

**CREENCIAS ALREDEDOR DEL CANCER DE
MAMA EN MUJERES DE LA COSTA
ATLANTICA COLOMBIANA RESIDENTES
EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS,
QUE HAN DESARROLLADO LA
ENFERMEDAD Y EN MUJERES SANAS, ASI
COMO LA DIFERENCIA ENTRE LOS
GRUPOS**

**INDIRA CARBALLO HERRERA
YENIT CASTELLON BABILONIA
NELLY OTERO TORRES
Directora. XIMENA PALACIOS**

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
MINOR DE LA SALUD**

2004

**CREENCIAS ALREDEDOR DEL CANCER DE
MAMA EN MUJERES DE LA COSTA
ATLANTICA COLOMBIANA RESIDENTES
EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE INDIAS,
QUE HAN DESARROLLADO LA
ENFERMEDAD Y EN MUJERES SANAS, ASI
COMO LA DIFERENCIA ENTRE LOS
GRUPOS**

NOTAS DE ACEPTACION

JURADO 1

JURADO 2

JURADO 3

JURADO 4

Artículo 105

“La Universidad Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente sin su autorización

ANEXOS

**CREENCIAS ALREDEDOR DEL CANCER DE MAMA EN
MUJERES DE LA COSTA ATLANTICA COLOMBIANA
RESIDENTES EN LA CIUDAD DE CARTAGENA DE
INDIAS, QUE HAN DESARROLLADO LA ENFERMEDAD
Y EN MUJERES SANAS, ASI COMO LA DIFERENCIA
ENTRE LOS GRUPOS**

**INDIRA CARBALLO HERRERA
YENIT CASTELLON BABILONIA
NELLY OTERO TORRES**

CUESTIONARIO DE CREENCIAS CANCER DE MAMA

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE CANCER DE MAMA

DATOS DE IDENTIFICACION

Edad _____ Sexo _____

Ciudad de Nacimiento _____

Ciudad donde habita actualmente _____ Barrio _____

Estrato Socioeconómico: _____

Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Viudo ___ Otro ___

Número de hijos: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – más ¿Cuántos? _____

Nivel Educativo. Primaria () Secundaria () Tecnológico () Universitario () Postgrado ()

Conoce usted si en su familia hay antecedentes de cáncer Si ___ No ___ de cáncer de mama _____

Pertenece al Sistema de Seguridad Social _____ EPS a la que esta afiliado _____

¿Ha sufrido usted de algún tipo de cáncer? _____ cuál _____

¿Esta en tratamiento actualmente? Si ___ No ___ ¿cuál? Cirugía ___ Radioterapia ___ Quimioterapia ___

CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE CANCER DE MAMA

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para conocer lo que usted piensa sobre el cáncer de mama.

El cuestionario consta de 60 (sesenta) enunciados. Usted debe marcar con una X en las columnas de la derecha si está en desacuerdo o de acuerdo con cada uno de ellos (observe el ejemplo).

Ejemplo:

ENUNCIADO	En desacuerdo	de acuerdo
El cáncer de mama solo le da a las mujeres	X	

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solamente estamos interesados en saber qué es lo que usted piensa sobre el cáncer de mama. Por favor, conteste TODAS las preguntas con la mayor sinceridad posible. La información que usted proporcione es de carácter absolutamente CONFIDENCIAL. Tómese el tiempo necesario para responder las preguntas y si tiene alguna duda, por favor coménteles a la persona que le está aplicando este cuestionario.

ENUNCIADO	En desacuerdo	de acuerdo
1. Puedo desarrollar cáncer de mama en algún momento de mi vida		
2. Relaciono la palabra cáncer con muerte		
3. Los implantes de silicona generan cáncer de mama		
4. Mi familia me apoya o me apoyaría en caso de desarrollar cáncer de mama		
5. Los tratamientos para el cáncer son siempre curativos		
6. La medicina bioenergética puede curar el cáncer de mama		

7. Dios (o el ser supremo en el que yo creo) envía en el cáncer como una prueba		
8. Alguien de mi familia puede desarrollar cáncer de mama		
9. Relaciono la palabra cáncer con soledad y abandono		
10. Conozco las causas del cáncer de mama		
11. Dejaría que mi familia tomara decisiones importantes relacionadas con mi enfermedad		
12. Los tratamientos para el cáncer de mama son dolorosos		
13. La sangre del chulo (golero) puede curar el cáncer de mama		

