cáncer ductal invasor; cáncer lobulillar invasor; cáncer mucinoso; cáncer medular; cáncer papilar; cáncer tubular; cáncer adenoide quístico; cáncer secretor juvenil; cáncer apocrino; cáncer invasor subyacente + enfermedad de Paget.

FACTORES DE RIESGO:

Una mujer por el solo hecho de ser mujer ya está en riesgo de cáncer de mama, los factores que inciden son:

- * Edad : a mayor edad, mayor riesgo. En mujeres de 30 - 34 años es de 26 por 100.000; 50 - 54 años 224 por 100.000 y 70 - 74 años 450 por 100.000.
- * Sexo: las mujeres padecen cáncer de mama en relación 146: 1 con respecto al varón.
- * Nuliparidad.
- * Primer embarazo de término luego de los 30 años.
- * Menarca temprana (antes de los 12 años).
- * Menopausia tardía (más de 54 años).
- * Obesidad (especialmente del tronco).
- * Sedentarismo.
- * Consumo habitual de alcohol.
- * Enfermedades previas de la mama (lesiones benignas proliferativas como la

hiperplasia ductal atípica, y malignas como un cáncer de mama previo).

- * Dietas ricas en grasa y pobres en fibras y cereales.
- * Antecedentes familiares.

Alrededor de 1/3 de las mujeres que padecen cáncer de mama tienen antecedentes familiares (historia familiar positiva). Sin embargo, sólo un 5 - 9% de los cánceres de mama serían hereditarios. Esto se explicaría por su alta prevalencia.

Las formas hereditarias se caracterizan por la presencia de casos agrupados (2 - 3 o más) en una familia, que ocurren en general a edades tempranas (menores de 35 años), siendo con frecuencia bilaterales y asociados a veces a otras neoplasias (cáncer de ovario).

Se identificaron genes anormales que marcan una susceptibilidad hereditaria para padecer cáncer de mama, responsables de los cánceres de mama hereditario y asociados a cánceres de ovario hereditarios; también se identificó en varones con cáncer de mama, en ocasiones asociados con cáncer de próstata.

Hay otras enfermedades genéticas que predisponen al cáncer de mama.

LA MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO PREVENTIVO (“SCREENING”)

La prevención secundaria intenta identificar lesiones tempranas o premalignas para mejorar el pronóstico general. La mamografía ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años.

La Sociedad Norteamericana del Cáncer (ACS) recomienda hacerlo cada 1 o 2 años entre los 40 y 49 años y luego en forma anual.

Su utilización creciente y generalizada como método de “screening” en mujeres asintomáticas ha producido un cambio fundamental en el diagnóstico del cáncer de mama.

Las lesiones que se diagnostican son cada vez más tempranas (pequeñas) con un porcentaje creciente de carcinomas in situ que no se observaba décadas atrás.

AUTOEXAMEN DE MAMAS:

Es un método simple, barato, no invasivo y pueden hallarse lesiones tempranas de cáncer de mama.

Sin embargo, no hay evidencia estadística concluyente que muestre una reducción en la mortalidad por cáncer de mama adjudicable a este método.

Los aspectos negativos serían el aumento de la ansiedad y el miedo o la creación de una sensación falsa de seguridad. Puede ser útil en áreas donde el acceso

al control médico y mamográfico es limitado. Se recomienda hacerlo mensualmente después de cada menstruación en las premenopáusicas o en un momento determinado (por ejemplo, la primera semana de cada mes) en las posmenopáusicas.

Se sugiere: 1) Repetirlo el examen físico mamario regularmente, familiarizándose con él.

2) Realizarlo en posición sentada y acostada. Con brazos levantados y bajos.

3) Examinar los cuatro cuadrantes de la mama, prestando atención a la apariencia de la piel suprayacente y a los cambios del pezón, comparando ambas mamas en busca de asimetría.

VALOR DEL EXAMEN FÍSICO Y DE LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

La valoración de la extensión de la enfermedad es esencial para plantear la estrategia terapéutica y establecer el pronóstico.

El examen físico no es un método seguro para valorar los ganglios axilares. En las pacientes con axila clínicamente negativa un 30 - 40% mostrarán afectación histopatológica (falso negativo). Además un 30% de las pacientes con axila clínicamente positiva no mostrarán compromiso histológico (falso positivo).

La mama contralateral debe ser siempre examinada, física y radiológicamente.

Si bien el cáncer de mama puede dar metástasis en prácticamente cualquier órgano de la economía, lo hace con mayor frecuencia en sitios comunes como: huesos, pulmones, ganglios mediastínicos e hígado. Para poder poner en evidencia estas metástasis, deberán alcanzar un tamaño mínimo de un centímetro.

Los huesos pelvianos y la columna vertebral son los más frecuentemente afectados.

Independientemente del estadio, todas las pacientes a las que se diagnostica cáncer de mama deberían realizar un examen físico completo, una radiografía de tórax y un análisis bioquímico sanguíneo y de orina.

La lista de métodos diagnósticos es muy amplia. Los algoritmos, diagnósticos tienen como objetivo arribar a un diagnóstico rápido y económico (en dinero y en molestias para la paciente).

Los estudios complementarios son:

- ◇ Tomografía computarizada (TC)
- ◇ Ecografía.
- ◇ Centellograma óseo.
- ◇ Centellograma hepático.

- ◇ Resonancia magnética nuclear.
- ◇ Antígenos marcadores (CEA Y CAI 5.3)
- ◇ Punción de la médula ósea.

PREVENCION Y DIETA

Los factores dietéticos son la causa de uno de cada tres cánceres. Su principal protección puede consistir en una buena dieta que le ayude a mantener el sistema inmunológico del organismo. Aunque ningún alimento conocido es capaz de curar el cáncer, comer ciertos alimentos y reducir el consumo de otros puede servir de medida preventiva.

Los alimentos ricos en fibra, como el pan y los cereales integrales, pueden contribuir a la disminución de la cantidad de prolactina y estrógeno, posiblemente uniéndose a estas hormonas y arrastrándolas fuera del organismo.

Disminuir el consumo de grasas saturadas podría reducir el riesgo. Tomar leche desnatada en lugar de leche entera, limitar el consumo de mantequilla, comer carnes con poca grasa y quitar la piel al pollo, es una forma de llevar el consumo de grasas saturadas a niveles más seguros.

También pueden ayudar las hortalizas ricas en vitaminas A, como la zanahoria, la calabaza, el boniato (batata) y las verduras de hojas verdes, como la espinaca, la berza y la col lombarda. Se cree que la vitamina A inhibe la formación de mutaciones cancerígenas. Y hortalizas como el brocoli, las coles de Bruselas, la coliflor, el repollo y la cebolleta, contienen sustancias químicas que inducen enzimas protectoras.

Detección precoz :

La detección precoz del cáncer de mama sigue siendo el paso más importante para alterar su curso. Para ello existen tres medidas básicas: la autoexploración mamaria regular, el examen médico anual y la mamografía.

La mujer debería explorarse el pecho regularmente todos los meses, buscando cualquier cosa de aspecto o tacto sospechoso, como endurecimiento o bulto. Por pequeño que este le puede parecer, ha de consultar a su médico inmediatamente. Cuanto antes se diagnostique un bulto, más posibilidades tiene de controlar su futuro.

Se recomienda un examen médico rutinario anual, particularmente después de los cuarenta años. En caso de descubrirse un bulto, sería prudente pedir una segunda opinión de un especialista o un cirujano.

Una buena arma contra el cáncer de mama es hacerse mamografías con

regularidad. Este tipo de radiografía puede detectar un tumor quizás hasta de dos años antes de que se pueda palpar.

Aunque la mamografía puede detectar los tumores, no es capaz de diagnosticar si son benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). Eso sólo puede averiguarse con una biopsia.

Tratamiento :

Actualmente los tratamientos convencionales para el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. La información sobre el tipo de tumor, tamaño, capacidad de invasión, si se ha propagado a los ganglios linfáticos o no y el estado menopáusico de la mujer, son factores que pueden ayudar tanto a esta como a su médico a determinar cuál es el mejor tratamiento. Cirugía. La mastectomía radical, en la que se extirpa la mama junto con los músculos subyacentes y los ganglios axilares, ha estado muy generalizada.

Radioterapia : La radioterapia mata las células cancerosas. En el caso del tratamiento conservador, pueden escaparse del bisturí del cirujano minúsculos focos tumorales por tratar de conservar la mama. La radioterapia puede destruir esas células residuales. Pero con la irradiación existe un ligero riesgo de inducir cáncer en la otra mama.

Quimioterapia : A pesar de los esfuerzos por extirpar el cáncer de mama mediante la cirugía, entre el 25 y el 30% de las mujeres a las que se acaba de diagnosticar cáncer de mama tendrán metástasis ocultas demasiado pequeñas como para presentar síntomas al principio. La quimioterapia es un tratamiento que utiliza agentes químicos para tratar de matar las células que invaden otras partes del cuerpo.

Los efectos de la quimioterapia son limitados porque los tumores cancerosos están compuestos de diferentes tipos de células cada uno de los cuales tiene su propia sensibilidad a los productos químicos. Las células que sobreviven al tratamiento pueden producir una nueva generación de tumores resistentes a la medicación.

Hormonoterapia : El tratamiento antiestrógeno bloquea la acción de los estrógenos, las hormonas que estimulan el crecimiento de los tejidos de la mama. Esto se consigue reduciendo los niveles de estrógenos en las mujeres premenopáusicas, bien extirpando quirúrgicamente los ovarios o bien mediante compuestos.

Cualquier mujer con cáncer de mama necesita atención médica complementaria durante toda su vida. Debe mantenerse una vigilancia minuciosa, porque si cierto tratamiento falla y se produce una recaída, se puede recurrir a otras terapias.

Desarrollo de la comunidad :

La idea y la práctica del desarrollo de la comunidad, mediante la ayuda mutua, es tan vieja como la misma humanidad. Han existido a lo largo de la historia continuos intentos, que han procurado lograr el bien común mediante el esfuerzo comunitario.

En las sociedades indígenas se mantiene aún una clara cooperación y ayuda mutua. Los países llamados subdesarrollados muestran ejemplos de acción conjunta, mientras la evolución de la sociedad no los introduzca en las relaciones de tipo competitivo. Pero a pesar de esto existen acciones de tipo comunitario que buscan alcanzar metas que trascienden los intereses individuales.

El desarrollo de la comunidad se considera una técnica social útil y eficaz para lograr ciertos objetivos tendientes a promover una nueva dinámica social, que incorpore a la población como elemento activo del proceso general de desarrollo.

A lo largo de la historia la expresión desarrollo de la comunidad ha ido evolucionando. En los años sesenta la Alianza por el Progreso propugnada, por J.F. Kennedy, da un gran espaldarazo a los programas de desarrollo de la comunidad. Esta técnica social opera por medio de un proceso educativo y de organización, tendiente a promover en las esferas individuales y colectivas las capacidades y cualidades de los grupos de comunidad o pueblo, para el logro de su desarrollo en la región o nación.

A la participación popular, se la ha considerado como recurso para el desarrollo comunitario.

Esta concepción de la promoción popular del desarrollo comunitario entra en crisis, la cual exige nuevas formulaciones. Esto condujo a un replanteo referido a la promoción y participación popular y del desarrollo de la comunidad, como instrumento de esa promoción y participación. Después de haber adquirido gran impulso y desarrollo, fue perdiendo aceptación y significación, por lo que el desarrollo de la comunidad entra en un largo letargo.

A partir de un seminario realizado en el año 1979 en Colombia, el desarrollo de la comunidad adquiere gran importancia en el continente Latinoamericano; ya que participaron treinta países de Latinoamérica. Esta práctica desató potencialidades que estaban mucho más allá de lo que la misma técnica contenía, ocurre esto cuando a la gente se le otorga posibilidades para decidir sobre cuestiones que le conciernen, aunque en algunos casos, el nivel de decisiones se halla circunscripto al barrio o comunidad.

Características del desarrollo de la comunidad :

El desarrollo de la comunidad se caracteriza como una técnica social de promoción del hombre y de movilización de recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa y democrática de la población, en el estudio, planeamiento y ejecución de programas, destinados a mejorar el nivel de vida de las comunidades. No es una acción sobre la comunidad, sino una acción de la comunidad; se trata de aunar esfuerzos y acciones organizadas con iniciativa y decisión de la comunidad.

Es una metodología que actúa fundamentalmente a nivel psico-social, mediante un proceso educativo que desenvuelve potencialidades latentes para mejorar sus condiciones de existencia. Para ello es necesario: el estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y conflictos.

Esa participación comunitaria debe servir para mejorar y para transformar la realidad.

En la acción comunitaria el trabajador social o asistente social puede concientizar, promover, capacitar y organizar, mediante la participación concreta de la propia comunidad, pudiendo de esta manera educar.

Educación para la salud :

Significa promover o fomentar la salud mediante la realización de un conjunto de acciones destinadas a quienes están sanos para que fortalezcan o refuercen su salud. El objetivo es lograr que el mayor número de personas desarrolle el máximo de sus potencialidades para lograr una vida más eficaz, feliz y solidaria.

El derecho a la salud reposa sobre una conciencia del saber, cuanto más sabe la población sobre la salud, más posibilidades tiene de mantenerla, mejorarla o protegerla.

No puede haber salud sin educación. Las acciones de prevención tienen mucho en común con las acciones educativas, ya que las mismas son formas de comunicación que se realiza en el nivel del individuo, de los grupos y de la comunidad, tienen por objeto informar y motivar para lograr conductas sanitarias positivas.

La salud y enfermedad son dos caras de la misma moneda, del mismo modo la protección de la salud y la prevención de la enfermedad que son acciones complementarias e inseparables.

Las acciones de protección o prevención primaria de la salud son aquellas que se orientan hacia el hombre que carece de recursos y corre el riesgo de enfermar. Consiste en la prestación de cuidados esenciales de la salud de toda la población.

Sus acciones se basan en la promoción de una mejor alimentación, el abastecimiento de agua potable, el saneamiento básico y la higiene de la vivienda.

Para llevar a cabo estas prestaciones, es imprescindible contar con la participación activa de la comunidad, para ello es necesario educarla sanitariamente.

Es necesario que la comunidad participe de las actividades destinadas a la atención de la salud. Esa participación debe ser consciente, responsable y organizada, para que pueda servir a la población a alcanzar un óptimo nivel de salud. Esta participación debe ser organizada para que el esfuerzo realizado por la comunidad llegue a ser eficaz y útil.

La comunidad organizada y preparada va a responder a la solicitud de ayuda, aportando todos los elementos humanos y materiales para que sean utilizados de acuerdo al tipo de emergencia a la que se encuentre.

Atención primaria de la salud :

La salud es un derecho, que pertenece a cada persona, a cada pueblo, que nadie otorga, si no que le es propio, como la vida. Es un derecho humano.

La atención primaria de la salud es la asistencia sanitaria apropiada a través de servicios adecuados de protección, fomento y asistencia; puestos al alcance de todas las personas y comunidades, por medios que les sean aceptables, con plena participación y un costo accesible, en un marco de una necesaria integración con todos los sectores involucrados.

Atención primaria de la salud, es una estrategia, un camino que propone la transformación del sistema de salud tradicional hacia un sistema más justo y democrático. Este cambio profundo sólo se puede lograr trabajando juntos: equipo de salud, comunidad y organizaciones; construyendo todos los mecanismos, maneras y modelos propios de participación real. Analizando nuestra realidad, planificando, programando y ejecutando acciones de salud.

Trabajo social en salud :

El Servicio Social es un quehacer profesional donde su especificidad aporta una visión necesaria para poder realizar acciones preventivas y de promoción en el área de salud, evitando acciones aisladas dentro de la comunidad, generando transformaciones necesarias.

Los objetivos del servicio social, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las

necesidades y problemas sociales. Para poder cumplir los objetivos generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud, éstos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos.

Los objetivos específicos son: aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales. Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

La acción educativa en salud implica un conjunto de actividades orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva. Educar no es informar. La información no basta para modificar comportamientos. La comunicación es la base de la educación para la salud como proceso que se da entre emisor y receptor a través de un mensaje realimentado, lo cual indica la necesidad de adecuar dicho mensaje a quien debe recibirlo. Educar no significa que los otros deben ser como nosotros, ni creer que los demás deben adaptarse a nuestros servicios, ya que somos nosotros los que estamos al servicio de ellos.

Para trabajar a favor de la prevención de la salud, es necesario hacerlo en y desde los lugares donde está el individuo, la familia, la comunidad o sea la escuela, lugares de trabajo, de recreación, de atención de la salud.

Por lo expuesto precedentemente, es que el Servicio Social que se realiza desde la escuela, centros de salud u hospitales contribuye en la tarea de prevención y promoción de la salud, luchando a favor de la organización y de recursos para el bienestar social, aportando conocimientos a la comunidad (tanto a los asistidos, como a otros profesionales – como miembro de un equipo interdisciplinario o trabajando junto a ellos -, contribuyendo en la construcción del sujeto social como sujeto de derechos.

MARCO INSTITUCIONAL:

EL LARGO CAMINO HACIA QUEQUÉN:

El 3 de agosto de 1854, en la pulpería “La Ballenera”, ubicada en el actual partido de General Alvarado, se reunieron treinta y seis vecinos y solicitaron mediante un juez de paz la creación de una ciudad en la desembocadura del Río Quequén. Este pueblo debería ser la cabecera del Partido de las Loberías Grandes, fundado en 1839.

Quequén debía fundarse sobre las tierras que José Manuel de Guerrico había adquirido el 12 de octubre de 1836. El lugar se conocía en aquella época como “Pago de la Lobería”. Por esta razón, cuando se produjo la Revolución de los Libres del Sur y el General Juan Manuel Rosas mandó dividir los partidos existentes al Sur del río Salado, el nuevo distrito surgido de la partición del partido de Monsalvo tomó el nombre de Loberías Grandes.

Sin embargo, el pedido de los treinta y seis vecinos no fue escuchado. En 1856, en la misma pulpería se repitió el pedido ante la “urgente necesidad” del Partido de Lobería de tener “un punto centro, tanto para educar a las masas como para dar impulso y seguridad a esta parte de la frontera”¹.

La nota fue firmada, entre otros, por Luis Dupuy, Augusto Pieres, Fernando Méndez y Vidal, Mariano Amarante, Marcelino Gómez, Fermín Mendoza, Augusto Otamendi, Erminio Machado y Fermín Otamendi. El pedido se repitió en 1857, 1868 y 1882, pero no se obtuvo respuesta. Sin embargo, la pujanza de la zona hizo que el 4 de octubre de 1870 se realizara el primer embarque de cereales en un recodo del río Quequén, ubicado al pie de la denominada Loma de Gil. De este dato se desprende que en aquella época la región debía estar habitada.

LA FORMACIÓN:

El 19 de julio de 1889, varias personas se reunieron en la casa de Manuel de Guerrico, para realizar el acto de formación del directorio de la “Sociedad Anónima Ciudad de Quequén”. Estuvieron presentes el Dr. Jorge Bunge, Pedro Costa, Juan Drysdale, Manuel José de Guerrico, Emilio Lamarca, Eduardo Madero, Emilio Mitre y Vedia, Rómulo Otamendi y Santiago Luro.

El Dr. Bunge expuso los objetivos para la formación de la sociedad, con las tierras adquiridas a Manuel José de Guerrico, José Prudencio de Guerrico y Mercedes Guerrico de Güiraldez. La superficie total era de 38.000.000 de metros cuadrados, en la margen izquierda del Río Quequén. El objetivo de la nueva entidad era fundar allí “una sociedad con calles, avenidas, plazas, parques y la construcción de un gran hotel cercano a la playa, así como un número de villas o casas de tipo artístico que dictasen

norma para la edificación privada”¹.

Bunge fue nombrado presidente de la sociedad, que pese a las largas gestiones realizadas nunca consiguió la aprobación de los planos de la proyectada ciudad. Sin embargo, el 2 de junio de 1890, la entidad comienza la venta de solares.

Cinco años después, la institución quebró debido a la crisis económica y comercial de 1890 y a la no construcción del puerto de ultramar por no poseer el gobierno fondos para su realización. La Sociedad Civil “Guerrico hermanos” continuó con los trabajos emprendidos por la firma que lo precedió.

Pero pese a que “Quequén se transformó en una ciudad, oficialmente sus planos nunca fueron aprobados, porque con el tiempo el pueblo había adquirido un trazado propio”². Por esta razón, en 1934 se decidió realizar el replanteo definitivo de la ciudad, que recién fue aprobado el 31 de marzo de 1938.

No obstante, debieron pasar casi cincuenta años para que se decidiera darle a Quequén una fecha de fundación. Desde 1992 varios historiadores discutieron cuál debía ser considerado el día de la creación del pueblo.

Finalmente, luego de idas y venidas, el 3 de agosto de 1995, los pobladores festejaron por primera vez el cumpleaños de su localidad. Habían pasado 141 años desde que treinta y seis hombres se reunieron en el paraje “La Ballenera” con idea de darle una ciudad cabecera al Partido de las Loberías Grandes.

1. Suárez García: “Historia del Partido de Lobería”, TOMO 1 y 2, Editorial San Pablo, 1940.-

2. Freitas, Néstor Jorge: “Historia dibujada de mi pueblo Quequén – Necochea”, 1992.-

ESCUELA N°31 “MANUEL JOSÉ DE GUERRICO”:

En 1890 cuando la Sociedad quebró, Manuel José de Guerrico donó su estancia para que fuera ocupada por pobladores y el casco de la misma (la propiedad) para que funcionara una escuela, es así como nace la Escuela N°5 posteriormente pasaría a llevar N°31, la cual se encuentra situada en la calle 525 entre 526 y 528.

La institución ha venido luchando contra: el paso de los años que ha ido deteriorando la construcción, las inclemencias del tiempo que hasta su techo voló íntegramente en dos oportunidades, y necesidad de edificar nuevas aulas por la demanda de atender mayor matrícula.

La Escuela N°31 fue la primer escuela de Quequén, es parte de su historia, es parte de su gente, es el sentimiento de la población, y su pertenencia a la región. A pesar, de los años transcurridos y la edificación de nuevas aulas, se ha tratado de mantener intacta su fachada arquitectónica, como forma de mantener visible parte de la historia.

La Asistente Social, cuando fue nombrada titular en 1990 del Equipo de Distrito N°1, el cual correspondía a la Escuela N°31 al conocer la historia de dicha escuela, se contacta con el Arquitecto Jorge Freitas, con el Senador Provincial Miguel Angel García, para tramitar la declaración de la escuela como “Monumento Histórico” y así asegurarse su preservación, como se hizo con el puente “Colgante” que une ambas márgenes del río uniendo Quequén de Necochea. No fue posible, sí se obtuvo por parte de la Provincia un subsidio para su restauración de U\$\$ 120.000, con el cual se restauró el techo en su totalidad, (el cual un temporal volaría íntegramente), se arreglaron y se pintaron paredes.

CENTRO DE SALUD “SEIS ESQUINAS”:

El Centro de Salud “Seis Esquinas”, está ubicado en la calle 519 entre 530 y 532, el mismo nace como una necesidad e inquietud de un grupo de vecinos del Barrio “Seis Esquinas”.

El 3 de noviembre de 1990, quedó conformada la “Comisión Cooperadora del Centro de Salud Seis Esquinas”, integrada por la misma gente del barrio, quienes decidieron asignarle este nombre. Sus miembros fueron elegidos por votación y la nómina es la siguiente:

Presidente..... Mansilla, Matías
VicePresidente..... Charle, Dora
Secretario..... Lanzón, Domingo
Pro-Secretario..... Araujo, Carmen

Tesorero..... Carricart, Aníbal
Pro-Tesorero..... Pedreyra Daniel
Vocales..... Casablanca, Néstos; Rodríguez, Elena; Cañada,
Jaqueline; Carricart, María de los Angeles; Burgos, Blanca.
Vocales suplentes:.....Fondacaro, Rodolfo; Natale, Cecilia; Búlfaro,
José; Casal, Elba; Coletta, Marina; Casal, Inés.
Revisores de cuentas..... De Franco, Alberto y Prieto, María.

BARRIO “SEIS ESQUINAS”

Situación geográfica y características generales:

En la Ciudad de Quequén partido de Necochea, situado a la margen izquierda del río Quequén, se encuentra un núcleo habitacional denominado “Seis Esquinas”, cuya área programática abarca 520 a 538 y desde 541 a 505, donde se encuentra inmersa la Escuela N°31. Está ubicado a 3 km. de la Ciudad de Necochea, 3 km. del Hospital “José Irurzun” (Centro de derivación más próximo), 10 cuadras de la villa balnearia, sector Quequén y diez cuadras de Puerto Quequén.

El polígono de influencia de la Escuela N°31 abarca a 320 familias (410 alumnos), cincuenta y siete de las cuales ocupan el conjunto habitacional llamado “60 Viviendas” y el resto se distribuye en aproximadamente 80 manzanas ubicadas alrededor de dicha escuela.

Infraestructura y equipamiento:

Dentro de esta área se encuentra la Escuela N°31 “Manuel José de Guerrico”, el Centro de Salud “Seis Esquinas”, el Jardín de Infantes N°908 que funciona en dos viviendas del barrio mencionado en el párrafo anterior; un club social barrial “Defensores de Puerto Quequén” y la Parroquia “Nuestra Señora de la Merced”(primer parroquia de Necochea y Quequén).

Circulan por el Barrio dos líneas de colectivos que conectan a la población con el Centro de Necochea, con la frecuencia de veinte minutos y con el Hospital Irurzun, cada treinta y cinco minutos.

En relación a los servicios que cuentan: el 60% cuenta con agua corriente, el 30% con gas natural, el 25 % con cloacas, el 10 % calles asfaltadas (entre ellas, encontramos la Ruta Almirante Brown, Rivadavia -530-, la 519, 521, 517 y 532-dos cuadras), el resto cuentan con entoscado ; calles que tienen mejorado, en general en muy buenas condiciones y, de tierra con algunos pozos y agua estancada. Aproximadamente, un 10 % no cuenta con servicio eléctrico o tienen conexiones clandestinas, y el 3 % carecen de agua corriente (agua de pozo). La recolección de residuos se efectúa a través de camiones, contando sólo con algunos contenedores, con una frecuencia de recolección de tres veces por semana.