ENUNCIADO	En desacuerdo	de acuerdo
14. La gente que no cree en Dios (o en un ser superior) muere por el cáncer		
15. Alguien de mi familia ha desarrollado cáncer de mama		
16. Relaciono la palabra cáncer con sufrimiento		
17. Las causas del cáncer de mama son iguales para todas las personas		
18. Mi familia me culparía por tener cáncer de mama		
19. Los tratamientos para cáncer de mama lo dejan a uno calvo		
20. Si tuviera cáncer de mama pediría ayuda a un brujo o un chaman		
21. Dios (o el ser supremo en el que yo creo) puede enviar la enfermedad como un castigo		
22. El hecho de que alguien de mi familia haya tenido o tenga cáncer de mama hace más probable que yo lo desarrolle		
23. Para mí, tener cáncer es "algo muy malo"		
24. Las causas del cáncer de mama son particulares en cada mujer		
25. Cuando una mujer tiene cáncer de mama, su familia se destruye		
26. Los tratamientos para el cáncer de mama pueden ocasionarle graves daños a mi organismo		
27. La aromaterapia puede curar el cáncer de mama		
28. Dios (o el ser supremo en el que yo creo) pone a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer		
29. Tener bajo peso facilita el cáncer de mama		
30. El cáncer de mama es una desgracia para una mujer		
31. El cáncer de mama es un castigo de Dios		

32. Cuando una mujer tiene cáncer de mama, generalmente pierde a su pareja		
33. Después de perder uno o ambos senos, la vida de una mujer cambia negativamente		

ENUNCIADO	En desacuerdo	de acuerdo
34. La orinoterapia (tomar mi propia orina) puede curar el cáncer de mama		
35. Dios (o el ser superior en el que yo creo) puede salvarme sin ayuda de los médicos		
36. Si uno se hacer dos mamografías seguidas y estas salen bien, no hay necesidad de volverlas a hacer porque uno nunca va ha desarrollar cáncer de mama		
37. El cáncer no tiene cura		
38.- El cáncer de mama le da especialmente a las mujeres con mala suerte		
39. Si el médico me hace el examen de seno, no es necesaria la mamografía		
40. Los tratamientos para el cáncer de mama generan sufrimientos en las mujeres		
41. Algunas planta pueden curar el cáncer de mama		
42. La fe en Dios (o el ser superior en el que yo creo) puede curar el cáncer		
43. Si uno desarrolla cáncer de seno, tiene la culpa de ello		
44. Todas las personas que tienen cáncer se mueren		
45. La aparición de un cáncer de mama es cuestión del destino de cada persona		
46. La gente siente lastima por los enfermos de cáncer		
47. Alguien de mi familia u otra persona puede tener la culpa de que uno desarrolle cáncer de seno		
48. Lo metales pueden curar el cáncer de mama		
49. Hay alimentos que pueden causar el cáncer de seno		
50. Utilizar desodorante puede causar cáncer de seno		
51. La terapia homeopática puede curar el cáncer de mama		

52. Utilizar brassieres apretados puede causar cáncer de seno		
53. Tener una vida sexual muy activa puede causar cáncer de seno		
54. El Noni puede curar el cáncer de mama		

ENUNCIADO	En desacuerdo	de acuerdo
55. No tener relaciones sexuales puede causar cáncer de seno		
56. Los brujos o chamanes pueden curar el cáncer de mama		
57. Tomar trago puede causar cáncer de seno		
58. Los enfermos de cáncer son discriminados por la sociedad		
59. El sobrepeso facilita el desarrollo de cáncer de mama		
60. Comer poco hace que uno desarrolle cáncer de mama		

Agradecimientos

A Dios por darme la oportunidad de vivir esta experiencia en mi vida.

A mi madre Nery Rosa por su comprensión.

A mis profesores, especialmente a Ximena por su valiosa cooperación en la
realización de nuestro trabajo.

A mi esposo Eduardo por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hijos Eduardo y David Alonso por que en ellos ví un motivo de superación.

Yenit

Agradecimientos

A Ximena Palacios, por su comprensión, atención, colaboración y conocimientos ofrecidos para hacer posible nuestra investigación.

A la Clínica Vargas y a sus pacientes por el apoyo y permitimos realizar la investigación con éxito.

A mis padres Joaquin y Gladys, mis hermanos, Miwin y Arturo por brindarme apoyo, entusiasmo y comprensión de no haber sido así no hubiese sido posible esta meta.

Y especialmente a Dios, ya que gracias a él, se hizo posible este gran esfuerzo, gracias a él pude con sabiduría, dedicación, persistencia y felicidad culminar este gran sueño.

Indira

Agradecimientos

A mis padres, Luis Alberto y Nelly por inculcarme siempre alcanzar mis metas
y por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, Luis y Cristian por ser mi ejemplo a seguir.

A mi esposo, Alberto por su entusiasmo, comprensión y colaboración
incondicional, que permitieron superar los obstáculos y
seguir adelante hasta alcanzar esta meta.

A mi hijo, Alberto Andrés por ser mi principal motivación para alcanzar este logro.

A la Clínica Vargas y a sus pacientes por permitirnos realizar esta investigación.

A Ximena Palacios por sus asesorías y comprensión.

A mis amigas, Indira y Yenit por su amistad y su constante motivación a trabajar en
equipo.

Nelly

TABLA DE CONTENIDO

NOTA DE SALVEDAD
APROBACIÓN
ACTA DE CALIFICACIÓN Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
AGRADECIMIENTOS
DEDICATORIA
RESUMEN
ABSTRACT (en inglés)

CAPÍTULO PRIMERO
Introducción
Justificación
Marco constitucional
 Misión
 Visión
 Filosofía
Objetivos
 Objetivo general
 Objetivos específicos

CAPÍTULO SEGUNDO
Antecedentes
Cáncer
Historia
Definición
Factores de riesgo
Tratamientos de cáncer
Cáncer de mama
Definición
Tipos
Etapas del cáncer de mama
Factores de riesgo
Epidemiología
Tratamiento del cáncer de mama
Otros tratamientos
Creencias
 Definición
 Clasificación de las creencias
 Importancia de las creencias
 Creencias alrededor del cáncer
 Variabilidad de las creencias
 Clasificación de las creencias

Problema
VARIABLES
Hipótesis

CAPÍTULO TERCERO

Método
Tipo de investigación
Diseño
Participantes
Espacio y tiempo cubierto por la investigación
Instrumentos
Procedimiento

CAPÍTULO CUARTO

Resultados

CAPÍTULO QUINTO

Discusión
Conclusiones y recomendaciones

BIBLIOGRAFÍA

LISTA DE FIGURAS Y TABLAS

- Tabla 1.** Algunos factores de riesgo relacionados con el desarrollo del cáncer
- Tabla 2.** Clasificación por etapas del cáncer de mama
- Tabla 3.** Incidencia de cáncer de mama por grupo etéreo a nivel mundial
- Tabla 4.** Números de casos de cáncer más frecuentes en Colombia en los años 1999, 2000 y 2001.
- Tabla 5.** Datos epidemiológicos de cáncer de mama en Cartagena en el año 2002
- Tabla 6.** Mortalidad por cáncer de mama en Cartagena en el 2003
- Tabla 7.** Números de casos de muerte por cáncer de mama en Colombia, en 1999
- Tabla 8.** Números de casos de muerte por cáncer de mama en Colombia, durante el 2002
- Tabla 9.** Valores Observados (VO): numero de respuestas correctas o incorrectas de cada grupo.
- Tabla 10.** Valores Esperados (VE): resultado del cálculo de valores esperados
- Tabla 11.** Definición de las dimensiones y las preguntas de cada dimensión
- Tabla 12.** Resultados de la edad en mujeres con diagnostico de cáncer
- Tabla 13.** Resultados de la edad en mujeres sanas
- Tabla 14.** Resultados de la edad en toda la población
- Tabla 15.** Resultados ciudad de nacimiento en diagnosticadas con cáncer de mama
- Tabla 16.** Resultados ciudad de nacimiento en sanas
- Tabla 17.** Resultados ciudad de nacimiento en toda la población
- Tabla 18.** Resultados ciudad donde habitan actualmente en diagnosticadas con cáncer de mama
- Tabla 19.** Resultados ciudad donde habitan actualmente en sanas
- Tabla 20.** Resultados ciudad donde habitan actualmente en toda la población
- Tabla 21.** Resultados estrato socioeconómico en diagnosticadas con cáncer de mama
- Tabla 22.** Resultados estrato socioeconómico en sanas
- Tabla 23.** Resultados estrato socioeconómico en toda la población
- Tabla 24.** Resultados estado civil en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 25. Resultados estado civil en sanas

Tabla 26. Resultados estado civil en toda la población

Tabla 27. Resultados numero de hijos en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 28. Resultados numero de hijos en sanas

Tabla 29. Resultados numero de hijos en toda la población

Tabla 30. Resultados nivel educativo en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 31. Resultados nivel educativo en sanas

Tabla 32. Resultados nivel educativo en toda la población

Tabla 33. Resultados antecedente familiares de cáncer en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 34. Resultados antecedente familiares de cáncer en sanas

Tabla 35. Resultados antecedentes familiares de cáncer en toda la población

Tabla 36. Resultados antecedente familiares de cáncer de mama en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 37. Resultados antecedente familiares de cáncer de mama en sanas

Tabla 38. Resultados antecedentes familiares de cáncer de mama en toda la población

Tabla 39. Resultados sistema de seguridad social diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 40. Resultados sistema de seguridad social en sanas

Tabla 41. Resultados sistema de seguridad social en toda la población

Tabla 42. Resultados tratamiento actual de cáncer de mama en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 43. Resultados tratamiento actual de cáncer en sanas

Tabla 44. Resultados tratamiento actual de cáncer en toda la población

Tabla 45. Resultados tipo de tratamiento en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 46. Resultados susceptibilidad percibida en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 47. Resultados estigmatización del cáncer en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 48. Resultados etiología de la enfermedad en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 49. Resultados apoyo familiar en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 50. Resultados tratamientos en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 51. Resultados Medicina alternativa no científica en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 52. Resultados religión o espiritualidad en diagnosticadas con cáncer de mama