Siendo la Escuela N°31 junto al Centro de Salud “Seis Esquinas”, el efector del nivel primario en prevención de la salud y el segundo en el efector de la atención primaria de la salud, se constituyen en el pilar fundamental del bienestar de la salud.

Ambas instituciones, a través del Equipo Interdisciplinario del Centro de Salud y la Asistente Social de la escuela trabajan en proyectos conjuntos, principalmente en lo que se refiere al tema salud.

Estructuras físicas:

Tomando las características del Barrio mediante la aplicación de la técnica de observación directa, en cuanto al relieve, suelo e hidrología se concluye:

Relieve: se observan pendientes en los terrenos con características de médanos.

Suelo: de condición fértil, con abundantes terrenos baldíos en mal estado. Suelo arenoso a medida que nos acercamos a la zona portuaria y sector playa.

Hidrología: a las proximidades del barrio se encuentra el río Quequén Grande.

Lugares recreativos:

Cuenta la población del Barrio con una plaza con juegos para niños, situada en la calle 532 entre 511 y 509 (frente a la Parroquia “Nuestra Señora de la Merced”); Club “Defensores de Puerto Quequén”.

Servicios asistenciales:

El Barrio “Seis Esquinas”, cuenta con un Centro de Salud, ubicado en la calle 519 entre 530 y 532, donde prestan sus servicios un equipo interdisciplinario: un médico generalista, una asistente social, una licenciada en enfermería y una psicóloga social.

Problemas sentidos por la comunidad:

- Necesidad de contenedores para la recolección de residuos.
- Desmalezar terrenos baldíos.
- Desratizar.
- Agua contaminada por causa del derrumbamiento de los pozos ciegos, lo que ocasiona patologías como: hepatitis, diarreas, micosis, etc.
- Carencia de teléfono público en el barrio.
- Insuficiencia en los medios de transportes.
- Necesidad de una Guardería en el barrio.
- Escasez de centros o lugares recreativos.
- Bajo nivel de ingresos e imposibilidad de cubrir las necesidades primarias.

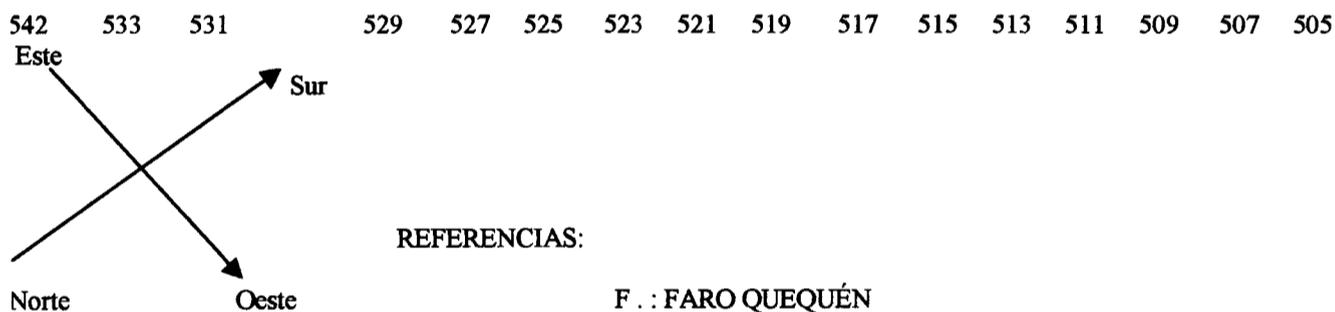
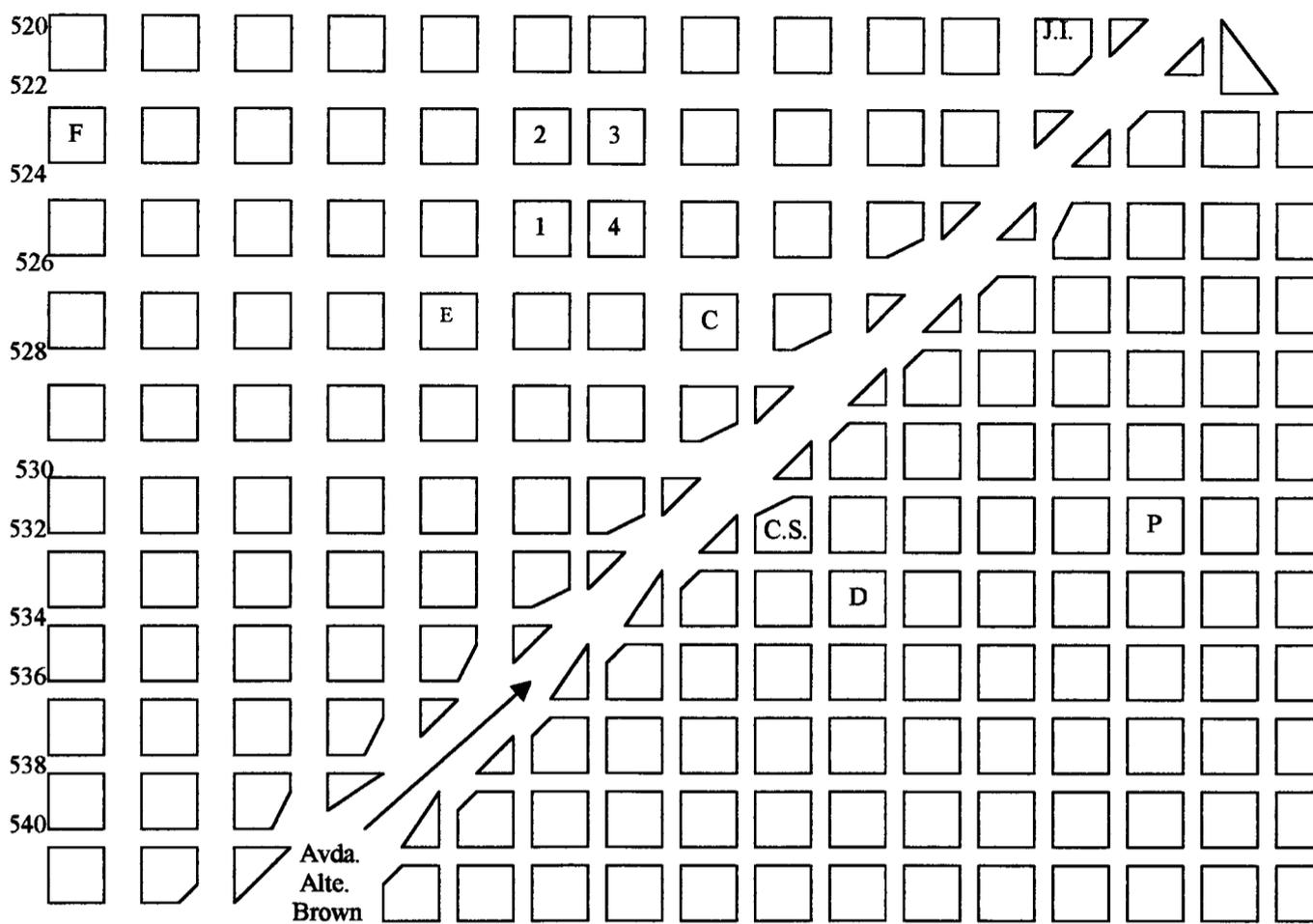
Viviendas:

Las viviendas que se encuentran a los alrededores de la Escuela N°31 poseen una buena construcción de ladrillos y cuentan con servicios de cloacas, agua corriente y gas natural. A medida que nos vamos alejando, el grupo habitacional es más disperso y las viviendas se caracterizan por una construcción más precaria. El barrio cuenta con almacén verdulería, kiosco, frigorífico y unidad básica.

En base al análisis de los datos (del diagnóstico áulico) y a la tabulación de los mismos, se puede arribar al siguiente diagnóstico:

1. La composición social, el 80 % de clase baja de escasos recursos económicos, con un alto porcentaje de trabajo inestables e ingresos variables.
2. Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades primarias. Se observa un alto índice de desempleo o subempleo (trabajo temporarios, changas) en la población masculina; y en la femenina aproximadamente un 65 % se dedica a quehaceres domésticos, el resto se dedica a actividades laborales, percibiendo una remuneración fija principalmente en fábricas de pescado, donde realizan la temporada percibiendo un ingreso quincenal(características variables e inestables); se advierten casos de prostitución. En el último tiempo se ha detectado familias que se dedican al trabajo de emprendimientos familiares, que luego salen a comercializar a la calle: facturas, artesanías, manualidades, pequeños tejidos (bufandas, escarpines, etc.), ingresos que destinan a cubrir sus necesidades básicas. Algunas familias reciben ayuda por medio de la Caja Pan, Bonos de pan y leche, y pensiones graciales.
3. Elevado porcentaje de familias numerosas.
4. Se ha detectado en los últimos años un incremento de la inmigración a la zona proveniente de Localidades vecinas o del interior del país. Lo cual, genera el problema habitacional: familias que deben compartir sus viviendas, y también ha dado origen a la usurpación de aquellas que han permanecido cerradas durante un largo tiempo.
5. La zona de influencia de la Escuela N°31 abarca dos realidades totalmente diferentes: una es la enunciada en el punto 4, y la otra, un grupo habitacional correspondiente a familiar tipo con necesidades básicas satisfechas, también se observa gran población de tercera edad, que viven con lo que perciben de su jubilación o pensión, muchos de ellos de nacionalidad italiana. Dentro de este grupo se encuentran empleados, pequeños comerciantes y obreros.
6. El aspecto habitacional del barrio presenta características muy variables, se observan casas de construcción precaria: chapa, madera, bloques y, casas de materiales bien formadas. Dentro de la zona se encuentra el Barrio "60 Viviendas", el Hotel Ventury ocupado por siete familias con gran número de niños, en la actualidad se trabaja con Defensa Civil, dado a que presenta riesgo de derrumbe en sus techos, y paredes con electricidad a causa de conexiones clandestinas del servicio eléctrico. A

medida que nos alejamos de la escuela, podemos observar la dispersidad y precariedad de las viviendas, las que carecen de algunos servicios.



REFERENCIAS:

- F. : FARO QUEQUÉN
- E. : ESCUELA N°31
- C. : COOPERATIVA "GENERAL NECOCHEA"
- C.S.: CENTRO DE SALUD "SEIS ESQUINAS"
- P. : PARROQUIA NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED
- D. : CLUB DEFENSORES DE PUERTO QUEQUÉN.
- J.I. : CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "JOSÉ INGENIEROS"
- 1.2.3.4.:BARRIO "SEIS ESQUINAS"
- 3 : Se encuentra el Jardín de Infantes N°908

BARRIO "SEIS ESQUINAS"

(Y ÁREA DE INFLUENCIA)

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE TRABAJO

INTRODUCCIÓN:

El trabajo social debe situarse en una realidad para el abordaje de determinadas problemáticas, pero planteándose el por qué y para qué, ya que si no quedaría como un mero desafío de un conocimiento de una situación determinada, cuando en realidad ese conocimiento debe llevarlo a trascenderlo mediante un acto deliberado.

Es así como el tema abordado para su investigación fue en base a:

1. Aparición de la enfermedad como antecedente familiar en los diagnósticos tanto institucionales como áulicos, en salud y en los distintos establecimientos educativos donde la asistente social se ha desempeñado profesionalmente.
2. No haberse realizado hasta la fecha, ninguna investigación dentro del distrito de Necochea sobre el tema.
3. Necesidad de entrecruzar variables intervinientes para hallar el camino hacia la acción.
4. Acciones aisladas (como alguna charla o atención) de entes privados donde la mayoría de la población no tiene acceso.
5. Decreto Municipal como consecuencia de la ley provincial, por el cual se crean centros de salud en los distintos barrios, contar con dos hospitales municipales, pero sin la articulación entre los recursos y la implementación de salidas resolutivas.
6. Necesidad de la comunidad de obtener respuesta a sus problemas vitales como la salud y la inquietud profesional de salir a brindar una respuesta, a pesar del intento de las autoridades de paralizar el accionar.

El realizar una investigación, la cual es de tipo tradicional, descriptiva, tiene por objetivo lograr una cierta cantidad de información necesaria sobre la mujer (sus creencias, sus formas de vida, hábitos alimentarios, necesidades, etc.), sobre los profesionales (sus abordajes sobre el tema, etc.) para pasar a una perspectiva metodológica dialógica y participativa, de comunicación racional con los actores involucrados, donde el sujeto es un ser pensante que debe elaborar constantemente soluciones para sus problemas en la búsqueda del bienestar individual, grupal y comunitario y de sus derechos para obtenerlo. Cabe agregar que el trabajar desde esta perspectiva, posibilitará un cambio en el abordaje mediante la reflexión participativa de las mujeres, población en general y los profesionales que trabajan en área de salud, sobre la prevención y promoción efectiva del cáncer de mama.

En síntesis, el presente trabajo de investigación de carácter cuantitativo y cualitativo, consistiendo fundamentalmente en caracterizar un fenómeno indicando rasgos más peculiares o diferenciadores.

Para llevar a cabo este trabajo se obtiene una muestra de cincuenta y cinco mujeres entre los 18 a 25 y de 26 a 50 años de edad, residentes del Barrio “60 Viviendas” de la Localidad de Quequén Partido de Necochea.

La elección de la muestra no fue al azar, por el contrario, se optó por ser representativa, ya que la mayoría de los alumnos residen en dicho barrio, del cual se toma el total de las mujeres para realizar la encuesta semiestructurada.

Se inicia con una observación y selección documental, con el fin de lograr los datos necesarios para conocer la información existente sobre la incidencia del cáncer de mama en la Localidad de Quequén y posteriormente en Necochea , atención de las mujeres que padecen dicha patología en la órbita oficial o privado. Posteriormente, se realiza encuesta semiestructurada, entrevistas, solicitando el consentimiento para el desarrollo de las mismas e informando a la vez que se va a trabajar sobre dos aspectos el por qué y para qué de la investigación (concepto y finalidad) y sobre el contenido específico de la misma el desarrollo de la comunidad.

Presentar e implementar proyecto de prevención del cáncer mamario, utilizando otros proyectos en su presentación como estrategia para su aprobación e implementación.

Hipótesis :

“El desarrollo de la comunidad, como integradora en las esferas individuales y colectivas, facilita una dinámica social, incorporando a los actores involucrados como elementos activos para viabilizar objetivos preventivos – promocionales efectivos del cáncer de mama”

Instrumentos de recolección de datos:

- Encuesta semiestructurada.
- Entrevistas.
- Charlas informales.
- Informantes claves.

OBJETIVO GENERAL:

- Generar la participación de los actores involucrados a través de la comunicación racional, para lograr una transformación en el abordaje del cáncer de mama, que incluya complementaria y simultáneamente el eje social, en función de la disminución del riesgo, el diagnóstico precoz y el mejoramiento de la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar un perfil socio – económico y su relación con el conocimiento del cáncer de mama en grupos de 18 a 25 y de 25 a 50 años de la población femenina del Barrio “60 Viviendas” de la Localidad de Quequén Partido de Necochea.
- Investigar el conocimiento de cáncer de mama en los grupos mencionados.
- Determinar si el conocimiento que poseen las mujeres acerca de la enfermedad es el correcto.
- Elaborar proyecto de prevención y atención de la problemática, para transformar.

OBJETIVOS PROFESIONALES:

- Informar a las mujeres sobre la prevención, el diagnóstico precoz y las instituciones que prestan servicios sobre el cáncer de mama.
- Detectar grupos de riesgo.
- Defender, a través del aporte profesional, a las asistidas como sujeto de derecho del bienestar de su salud.
- Motivar a las autoridades escolares, de salud y municipales (profesionales de la salud y funcionarios) al análisis crítico - racional de la problemática en forma dialógica y participativa.
- Brindar a Política Social de la Municipalidad de Necochea un instrumento para focalizar su accionar.
- Brindar a dicho ente municipal, proyectos sobre prevención y atención de mujeres que padecen el cáncer de mama o a mujeres en riesgo de dicha patología.

DEFINICIONES OPERACIONALES Y NOMINALES:

PERFIL SOCIO-ECONÓMICO:

NOMINAL : Conjunto de usos, hábitos y pautas adquiridas y transmitidas en un contacto social determinado.

OPERACIONAL : - Nivel de educación

- Nivel de ingreso
- Aspecto habitacional (Vivienda)
- Ocupación

CONOCIMIENTO :

NOMINAL : Facultad de entendimiento, inteligencia, sabiduría.

OPERACIONAL : - Prevención de la enfermedad.

- Historia familiar
- Hábitos alimenticios
- Diagnóstico precoz
- Instituciones que prestan servicios

CÁNCER DE MAMA:

NOMINAL : Enfermedad producida en las mamas.

CORRECTO :

NOMINAL : Conforme a las reglas.

OPERACIONAL : Frecuencias de consultas, realización de estudios.

BARRIO “60 VIVIENDAS” DE QUEQUEN:

NOMINAL : Caserío dependiente, con alto grado de marginación y falta de servicios sociales y culturales.

OPERACIONAL : Espacio alejado del centro urbano en que transcurre la vida o parte de la vida de un conjunto de personas, en las que se producen interrelaciones.

ACTORES SOCIALES:

NOMINAL: Miembros de la comunidad involucrados en la temática.

OPERACIONAL: Grado de responsabilidad

Nivel de cooperación inteligente.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CRÓNICA DE TRABAJO:

- Abril de 1991: se finaliza el diagnóstico áulico e institucional, se registra alto índice de patologías, el que llama la atención: cáncer de mama en madres de alumnos de la Escuela N°31 de 4 %, coincidiendo con las otras instituciones donde la asistente social se había desempeñado.
- En Junio de 1991, se inicia la investigación en el Barrio “60 Viviendas” con el fin de caracterizar la problemática detectada.
- En Septiembre de 1991, se realizan las entrevistas a profesionales de la salud.
- En Octubre de dicho año: se inicia el trabajo con el Centro de Salud “Seis Esquinas”, para elaborar estrategias conjuntamente para la comunidad y su bienestar. Asimismo, se presenta a Promoción Social los resultados de la investigación, solicitándose que se viabilice la inserción de una sede de L.A.L.C.E.C. en la Localidad de Quequén y/o Necochea, ante la negativa se logra entrevista con el Senador Provincial, obteniendo igual respuesta.
- El 6 de Abril de 1992, se presenta ante autoridades de: Inspección de Primaria; de Inicial; de Psicología y Asistencia Social Escolar; Consejo Escolar y autoridades Municipales del área de salud: los asistentes sociales del Jardín de Infantes N°908, Escuela N°31 y Equipo de Salud del Centro de Salud “Seis Esquinas” con el fin de presentar para su aprobación una serie de proyectos que respondían a las necesidades comunitarias, relacionados a: alcoholismo, cólera, educación sexual, y por último el referido al cáncer de mama con la fundamentación de la investigación realizada.
- En Noviembre de 1995 el proyecto es presentado desde municipalidad ante las autoridades de la Provincia.
- En Julio de 1996 el Ministerio de Salud Pública otorga 5000 placas radiológicas al Hospital Municipal “Dr. Emilio Ferreyra”, para realizar el catastro mamográfico.
- Desde 1996, en cada Centro de Salud se entregan folletos explicativos del autoexamen mamario, y el algún miembro del personal del Equipo de Salud realiza las orientaciones pertinentes y evacua dudas.
- A fines de 1996 se terminó de organizar e inaugurar el “Consultorio Externo de Mastología”, quedando a cargo del mismo el Dr. Víctor de los Ríos (Especialista en Oncología) y el Dr. Ricardo Pérsico (Especialista en Ginecología). Cabe mencionar que cuatro años se demoró dicho consultorio, ya que no se veía como prioridad su funcionamiento dentro de la infraestructura hospitalaria.

MODELO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA.

ENCUESTA N° :

FECHA :

NOMBRE :

DOMICILIO :

1. Conocimientos, hábitos, controles y creencias en relación con el cáncer de mama.

1.1. ¿ Visita al médico?

01 - SÍ 02 - NO

1.2. ¿ Con qué frecuencia?

01 - 6 meses

02 - 1 vez al año

03 - nunca

1.3. ¿Tiene conocimiento sobre el cáncer de mamas?

01 - SÍ 02 - NO

1.4. ¿Se hace el autoexamen de mamas?

01 - SÍ 02 - NO

1.5. ¿Sabe cómo hacerlo?

01 - SÍ 02 - NO

1.6. ¿Con qué frecuencia se lo realiza?

01 - 1 vez por semana

02 - 1 vez cada 15 días

03 - 1 vez por mes

04 - nunca

1.7. ¿Tiene algún familiar con antecedentes de problemas mamarios?

01 - SÍ 02 - NO ¿Quién?

1.8. Se ha realizado alguna vez mamografía y Pap.?

01 - SÍ 02 - NO 03 - Nunca

1.9. ¿Considera que la alimentación puede influir en los problemas mamarios?

01 - SÍ 02 - NO

1.10. La alimentación que Ud. sigue ¿se basa en carnes rojas, grasas y embutidos?

01 - SÍ 02 - NO

1.11. ¿Considera Ud. de importancia el autoexamen mamario para un diagnóstico precoz?

01 - SÍ 02 - NO

1.12. Sabe Ud. ¿qué instituciones prestan servicios gratuitamente para esta enfermedad?

01 - SÍ 02 - NO ¿Cuáles?

1.13. ¿Cómo le gustaría recibir la información sobre problemas mamarios?

01 - Folletos explicativos

02 - Charlas

03 - Medios de difusión

04 - Reuniones

05 - Otros

1.14. ¿Asistió a alguna charla sobre prevención de cáncer mamario?

01 - SÍ 02 - NO ¿Cuándo?.....

¿Dónde?.....

2. Identificación de la encuestada.

2.1. Edad

18 - 22 28 - 32 38 - 42

23 - 27 33 - 37 43 - 47

48 - 50

2.2. Estado civil

01 - Soltera 04 - Conviviente

02 - Casada 05 - Separada

03 - Viuda 06 - No contesta

2.3. ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

2.4. Hijos

01 - 1 a 2 03 - 5 a 6

02 - 3 a 4 04 - Más de seis ¿Cuántos?.....

05 - Ninguno

2.5. ¿Amamantó a sus hijos?

01 - SÍ 02 - NO ¿Cuántos?

2.6. Nivel educativo

01 - Analfabeta 04 - Secundario

02 - Primario 05 - Secundario incompleto

03 - Primario incompleto 06 - No contesta

2.7. Trabajo

01 - Estudiante 03 - No trabaja

02 - Trabaja 04 - No contesta

2.8. Ocupación

- 01 - Ama de casa
- 02 - Profesional
- 03 - Docente
- 04 - Empleada doméstica
- 05 - Otros

2.9. Ingresos mensuales de la familia

2.10. Previsión

- 01 - Afiliada a obra social
- 02 - No afiliada a obra social
- 03 - Otra

2.11. Creencias religiosas. ¿Cuál?

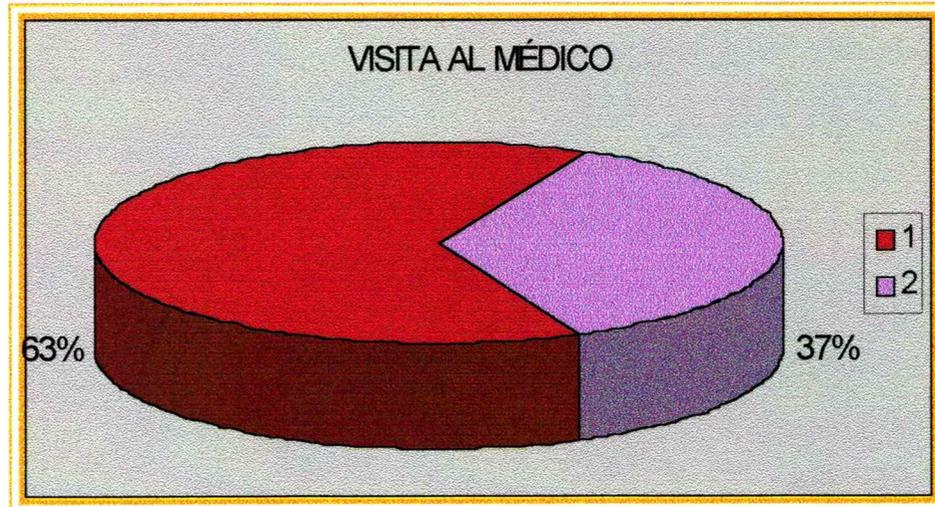
- | | |
|------------------------|------------------|
| 01 - Católica | 03 - Evangelista |
| 02 - Testigo de Jehová | 04 - Ninguna |

RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.1.- VISITA AL MÉDICO:

<i>ALTERNATIVA</i>	<i>FI</i>	<i>%</i>
01	35	63,5
02	20	36,5
TOTAL	55	100

El 63,5 % de la población femenina entrevistada visita al médico; mientras que el 36,5 % no lo hace.