Tabla 53. Resultados susceptibilidad percibida en mujeres sanas

Tabla 54. Resultados estigmatización del cáncer en mujeres sanas

Tabla 55. Resultados etiología de la enfermedad en mujeres sanas

Tabla 56. Resultados apoyo familiar en mujeres sanas

Tabla 57. Resultados tratamientos en mujeres sanas

Tabla 58. Resultados medicina alternativa no científica en mujeres sanas

Tabla 59. Resultados religión o espiritualidad en mujeres sanas

Tabla 60. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para susceptibilidad percibida

Tabla 61. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para estigmatización del cáncer

Tabla 62. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para apoyo familiar

Tabla 63. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para etiología de la enfermedad

Tabla 64. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para tratamiento

Tabla 65. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para medicina alternativa no científica

Tabla 66. Resultados análisis estadístico Chi cuadrado para medicina religión o espiritualidad

Tabla 67. Diferencias de respuestas en estigmatización del cáncer en mujeres con cáncer de mama y en sanas.

RESUMEN

En el campo de la Psicología de la salud, específicamente sobre comportamientos preventivos, la investigación al respecto de las creencias muestra que pueden ser un componente importante al momento de motivar a uno o a un grupo de individuos en la realización o no de dichos comportamientos saludables. (Bowen y cols. citados por Bowen, Deborah, Singal, Eng, Cristal; Burke 2003). Con respecto al cáncer de mama las creencias que se tengan al respecto, pueden influir o llegar a determinar que las mujeres realicen o no comportamientos preventivos, o que realicen seguimientos de estas conductas preventivas, como lo afirman muchas investigaciones (**Bowen y cols. citados por Bowen, Deborah, Singal, Eng, Cristal; Burke 2003; Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998; Fulton, Rakowski, y Jones 1995; de Flor., 1987; Precie, Desmond, Slenker, Smith, & Stewart, 1992, citados por Bundek, Marks, y Richardson, 1993**). Por lo tanto se propone investigar de manera descriptiva, el tipo de creencias que se tiene alrededor del cáncer de mama, con el objetivo de identificar si son o no correctas estas creencias, para luego proponer programas preventivos basados en la modificación de éstas, con el fin de obtener mejores resultados.

ABSTRAC

In the field of health Psychology, specifically on preventive behaviors, the beliefs resources, shows that they can be an important component to the moment to motivate one or a group of individuals in the realization or not of this healthy behaviors. (Bowen and cols. mentioned by Bowen, Deborah, Singal, Eng, Glass; Burke 2003). with regard to the breast cancer, the beliefs could be an influence or to end up determining that the women do or not preventive behaviors, or that they carry out pursuits of these preventive behaviors, as they affirm it many investigations (Bowen and cols. mentioned by Bowen, Deborah, Singal, Eng, Glass; Burke 2003;

Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998; Fulton, Rakowski, and Jones 1995; of Flower., 1987; Price, Desmond, Slenker, Smith, & Stewart, 1992, mentioned by Bundeck, Marks, and Richardson, 1993). therefore she/he intends to investigate in a descriptive way, the type of beliefs that one has around the breast cancer, with the objective of identifying if they are or not correct these beliefs, it stops then to propose preventive programs based on the modification of these, with the purpose of obtaining better results.

CAPÍTULO PRIMERO

INTRODUCCIÓN

Investigaciones al respecto de las creencias de mujeres alrededor del cáncer de mama muestran resultados sorprendentes, al grado que algunas mujeres no realizan comportamientos preventivos por el miedo asociado con la creencia de pena de muerte. (Zorro y Stein, 1991). Otras investigaciones, (Chavez y cols. 1995) en relación con la etiología del cáncer de mama, muestran que mientras los médicos consideraron la historia familiar como el factor de riesgo más alto, los inmigrantes mexicanos afirmaron lesiones al pecho, falta de amamantamiento, consentimiento excesivo, tomar drogas o fumar, así como usar píldoras anticonceptivas como los mayores factores de riesgo. Otras investigaciones (Fulton, Rakowski, y Jones 1995) estudiaron las actitudes frente al cáncer de mama, y encontraron que los latinos suele creer más que los norteamericanos en que si el médico examina los senos de una mujer, entonces no hay necesidad de realizarse una mamografía. Igualmente, esta población cree que una vez que se tiene un par de mamografías seguidas que muestran que no existe ningún problema, no es necesario hacerlas nunca más.

Estas creencias encontradas en diferentes poblaciones, muestran como la población puede o no realizar comportamientos preventivos basados en las creencias que se tengan alrededor del cáncer. Ya que según Méndez, Olivares y Moreno (1997), los esquemas están relacionados directamente con la emoción y la conducta de un individuo direccionándolo, en este caso, hacia la realización de comportamientos preventivos o no.

Las diferencias de creencias en las distintas regiones mundiales, plantean una afirmación, acerca de la variabilidad regional de las creencias e incluso plantean la variabilidad individual de las creencias, mostrando entonces diferencias de comportamientos saludables en las diferentes poblaciones y entre individuos.

Por ultimo algunas de estas investigaciones (De Flor., 1987; Precie, Desmond, Slenker, Smith, & Stewart, 1992, citados por Bundek, Marks, y Richardson, 1993; Mandelblatt, 1992, Citado por Bundek, Marks, y Richardson, 1993, y Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham 1998),. han mostrado que las creencias acerca de la percepción de vulnerabilidad, las causas de la enfermedad, creencias fatalistas, creencias acerca del apoyo familiar, la religiosidad y/o la espiritualidad, y la sexualidad en el cáncer son algunas creencias muy determinantes en los comportamientos de salud.

Todo lo anteriormente mencionado, plantea la necesidad de describir en la costa atlántica las creencias que las mujeres manejan acerca del cáncer de mama, ya que dependiendo de estas creencias se pueden desarrollar programas para la modificación de éstas, y se pueden realizar mas investigaciones descriptivas que sirvan para los programas preventivos que buscan disminuir el numero de casos de muerte por cáncer de mama.

JUSTIFICACIÓN

La mayoría de bibliografías consultadas con relación a las estadísticas del cáncer de mama, la ubican entre los primeros cinco tipos de cáncer mas frecuentes en la población. (Villaseñor, 2000; valdivia y Bastias, 1994 Chavez, Hubbell, McMullin, Martinez, Mishra, 1995, Gonzales, 1998 Instituto nacional de cacerologia 2001, DADIS 2004). Específicamente a nivel mundial, en países desarrollados es el tipo de cáncer mas frecuente, mientras que en países en vía de desarrollo ocupa el segundo lugar (villaseñor, 2000). A nivel nacional, Los datos de estadísticas establecidos en los últimos años por el Instituto Nacional de Cancerología (1999), el cáncer de mama continúa siendo la segunda causa de cáncer en las mujeres, y la tercera causa de cáncer en general. Y a nivel local, en la ciudad de Cartagena, según los datos del DADIS, se estima que pueda encontrarse en el segundo lugar.

El cáncer de mama de acuerdo a los resultados estadísticos presentados es un problema de salud muy importante y que debe ser tratado de manera preventiva ya que la probabilidad de supervivencia es indirectamente proporcional con el estadio en el que se encuentre el tumor.

Dentro de los programas preventivos se deben tener muy en cuenta las creencias como factor determinante en la efectividad de estos, ya que las creencias pueden ser un componente importante al momento de motivar a uno o a un grupo de individuos en la realización o no comportamientos (incluidos los comportamientos saludables). (Méndez, Olivares y Moreno, 1997), por ejemplo algunas investigaciones (Bowen y cols. citados por Bowen, Deborah, Singal, Eng, Cristal; Burke 2003), han demostrado la importancia de las creencias religiosas en la realización o no de la mamografía como método preventivo de cáncer de mama. Otras investigaciones (Zorro y Stein, 1991). Mostraron que el miedo de ser diagnosticadas influye en la no-realización de la mamografía, ya que se tiene la creencia de ver al cáncer como una pena de muerte.

Estas creencias están basadas e influenciadas, muchas veces, en aspectos culturales que son relativos a cada región, por ejemplo factores tales como la

religión, el comportamiento social, la del aprendizaje social, etc. Son factores asociados a estas creencias y que pueden ser determinantes del comportamiento de salud de un individuo o de una población.

En la población de la costa atlántica, se conocen muy pocos estudios al respecto de las creencias sobre el cáncer de mama, en las mujeres. Por lo tanto es necesario realizar investigaciones descriptivas que permitan identificar este tipo de creencias y modificarlas para empezar a crear esquemas mas adaptados a la promoción de la salud, con el fin de obtener en la población comportamientos preventivos que permitan disminuir los índices cada vez más altos de cáncer de mama.

Marco Constitucional

MISIÓN

Somos una empresa de carácter privado, que brinda servicios en salud de manera exclusiva a los docentes activos y pensionados del Departamento de Bolívar, afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio, y a sus beneficiarios; comprometida a entregar servicios oportunos, con calidad y validez en todos los niveles de complejidad, apoyado por una amplia red de instituciones y profesionales de la salud con experiencia e idoneidad reconocida y de un cliente interno con vocación de servicio y alto sentido de pertenencia.

VISIÓN

Para el año 2006, el Centro Médico Clínica Vargas Ltda., sede magisterio, será entre todas las instituciones del país, líder en la atención con calidad de los usuarios del magisterio, basándose en el mejoramiento continuo y la participación solidaria del cliente interno y externo como principio de la adopción de cambios y el direccionamiento de sus metas; complementado por la solidez de sus principios éticos y su estructura organizacional y financiera que la convertirán en modelo nacional de la calidad en salud.

OBJETIVO DE CALIDAD.

1. Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, mediante la prestación de servicios en las áreas de información y atención del usuario, Afiliación, Carnetización y en consulta externa odontológica de forma oportuna, pertinente y amable.
2. Mejorar el desempeño de los procesos del sistema de la gestión de la calidad y garantizar su permanente normalización y actualización.
3. Garantizar la competencia del personal en su área de desempeño.
4. Fortalecer los procesos de comunicación con los clientes internos y externos.

POLÍTICA DE CALIDAD

EL CENTRO MEDICO CLINICA VARGAS SEDE MAGISTERIO,
Propenderá por mantener un sistema de gestión de calidad, con el objetivo de prestar servicios en las áreas de información y atención al usuario, Afiliación, Carnetización y consulta externa odontológica, mediante una atención accesible, oportuna y eficiente, brindando un trato humanizado, con suficiente orientación e información a nuestros usuarios, por medio de un personal idóneo, logrando la plena satisfacción del usuario, siempre enmarcando en los términos de mejoramiento continuo.

Objetivos

Objetivo General

Describir las creencias existentes sobre el cáncer de mama en mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer, sobrevivientes del cáncer de mama y actualmente sanas

Objetivos Específicos

Realizar una revisión bibliográfica sobre cáncer de mama, datos epidemiológicos y creencias alrededor del cáncer de mama.

Diseñar un instrumento de evaluación que permita identificar las creencias existentes sobre el cáncer de mama en mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer, sobrevivientes del cáncer de mama y actualmente sanas.

Someter el instrumento de evaluación a proceso de validación por jueces expertos.

Aplicar el instrumento de evaluación.

Determinar las diferencias en relación con las creencias existentes sobre el cáncer de mama en mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer, sobrevivientes del cáncer de mama y actualmente sanas.

Determinar qué creencias sobre el cáncer de mama comparten las mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer, sobrevivientes del cáncer de mama y actualmente sanas.

Establecer cuáles son las diferencias en las creencias sobre el cáncer de mama entre las mujeres sobrevivientes y las mujeres que no han sido diagnosticadas.

CAPITULO SEGUNDO

Cáncer

Según, Herrera (2000), el cáncer es un termino genérico de muchas enfermedades que tienen en común la proliferación sin restricciones de una clona con capacidad de destruir los tejidos sanos con los que interacciona o la capacidad de diseminarse a distancia o ambas cosas.

Esta enfermedad es una de las causas de mortalidad más importantes del mundo, se estima que esta enfermedad produce anualmente 6 millones de muertes. (Herrera 2000). La incidencia esta relacionada con la presencia de los principales factores de riesgo como; tabaquismo, radiaciones, infecciones, uso de medicamentos y aspectos nutricionales (Herrera 2000).

El cáncer causa según Gómez, L. (2000) dos tipos de deterioro, uno físico, que es producto de la enfermedad, y del tratamiento aplicado, o ambos. Este tipo de deterioro se caracteriza por una progresiva pérdida de peso sin ninguna razón aparente, cansancio, falta de apetito, insomnio, disfunciones orgánicas, dolor físico, perdida de cabello y ulceraciones. El deterioro psicológico que se manifiesta como ansiedad, depresión, esta generada muchas veces por las creencias que se tienen alrededor del cáncer, como la idea de la muerte, del dolor, de los efectos del tratamiento, de las causas, etc. el funcionamiento psicológico se va a ver influenciado dependiendo de si estas creencias son positivas o negativas.

Historia

La palabra cáncer tiene su origen en el latín Cancri (cangrejo), porque se extendía en múltiples direcciones, como las patas de un cangrejo. Se pueden encontrar formas de cáncer en plantas, en seres humanos y en animales, por lo que es un término bastante general. El tratamiento y estudio del cáncer recibe el nombre de Oncología, del griego Onkos (masa, tumor) (Braun, 1977).

El cáncer es una enfermedad que según el tipo y la extensión puede curarse. La aplicación de técnicas actuales de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia

y terapia biológica) conducen a la curación del 50% de los pacientes con cáncer. Se considera que el cáncer es una enfermedad crónica. Por supuesto, puede curarse en algunos casos, pero la persona que lo ha sufrido siempre estará más predispuesta a volver a sufrirlo. De hecho, es una de las enfermedades crónicas con mayores posibilidades de curación. Por tanto, no debe considerársele mortal.

Durante el siglo XIX, el fisiólogo Johannes Muller, descubrió que los tumores al igual que otros tejidos, estaban formados por células y no por materia amorfa. No obstante, su crecimiento parecía no obedecer a los mecanismos de control de otras células corporales. El descubrimiento de que los tumores están formados por células no esclareció las causas de su crecimiento. Durante este mismo siglo, la teoría principal del cáncer afirmaba que un agente parasitario o infeccioso, causaba este trastorno, pero los investigadores no podían determinar la naturaleza de este agente. Por esta razón, se formuló la teoría de la mutación, la cual establece que el cáncer se origina gracias a un cambio que opera en las células o, en otras palabras a una mutación. Las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resultado es un tumor (Brannon y Feist, 2001).