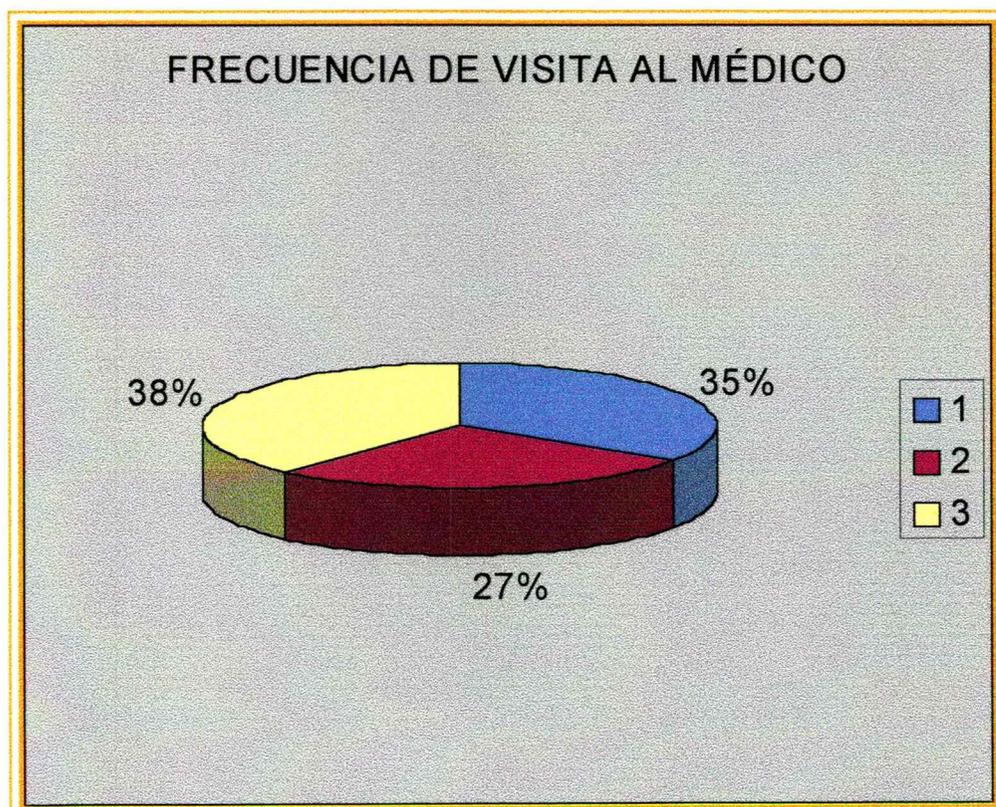


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.2- FRECUENCIA DE VISITA AL MÉDICO

ALTERNATIVA	F I	%
01	19	34,5
02	15	27,5
03	21	38
TOTAL	55	100

El 38 % de las mujeres encuestadas nunca visitó al médico para la realización de estudios mamarios, el 34,5 % lo hace cada seis meses, y el 27,5 % lo hace una vez al año.

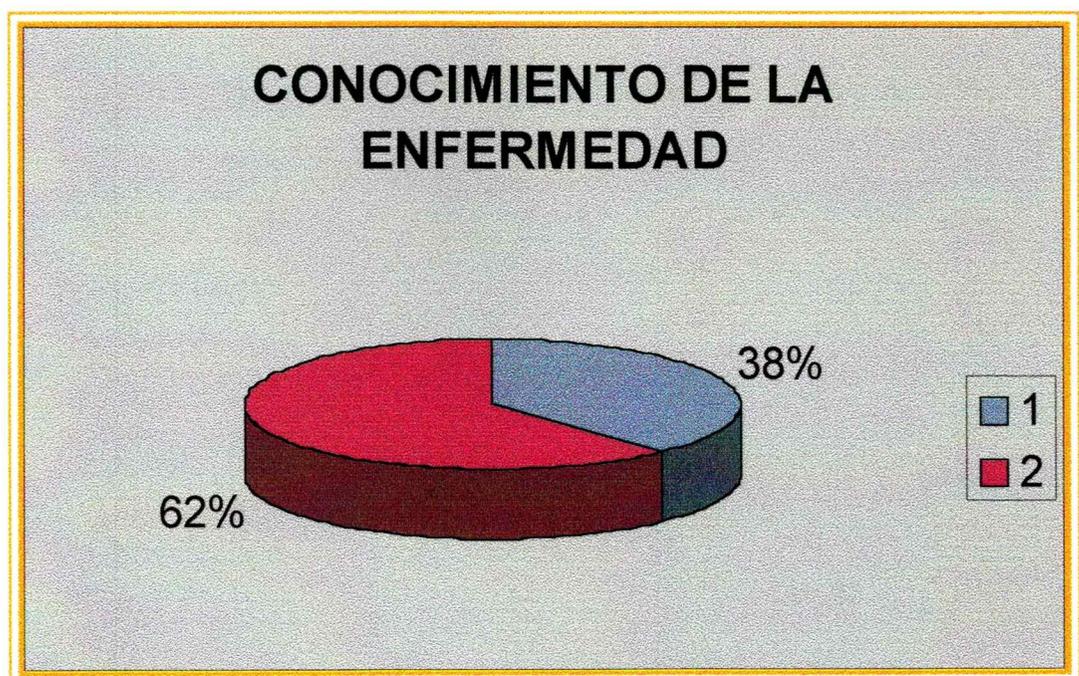


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.3- CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

ALTERNATIVA	F I	%
01	21	38
02	34	62
TOTAL	55	100

El 62 % de las mujeres encuestadas carecen de conocimiento sobre el cáncer de mama, mientras que el 38 % sí tiene conocimiento.

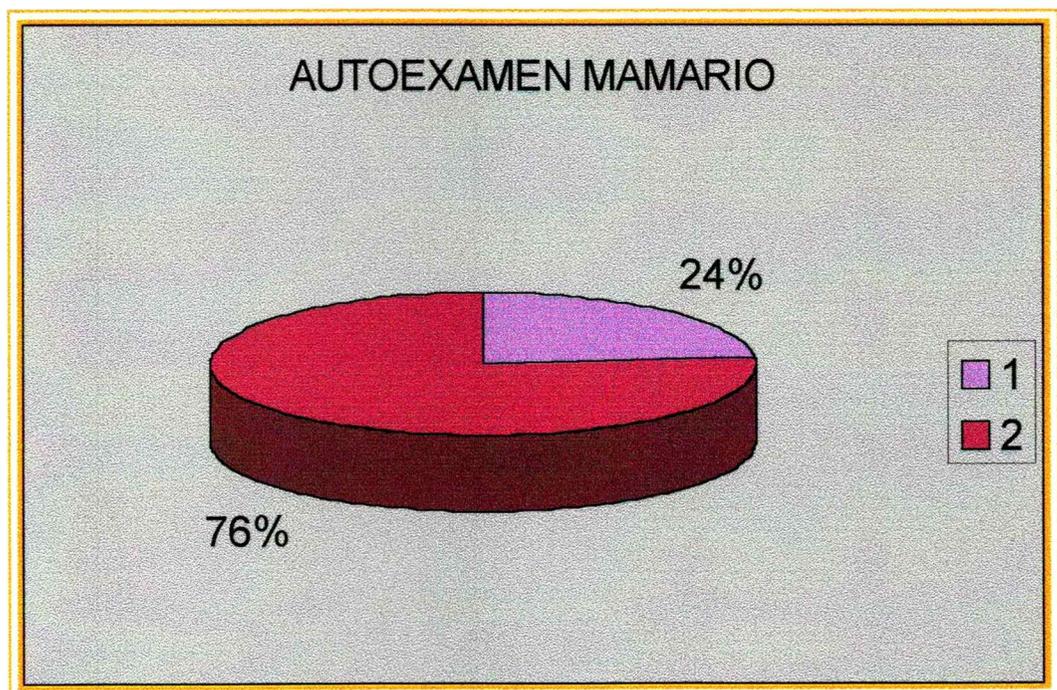


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.4- AUTOEXAMEN MAMARIO

ALTERNATIVA	F I	%
01	13	23,5
02	42	76,5
TOTAL	55	100

El 76,5 % de las mujeres encuestadas, no se realizan autoexámenes de mama, sólo lo hace el 23,5 %.



RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.5- ¿SABE REALIZARLO?

ALTERNATIVA	FI	%
01	9	16,5
02	46	83,5
TOTAL	55	100

El 83,5 % de las mujeres encuestadas no saben cómo realizarse el autoexamen de mama, el 16,5 % sí sabe hacerlo.

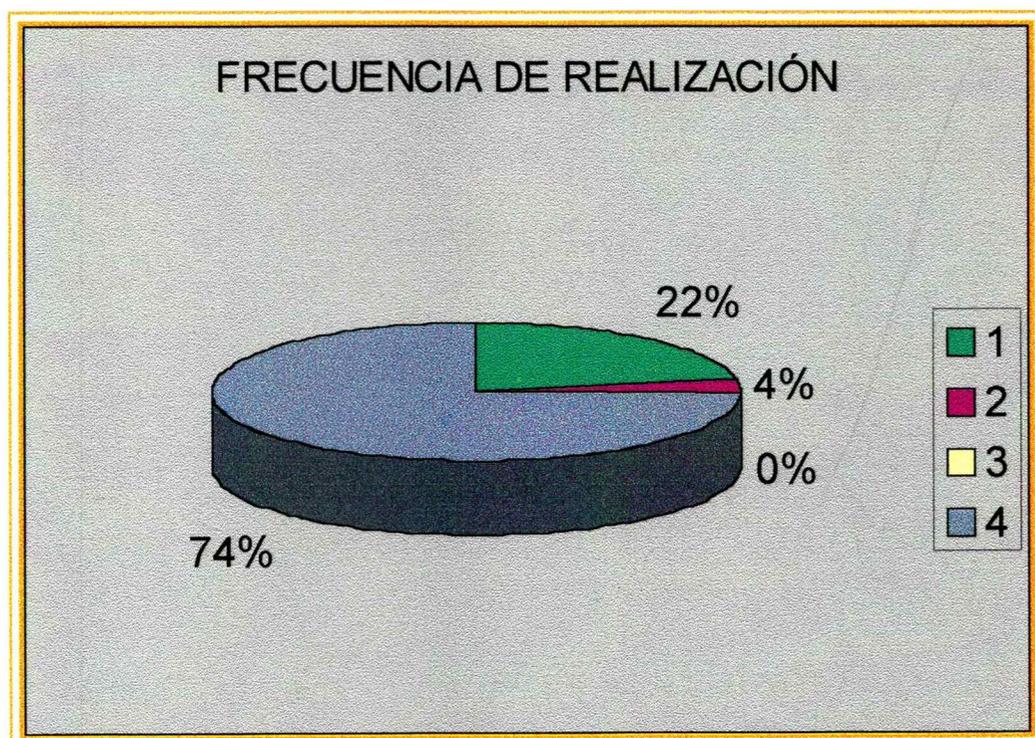


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

1.6 - FRECUENCIA DE REALIZACIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	12	22
02	2	3,5
03	0	0
04	41	74,5
TOTAL	55	100

El 74,5 % de las mujeres nunca se han realizado autoexamen mamario, mientras que el 22 % lo realiza una vez por semana.

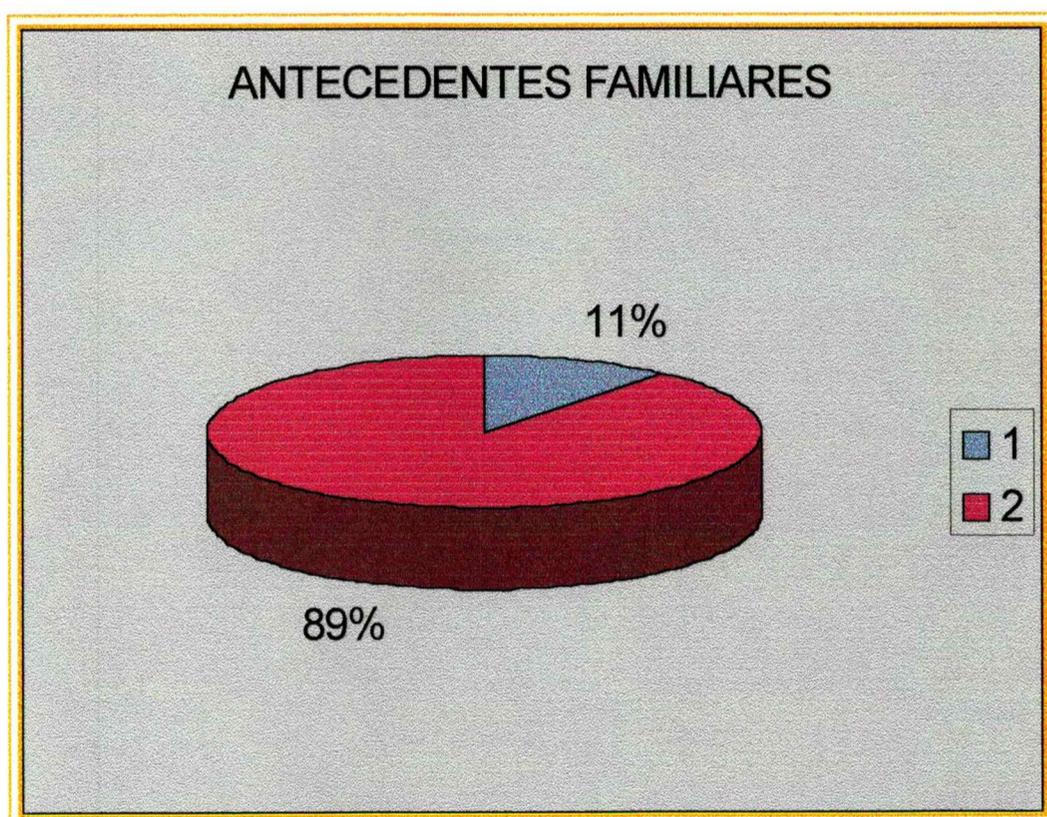


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.7 - ANTECEDENTES FAMILIARES

ALTERNATIVA	F I	%
01	6	11
02	49	89
TOTAL	55	100

El 89 % de las mujeres encuestadas, no tienen antecedentes familiares de la enfermedad, sólo el 11 % sí lo tienen.

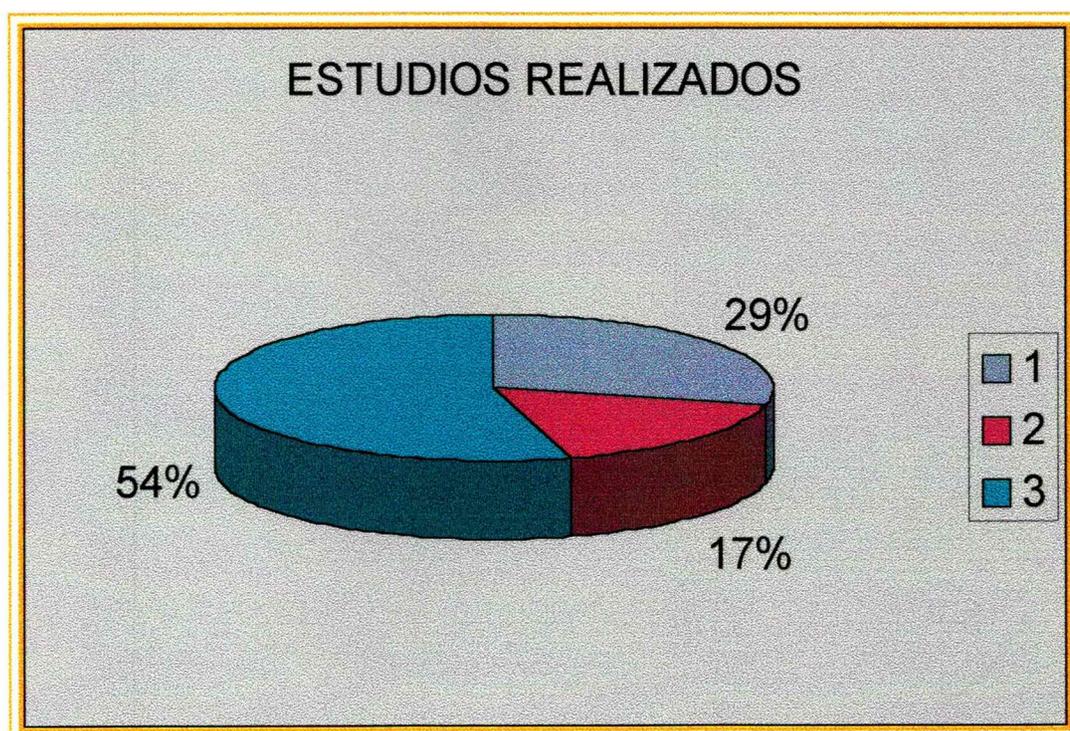


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.8. ESTUDIOS REALIZADOS:

ALTERNATIVA	F I	%
01	16	29
02	9	16,5
03	30	54,5
TOTAL	55	100

El 54,5 % de las mujeres encuestadas, no se realizaron ningún tipo de estudios, sólo lo ha hecho el 29 %.

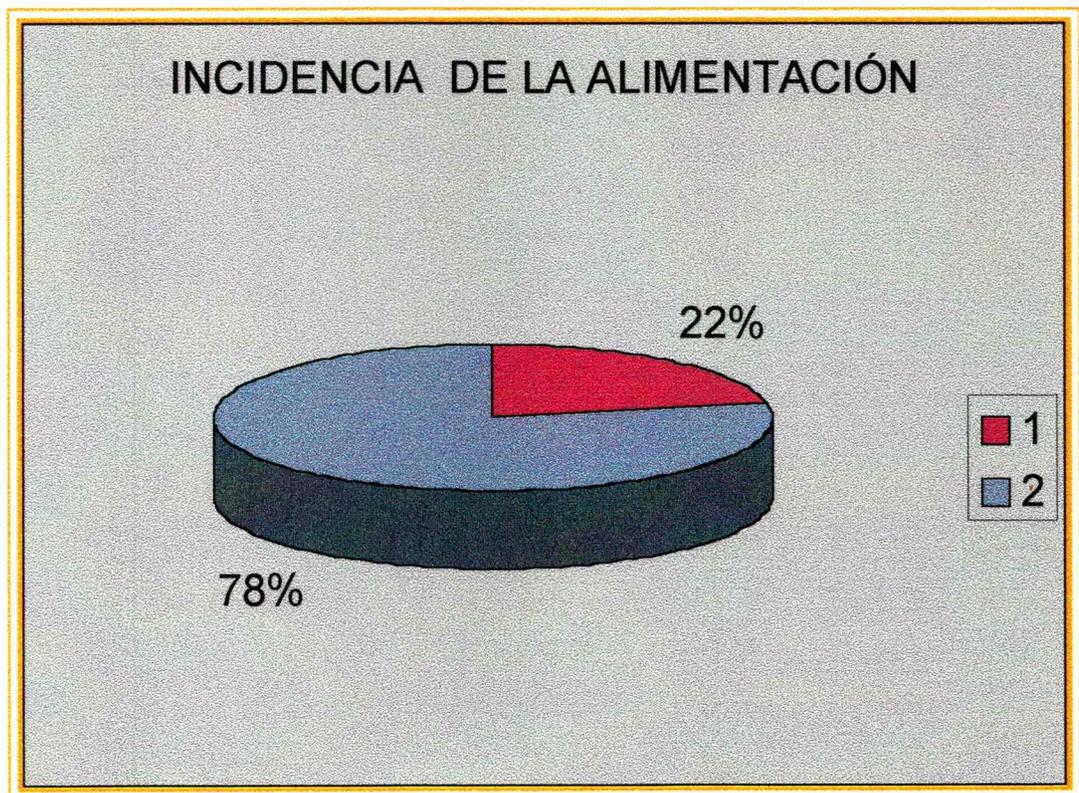


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.9 - INCIDENCIA DE LA ALIMENTACIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	12	22
02	43	78
TOTAL	55	100

El 78 % de las mujeres encuestadas consideran, que la alimentación no puede influir en los problemas mamarios, sólo el 22 % cree que sí.

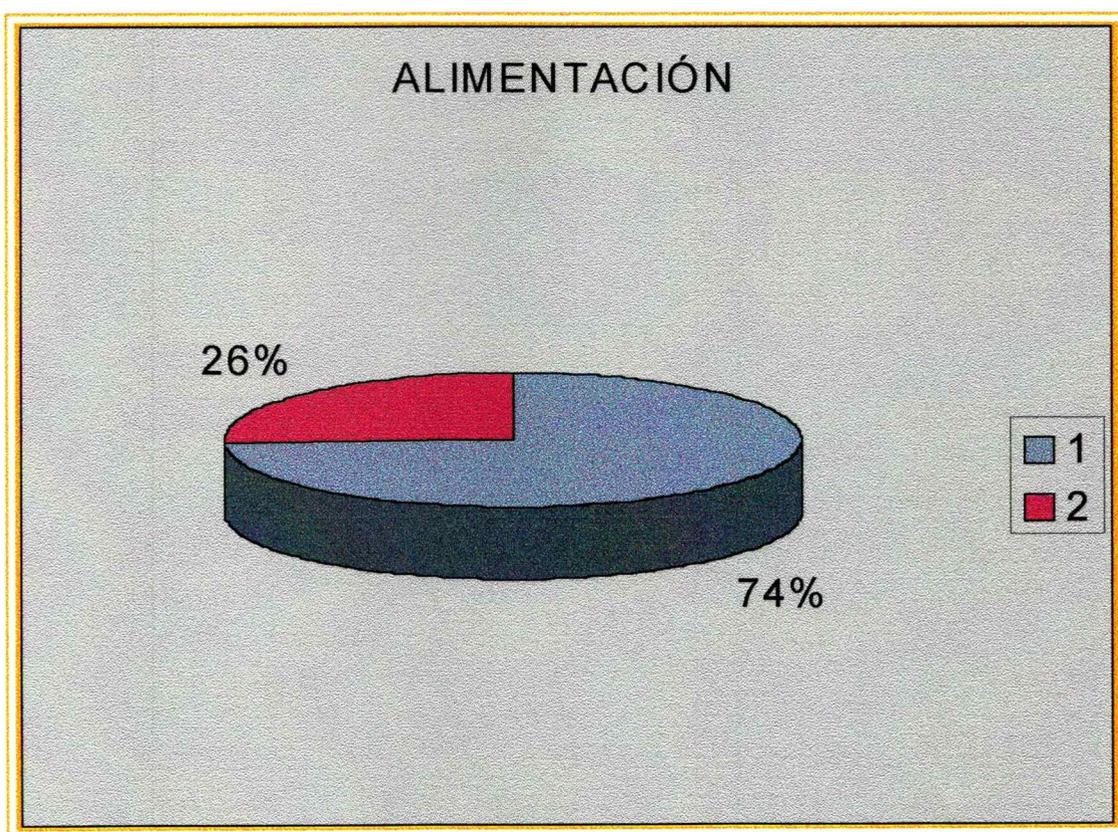


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.10 - ALIMENTACIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	41	74,5
02	14	25,5
TOTAL	55	100

En el 74,5 % de las mujeres encuestadas, la base de su alimentación son: carnes rojas, grasas y embutidos, sólo el 25,5 % incorpora otro tipo de alimentación.

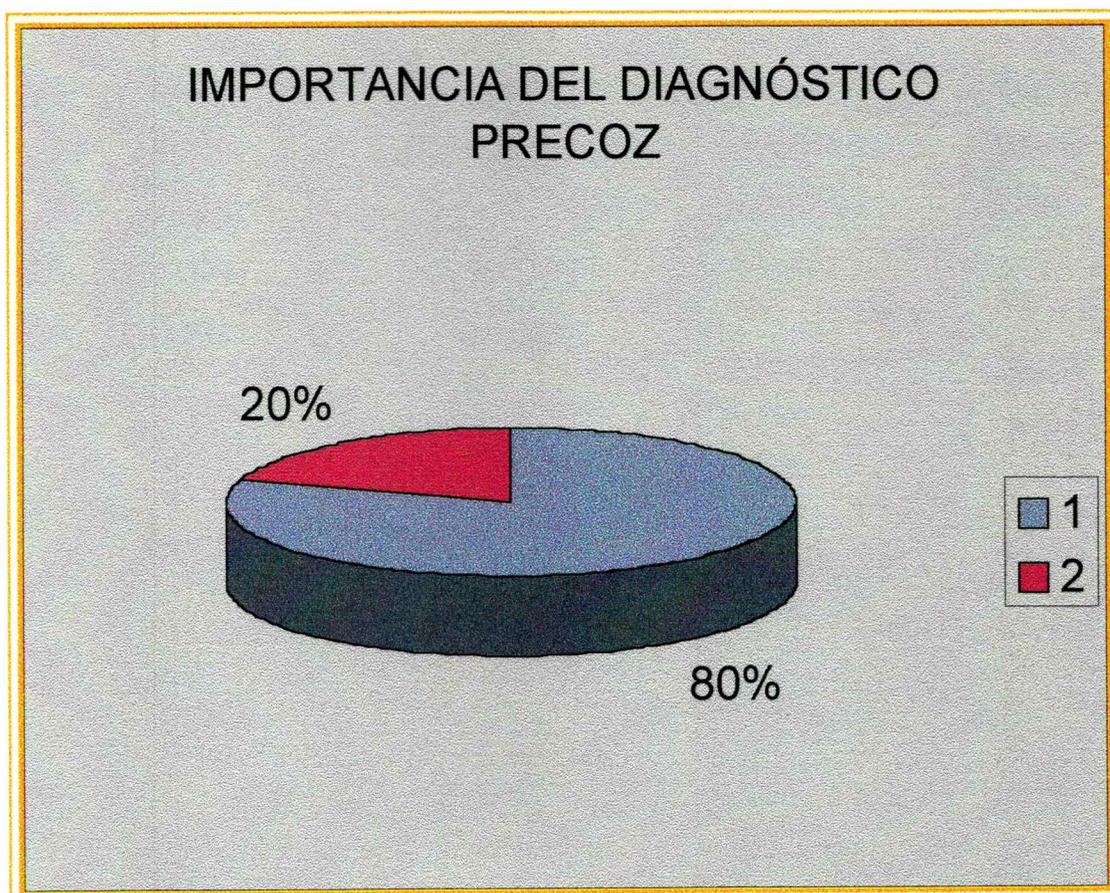


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.11 - IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

ALTERNATIVA	F I	%
01	44	80
02	11	20
TOTAL	55	100

El 80 % de las mujeres encuestadas, consideran importante el diagnóstico precoz, mientras que el 20 % no lo considera así.



RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.12 - CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONES

ALTERNATIVA	F I	%
01	16	29
02	39	71
TOTAL	55	100

El 71 % de las mujeres encuestadas desconocen las instituciones que prestan servicios sobre esta problemática, sí conocen el 29 % (nombrando al Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, como única institución).

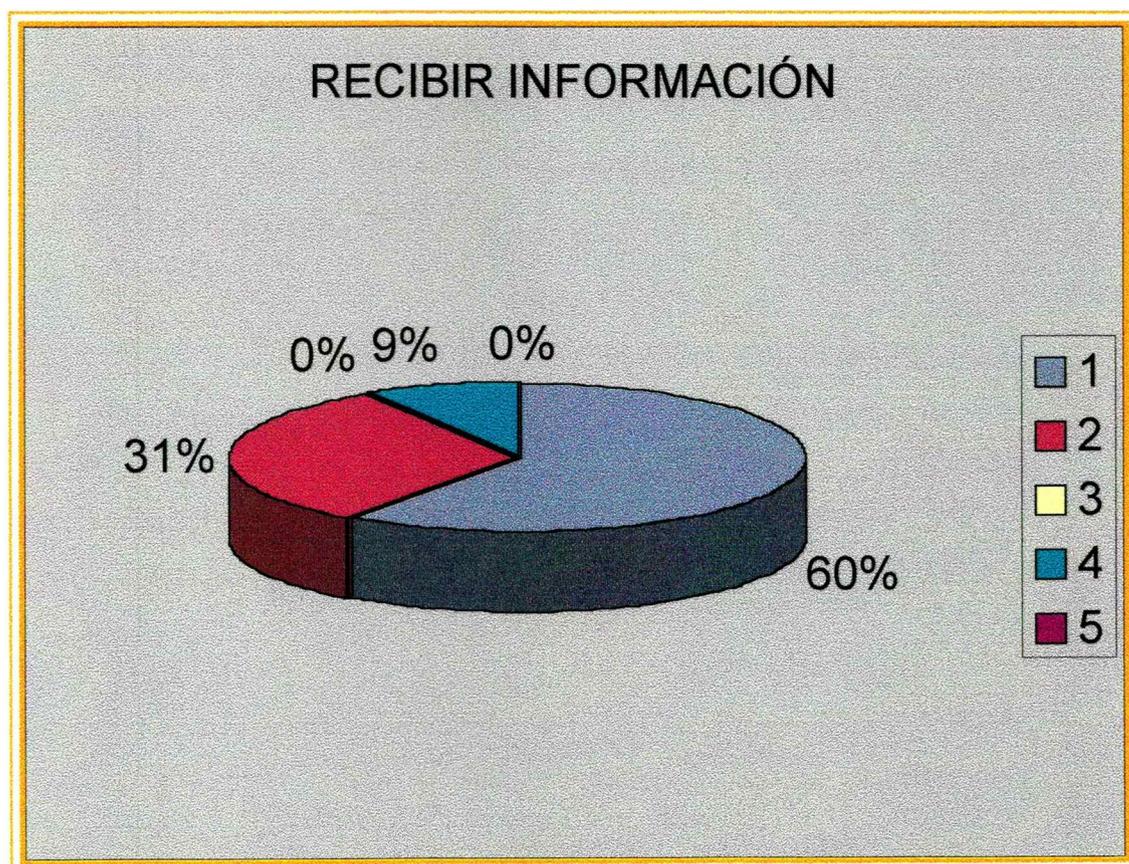


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 1.13 - RECIBIR INFORMACIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	33	60
02	17	31
03	0	0
04	5	9
05	0	0
TOTAL	55	100

El 60 % de las mujeres encuestadas prefieren recibir información por medio de folletos explicativos, el 31 % por medio de charlas y el 9 % a través de reuniones.

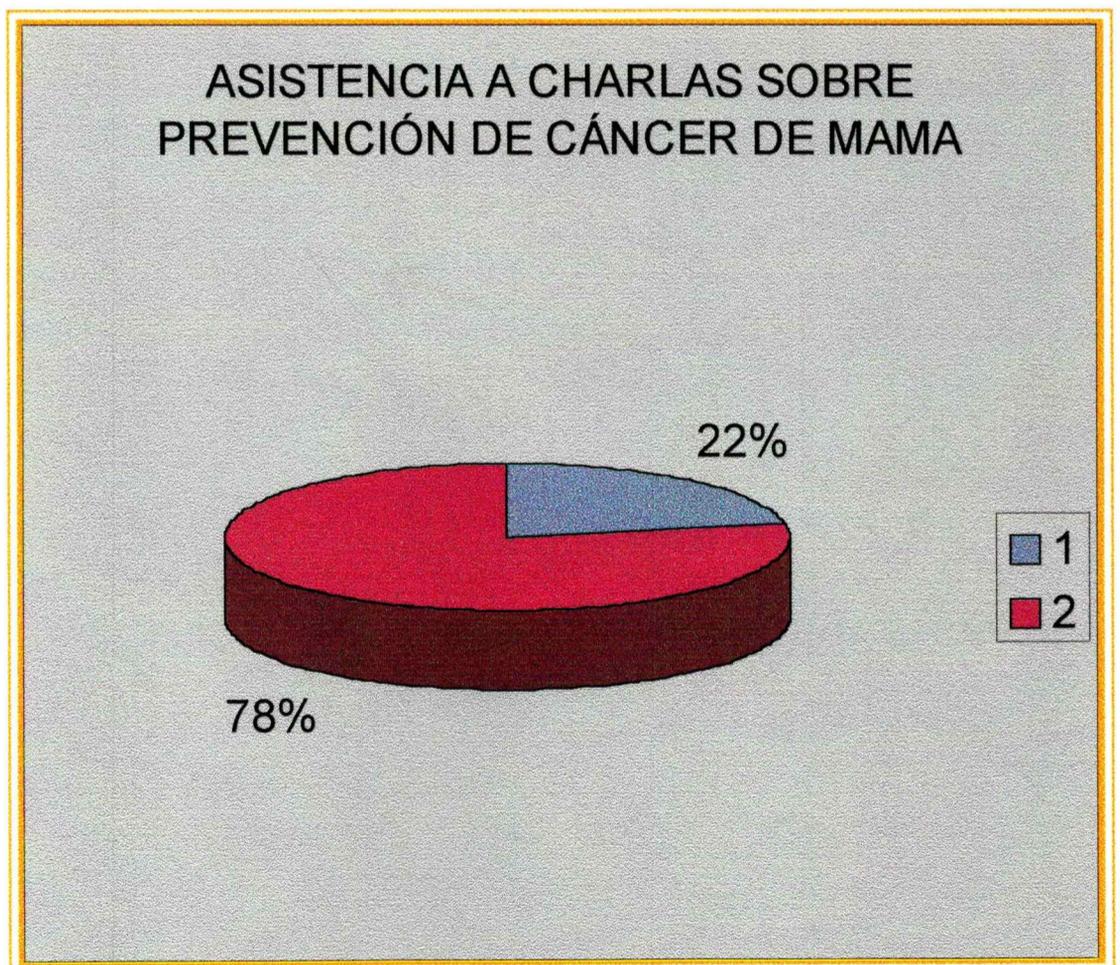


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

1.14 - ASISTENCIA A REUNIONES

ALTERNATIVA	F I	%
01	12	22
02	43	78
TOTAL	55	100

El 78 % de las mujeres encuestadas no ha asistido a reuniones referente al tema, sólo lo hicieron el 22 %.

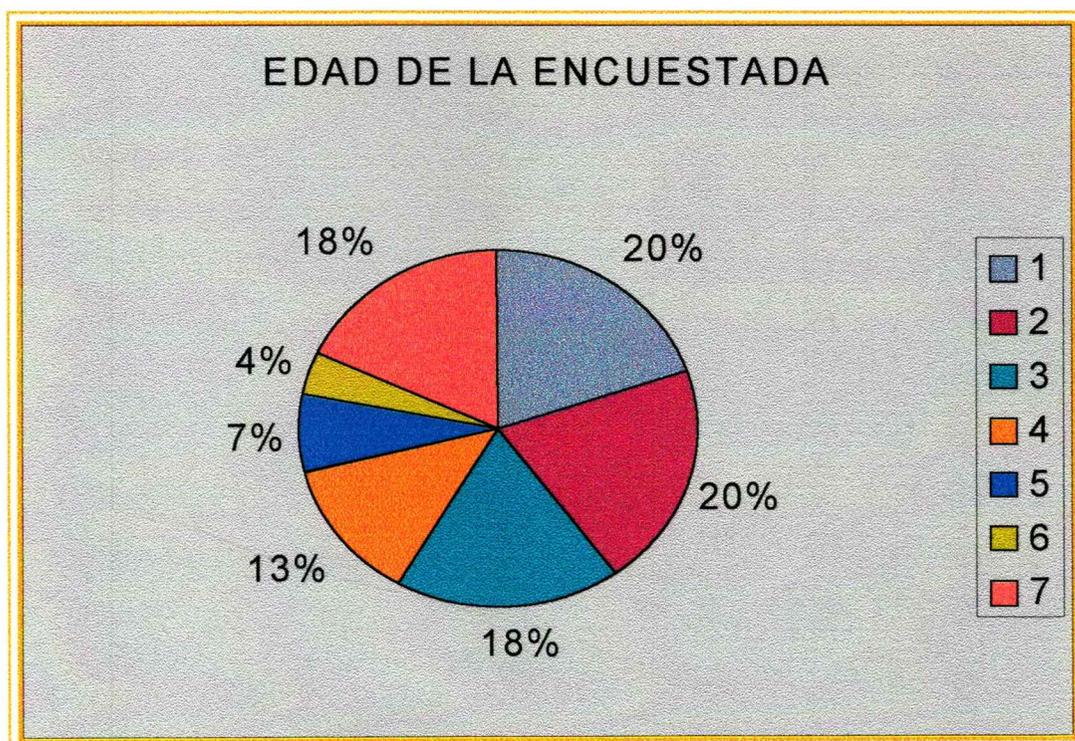


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.1 - EDAD DEL ENCUESTADO

ALTERNATIVA	F I	%
18 – 22	11	20
23 – 27	11	20
28 – 32	10	18
33 – 37	7	13
38 – 42	4	7,5
43 – 47	2	3,5
48 – 50	10	18
TOTAL	55	100

El 40 % de las mujeres encuestadas, su edad oscila entre los 18 y 27 años de edad, mientras que el 3,5 % es de 43 a 47 años de edad

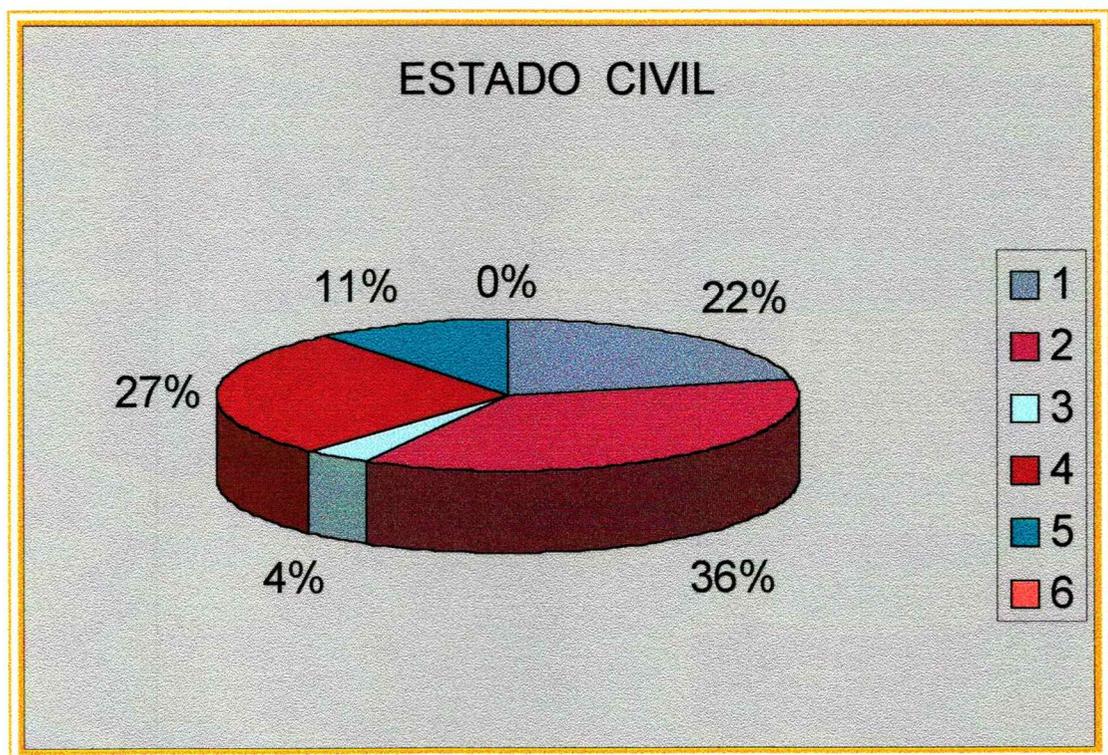


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.2 - ESTADO CIVIL

ALTERNATIVA	F I	%
01	12	22
02	20	36,5
03	2	3,5
04	15	27
05	6	11
06	0	0
TOTAL	55	100

El 36,5 % de las mujeres encuestadas son casadas, le siguen con un 27 % las convivientes, con el 22 % solteras, con el 11 % separadas y con el 3,5 % las viudas.



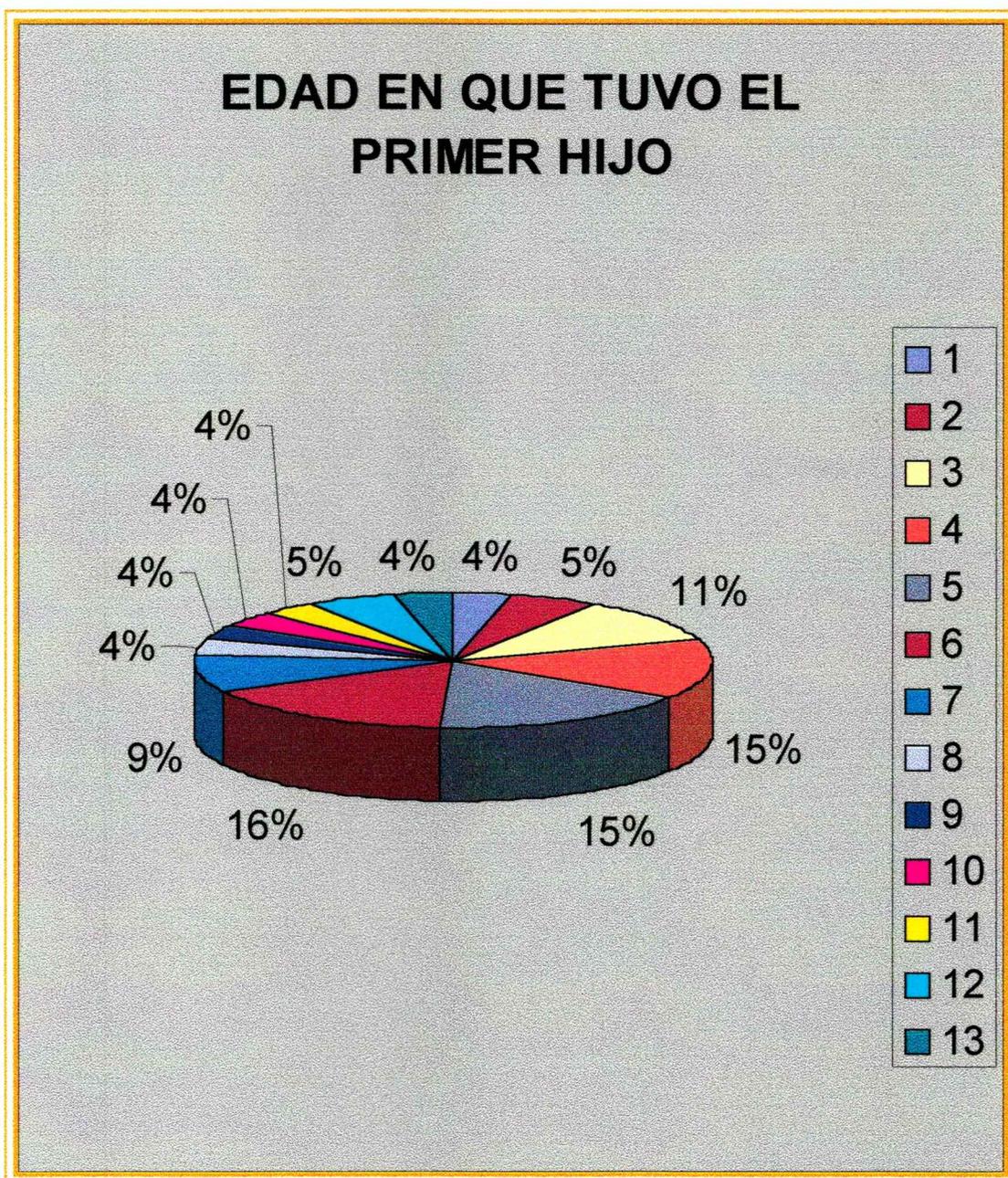
RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.3 - EDAD EN QUE TUVO EL PRIMER HIJO

ALTERNATIVA	F I	%
13	2	3,5
14	3	5,5
15	6	11
16	8	15
17	9	16,5
18	9	16,5
19	5	9
20	2	3,5
21	2	3,5
22	2	3,5
27	2	3,5
36	3	5,5
37	2	3,5
TOTAL	55	100

La edad promedio de las 55 mujeres encuestadas, en la que tuvieron su primer hijo es entre los 16 y 18 años de edad, ya que el 15 % lo tuvo a los 16 años, el 16,5 % lo tuvo a los 17 años, e igual porcentaje a los 18 años.

GRÁFICO DE TABLA 2.3.-

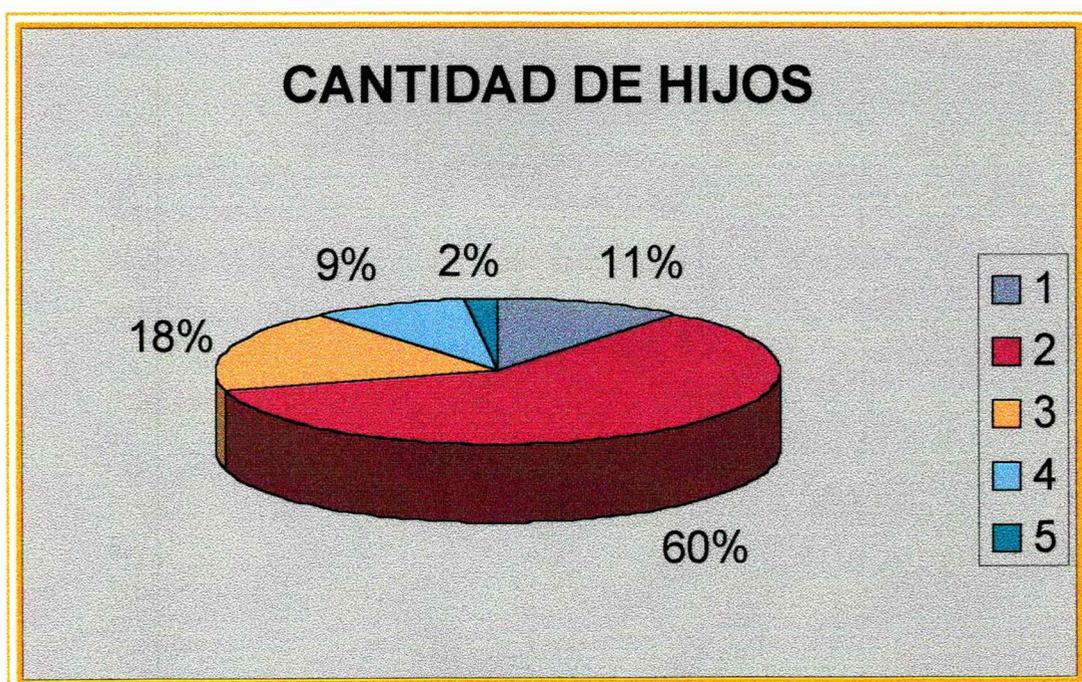


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.4 - CANTIDAD DE HIJOS

ALTERNATIVA	F I	%
01	6	11
02	33	60
03	10	18
04	5	9
05	1	2
TOTAL	55	100

El 60 % de las mujeres encuestadas tienen entre tres y cuatro hijos; el 18 % entre cinco y seis hijos; el 11 % tienen dos hijos; el 9 % tienen más de seis hijos y el 2 % no tienen ningún hijo. Cabe mencionar, que el último porcentaje corresponde a mujer que tiene a cargo dos sobrinos.

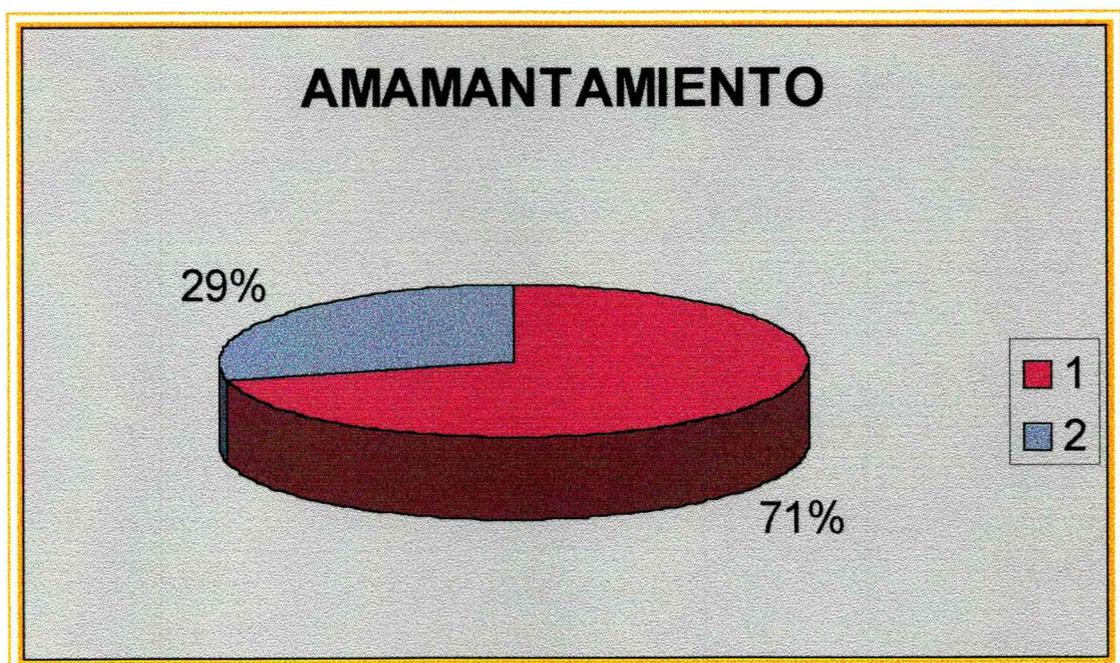


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.5 - AMAMANTAMIENTO

ALTERNATIVA	F I	%
01	39	71
02	16	29
TOTAL	55	100

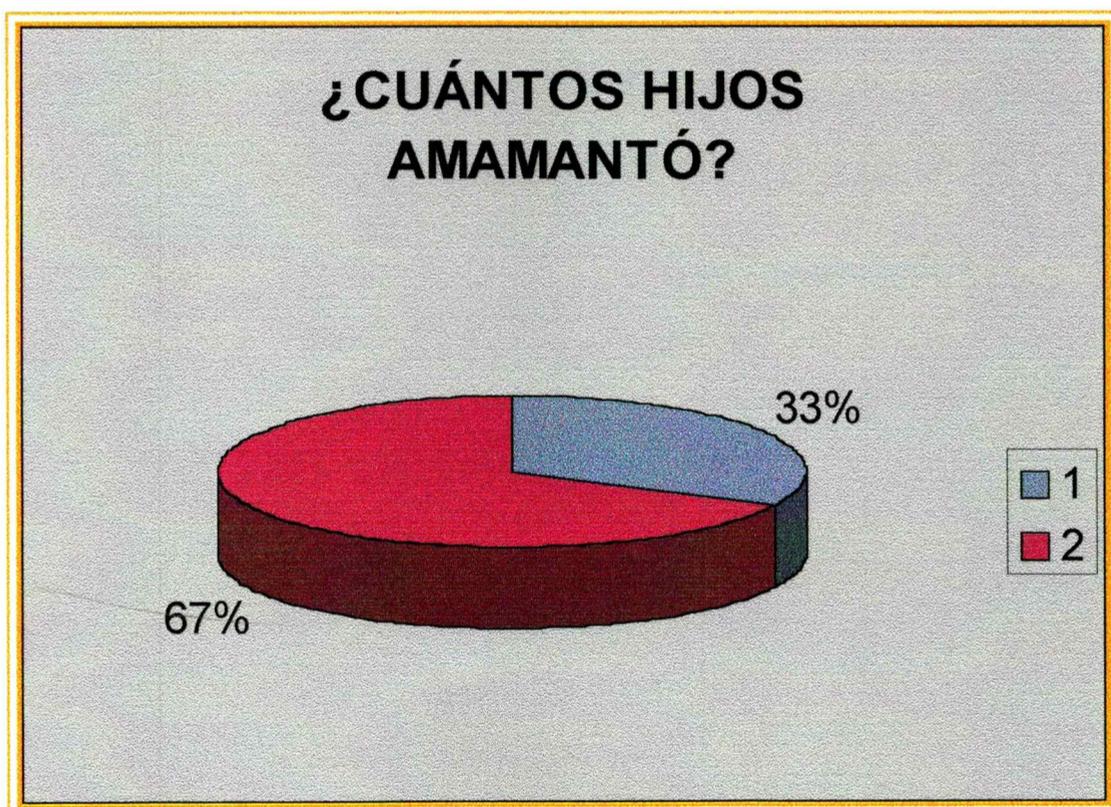
El 71 % de las mujeres encuestadas amamantaron a sus hijos, mientras que el 29 % nunca lo hizo.



CUÁNTOS HIJOS AMAMANTÓ

ALTERNATIVA	F I	%
01	18	32,5
02	37	67,5
TOTAL	55	100

El 67,5 % de las mujeres encuestadas amamantaron a algunos de sus hijos, mientras que el 32,5 % los amamantó a todos.