Las investigaciones efectuadas durante finales de siglo XIX y a comienzos del siglo XX, establecieron que una gran cantidad de agentes químicos, físicos y biológicos, causaban distintas clases de cáncer (Braun, citado por Brannon y Feist, 2001). Resulta interesante destacar que cada uno de estos agentes puede causar tumores idénticos. La diversidad en el origen de los tumores complica la investigación y la determinación de la causa del cáncer, ya que éste no tiene una única causa.

A pesar del progreso existente, pocas enfermedades producen mayores sentimientos de ansiedad y aprensión. De hecho, se ha extendido la expresión "es un cáncer para la sociedad" y otras peores. Un diagnóstico de cáncer a una persona suele suponer su estigmatización. En muchos aspectos, el cáncer ha reemplazado a la tuberculosis como una metáfora de las enfermedades sociales contemporáneas. Son mitos que la rodean, y que crean sentimientos de indefensión y miedo. Con independencia del pronóstico, los pacientes experimentan el desarrollo del cáncer

como un acontecimiento traumático y perturbador que conlleva un cambio de la propia imagen de la persona y su papel familiar y en el mundo laboral (Pérez, N; Mesa, V, 1998).

Historia de cáncer de mama

Según, Montero Ruiz, el cáncer de mama es una enfermedad que ha estado en la humanidad desde sus inicios y se puede encontrar registros de este tipo de cáncer y de los tratamientos utilizados en las distintas épocas de la humanidad. A continuación se presentará un resumen cronológico del cáncer de mama y de los tratamientos utilizados.

Antigüedad

- Antiguo Egipto, el Papiro de Edwing Smith, encontrado en Tebas (hoy Karnak y Luxor) en 1862. contiene 48 casos dedicados a cirugía y en cuanto a mama se refiere habla de abscesos, traumatismos y heridas infectadas; siendo el n° 45 tal vez el registro más antiguo de C.M. y está titulado como INSTRUCCIONES EN TORNO A TUMORES SOBRE LAS MAMAS, e informa al explorador de que una mama con una tumoración caliente al tacto, es un caso que no tiene tratamiento.

Grecia clásica (450-136 a.C.)

- HERODOTO, antes de Hipócrates describe el caso de la princesa Atossa que tenía un tumor mamario que ocultó durante tiempo por pudor hasta que se ulceró y Demócedes se lo curó.
- HIPOCRATES 400 años a.C. habla de Karquinos o Karquinoma que lo relaciona con el cese de la menstruación y dice que no debe tratarse porque acelera la muerte y no sólo son de buen pronóstico los que curan con medicinas

Período greco-romano (150-500 d. C.)

- LEONIDES, médico del 1er siglo d. C., que trabajó en la escuela de Alejandría y es considerado como el primero que efectuó una extirpación quirúrgica de la mama y lo hacía mediante una incisión de piel en la zona sana de la misma, luego iba aplicando el cauterio para cohibir la hemorragia, todo ello lo continuaba repitiendo hasta la extirpación completa de la mama
- AURELIUS CORNELIUS CELSUS, 300 años a.C. Enciclopedista y no médico, detalla en su tratado la primera descripción médica del cáncer, mencionando la mama como uno de los lugares de localización de una hinchazón irregular con zonas duras y blandas, dilataciones y tortuosidades venosas, con o sin ulceración y así mismo delimita cuatro estadios clínicos: 1. Malignidad, aparentemente simple o precoz. 2. Cáncer sin úlcera. 3. Cáncer ulcerado. 4. Cáncer ulcerado con excrecencias y fácil sangrado. Consideraba el tratamiento como contraindicado en los tres últimos casos.
- GALENO (131-201 d. C.), que nació en Asia Menor, estudió en Alejandría y ejerció en Roma. Describió el cáncer de mama como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo. No menciona las metástasis o el proceso por el que acaecía la muerte. Creía que se producía un acumulo de bilis negra (recordemos las cuatro bilis de Hipócrates), y consideraba aconsejable para prevenirlo la práctica de purgas y sangrías. Además consideraba que la menstruación en mujeres de menos de 50 años debía en éstos casos ser favorecida mediante baños calientes, ejercicio, masajes y proporcionaba medicamentos (emenagogos) para provocarla. También utilizaba medidas dietéticas. Afirmaba que para que el proceso fuera curable, debía encontrarse en estadios iniciales en los que la cirugía podía extirpar el tumor y todas sus ramificaciones, consideraba éstas ramificaciones NO como parte del tumor sino como venas dilatadas llenas de bilis malsana. Al extirpar el tumor mediante una incisión circular, el cirujano debía ser consciente del peligro de hemorragia profusa por los grandes vasos, por otra parte aconsejaba permitir cierto grado de

sangrado para permitir salir la sangre oscura, así como estrujar los vasos para vaciarlos del resto de sangre.