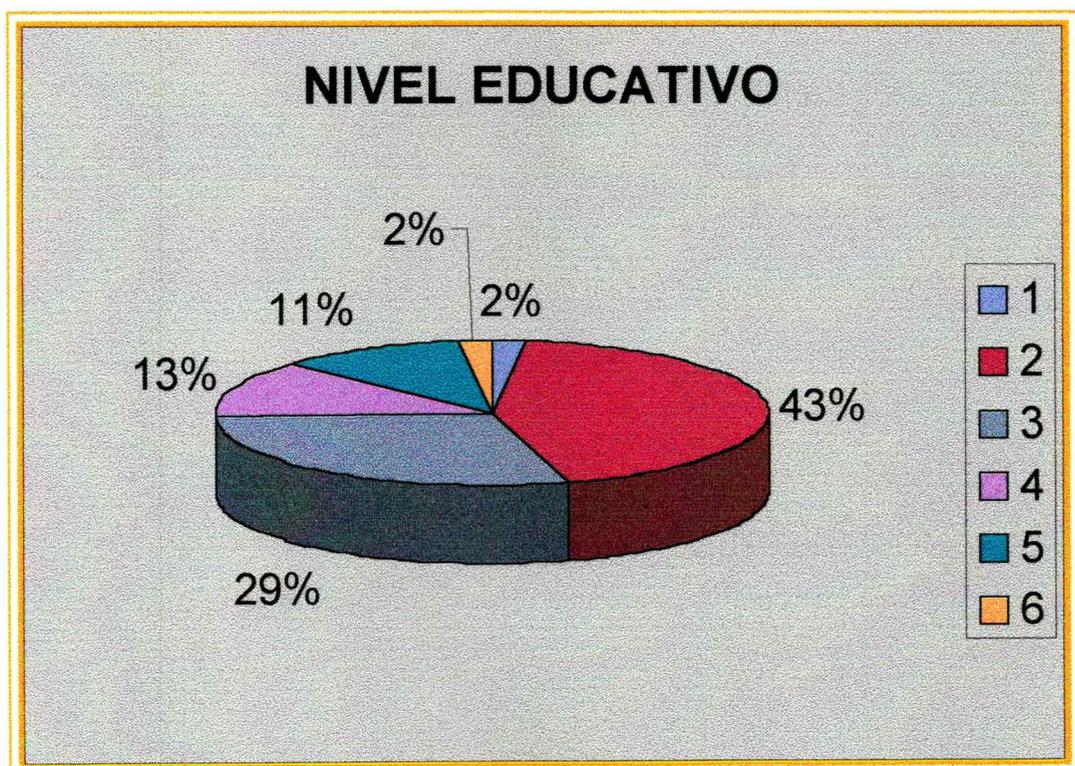


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.6 - NIVEL EDUCATIVO

ALTERNATIVA	F I	%
01	1	2
02	24	43,5
03	16	29
04	7	13
05	6	10,5
06	1	2
TOTAL	55	100

El 43,5 % de las mujeres encuestadas cuentan con instrucción primaria completa; el 29 % no culminó sus estudios primarios. Mientras que el 13 % realizó estudios secundarios completos y el 10,5 % incompleto. Asimismo, el 2 % son analfabetas.

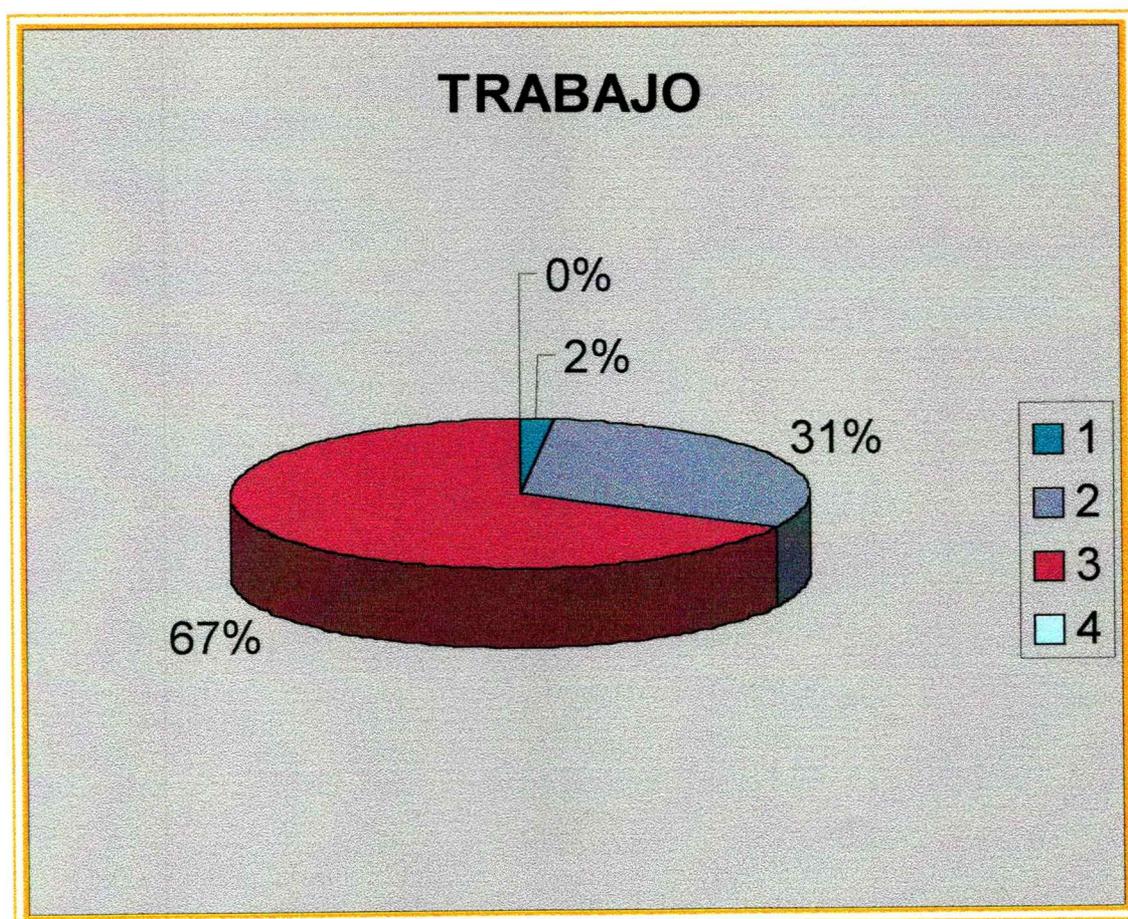


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.7 - TRABAJO

ALTERNATIVA	F I	%
01	1	2
02	17	31
03	37	67
04	0	0
TOTAL	55	100

El 67 % de las mujeres encuestadas no realizan tareas remunerativas, mientras que el 31 % sí lo hace.

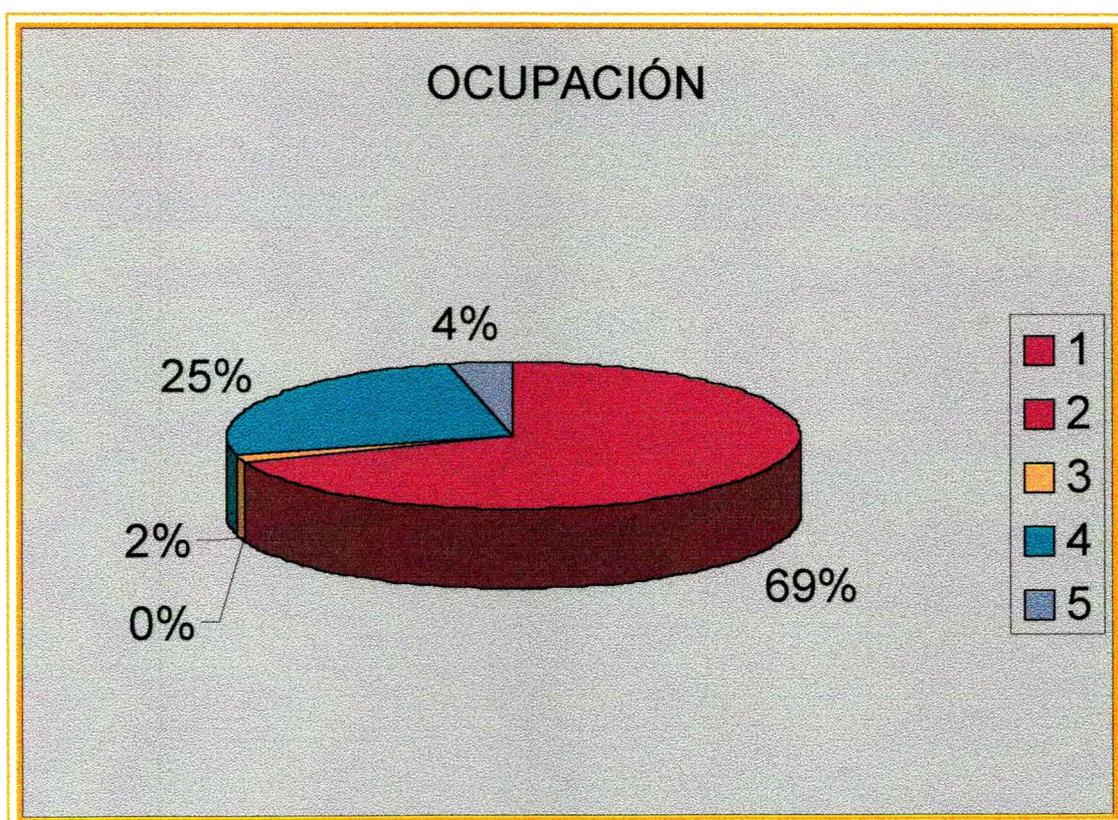


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.8 - OCUPACIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	38	69
02	0	0
03	1	2
04	14	25,5
05	2	3,5
TOTAL	55	100

El 69 % de las mujeres encuestadas se desempeñan como ama de casa, el 25,5 % se desempeña como empleada doméstica. Cabe mencionar que el 3,5 % que figura como “otros”, corresponde a mujeres que ejercen la prostitución.

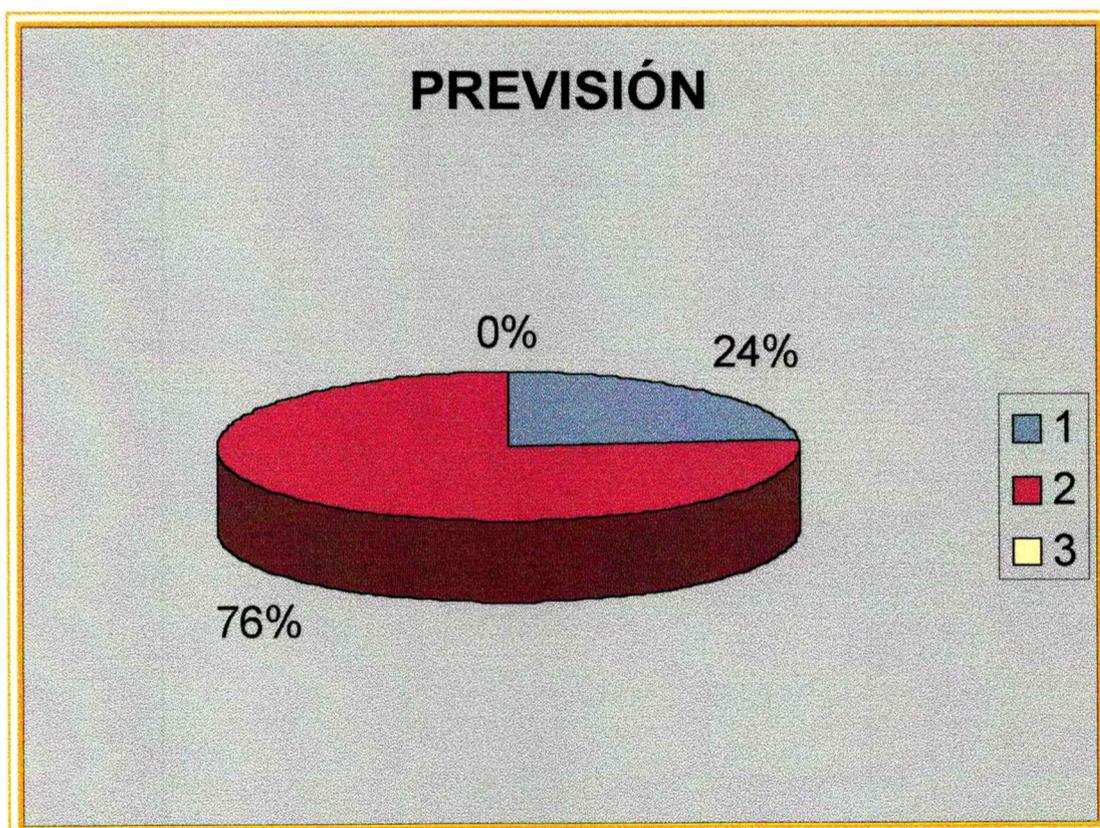


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.10 - PREVISIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	13	23,5
02	42	76,5
03	0	0
TOTAL	55	100

El 76,5 % de las mujeres encuestadas, carecen de cobertura social, sólo el 23,5 % cuenta con el beneficio.

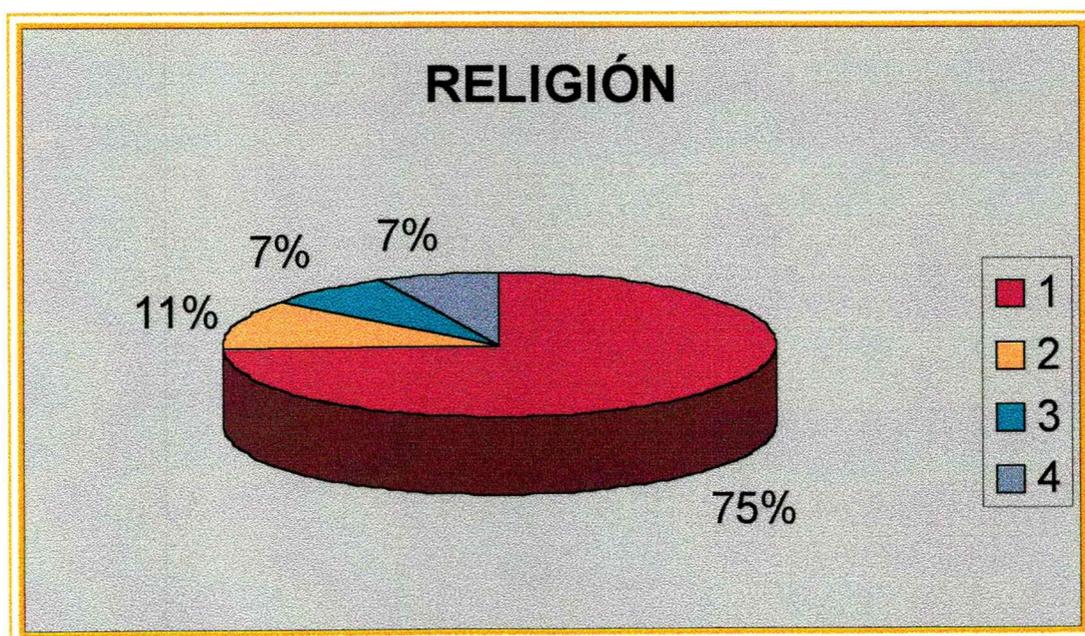


RESULTADO DE ENCUESTA SEMIESTRUCTURADA

TABLA 2.11 - RELIGIÓN

ALTERNATIVA	F I	%
01	41	74
02	6	11
03	4	7,5
04	4	7,5
TOTAL	55	100

El 74 % de las mujeres encuestadas practican la religión Católica, el 11 % son Testigos de Jehová, el 7,5 % son Evangelistas e igual porcentaje no posee ninguna creencia religiosa.



MODELO DE ENTREVISTA.

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

.....

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

.....

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

.....

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

.....

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

.....

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

.....

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

.....

9 - ¿Concorre al médico? (Justifique su respuesta)

.....

10- ¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

.....

11- ¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

.....

12- ¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

.....

13- ¿Sabe qué función cumple la mamografía?

.....

14- ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

.....

ENTREVISTA

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

“Pienso que a los quince años más o menos, cuando uno empieza a crecer”.

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

“Creo que no hay edad, porque conozco a personas de distintas edades que tienen esa enfermedad”.

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

“Siempre se debe hacer, porque un bulto puede aparecer en cualquier momento”.

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

“Pienso que no, porque no tiene nada que ver una persona con otra”.

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

“La verdad que no sé nada, como en mi familia no hay este tipo de problemas y yo me siento bien”.

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

“Sí, porque nunca tuve información, en mi familia no se hablaba de estas cosas y como me siento bien al médico no voy”.

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

“No sé que es eso, perdón nunca escuché esa palabra”.

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

“No sé lo que es, ya le dije de enfermedades no sé nada”.

9 - ¿Concorre al médico? (Justifique su respuesta)

“No, porque al sentirme bien no es importante ir, yo no lo veo bien ir al médico si no es urgente”.

10 -¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

“No creo que existan alimentos que hagan que uno tenga cáncer, ¿o no?”

11 -¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

“Para nada, no creo en eso; si no todos los gordos estaríamos enfermos”(se ríe).

12 -¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

“Sí, porque si están en las mamas y son grandes y uno no se ha golpeado, algo hay”.

13 -¿Sabe qué función cumple la mamografía?

“Sí, para saber si tengo cáncer o no porque una hermana mía se hizo, pero no

tiene nada”.

14 ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

“No, para nada, no tiene nada que ver una cosa con la otra; yo fumo y estoy bien”.

ENTREVISTA

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

“Yo nunca tuve problemas de salud y menos en las mamas, por eso pienso que si uno nunca tiene problemas no tiene por qué tocárselas”.

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

“A mí nunca me dijeron que el cáncer se agarra a una edad, desconozco eso”.

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

“No, como le dije antes, si uno no siente dolores, no me tengo por qué revisar, si no siento nada”.

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

“Varios familiares de mi madre han fallecido de cáncer, por eso creo que algo debe haber”.

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

“A mí me interesa el tema, aunque gracias a Dios, no tengo ese tipo de problemas”.

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

“A pesar de que yo no tengo ese problema, tendría que saber todo lo que me estás diciendo, veo que no estoy informada”.

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

“Es la primera vez que escucho esta palabra, no sé lo que quiere decir”.

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

“Por lo que escuché en la tele es evitar enfermarse, de alguna enfermedad, o algo parecido, no entendí muy bien”.

9 - ¿Concurre al médico? (Justifique su respuesta)

“Al médico no voy porque me siento bien, además necesito plata para ir y no la tengo”.

10 -¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

“Sí, me han dicho que comer demasiado fiambre o carne, puede ser malo”.

11- ¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

“Creo que no, porque yo soy gorda y entonces tendría cáncer y yo me siento bien”.

12 - ¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

“No, los bultos cuando son chicos no son malos, pero cuando son grandes, ahí está el problema”.

13 - ¿Sabe qué función cumple la mamografía?

“No sé que es, como ya le dije antes yo me siento bien”.

14 - ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

“Yo no fumo, pero dicen que el cigarrillo trae cualquier tipo de enfermedad”.

ENTREVISTA

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

“Por lo que yo he escuchado, desde que uno tiene la primera menstruación, se tiene que revisar las mamas”.

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

“La edad exacta no sé, lo que sí sé es que hay que tener cuidado cuando uno se nota algo”.

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

“Sí, después de la primera menstruación, cuando tengo el pecho menos hinchado”.

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

“Pienso que no, porque falleció una tía con cáncer y nadie tiene nada hasta ahora, gracias a Dios”:

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

“Lo que sé lo leí en el “Ecos Diarios” que un domingo salió algo sobre eso”.

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

“Sí, porque creo que a pesar de lo que leí necesito saber mucho más, porque tengo hijas chicas, y no quiero explicarles cosas que no sé bien”.

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

“Ve, yo escuché algo, pero no tengo en claro lo que quiere decir”.

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

“Creo que debe ser cuando el médico le da un tratamiento a una persona cuando le duele algo”.

9 - ¿Concurre al médico? (Justifique su respuesta)

“No, porque las personas deben ir al médico cuando les duele algo, yo fui hace un tiempo cuando tuve un bulto, pero no volví porque no me dolía”.

10 -¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

“Para mí, lo que coma no tiene nada que ver, además como uno es pobre tiene que comer cualquier cosa”.

11- ¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

“Sí, porque conozco a muchos gordos enfermos, que cuando no tienen una cosa tienen la otra, no son como nosotros los flacos”.

12 - ¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

“Pienso que no, porque yo tuve hace unos años uno y no me pasó nada, como

no me lo manoseé...”.

13 - ¿Sabe qué función cumple la mamografía?

“Es para ver lo que hay en las mamas, cuando fui al médico por el bulto que me salió, me mandó a sacarme eso, pero como yo no tenía plata y no me dolía, no lo hice”.

14 - ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

“Sí, el cigarrillo trae problemas, no sólo en las mamas, sino en todas partes”.

ENTREVISTA

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

“No creo que la edad sea importante, para saber si estoy enferma, salvo cuando me siento mal”.

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

“No pienso que exista una edad para contraer enfermedades, menos el cáncer”.

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

“A mí me parece que el tiempo no tiene nada que ver para este tipo de enfermedad”.

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

“Esta enfermedad no es hereditaria, porque tengo familiares en que algunas murieron de cáncer y las otras están bien”.

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

“No sé nada, porque como yo no tengo problemas no pregunté y nadie me dijo nada sobre eso”.

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

“Sí, como le dije, al no saber nada paso por burra y me doy cuenta que es importante saber algo”.

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

“No sé lo que significa, nunca escuché eso, como me crié en el campo y allá no se habla de eso”.

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

“Voy a decir algo, que no sé si es eso; me parece que es ir al médico enseguida cuando siento algo”.

9 - ¿Concurre al médico? (Justifique su respuesta)

“No, porque me siento bien y gracias a Dios no estoy enferma, entonces no tengo por qué ir”.

10 -¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

“No estoy segura, pero por lo que dicen la carne hace mal para todo, nosotros no tenemos ese problema porque comemos poca carne, porque no tenemos plata para comprarla”.

11- ¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

“No, porque una cosa es el cáncer y otra es ser gordo, son cosas distintas”.

12 - ¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

“No, porque yo nunca me toco las mamas, porque si uno las manosea no es bueno”.

13 - ¿Sabe qué función cumple la mamografía?

“La verdad no sé que es eso”.

14 - ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

“Sí, porque el cigarrillo es muy malo para todo, pienso que para el cáncer también”.

ENTREVISTA

1 - ¿A qué edad considera que deben comenzar a realizar los autoexámenes mamarios?

“Creo que aproximadamente debe ser a los 13 años. Desde ya yo nunca me revisé”.

2 - ¿A qué edad es más propenso contraer cáncer de mama?

“A ninguna edad, no es importante, por lo poco que yo sé”.

3 - ¿Considera que el autoexamen se debe realizar en períodos específicos?

“La verdad no lo sé, supongo que no”.

4 - ¿Cree que el cáncer mamario es hereditario?

“No, no tiene nada que ver; toda persona es distinta a la otra”.

5 - ¿Qué sabe sobre el cáncer de mama?

“Sé algo, por comentarios de una amiga que tenía problemas es de igual profesión que yo; estaba muy asustada” (se refiere a la prostitución).

6 - ¿Le interesa el tema?

Sí, ¿por qué?

No, ¿por qué?

“Sí, porque no sé nada sobre eso y como le dije antes, con lo de mi amiga creo que yo también debo saber algo más”.

7 - ¿Qué entiende usted por diagnóstico precoz?

“No sé,... nunca lo escuché, soy media burra”.

8 - ¿Qué significa para usted prevención?

“Ir al médico, para no enfermarse, me parece que es eso, no?”.

9 - ¿Concorre al médico? (Justifique su respuesta)

“No porque estoy bien, así que para qué voy a ir. No es importante ir si uno se siente bien”.

10 -¿Sabe cuáles son los alimentos que inciden en contraer esta enfermedad?

“No sé, creo que ninguno, porque comer es bueno... para nosotros los pobres”.

11- ¿Considera que el sobrepeso puede influir en la enfermedad?

“No tiene nada que ver, ser gordo o flaco para la enfermedad”.

12 - ¿Cree que todos los bultos o endurecimientos en las mamas son malignos?

“No, porque una amiga los tuvo y no pasó nada”.

13 - ¿Sabe qué función cumple la mamografía?

“Sí, saber si uno tiene algo y así operarlo”.

14 - ¿Considera que el cigarrillo influye en el cáncer mamario?

“Sí, porque es malo para todo; por eso no fumo y no dejo que fumen en mi casa”.

ENTREVISTA A DIRECTOR DE LA SECRETARÍA DE POLÍTICA SOCIAL

Dr. Juan Alfonso Ruiz.

1. ¿Qué entiende por cáncer de mama?

“Es la presencia de una alteración en el tejido normal, mediante la cual un grupo de células se diferencia creciendo anárquicamente con respecto al resto del tejido.”

2. ¿Qué conocimientos debe tener una mujer para prevenir dicho cáncer?

“Que conozca que puede prevenirlo, los factores de riesgo y enseñarle técnicas de auto examen mamario y recomendar un control.”

3. ¿Con qué frecuencia concurren a realizarse exámenes mamarios?

“El examen se debe realizar periódicamente, el control mamográfico entre los 35 - 40 años, cuando no hay antecedentes familiares, pero si los hay se sugiere examen y mamografía entre los 20 - 25 años.”

4. ¿A qué edad deben comenzar con un auto examen mamario?

“El auto examen debe realizarse sobre los 20 años.”

5. ¿Qué índice de calidad de vida se tiene con un diagnóstico precoz?

“Cáncer in situ 90 -95 %. Estadio I 85%. Estadio II 45%. Estadio III 30%. Estadio IV 15%. Es un cáncer que detectado entre in situ y estadio I inclusive tiene alta sobrevida y una excelente calidad de vida. La malignidad no depende de su histología, sino de su extensión.”

6. Toda anormalidad en las mamas, indica una patología maligna?

“No, hay enfermedades que son benignas, pero sirven para el diagnóstico diferencial.”

7. ¿El cáncer mamario es hereditario?

“Sí, es heredo - familiar, por eso se insiste en el control precoz en familiares de pacientes con cáncer de mama.”

8. La alimentación incide en contraer la enfermedad?

“Las grasas, y el alcohol, son factores de riesgo, las fibras y cereales son preventivos.”

9. ¿Qué es una displasia mamaria?

“Generalmente aumenta con la edad la posibilidad de esta enfermedad benigna por la cual consulta la mujer, por las molestias debido al dolor, aumenta de volumen mamario, se debe a aumento de tejido fibro - adiposo en la mama.”

10. Considera Ud. que la población necochense tiene conocimientos sobre la prevención del cáncer mamario? Si considera no, cuáles serían los motivos a su entender?

“No, y se debe a desinformación, falso pudor y quizás algo de temor.”

11. Desde el área de salud (municipal, privado, círculo médico) se ha realizado alguna campaña de prevención del cáncer de mama? De ser afirmativa su respuesta: cuándo y a quién estaba dirigida?

“Desde los médicos del Hospital han brindado alguna charla cuando alguna institución lo ha solicitado. Ahora, desde lo privado, sé que funciona un Instituto pero si está haciendo o ha hecho alguna campaña lo desconozco.”

12. ¿Se ha realizado acciones para contar en Necochea con una Sede de L.A.L.C.E.C.?

“Sé que hace un tiempo funcionaba una Sede, pero era muy costoso su mantenimiento. Creo que no se justifica hacer algo para contar nuevamente con L.A.L.C.E.C., si desde la Municipalidad se puede hacer la atención y prevención.”

ENTREVISTA A ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA:

Dra. Ana María Tortorella (Centro Oncológico Privado)

1. ¿Qué entiende por cáncer de mama?

“Es una desorganización celular y una forma anárquica de producción”

2. ¿Qué conocimientos debe tener una mujer para prevenir dicho cáncer?

“Saber que existe, pensar que existe el cáncer... Necesidad de un control mensual, pos menstrual (al tercer o cuarto día en la ducha control manual)”

3. ¿Con qué frecuencia concurren a realizarse exámenes mamarios?

“Deberían concurrir: ante antecedentes de dicha patología a los 25 años la primer consulta (mamografía) y 35 años controles (segunda mamografía); si no existen antecedentes a partir de los 35 años. Digo deberían porque si no presentan sintomatología de molestia, dolor, no realizan en general controles y, en algunas ocasiones cuando concurren ya es tarde.”

4. ¿A qué edad deben comenzar con un auto examen mamario?

“A los 20 años con el examen manual en la ducha.”

5. ¿Qué índice de calidad de vida se tiene con un diagnóstico precoz?

“Cáncer in situ: 100%; Estadio I: 90%; Estadio II: 50%; Estadio III: 30%; Estadio IV :30%.”

6. Toda anormalidad en las mamas, indica una patología maligna?

“No. Pueden indicar displasia, o sea premalignas.”

7. ¿El cáncer mamario es hereditario?

“Sí. Y eso las mujeres y familiares de ellas deben saber para prevenirlo.”

8. La alimentación incide en contraer la enfermedad?

“Sí, cuando las dietas son ricas en grasa, alcohol, que generan obesidad y no se consumen protectores vegetales, como coliflor, brócoli, etc.”

9. ¿Qué es una displasia mamaria?

“Es un desorden el tejido glandular pero benigno.”

10. Considera Ud. que la población necochense tiene conocimientos sobre la prevención del cáncer mamario? Si considera no, cuáles serían los motivos a su entender?

“No, porque no se han hecho campañas preventivas, no se le da la importancia que realmente tiene.”

11. Desde el área de salud(municipal, privado, círculo médico) se ha realizado alguna campaña de prevención del cáncer de mama? D e ser afirmativa su respuesta: cuándo y a quién estaba dirigida?

“No.”

12. ¿Se ha realizado acciones para contar en Necochea con una sede de L.A.L.C.E.C.?

“No creo, ya que cuando quise traer equipamiento para instalar un consultorio especializado en el Hospital no lo quisieron, no sé por qué; como no sé por qué te hacen tanta historia para ingresar al círculo médico”.

ENTREVISTA A ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MUNICIPAL “DR. EMILIO FERREYRA”

Dr. Víctor de los Ríos.

1. ¿Qué entiende por cáncer de mama?

“Es la formación de un tejido formado por células atípicas dentro del parénquima normal.”

2. ¿Qué conocimientos debe tener una mujer para prevenir dicho cáncer?

“Conocer que puede llegar a padecerlo y que puede prevenirlo mediante el autoexamen y un control médico.”

3. ¿Con qué frecuencia concurren a realizarse exámenes mamarios?

“Sin antecedentes heredo - familiares, examen mamario periódico y una mamografía, a partir de los 35 años. Con antecedentes un control (mamografía) entre los 20 y 25 años”.

4. ¿A qué edad deben comenzar con un auto examen mamario?

“El autoexamen debe comenzar entre los 18 - 20 años.”

5. ¿Qué índice de calidad de vida se tiene con un diagnóstico precoz?

“Cáncer in situ 95%. Estadio I 85%. Estadio II 50%. Estadio III 30%. Estadio IV 20%”.

6. Toda anormalidad en las mamas, indica una patología maligna?

“No, pues puede ser benigna como displasia o adenomas.”

7. ¿El cáncer mamario es hereditario?

“Sí, existe la predisposición genética a padecer el cáncer de mama.”

8. La alimentación incide en contraer la enfermedad?

“Sí, una dieta rica en grasas y alcohol que favorecen la obesidad, y se conoce la alta incidencia de cáncer de mama en obesos.”

9. ¿Qué es una displasia mamaria?

“Es una alteración benigna del tejido glandular.”

10. Considera Ud. que la población necochense tiene conocimientos sobre la prevención del cáncer mamario?

“Creo que no. Producto de la falta de conciencia de la importancia de la prevención es que cuando se ha brindado alguna charla ha habido poca concurrencia”...

11. Desde el área de salud (municipal, privado, círculo médico) se ha realizado alguna campaña de prevención del cáncer de mama?

“Hasta la fecha no, sólo se ha brindado alguna charla donde se ha solicitado.”

12. ¿Se ha realizado acciones para contar en Necochea con una sede de L.A.L.C.E.C.?

“Hace unos años funcionó una Sede de L.A.L.C.E.C. pero no sé por qué problema dejó de funcionar.”

ENTREVISTA A ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA

Dr. Ricardo Pérsico.

1. ¿Qué entiende por cáncer de mama?

“Se trata de una desorganización celular, que no sigue el patrón natural.”

2. ¿Qué conocimientos debe tener una mujer para prevenir dicho cáncer?

“Es fundamental que conozca que el autoexamen mensual es uno de los modos de detección precoz del cáncer de mama y que conozca los factores de riesgo.”

3. ¿Con qué frecuencia concurren a realizarse exámenes mamarios?

“Si hay antecedentes, primera mamografía antes de los 25 años; si no hay antecedentes primera mamografía a los 40 años, si no hay alteraciones otra mamografía cada año y medio o dos años.”

4. ¿A qué edad deben comenzar con un auto examen mamario?

“El autoexamen debe comenzar alrededor de los 20 - 15 años.”

5. ¿Qué índice de calidad de vida se tiene con un diagnóstico precoz?

“Cáncer in situ 100 - 95%. Estadio I 85%. Estadio II 40%. Estadio III 30%. Estadio IV 15%.”

6. Toda anormalidad en las mamas, indica una patología maligna?

“No, hay que diferenciarlas de las premalignas y benignas.”

7. ¿El cáncer mamario es hereditario?

“Sí, es hereditario, esto es importante para su prevención.”

8. La alimentación incide en contraer la enfermedad?

“Las dietas ricas en grasas y alcohol inciden en contraer la enfermedad, los vegetales y cereales la previenen.”

9. ¿Qué es una displasia mamaria?

“Es una proliferación de tejido adiposo (benigna) en la mama.”

10. Considera Ud. que la población necochense tiene conocimientos sobre la prevención del cáncer mamario? Si considera no, cuáles serían los motivos a su entender?

“No, creo que se debe a una falta de información.”

11. Desde el área de salud (municipal, privado, círculo médico), se ha realizado alguna campaña de prevención del cáncer de mama? De ser afirmativa su respuesta: cuándo y a quién estaba dirigida?

“No. Creo que sólo se dio algunas charlas informativas cuando se pidieron.”

12. ¿Se ha realizado acciones para contar en Necochea con una Sede de L.A.L.C.E.C.?

“Hace años funcionaba L.A.L.C.E.C. en Necochea pero por problemas económicos dejó de trabajar; creo que el que estaba en eso era Pagani. Varios intentaron retomar el funcionamiento pero se necesitaba mucho dinero.”

PERFIL SOCIO-ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

De las cincuenta y ocho mujeres que habitan el Barrio "60 Viviendas" de la Localidad de Quequén, aceptaron ser encuestadas cincuenta y cinco de ellas, debido que a dos no les interesó el tema; a la restante su esposo no le permitió responder. En dos viviendas funciona el Jardín de Infantes N°908.-

La mayoría de las mujeres encuestadas (63,5%) realizan visitas al médico para atención general: gripe, presión arterial, accidentes. Mientras que el (36,5%) no concurre por no presentar ningún tipo de problema.

En cuanto a la asistencia al médico para atención específica de las mamas, no lo hacen porque no lo consideran importante, debido a que en su familia no se ha hablado sobre estos temas. Además consideran que ir al médico sin ningún motivo, presupone una "provocación" y que "manosearse las mamas" puede originar la enfermedad. Al no contar con antecedentes familiares sobre la enfermedad (89%) no considera de importancia el tema y por ende la consulta. Un gran porcentaje de las encuestadas (76,5%) carecen de cobertura social y de recursos económicos, por lo que el (71%) no se ha realizado ningún estudio mamográfico, por desconocer la función que cumple el mismo. No cuentan con conocimiento sobre las instituciones que prestan servicio gratuito para toda aquella persona carente de recurso. El (78 %) no asistió a ningún tipo de charla informativa sobre el tema, sí les interesaría informarse por medio de folletos explicativos (60 %).

En su mayoría el (74,5%) se alimenta en base a carnes rojas, embutidos y grasas, porque no consideran que la alimentación que ingieren pueda influir en la patología, para ellas no tiene nada que ver la alimentación con la enfermedad, ya que "comer es bueno para los pobres", por lo que el exceso de peso tampoco lo consideran importante. Sí tienen en claro que el tabaco es perjudicial para la salud. Esta concepción en relación a la alimentación está pautando hábitos, costumbres y creencias populares de la comunidad denotando una endocultura de los alimentos, donde las vitaminas, proteínas y minerales, como una dieta equilibrada no han sido incorporadas como una necesidad para obtener una vida sana. Por lo tanto, es una problemática que debe revertirse para mejorar la calidad de vida.

Las encuestadas manifestaron en su mayoría, que es la "primera vez que escuchan hablar" de los términos diagnóstico precoz y prevención, pero consideran que éstos están íntimamente relacionados con la enfermedad por la información recibida en el momento de ser encuestadas.

La poca información que poseen algunas mujeres sobre el tema, fue proporcionada por medios televisivos o diario local, aunque en algunos casos ésta fue

mal interpretada. El porcentaje de mujeres que practica la religión Testigos de Jehová (11 %) posee conocimiento por medio de bibliografía y charlas sobre el tema que les otorga su religión.

Un gran número desconoce a qué edad se debe comenzar a realizar el autoexamen mamario, consideran que ésta no influye en la enfermedad.

El (23,5 %) se realiza periódicamente autoexámenes mamarios del cual el (16,5%) sabe cómo se realiza. El (76,5%) no se realiza periódicamente autoexámenes mamarios, a pesar que algunas saben como hacerlo (16,5 %) porque consideran que se deben realizar cuando existe algún dolor, ya que “manosearse las mamas” puede ocasionar la enfermedad.

La edad promedio de las encuestadas (40%) oscila entre dieciocho y veintisiete años de edad. Y la edad en que fueron madres por primera vez es entre quince y dieciocho lo cual hace el (59 %). El (29 %) no amamantó a sus hijos.

El estado civil predominante es: madres casadas (36,5 %), en tanto que un (27 %) son convivientes.

El máximo nivel de escolaridad alcanzado por este grupo de mujeres es: (43,5%) poseen instrucción primaria completa, (2 %) son analfabetas.

La ocupación más predominante entre las mujeres es: ama de casa (69 %); empleada doméstica (25,5 %); otros : ejercen la prostitución (3,5 %).

El ingreso promedio mensual por familia es de \$ 150. Suma que se debe a que los jefes de familia realizan tareas a destajo y en algunas familias los hijos menores juntan trigo en la zona portuaria(entrada y salida de camiones) a pesar de su prohibición.

SINTETIZANDO :

- La mayoría de las encuestadas desconocen la edad en que deben comenzar a realizarse los autoexámenes mamarios y el período específico en que deben hacerlo.
- La mayoría desconoce que la enfermedad es hereditaria, la gran parte de las mujeres encuestadas desconocen el tema, porque en su familia no se consideró importante mencionar el mismo.
- El escaso conocimiento que poseen algunas fue a través de informaciones televisivas o del periódico local o religiosas.
- Les interesa recibir más información por medio de folletos explicativos (ya que no pierden tiempo y ante dudas les queda la información escrita).
- La mayoría de las mujeres desconocen el significado

específico de diagnóstico precoz y prevención.

- No consideran importante el sobrepeso y la ingesta de grasas, carnes rojas y embutidos.
- Reconocen como perjudicial el consumo de tabaco.
- La mayoría carece de cobertura social y recursos económicos.
- Un alto porcentaje considera que los bultos en las mamas son malignos.
- Comunicación entre generaciones dentro de la familia de mitos y creencias negativas, sobre la enfermedad.

En relación, a las entrevistas a las mujeres de la comunidad, la mayoría de las mismas denotan desconocimiento generales, sobre el tema como lo relacionado a la enfermedad y su prevención. Asimismo, manifiestan interés por saber sobre la enfermedad y cómo prevenirla.

En cuanto a la alimentación, es considerada como la “cultura alimentaria del pobre” puesta de manifiesto no sólo en las encuestas si no también en las entrevistas, cuando dicen que comen lo que pueden; situación que se trata de modificar con propuestas de cambio en las pautas alimentarias.

Es importante destacar que de dichas entrevistas surge la relevancia de la “atención gratuita” para la población que no tiene cómo acceder a entes privados, por sus costos, fundado en sus dichos “no tienen para comer” “menos para salud”, éstas al ser leídas por funcionarios de la salud junto con los porcentajes, fue decisivo para dar respuesta a la necesidad.

A medida que se las entrevistaba era como que se daban tiempo, por primera vez para reflexionar sobre la temática: esa enfermedad que se veía en el “afuera” y en “a mí no me puede pasar”, durante la entrevista iban modificando su modo de ver, analizar y enfrentar el tema. Se aprovechó la oportunidad para tratar rasgos importantes del cáncer de mama y qué hacer para prevenirlo.

Considero, que es necesario aclarar que a las mujeres que participaron de la entrevista se las invitó y ellas aceptaron, ser miembros del Club de Madres de la Escuela N°31 quienes se reunían una vez a la semana para arreglar la ropa que se recepcionaba para el “ropero escolar”, se reflexionaba sobre diversos temas que les interesaba (entre ellos temas sobre prevención en salud; conocer cuáles eran sus derechos y sus necesidades comunitarias: necesidad de cargas en los techos, cloacas en todas las viviendas, teléfono público en el barrio, tapar pozos ciegos y de agua, etc.) y entregaban posteriormente la indumentaria a las familias. Con el paso de los meses sirvieron como agentes barriales: 1. multiplicando la información que recibían,

2. organizándose para demandar, exigir y obtener aquello que necesitaban y consideraban como sus derechos, como: - cargas en los techos (tarea realizada entre vecinos con materiales proporcionados por la Delegación Municipal de Quequén), - instalación de cloacas en las viviendas (con materiales proporcionados por dicha Delegación a pagar en pequeñas cuotas), - dos teléfonos públicos, - solicitar que taparan pozos ciegos y pozos de agua a bomberos voluntarios de Quequén, - etc.

Con respecto a las entrevistas a los profesionales de la salud, las respuestas fueron evasivas, sin puntos en común entre los profesionales con relación al tema, sin compromiso con la respuesta, ya que lo único que deseaban era terminar la entrevista para dialogar sobre aquello que deseaban reflejar ellos: “dueños del saber”.

Ningún profesional durante la entrevista se expresó con relación a L.A.L.C.E.C., sí ser escuchados, manifestando intereses políticos en el NO funcionamiento de una Sede de L.A.L.C.E.C., siendo que había funcionado una y a aquellos médicos que brindaron su apoyo fueron excluidos de la organización que nuclea a los médicos. Información que fue corroborada al presentarse en Octubre '91 con los resultados de la investigación la propuesta a Promoción Social y posteriormente en audiencia al Senador Provincial (actual Administrados de Puertos), del funcionamiento de una Sede y rechazada.

Al finalizar las entrevistas se pudo reflexionar junto con los especialistas sobre la necesidad de participación activa y comprometida de los profesionales involucrados, junto a la población, aunando esfuerzos en una cooperación inteligente. Cabe mencionar que dos de los profesionales médicos, quedaron a cargo del Consultorio Externo de Mastología, lo cual fue propuesto oportunamente al Director de Política Social, por el compromiso profesional y social con la problemática

DIAGNÓSTICO:

De la observación, las encuestas y entrevistas, surgen en los tres ejes (institución, población asistida y Servicio Social) los siguientes datos como aspectos relevantes:

1. INSTITUCIÓN:

A) Escolar (Escuela N°31 “Manuel José de Guerrero”):

- Se visualiza una frontera cerrada desde el contexto escolar: por temor de intromisión de los padres en las decisiones; por temor a las conductas de los progenitores (hurtos, violencia, prostitución).
- Directivos por jubilarse (Director, Vice Directora y Secretaria), falta de motivaciones para trabajar de manera participativa.
- Trabajo de infraestructura y equipamiento: en plena tarea de restauración y adecuación.
- Vínculos: sobreinvolucración entre Directivos y docentes de mayor antigüedad.
- Equipo Transdisciplinario: diversidad de criterio, donde la transformación comunitaria no se plantea como objetivo común.

B) Centro de Salud “Seis Esquinas”:

- Frontera abierta: equipo conformado por miembros nuevos, dos de los cuales trabajan ad – honorem.
- La asistente social trabaja ad – honorem, recién recibida, con deseos de trabajar y recibir orientaciones sobre qué hacer y cómo hacerlo.
- Acciones en función de lo pautado por Promoción Social Municipal.
- Necesidad de justificar el trabajo frente a la comunidad, a la Comisión Cooperadora, la cual le dio “vida”.

2. POBLACIÓN INVESTIGADA:

- Familias señaladas: por pertenecer a un barrio de “pobres”, “intrusos”, “delincuentes” y “prostitutas”.
- Desocupación y subocupación: causa estado de necesidades

vitales insatisfechas.

- Necesidad de que se le muestre cómo solucionar sus problemas.
- Cultura alimentaria, en función de lo que pueden comer y no de lo que deben.
- Necesidad de recibir información sobre medidas preventivas del cáncer de mama.
- Necesidad de un servicio gratuito que atienda la problemática.

3. SERVICIO SOCIAL:

- Frontera abierta: para trabajar en red (desde la escuela con el centro de salud, otras instituciones educativas, hospitales, autoridades municipales, etc.).
- Resistencia en aceptar la prohibición de trabajar con centros de salud y hospitales.
- Interrelación con la comunidad: comunicación racional, colaborando en liberar la capacidad de ayudarse a sí mismo.

Para concluir:

- Sin articulación entre los recursos y la implementación de salidas resolutivas.
- Necesidad de dar respuesta a la comunidad a sus problemas vitales como la salud. Modificando el abordaje de la enfermedad (cáncer de mama) comprometido con la realidad y la necesidad de respuesta inmediata.
- Brindar a la población información sobre la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- Necesidad de detectar grupos de riesgo de padecer cáncer de mama e implementar acciones pertinentes.
- Elaborar proyecto sobre prevención y atención de mujeres en riesgo o que padecen cáncer de mama.
- Necesidad de implementar una estrategia adecuada en función de los requerimientos de la política de salud y educación, la cual generaría: * abordar un reclamo sentido y real, * poder trabajar con una metodología diferente, comprometiendo a las autoridades y a los profesionales.

FUNDAMENTACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS:

Al finalizar la investigación, elaborar el diagnóstico pertinente, se ve la necesidad de implementar acciones inherentes a la problemática del cáncer de mama.

Es así, como se elabora el proyecto “Prevención del Cáncer Mamario en Barrios del Partido de Necochea”. Pero, no podía ser presentado ante las autoridades educativas y municipales sin una estrategia apropiada y oportuna, ya que no respondía el mismo a sus lineamientos. Asimismo, desde educación se debía trabajar en función del Equipo Transdisciplinario (compuesto por Orientador Educacional, Orientador Social, Maestra Recuperadora y Fonoaudióloga) y no con otros Equipos de otra área que no sea educativa; negando de esta forma que se pueda trabajar en red.

Por lo expuesto precedentemente, tanto el Equipo del Centro de Salud como la Asistente Social, decidieron enfrentar la situación y resolverla mediante el desafío propuesto por la Asistente Social de presentar los tres proyectos que respondían a: * necesidad y realidad nacional de prevención del cólera; * política de salud prevención del cólera, de las adicciones (alcoholismo); * necesidades y realidad del distrito y zona de abordar la problemática de menores embarazadas (ante la presión de una ley que exigía su denuncia por parte de profesionales médicos y/o asistentes – trabajadores sociales).

Estos tres proyectos, sirvieron como estrategia, como dice Nidia Aylwin de Barros – Mónica Jiménez de Barros y Margarita Quesada de Greppi, que los proyectos se pueden combinar en diversas formas, existiendo combinaciones de proyectos o proyectos de propósitos múltiples. La necesidad de estrategia, es en función de medio para obtener la aprobación, ya que de otra forma no se hubiera obtenido. Asimismo, sirvieron para cumplir con las demandas de las áreas educativas, de salud municipal y comunitarias y, dar basamento a distintos sectores de trabajo en red.

Estos instrumentos, se transcriben tal como se presentaron oportunamente, por ende, no han sido modificados para presentarlos en esta ocasión, teniendo para su formulación las siguientes características:

1. “Sencillez”, sin términos específicos por la diversidad profesiones que debían autorizarlos (incluyendo docentes).
2. “Breves”, sin extensión en la redacción, ya que eran autoridades y “desean que la lectura sea ágil y escueta”; evitando, también, a través de la dinámica de su lectura, la puesta de las autoridades de cada área de sus intereses.
3. Poner énfasis en la redacción en ubicar al individuo como protagonista y generar en las autoridades el compromiso de colaboración y participación

fecunda.

4. Colocar al ente municipal como responsable de la partida presupuestaria.

CAMPAÑA DE PREVENCIÓN CONTRA EL CÓLERA

PROYECTO: “ENTRE TODOS EVITEMOS EL CÓLERA”.

INTRODUCCIÓN:

El alerta amarillo en todo el país, frente al riesgo inminente de la propagación del cólera es, ante todo, un toque de atención sobre las carencias sanitarias que tantos argentinos padecemos en grado tan agudo.

En una situación como ésta, la falta de agua potable, corriente y suficiente: la falta de instalaciones sanitarias domiciliarias y públicas, eficaces: incluido tratamiento correcto de excretas. La insuficiente recolección y procesamiento de residuos de todo tipo, demuestran como nunca su potencialidad contaminante así como su capacidad de atentar contra la salud. En el área de influencia donde funcionan la Escuela N°31 y Centro de Salud “Seis Esquinas” desarrollan su tarea, todas estas condiciones de riesgo coexisten.

Por esta razón es que siempre hemos puesto el acento en la atención primaria de la salud, puntualmente en su primer nivel (A.P.S.), el de la prevención, y dentro de ese marco, el punto específico de la educación sanitaria, consciente siempre de la dificultad de solución de los problemas de infraestructura complejos y más dependientes de recursos económicos que el Estado parece incapaz de generar.

Así como la aparición del cólera pone de manifiesto las carencias sanitarias antes mencionadas, demuestra también qué instituciones comunitarias están comprometidas con el quehacer de la misma dentro del área de influencia, con lo cual no sólo se logrará prevenir dicha enfermedad sino también otras.

Es precisamente ambas instituciones, trabajando a través de sus responsables mancomunadamente, los únicos efectores de la prevención, por el simple hecho de ser parte y a la vez referente de la comunidad en la que actúan a través de la relación directa y personal con cada una de las familias que habitan el área.

Por lo expuesto, es que insistimos hoy, en que el trabajo que se desarrolla en las dos instituciones del Barrio Seis Esquinas, en función de la problemática del cólera, no es más que el estricto cumplimiento de las necesidades reales de la comunidad.

La aparición del cólera sin embargo, exagera la necesidad de aunar esfuerzos en torno de la urgencia. Para contribuir al esfuerzo general es, entonces, que se ha elaborado y comenzado a ejecutar, el siguiente plan de acción:

NATURALEZA DEL PROYECTO:

No se puede trabajar separadamente, sin tener contacto directo con la

comunidad, sin dedicar tiempo y espacio para mejorar la prestación del servicio en pos de una real prevención integral e individualizada de la comunidad.

ORIGEN Y FUNDAMENTACIÓN:

Los Asistentes Sociales de la Escuela N°31 “José Manuel de Guerrico”, Jardín de Infantes N°908 y el Equipo Interdisciplinario del Centro de Salud “Seis Esquinas”, detectan la necesidad de trabajar en el área de salud de manera conjunta pues, no se puede transitar sendas paralelas, superponiendo tiempo y esfuerzo de profesionales que se desempeñan en diferentes instituciones dentro de la misma comunidad, teniendo como diagnóstico de situación las mismas problemáticas a tratar.

Lo enunciado precedentemente, se sustenta en que se cuenta con una comunidad con alto riesgo social, que necesita respuestas inmediatas y eficaces para lograr:

1. Prevención del cólera;
2. Control sanitario (vacunación, pediculosis);
3. Planificación familiar.

OBJETIVO:

Mejorar la calidad de vida de la comunidad.

METAS:

1. Concientizar a la comunidad de la problemática (elaborar las resistencias).
2. Formar hábitos de higiene.
3. Reconocer la importancia de cumplir con la paternidad responsable (deberes y obligaciones).
4. Formar agentes multiplicadores barriales.

TÍTULO:

“SALUD Y EDUCACIÓN: (SIN SALUD NO HAY EDUCACIÓN Y... SIN EDUCACIÓN NO HAY SALUD)”.

SITUACIÓN O PROBLEMA DETECTADO:

- Negación del cólera (falta de concientización).
- Falta de hábitos de higiene.
- Sectores carentes de agua potable y cloacas.
- Características comunitarias que inciden en el riesgo: familias hacinadas; nivel socio – económico - educativo bajo - medio; padres abandonicos (sin vacunación, pediculosis); falta de ejercicio de una paternidad responsable (planificación familiar); cercanía al sector portuario: tránsito permanente de camiones para el ingreso al mismo; zona de procesamiento de pescado, con medidas higiénicas deficitarias.

LOCALIZACIÓN:

Zona comprendida entre las calles: 507 a 541

520 a 542

Dicha zona se halla en la Ciudad de Quequén, del Partido de Necochea, en la Provincia de Buenos Aires.

RESPONSABLES:

- Escuela N°31: A.S. Susana Inés Fraile
- Jardín de Infantes N°908: A.S. María de los Angeles Olivieri
- Centro de Salud "Seis Esquinas": Dr. Ariel González, A.S. Gabriela Jorgensen, Enf. Carmen Pedro, P.S. Margarete Wolfgang.

QUEQUÉN, 12 de Marzo de 1992.-

ACCIONES:	TÁCTICAS(Métodos y procedimientos)	RESPONSABLE:	CALENDERIZACIÓN O TIEMPO	EVALUACIÓN:
Reunión(establecer diagnóstico, acciones y modalidad de trabajo)	Charla. Actas	Organizadores.	Marzo	Directa y de Registro.
Sectorizar área programática, en base a factores de riesgo.	Estudio de campo (mediante planos)	Idem.	12 al 27 de Marzo	Registro
Visitas domiciliarias: informativas, demostrativas.	Charlas informativas y acciones directas.	Idem.	Abril a Diciembre	Observación directa. Crónica.
Control sanitario: Plan de vacunación, pediculosis.	Idem. Control y acción.	Idem.	Abril a Diciembre.	Idem. Registro.
Orientación: Planificación familiar.	Idem.	Idem.	Abril a Diciembre.	Idem.
Provisión de agua clorada en caso de falta de agua potable.	Entrega de bidones.	Idem.	Todo el año.	Control
Trabajo de Mural (Escuela de Bellas Artes y Establecimientos Educativos).	Pintura -Mural.	Organizadores del proyecto y profesores de la Escuela.	Abril a Diciembre.	Observación directa. Fotos.
Formación de agentes multiplicadores barriales.	Charlas. Exposición, diálogo.	Organizadores del proyecto.	Abril a Junio.	Registro, Crónicas.

ORGANIZADORES: Dr. Ariel González; Enf. Carmen Pedro; A.S. Gabriela Jorgensen; Psicóloga Social Margarete Wolfgang; A.S. María de los Angeles Olivieri; A.S. Susana Inés Fraile.

DIAGRAMA DE GANTT O CRONOGRAMA DE AVANCE:

ACCIONES/TIEMPO	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Oct.	Nov.	Dic.
<i>Reuniones</i>									
<i>Sectorizar</i>									
<i>Visitas domiciliarias</i>									
<i>Control sanitario</i>									
<i>Orientación</i>									
<i>Provisión de agua</i>									
<i>Trabajo de Mural</i>									
<i>Formación ag.mult.</i>									

PROYECTO

TÍTULO: “QUE TU VIDA NO DESTRUYA”

INTRODUCCIÓN:

Movilizados por la problemática de las adicciones, consideramos en el corriente año, que el alcoholismo sigue siendo la drogadependencia más importante de nuestra zona y del país; por su incidencia estadística, porque afecta al hombre en sus tres dimensiones biológica, psicológica y social, por estar culturalmente tolerada y por su bajo costo.

Vimos que no existe en la región, un abordaje institucional preventivo asistencial de los problemas del alcohol y decidimos iniciar una alternativa.

Pensamos que la Escuela N°31, era un lugar adecuado para iniciar la experiencia, hablamos con los docentes y con algunos profesionales que colaborarían con el proyecto, quienes mostraron interés. Al mismo tiempo, iniciamos visitas y contactos con otras instituciones (otras escuelas: primarias, secundarias, etc.) para difundir la tarea emprendida. En esta primera etapa, preferimos el contacto personal a la difusión masiva, a través de medios, siendo los integrantes del grupo, derivados por otros profesionales.

Nos planteamos dos abordajes simultáneos, con objetivos definidos para cada uno:

- Abordaje Asistencial-Terapéutico.
- Abordaje Preventivo-Comunitario.

Desde lo Asistencial-Terapéutico, nos planteamos los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Lograr la recuperación y mejoría de las personas con problemas de alcoholismo.

Objetivos Específicos:

Lograr la abstinencia o la disminución de la ingesta, por parte del enfermo alcohólico.

Lograr que el paciente y su familia participen activamente en el proceso de recuperación y mejoría.

Concientizar al paciente y a su entorno familiar y social, de la problemática del alcohol.

Actuar, dentro de lo posible, en los factores bio-psico-sociales, que condicionaron el problema alcohólico.

Las acciones implementadas para el logro de estos objetivos, son las reuniones grupales y el trabajo social.

Desde lo Preventivo-Comunitario, nos planteamos:

Objetivo General:

Sensibilizar a la comunidad acerca de los riesgos de la ingesta alcohólica, es una sociedad consumista que corrompe, domina e incita a las conductas adictivas.

Objetivos Específicos:

Mejorar el conocimiento de los problemas relacionados con el alcohol en lo familiar y comunitario.

Modificar prejuicios y falsas creencias, sobre el alcohol.

Modificar actitudes consumistas, generando una actitud crítica y reflexiva, frente a la propaganda y las modas.

Acciones implementadas para lograr estos objetivos son las charlas y los talleres.

RESPONSABLES:

- Escuela N°31: A.S. Susana Inés Fraile.
- Centro de Salud “Seis Esquinas”: Dr. Ariel González.
A.S. Gabriela Jorgensen.
Enf. Carmen Pedro.
Psic.S.Margarette
Wolfgang.

TAREA GRUPAL: Eje del abordaje Asistencial-Terapéutico:

Los miembros del grupo, si bien comparten la misma problemática, presentan características diferentes. Esto genera un enriquecimiento de la dinámica grupal y una diversificación de la tarea de los terapeutas.

Podemos destacar los siguientes subgrupos:

1. Pacientes con denuncias por malos tratos: motivadas por violencia familiar, que deben concurrir al grupo para continuar su relación con el grupo familiar. No hay conciencia de enfermedad, negación de su alcoholismo, a pesar de que siguen bebiendo, justificación de sus acciones depositando las culpas en el exterior. Por ej.: “...y yo sólo empujé a mi esposa cuando discutíamos y se lastimó la cabeza contra la cama...”; “...yo nunca fui violento”; “...a mí el alcohol no me hace nada...”.
2. Paciente con un alcoholismo avanzado que presentan una politoxicomanía, con uso de marihuana, cocaína o pegamentos. En algunos observamos una actitud omnipotente y manipuladora. Por ej. : “...yo hacía tomar droga a quien yo quería...”; “...el alcohol y las drogas nunca me descontrolaron...”.

3. Paciente con un alcoholismo crónico, que están bebiendo y se acercan con angustia y preocupación por su salud. En estos casos, vemos una conciencia de enfermedad, y un deseo de dejar de tomar. Reclaman ayuda y necesitan del apoyo grupal y familiar, y en algunos casos, una conducta directiva de los profesionales, hacia una internación breve para garantizar la desintoxicación.

Dentro de este grupo, encontramos dos modos de enfermar: un modo desde diferentes trastornos de personalidad, por ej.: depresivos con hábitos de bebedor solitario; "... tomo cuando estoy solo en mi casa, y me escondo en el garaje", "... me angustia tomar, pero me pide, y no puedo dejarlo". Y otro modo desde la cultura laboral, por ej.: un trabajador rural nos relata, que durante su tarea, el patrón les provee de damajuanas de vino y cigarrillos que luego descuenta de su jornal.

4. Familiares de alcohólicos: algunos se acercan espontáneamente y otros citados desde el grupo. Hasta ahora, pudimos trabajar con cuatro esposas de alcoholistas, una de ellas vino acompañada por su hijo de once años y otra por su suegro.

Podemos destacar en el discurso de estos familiares, sentimientos tan diversos como miedo, vergüenza, rabia, comprensión, amor y actitudes de estoicismo y cooperación.

5. Por último, queremos resaltar la figura de un alcoholista recuperado en Alcohólicos anónimos, que parece tomar su participación como una militancia, tal como él lo expresa: "...a mí me apasiona el tema del alcohol..."; esto se traduce en una energía que hace circular por el grupo, en este desafío que es la lucha contra el alcohol, "tomar o no tomar, ser o no ser".

ABORDAJE PREVENTIVO-COMUNITARIO:

Desde este ámbito nos planteamos diversas actividades como muy importantes, pero consideramos prioritarias dos: el contacto con otros centros de salud y otros establecimientos educativos.

Tuvimos encuentro con otros equipos de profesionales de centros de salud, donde vimos la posibilidad de organizar un grupo de características similares en esos barrios. Dado el tipo de trabajo, que se desarrolla en las comunidades, encontramos mucha receptividad y conciencia de la necesidad de trabajar sobre los problemas del alcohol. En este sentido el equipo técnico de estas Instituciones, que tienen un contacto más personalizado y familiar con los pacientes, muestran una comprensión del fenómeno Alcoholismo, que contrasta con la negación del problema, por parte de los profesionales de Hospitales e Instituciones de mayor complejidad.

En cuanto al trabajo en escuelas primarias, lo iniciamos con charlas - debates a alumnos de 6º y 7º grado de la Escuela N°31 y una privada Instituto "Divino Maestro". En estas charlas - debates, con presencia de alumnos y docentes,

enfocamos diversos temas como los problemas del alcohol y la salud, los accidentes producidos por el alcohol, el consumo de alcohol en la juventud, conductas violentas, la repercusión familiar y laboral del alcoholismo y los problemas emocionales relacionados con el alcohol, así como el problema del consumismo y la propaganda en nuestra sociedad.

Podemos resaltar, que en la escuela que dio origen al proyecto, con alumnos de un nivel socio - económico bajo - medio, la temática giró en torno a los hábitos como consecuencia de la falta de empleo o de la subocupación, observando una actitud crítica frente a la sociedad y a los mecanismos de la misma para generar actitudes negativas frente a la vida. Los comentarios hacían referencia a los modismos de la ingesta alcohólica, a la pertenencia a determinados grupos de desempleados y su preocupación giraba en torno a la preservación de la salud.

Mientras en la escuela pública, con alumnos del nivel mencionado, observamos comentarios y opiniones desde lo “vivencial” del problema y con un foco de interés en los problemas familiares, como violencia, agresiones físicas, problemas laborales y accidentes por el alcohol; en la escuela privada los comentarios giraban alrededor del consumismo, incidencia de la propaganda en la conducta, modismos de la ingesta alcohólica, la preocupación giraba en torno a los modelos a imitar.

CONCLUSIÓN:

Esta modalidad de trabajo con los problemas del alcohol en la comunidad, habla de nuevas formas de abordaje en Salud donde la salud mental del individuo no se puede dejar apartado de la realidad y la necesidad que tiene la sociedad, puntualmente comunidades como en la que trabajamos.

Sin embargo, las necesidades de atención de la salud en nuestra región son de gran importancia y demandan nuevas respuestas, estas deben ser creativas y razonablemente audaces. Pensamos que es conveniente una mayor integración entre estas acciones de la salud en los centros de salud y la institución que trata el tema de la salud mental como el Hospital Subzonal Neuropsiquiátrico “Domingo José Taraborelli”, institución a la cual no invitamos por olvido y hubiera sido de gran importancia la colaboración, las sugerencias y opiniones de la misma.

PROYECTO:

TÍTULO:

“Nos hacemos responsables de nuestra sexualidad”.

FUNDAMENTACIÓN:

Los alumnos manifiestan hechos sucedidos con respecto a relaciones sexuales con sus pares (en terrenos baldíos), el Equipo Transdisciplinario observa conductas manifiestas y encubierta dentro y fuera del servicio educativo, por lo que dialoga con los adolescentes sobre estas actitudes y consecuencias de las mismas, determinando un total desconocimiento y mal uso de su sexualidad, basada en los hechos acaecidos como: madres solteras, parejas entre adolescentes y adultos (como medio de escape a la realidad familiar) y la desinformación por parte de alumnos y familias de los mismos.

SITUACIÓN O PROBLEMA DETECTADO:

- La necesidad de la familia de recibir orientación e información sobre la educación sexual de adolescentes y adultos y SIDA.
- Prevención de situaciones de riesgo en la actitud de los alumnos, que impliquen el área de la sexualidad.

OBJETIVOS:

1. Recibir información precisa sobre el tema.
2. Integrar el servicio educativo a la comunidad.
3. Formar grupo de reflexión de padres con profesionales de la salud y el Equipo Transdisciplinario.
4. Prevenir las situaciones de riesgo social en la comunidad escolar y general.
5. Reconocer los padres la responsabilidad por parte de los mismos en la educación sexual de sus hijos, teniendo a la escuela y profesionales de la salud apoyando y dando referencias.

ACTIVIDADES:

1. Entrevistas.
2. Encuentros con padres y alumnos: charlas – debates. Taller de trabajo. Registro de observaciones.
3. Encuentros con alumnos y docentes. Taller de trabajo. Registro de observaciones.
4. Propuesta de trabajo (opcional): mecanismo de parto.
5. Charlas mensuales de: Planificación familiar, para madres adolescentes y madres multíparas, mediante las cuales se produce un acercamiento a los problemas individuales (entrega por parte del Equipo de Salud de anticonceptivos orales - PAP. Previo – ordenes de PAP y examen mamario, ordenes de DIU – PAP previo.

RESPONSABLES:

Equipo Interdisciplinario del Centro de Salud “Seis Esquinas” y
Equipo Transdisciplinario de la Escuela N°31.

EVALUACIÓN:

Directa y de Registro.

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO:

“PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO EN BARRIOS DEL PARTIDO DE NECOCHEA”.

FUNDAMENTACIÓN:

Teniendo como base la investigación realizada en el Barrio “60 Viviendas” de la Localidad de Quequén del Partido de Necochea, se considera de vital importancia implementar en los barrios periféricos de las localidades que integran dicho Partido, campañas de prevención de cáncer de mamas, realizándose en los Centros de Salud.

OBJETIVO:

- Educar y concientizar a las mujeres de 18 a 50 años de los barrios de las localidades del Partido de Necochea, sobre prevención primaria en cáncer mamario.

POLÍTICAS DE ACCIÓN:

- A. Se trabajará en equipo con la Secretaría de Política Social Municipal, persiguiendo una unidad de criterio y acordar estrategias.
- B. Se respetará los objetivos de la órbita municipal.
- C. Se respetará en todo momento a la persona que se tiene enfrente, sus decisiones, sus valores y creencias, se entablará una relación dialógica.

METAS:

- A. Aprobación del proyecto por parte de la Secretaría de Política Social Municipal.
- B. Puesta en marcha de: * Consultorio Externo de Mastología; *Catastro Mamográfico; * Entrega de folletos explicativos del autoexamen de mamas en los Centros de Salud.
- C. Brindar cobertura de atención al cien por cien de las mujeres de los barrios.

TAREAS:

- A.1. Presentación del proyecto “PREVENCIÓN DEL CÁNCER MAMARIO” en barrios del Partido de Necochea.
- A.2. Aprobación del proyecto por parte de la Secretaría de Política Social Municipal.
- A.3. Solicitud del material necesario para las mamografías (placas radiológicas), al Ministerio de Salud Pública.
- A.4. Solicitud a Prensa y Difusión de la Municipalidad los folletos informativos de prevención, sobre la base de datos obtenidos por los

centros de salud y la población de mujeres que atienden.

B.1. Publicidad del plan de prevención.

B.2. Derivación de las pacientes en riesgo o que padezcan la enfermedad detectadas en los Centros de Salud al Consultorio de Mastología del Hospital Municipal “Dr. Emilio Ferreyra”.

B.3. Seguimiento por parte de las Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de los Centros de Salud u Hospitales, de las mujeres que sean atendidas por catastro mamográfico o posteriores tratamientos preventivos o curativos del cáncer de mamas.

PRESUPUESTO:

- Financiero: para la puesta en marcha de dicho proyecto la Cooperadora del Hospital Municipal construirá el Consultorio Externo de Mastología; el Ministerio de Salud Pública, donará 5.000 placas radiológicas, y los folletos los donará la Municipalidad de Necochea.

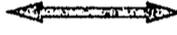
Humanos: Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales, Médicos de los Centros de Salud y los nombrados para el Consultorio Externo de Mastología y el Director de la Secretaría de Política Social

IMPORTANTE:

- 1) Control mensual:
Autoexamen mamario.
- 2) Control anual por médico
Clínico o Ginecólogo.
- 3) Evite la obesidad.
- 4) Coma alimentos con fibra.
- 5) Reduzca su ingesta de grasas.
- 6) Incluya alimentos ricos en vit-
Minas "A" y "C" en su dieta.
- 7) Ante la menor duda pregunte.

SABE UD. QUE ...
ESTAMOS GANANDO
LA BATALLA CONTRA

"EL CÁNCER DE MAMA"



NO SE DEBE TEMER ...
SE DEBE PREVENIR

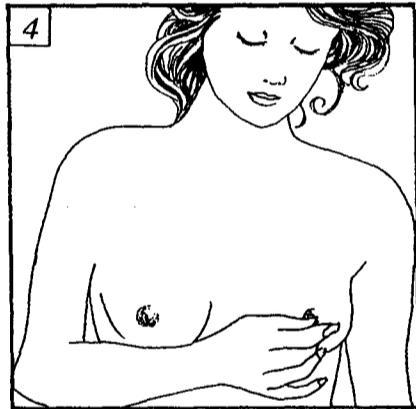
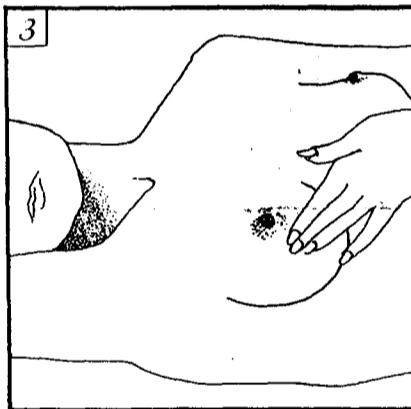
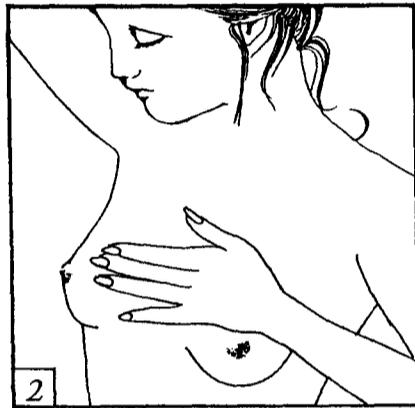
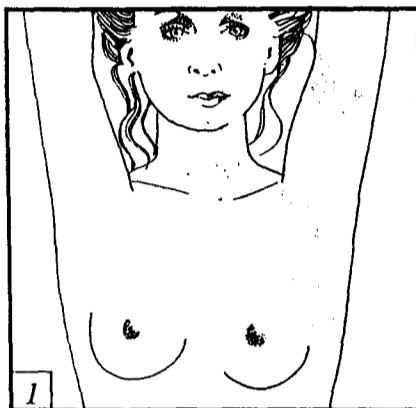
CENTRO DE SALUD

"SEIS ESQUINAS"

MUNICIPALIDAD DE

NECOCHEA.

prevención del cáncer de mama



1 Observe sus mamas frente a un espejo, primero con los brazos sueltos a los costados y luego levantándolos por encima de la cabeza. Investigue si existe alguna asimetría de los pezones y mamas entre sí, retracciones o alteración de las formas.

2 En posición de pie levante un brazo detrás de su

cabeza y con los dedos de la otra mano palpe la mama opuesta buscando detectar algún bulto, cualquiera sea su tamaño y forma. Repita la operación con la otra mama.

3 Repita la palpación de **2** acostada y con una almohada bajo el hombro de la mama a examinar.

4 Presione los pezones y observe si aparece alguna secreción.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Como se expuso en la crónica de trabajo, el 6 de Abril de 1992 se presentó el Proyecto “Prevención del Cáncer Mamario en Barrios del Partido de Necochea”, tuvo buena aceptación por parte de las autoridades presentes y posteriormente se fue informando personalmente a las que no pudieron asistir mediante firma se notificaban del proyecto enunciado y de los otros tres que sirvieron de estrategia para la aprobación. Esta tarea sirvió para comunicar la información obtenida y reflexionar con las autoridades sobre una problemática de la cual no estaba exenta su responsabilidad ni su participación.

El proyecto había sido aprobado, pero la partida presupuestaria no aparecía para su concreción, ya que “por cuestiones políticas las partidas no llegaban” y los fondos desde la Cooperadora del Hospital Municipal se destinaban a Pediatría (equipamiento e infraestructura). Hasta que, en noviembre de 1995, el Ministerio de Salud Pública otorga 5000 placas radiológicas al Hospital Municipal “Dr. Emilio Ferreyra”, para efectuar el catastro mamográfico.

Los resultados de dicho catastro, los casos detectados de manera precoz y otros para su tratamiento, junto con la demanda de un servicio especializado por parte de la población ayudaron a que a fines de 1996 se culminara con la organización del “Consultorio Externo de Mastología” y se procediera a su inauguración, quedando a cargo del mismo el Dr. Víctor de los Ríos y el Dr. Ricardo Pérsico.

Desde 1996, en cada Centro de Salud se entregan folletos explicativos del autoexamen mamario, y algún miembro del personal Equipo de Salud realiza las orientaciones pertinentes y evacua dudas, y se las deriva en caso de ser necesario al Consultorio Externo de Mastología.

El seguimiento de los casos detectados, se realizaron y se realizan a través de las asistentes – trabajadoras sociales de los centros de salud u hospitales, como fue propuesto; con el inconveniente en algunas circunstancias, que los domicilios brindados por las asistidas son cambiados y no notificados oportunamente al profesional del Servicio Social, lo cual dificulta la eficiencia en la prevención y en el tratamiento.

El Consultorio Externo de Mastología, superó las expectativas del ente municipal, puesto que anualmente atiende a doce mil mujeres, lo cual implica la realización de estudios, revisión, tratamiento y posterior seguimiento.

Se obtuvieron las metas propuestas, ya que como se expresó en los párrafos anteriores el proyecto fue aprobado, se implementó el consultorio mencionado, se entregaron folletos, se dio cobertura total a las mujeres; el incremento anual de las

mujeres que se atienden en el consultorio y la demanda de atención aumenta, de lo cual se infiere que la concientización de la población fue y es efectiva.

Las casualidades no existen, por ende, no es casual que se haya tardado cuatro años en concretarse el proyecto, ya que hubo causas que dilataron el tiempo; pero, esto no generó una parálisis ni en los responsables ni en la población, por el contrario, generó tiempo de reflexión comunitaria participativa y movilización para que se concretara.

Cabe mencionar, tres hechos importantes posteriores a su presentación:

1. Se creó un espacio de reflexión, de conocimiento, de respeto y participación comunitaria.
2. Se movilizó la comunidad de donde surgió el proyecto, para reclamar por sus necesidades.
3. Se reconoció la labor del asistente social, al punto que se nombran profesionales en cada centro de salud, ya que hasta la fecha trabajaban ad – honorem.

Se logró el compromiso de las autoridades municipales y de los equipos de los centros de salud y, el aporte de la provincia a través del Ministro de Salud.

No se logró el real compromiso, y la participación de la Rama de Psicología y Asistencia Social Escolar a través de la Inspectora Jefe de dicha rama, quien desde 1992, está luchando contra el Municipio por los “derechos de autor”. La asistente social, fiel a sus convicciones y filosofía de vida, es que no declina en sus principios y concluyó con el proyecto trabajando en red, como medio de aunar esfuerzos en pos del bienestar del individuo, familia y comunidad.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES:

A pocos años del siglo XXI y teniendo en cuenta que la enfermedad mamaria ha tenido su origen hace varios siglos atrás, hoy se la considera una enfermedad que tomada a tiempo tiene el cien por cien de curabilidad. Por lo que parece ilógico que en las encuestas realizadas a grupos de mujeres del Barrio “60 Viviendas”, se haya podido comprobar que a pesar del tiempo transcurrido y los adelantos técnicos nuevos, existen aún arraigados mitos y creencias negativas, que no les permiten recabar información para la prevención de la enfermedad. Por lo que no hubo diferencia de conocimientos de generación en generación.

Considero que esta investigación es un paso indispensable para la realización de investigaciones futuras sobre éste y otro tema, para ampliar y enriquecer aportes concretos para las instituciones que actúan en relación con otras instituciones y tienen la misión de dar respuesta a esta problemática.

El trabajo de campo realizado de esta investigación se basó principalmente en concientizar y movilizar a las mujeres y a su familia en:

- Realización del autoexamen mamario periódicamente.
- Alimentación adecuada.
- Información sobre los servicios que brindan centro de salud y hospital.
- Derivación de cinco mujeres para realizarse los estudios correspondientes.

El resultado de esta investigación sirvió para la implementación, a los cuatro años, del proyecto que tenía por finalidad el consultorio externo de mastología, el cual atiende doce mil mujeres anualmente (mamografía y todo lo concerniente a prevención y atención del cáncer de mama) y la entrega de folletos (explicativos del autoexamen de mama) con la información y orientación por parte de alguno de los miembros que integran el equipo de cada centro de salud.

Asimismo, sirvió para replantear el abordaje de la problemáticas no sólo en lo relacionado al cáncer de mama, si no a las generales, donde se había dejado de lado la atención del caso social individual, atendiendo a la población escolar o comunitaria, olvidándose que “...sociabilidad e individualidad son los dos aspectos de una misma realidad.”¹ Sin olvidarse que la asistente social profesional “...es la intérprete de la población ante el hospital y la del hospital ante la población...”², es quien está en contacto directo con la persona, con la familia, con la comunidad sabiendo cómo relacionarse, cómo comunicarse y en definitiva, cómo hacer un real seguimiento de cada situación en particular.

En la medida que se invierta en proyectos que apunten al desarrollo de la comunidad, dirigidos a la concientización popular y a programas masivos de detección precoz de tumores, se invertirá en salud, evitándose la erogación económica de infraestructura hospitalaria, métodos sofisticados de curación, costo de medicamentos, mano de obra especializada para su atención y fundamentalmente, el lucro cesante del paciente (que deja de producir hasta su reinserción laboral) y generando en las “personas que adolecen de condiciones crónicas, por parte de su familia, tienden a organizarse en torno de sus deficiencias y a desdeñar su capacidad...”³, reduciendo la búsqueda de alternativas.

Ante la elección de los instrumentos, se trató de respetar la situación de la investigación, tomándolos por una cuestión de coyuntura, sin dejar de abordar el reclamo sentido por quienes lo solicitaron.

Durante el trabajo comunitario todos estos años hasta la concreción del proyecto, se debió vencer luchas cotidianas; desde lo personal, temores, incertidumbre, como por ejemplo: cuando se involucró a los beneficiarios en la producción y devolución (retroalimentación) del conocimiento, de modo natural y no intrusivo. El haber mantenido una “conversación normal”, sin dar por sobre entendido ninguna respuesta, si no como si se escuchase por primera vez, es que ayudó a que se observara una revalorización como mujeres, como madres sujetos de derechos (como por ejemplo las prostitutas).

Luego de haber adherido al paradigma tradicional, por formación profesional e ir incorporando nuevos paradigmas a través de la lectura, sin la mirada, ni la reflexión de un colega ¿cómo sobrevivir a la decadencia, si aún sigue “abriendo puertas”? Como lo demuestra el presente trabajo, se obtuvieron resultados pero... no por ello se levanta una bandera de victoria ya que ante una situación de demanda no me pregunto ¿qué hacer?, sino ¿por qué?. Regresando de este modo al párrafo anterior, puesto que como profesionales del Servicio Social la necesidad de generar espacio, especificidad en el contexto del abordaje con un posicionamiento de apertura (no “por encima de”, tampoco “dueños del saber”, si no de retroalimentación), de incertidumbre, y por qué no ... de asombro. Considero, que los que fuimos formados hace ya mucho tiempo, hemos ido probando distintas alternativas de investigación, buscando aquella con la cual nos identificáramos, desechando con el devenir al “resto”, sin darnos cuenta que lo apropiado como seres que transitamos, cambiamos, mutamos, es utilizar aquella con la cual en su momento nos identificamos. Es así, como un asistente social puede tener una perspectiva paradigmática diferente, puede ser flexible y capaz de adaptaciones a la situación de la investigación. Asimismo,

combinar, converger atributos cualitativos y cuantitativos, como una necesidad del equipo que se formó con la finalidad de trabajar con una metodología diferente, más integradora e interdisciplinaria, la cual tuvo las siguientes ventajas:

- Lograr profundidad en las percepciones: que ninguno, seguramente podría conseguir por separado.
- Interesante e ilustrativo: no implicando que haya sido fácil, pudiendo develar aquello que se “suponía” previo a la investigación.
- Beneficioso: por el compromiso y participación de la comunidad, fortaleciendo los resultados.

Y, como desventaja:

- Demanda de tiempo en la implementación.

A través de este abordaje: * se logró el “conocimiento social”, obteniéndose la intervención participativa en la producción del conocimiento colectivo, revalorizando el saber popular; * analizar la realidad como relativa, histórica y superable; * reconocer en la comunidad su potencialidad para obtener el desarrollo que les conviene; * liberar la capacidad de ayudarse a sí mismo a través de la dialéctica; * se motivó a los profesionales a participar y cooperar reflexionando sobre la necesidad de hacerlo en función de la responsabilidad que les correspondía; * se movilizó a la población a través de las mujeres que funcionaron como agentes barriales para canalizar sus intereses y necesidades.

Seguramente, habrá mucho por hacer de aquí en más sobre esta enfermedad que a nosotras las mujeres nos asusta y paraliza cuando nos afecta; pero, el hecho de haber elegido el camino de la prevención hace que otros puedan continuarlo, convencidos que nos sumaremos a esa lucha por la vida y por el bienestar.

1. y 2. Richmond, Mary: “Caso Social Individual”, De. Escuela Nacional de Salud Pública. Buenos Aires, 1962.
3. Minuchin, Salvador – Fishman, H. Charles “Técnicas de terapia familiar”, PAIDÓS, Buenos Aires 1997.

REFLEXIÓN FINAL:

La profunda crisis integral que nos afecta actualmente, obliga a replantear seriamente las políticas de educación y de salud provincial y municipal, ya que hay sobradas muestras de obsolescencia que padecen las mismas junto con el agotamiento de los recursos humanos, materiales y económicos, persiguiendo un ideal de bienestar del individuo, con un posicionamiento omnipotente y autoritario. Imponiendo a las comunidades modos de vida, a los cuales no pueden acceder; superponiendo esfuerzos, tiempo, recursos económicos, sin el impacto que generaría el trabajo conjunto en pos de un objetivo en común.

Las estrategias no se agotan, se enriquecen con distintas técnicas de abordaje a los problemas.

Cuando se iniciaron todos los proyectos de manera conjunta, compartida, tuvieron buenos resultados, con impacto social, demostrado no sólo estadísticamente con la demanda de la población, si no con la transformación en la dinámica social, ya que los protagonistas no eran los políticos si no los miembros de la comunidad exigiendo cambios, reclamando por sus necesidades ante quienes correspondía..

Cuando se plantearon como una necesidad el modo de trabajo conjunto, ambas esferas: área educativa (Inspección de Psicología y Asistencia Social Escolar) y área municipal (autoridades del área de salud), no desearon compartir “el protagonismo”, prefiriendo “el trabajo separado y respetándose mutuamente, nadie ocupa espacio del otro”, olvidándose que el protagonista de ayer, hoy y siempre ha sido y será el individuo, su familia y su comunidad y que, como dice el Dr. Haldfan Mahles:

“La salud empieza en el hogar, en las escuelas, en los campos y en las fábricas. Es ahí, en los lugares donde las personas viven y trabajan, donde la salud se forja o se rompe. Conociendo sobre salud, las personas podrán promover los factores que les son favorables y combatir los que resultes perjudiciales.”

Quien no piensa en su comunidad, no piensa solidariamente. Quien no trabaja pensando y reflexionando con ellos, su labor no es eficiente. Sólo los lugares donde viven, trabajan, se educan y curan los individuos reflejan las necesidades, las grietas, por donde las comunidades piden y exigen sus derechos a vivir dignamente y en completa armonía, teniendo como prioridad su salud como fuente de vida para su realización, lográndose así el desarrollo social.

En la medida que se libre el espacio para la reflexión y el trabajo en red entre

instituciones educativas y municipales (de salud) y, se invierta en los centros de salud ya existentes y en los que se creen, se invertirá en salud, evitándose la erogación económica de infraestructura hospitalaria, métodos sofisticados de diagnóstico, costos de medicamentos, mano de obra especializada y fundamentalmente, el lucro cesante del paciente(que deja de producir hasta su reinserción laboral).

ANEXOS

PARTIDO: NECOCHEA

LOCALIDAD: QUEQUÉN

CONJUNTO HABITACIONAL: QUEQUÉN "60 VIVIENDAS"

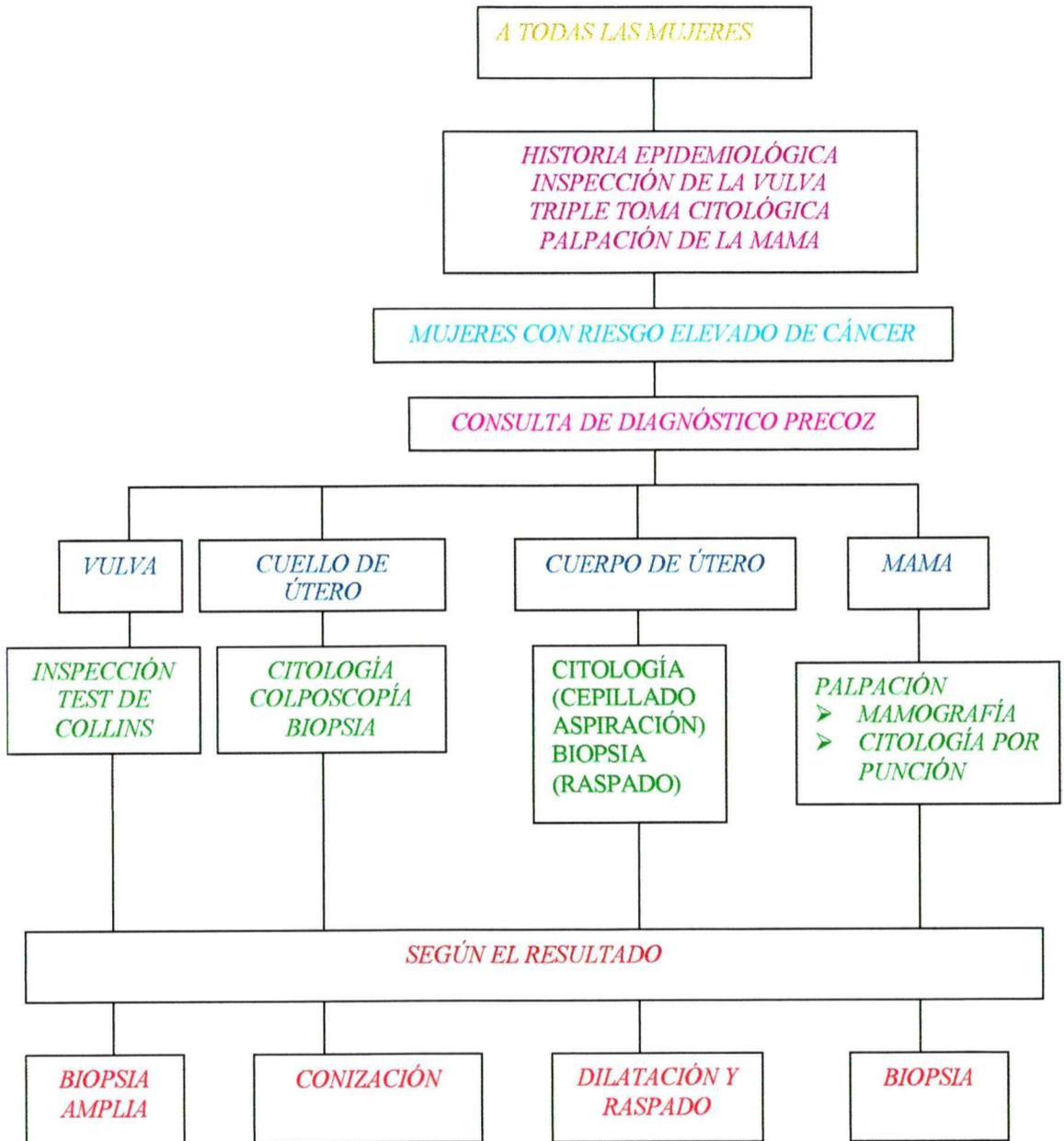
OPERATORIA: FO.NA.VI. (Expte. 2416-1888/86)

Nº de Casa	ADJUDICATARIO	Nº Expte.	RESOLUCIÓN
1	MORMER, Elena Carmen	2416-636/85	754/86
2	OLGUIN, Dora Isabel	2416-636/85	754/86
3	MORALES, Rosa Elena	2416-636/85	754/86
4	QUINTEROS, Marcos Mariano	2416-636/85	754/86
5	MERCADO PAREDES, Juan	2416-636/85	754/86
6	SANCHEZ, Horacio	2416-636/85	754/86
7	LESCABIM César	2416-636/85	754/86
8	GONZÁLEZ LINARES, Carlos	2416-636/85	754/86
9	REARTE DALINDA	2416-636/85	754/86
10	BATTILLANA, Sandra de las M.	2416-636/85	754/86
11	LANZETTA, Eduardo Rubén	2416-636/85	754/86
12	BASAN, Olga	2416-636/85	754/86
13	GÓMEZ, Ricardo	2416-636/85	754/86
14	GIMÉNEZ, Antonio	2416-636/85	754/86
15	BARRERA, Jorge	2416-636/85	754/86
16	POSSE, Oscar Carlos	2416-636/85	754/86
17	IBARRA, Ana María	2416-636/85	754/86
18	GORIA, Julio Hugo	2416-636/85	754/86
19	PACHECO, Aníbal Rubén	2416-636/85	754/86
20	CASTRO, Claudio Ricardo	2416-636/85	754/86
21	FUSCO, Julio César	2416-636/85	754/86
22	CABRETÓN, Jorge Jesús	2416-636/85	754/86
23	ALMADA, María Isabel	2416-636/85	754/86
24	PERALTA, Nicolás Ernesto	2416-636/85	754/86
25	QUINTANA, Jorge Francisco	2416-636/85	754/86
26	BUSTAMANTE, Irma Mabel	2416-636/85	754/86
27	DÍAZ, Ana María	2416-636/85	754/86
28	LABORDE, Ana Isabel	2416-636/85	754/86
29	BRITOS, Domingo	2416-636/85	754/86
30	TRÍPODI, Leonor Victoria	2416-636/85	754/86
31	BUSTAMANTE, Ernesto	2416-636/85	754/86
32	SALAS, Mariano Ramón	2416-636/85	754/86
33	FLOMENCO, Josefa	2416-636/85	754/86
34	BELAZQUEZ, Saúl Abel	2416-636/85	754/86
35	RODRÍGUEZ, Juan Carlos	2416-636/85	754/86
36	CORDERO, Graciela Inés	2416-636/85	754/86
37	VÓMERO, Susana Nélica	2416-636/85	754/86
38	YANE, Rosa Esther	2416-636/85	754/86
39	BELÉN, Enrique Fabián	2416-636/85	754/86
40	QUIÑONES, Ana Leonida	2416-636/85	754/86
41	QUINTEROS, Marta Beatriz	2416-636/85	754/86
42	TOLOSA, Santiago Alberto	2416-636/85	754/86
43	PEZZUCHI, Irma Rosa	2416-636/85	754/86
44	MARTEL, Alberto Martín	2416-636/85	754/86
45	GALVÁN, Carlos Irineo	2416-636/85	754/86
46	PRETE, Juliana	2416-636/85	754/86
47	REYES, Floridor	2416-636/85	754/86
48	BEJORANO, Silvia Gloria M.	2416-636/85	754/86
49	MOYANO, Argentino A.	2416-636/85	754/86
50	ORELLANO, Marta Etelvina	2416-636/85	754/86
51	LARREA, Héctor	2416-636/85	754/86
52	GREBE, Mirta Haidee	2416-636/85	754/86

53	LONGHI, Héctor Emilio	2416-636/85	754/86
54	FERNÁNDEZ FAUNDEZ, María	2416-636/85	754/86
55	FERREYRA, Nazario Claro	2416-636/85	754/86
56	FLORES, Soledad	2416-636/85	754/86
57	IBAUZA, José Luis	2416-636/85	754/86
58	GIESTRA, Oscar Héctor	2416-636/85	754/86
59	JARDÍN DE INFANTES N° 908	2416-636/85	754/86
60	JARDÍN DE INFANTES N° 908	2416636/85	754/86
	Expte.289/86 Jardín de Infantes		
	a construir.		

PLANIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GENITO

MAMARIO



**PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER
GENITO – MAMARIO
EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

CONSULTORIO EXTERNO DE MASTOLOGIA

NOMBRE Y APELLIDO:

H.C. :

EDAD :

DOMICILIO:

FECHA :

MOT. CONSULTA :

ANTECEDENTES HEREDITARIOS MAMARIOS : BE() CA() NO()

ANTECEDENTES PERSONALES: Pat. Mamarias BE() CA() NO()

MENARCA : R.M.SOLTERA: R.M. CASADA: MENOPAUSEA :

EMBARAZOS : PARTOS: CESAREAS : ANTICONCEPCION: AÑOS :

LACTANCIA : DURACION :

FUMA SI() NO() CUANTOS/DIA :

CIRUGIAS MAMARIAS PREVIAS:

ENFERMEDAD ACTUAL

COMIENZA : AÑOS: MESES: DÍAS:

.....

PRIMER SINTOMA:

TRAUMATISMO	GRAVE()	LEVE()	NO()
DOLOR	BILAT. ()	UNIL()	NO()
DERRAME P.P.	BILAT. ()	UNIL()	NO()
RETRACCION P.P.	BILAT. ()	UNIL()	NO()
ULCERA	SUP.MAMARIA ()	PEZON()	NO()
ERITEMA	BILAT. ()	UNIL()	NO()
GANGLIOS AXILARES	BILAT. ()	UNIL()	NO()
OTROS.....			

.....

SINTOMAS SIGUIENTES:

TUMOR	BILAT. ()	UNIL()	NO()
DOLOR	BILAT. ()	UNIL()	NO()
DERRAME P.P.	BILAT.()	UNIL()	NO()
RETRACCION P.P.	BILAT.()	UNIL()	NO()
ULCERA	SUP.MAMARIA ()	PEZON()	NO()
ERITEMA	BILAT.()	UNIL()	NO()
GANGLIOS AXILARES	BILAT.()	UNIL()	NO()
OTROS.....			

SUPERFICIE MAMARIA.....

INSPECCION : AREOLA

PEZON.....

DERRAME PEZON : SI () NO ()

PALPACION : TUMOR : SI () NO ()

LADO DERECHO () IZQUIERDO () LATERAL ()

UBICACIÓN	C.S.E. ()	C.S.I. ()	C.I.E. ()	C.I.I. ()
TAMAÑO	HASTA 2 CM ()	2 a 5 CM ()	+ 5 CM ()	
BORDES	IRREGULAR ()	NETOS ()	MUY NETOS()	
DOLOR	NO ()	SI ()		
FORMA	ESFERICA ()	OVALADA()	OTRA ()	
SUPERFICIE	LISA ()	IRREGULAR ()	MUY IRREG. ()	
CONSISTENCIA	BLANDO ()	DURO ()	FLUCTUANTE()	
FIJACION	NO ()	A PIEL ()	A PLANOS PROFUNDOS ()	
MOVILIDAD	FIJO ()	CON GLANDULA()	DENTRO DE LA GLANDULA ()	
PIEL NARANJA	NO ()	+1/3 ()	- 1/3()	
GANGLIOS AXILARES		FIJOS ()	MOVIL ()	NO ()
GANGLIOS SUPRACLAVICULARES		FIJOS ()	MOVIL ()	NO ()

.....

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:

FUNCION ASPIRACION:
.....
.....

MAMOGRAFIAS :.....
.....
.....
.....

ECOGRAFIA :
.....
.....

ANATOMIA PATOLOGICA:.....
.....
.....

TRATAMIENTO :.....
.....
.....
.....

Acta N° 26/92:

Siendo las 10⁰⁰ horas del día 06 de Abril de 1992, se reunen en la Sala de Música de la Escuela N° 2 de Quecocha, autoridades del Área de Salud: Municipio, del Área de Educación: Consejo Escolar, Inspectora de P.A.S.E, personal del Jardín de Infantes N° 908 (Directora y A.S.), Escuela N° 34 (Directora y A.S.) y equipo Interdisciplinario del Centro de Salud "Seis Esquinas".

El contenido de la reunión: Dar a conocer los proyectos referentes a: 1) Alcoholismo, 2) Cólera, 3) Educación Sexual y 4) Cáncer de Mama.

Posteriormente, a la lectura de los mismos, se da a consideración de los presentes para su aprobación refrendándolo con sus firmas al pie de la presente acta. -

Debe mencionarse, que se presenta los resultados de la investigación realizada en el Barrio "60 Vinieudas" de la Localidad de Quequén, lo cual sirve de fundamentación al proyecto del Cáncer de Mama.

Siendo las 13⁰⁰ horas se da por finalizada la reunión.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

Glady's A. Tolando
Inspectora

[Handwritten signature]
Asistente Social
Escuela N° 31

[Handwritten signature]
M. ROSARIO CUNADO
D. RECTORA N.º de Inf. 908

[Handwritten signature]
DIRECTORA ESC. N° 31

[Handwritten signature]
ASIST. SOCIAL
CENTRO SALUD "6 ESQUINAS"

[Handwritten signature]
DE MIGUEL CARDELLINO.
SUB-DIRECTORA NTA FERREYRA.

[Handwritten signature]
M. de los Olivos
Asistente Social -
Comisión de Infantes N° 908
Guaymas

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ **CASO SOCIAL INDIVIDUAL.**
RICHMOND, MARY.
Edit. Escuela Nacional de Salud Pública.
1962.
- ❖ **METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL**
DE ROBERTIS, CRISTINA.
Ed. El Ateneo.
1995.
- ❖ **LA COMPRENSIÓN COMO FUNDAMENTO DE LA INVESTIGACIÓN**
PROFESIONAL.
DI CARLO, ENRIQUE Y EQUIPO.
Edit. Humanitas. UNMDP.
1997.
- ❖ **TRABAJO SOCIAL PROFESIONAL EL MÉTODO DE LA**
COMUNICACIÓN RACIONAL.
DI CARLO, ENRIQUE Y EQUIPO EDEM.
Edit. Humanitas UNMDP.
1997.
- ❖ **UN ENFOQUE OPERATIVO DE LA METODOLOGÍA DEL TRABAJO**
SOCIAL.
AYLWIN DE BARROS.
Edit. Humanitas.
1982.
- ❖ **ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LOS VALORES.**
LA OBJETIVIDAD Y EL COMPROMISO.
Instituto Latinoamericano de Relación Internacionales, Francia. 1969.
- ❖ **LA INVESTIGACIÓN SOCIOLOGICA.**
CAPLOW, THEODORE.
Edit. Laia, Barcelona.
1972.
- ❖ **INTRODUCCIÓN A LOS MÉTODOS DE LA SOCIOLOGÍA EMPÍRICA.**
MAYNTZ, RENATE – HOLM, KURT – KUBNER, PETER.
Edit. Alianza, Madrid.
1985.

- ❖ **TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN APLICADAS A LAS CIENCIAS SOCIALES.**
PADUA, JORGE – INCVAR, AHMAN - HÉCTOR AREZECHEA – CARLOS BORSOTTI.
 El Colegio de México.
- ❖ **MÉTODOS CUALITATIVOS II.**
LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN.
 FLOREAL H FORNI - MARÍA ANTONIA GALLART – IRENE VASILACHIS DE GIALDINO.
 Editor de América Latina S.A., Buenos Aires.
 1992.
- ❖ **MÉTODOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS EN INVESTIGACIÓN EVALUATIVA.**
 CHARLES S. REICHARDT Y THOMAS D. COOK.
- ❖ **PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA – PROAMI- SEGUNDO CICLO.** Fascículo 1.
 Fernando G. Lasala.
 Editorial Médica panamericana.
 1997.
- ❖ **SALUD PÚBLICA Y TRABAJO SOCIAL.**
Kisnerman, Natalio
 Editorial Humanitas, 1993.-
- ❖ **REVISTAS L.A.L.C.E.C.**
 Tomos 36, 40, 32 y 56.
- ❖ **RECORTES PERIODÍSTICOS.**
- ❖ **SERVICIO SOCIAL HOSPITALARIO.**
 Kisnerman, Natalio.
- ❖ **LA ENFERMEDAD COMO CAMINO.**
 Thorwald Dethlefsen y R. Dahlke.
 1995.
- ❖ **EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**
 Material del Curso de perfeccionamiento docente a distancia. CONICET – SENOR.
 1990.
- ❖ **SEMINARIO NACIONAL DE ATENCIÓN PARA LA SALUD Y PARTICIPACIÓN POPULAR.** (Material del mismo).

- ❖ **INTRODUCCIÓN AL BIENESTAR SOCIAL.**
Las Heras, Patrocinio
Cortajarena, Elvira
Editorial Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- ❖ **LA MAMA.**
Kirby, Bland.
Editorial Panamericana.
- ❖ **LOS SISTEMAS DE SALUD.**
Publicación Científica 51
- ❖ **TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR.**
Minuchin, Salvador
Fishman, H. Charles.
PAIDOS.
1997.
- ❖ **HISTORIA DEL PARTIDO DE LOBERÍA.**
TOMO 1 Y 2.
Editorial San Pablo
1992.
- ❖ **HISTORIA DIBUJADA DE MI PUEBLO QUEQUÉN – NECOCHEA**
Freitas, Néstor Jorge
1992.
- ❖ **FICHAS DE LA CÁTEDRA “INVESTIGACIÓN EN SERVICIO SOCIAL II”**
DICTADO DE TEÓRICOS – SERVICIO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES –
LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, FASES FUNDAMENTALES DE LA
INVESTIGACIÓN (SABINO) –DIAGNÓSTICO.
TITULAR: **PROF. ENRIQUE DI CARLO**
JTP. : **LIC. MARISA BURLASTEGUI**