Medioevo

- RHAZES (860-932), indicaba la escisión quirúrgica del C.M., solo si permitía ser extirpado en su totalidad y si se podía cauterizar la herida. HALY BEN ABBAS, persa que murió en 994, indicaba la extirpación del C.M.
- AVICENA (980-1037), conocido como PRÍNCIPE DE LOS MÉDICOS, fue jefe médico del hospital de Bagdag, autor del CANON que permaneció vigente durante siglos. Recomendaba para el C.M. una dieta de leche y la escisión con cauterio.
- En España ABULCASIS (1013-1106), nacido cerca de Córdoba, mantenía la teoría de que no debía quemarse el tumor directamente, sino que primero se le debía extraer la sangre y posteriormente hacer una incisión circular sobre el tejido sano, dejando sangrar la herida, sin hacer una ligadura rápida aunque si ejerciendo presión sobre el lecho operatorio y solo en caso de sangrado de una arteria importante era cuando se debía ligar ésta.
- RAIMUNDO LULIO en el siglo XIII cuando descubrió el cáncer de mama de su enamorada Ambrosia de Castello tuvo tal horror y sentido de piedad que renunció a su cargo de Gobernador en Baleares y se hizo eremita. En esa época en España se denominaba al cáncer de mama ZARATAN, término proveniente del árabe saratan (cangrejo).

Renacimiento

- ANDRÉS VESALIO, (1514-1564), gran especialista en disección y uno de los primeros en romper con la tradición de Galeno. Aplicó sus conocimientos a la cirugía efectuando amplias escisiones mamarias, utilizando las ligaduras en vez del cauterio.

- AMBROSE PARE, (1510-1590), llegó a ser el cirujano de cuatro reyes de Francia. Afirmaba que los cánceres superficiales debían ser escindidos, pero se oponía a los horrores de las grandes mutilaciones de mama, empleaba ligaduras en vez de utilizar el cauterio o el aceite hirviendo y usaba placas de plomo con las que comprimía la lesión para disminuir su aporte sanguíneo y así retrasar su crecimiento.
- BARTOLOME CABROL, consideraba que la mastectomía no era suficiente y que el pectoral subyacente debía ser extirpado.
- MIGUEL SERVET (1509-1553), además de la extirpación del músculo consideraba se debían extirpar los ganglios descritos por Paré, esto condujo al desarrollo de la moderna mastectomía radical.
- JOHANNES SCULTETUS (1595-1645), otro gran cirujano alemán, que escribió su famoso libro ARMAMENTARIUM CHIRURGICUM, practicaba la intervención mediante grandes ligaduras con enormes agujas traspasando la mama, así podía hacer tracción antes de utilizar el bisturí, posteriormente hacia hemostasia mediante cauterización.
- GODOFREDO BIDLOO, en 1708 utilizaba una especie de tridente con el que traspasaba la mama antes de amputarla.
- GERARD TABOR, en su tesis sobre Un Nuevo Método de Extirpación del Cáncer de Mama, publicado en 1721, describe un instrumento parecido a una guillotina que simplificaba la intervención.

Siglo XVIII

- PIETER CAMPER (1722-1789), describió los ganglios linfáticos de la cadena mamaria interna.
- PAOLO MASCAGNI (1752-1815), así mismo describió el drenaje linfático pectoral.
- HENRI FRACOIS LE DRAN (1685-1770), consideraba que el C.M. en estadios iniciales era un proceso local, empeorándose su pronóstico cuando aparecía la diseminación linfática, esto tenía la importancia de contradecir la teoría humoral

de Galeno que venia perdurando durante 1000 años y que aun permanecería por otros 200.

- JEAN LOUIS PETIT (1674-1758), era partidario de la amputación de la mama, con extirpación del pectoral y disección axilar, es decir aparece por primera vez la MASTECTOMÍA RADICAL.

Siglo XIX

- la introducción de la ANESTESIA en 1846 por WILLIAM MORTON
- la segunda fue la introducción de los principios de la ANTISEPSIA por JOSEPH LISTER en 1867.
- JAMES ELLIOT, que en 1822 el primer caso de un tumor examinado al microscopio.
- SIR JAMES PAGET (1814-1899), en Londres, en 1874 publicó su tratado sobre la ENFERMEDAD DE LA AREOLA MAMARIA QUE PRECEDE AL CÁNCER DE LA GLÁNDULA MAMARIA. En el comunica una mortalidad operatoria del 10% en 235 casos.
- ALFRED-ARMAND-LOUIS-MARIE VELPAU (1795-1867), en Francia, publicó en 1854 su TRATADO SOBRE ENFERMEDADES DE LA MAMA, en el que refería haber asistido más de 1000 tumores de mama. Comunica una mortalidad del 5%, muy optimista para aquel tiempo.
- BEJAMIN BELL (1749-1806), era partidario de extirpar la mama incluso aunque el tumor fuera pequeño, pudiendo en esos casos respetar los pectorales y gran parte de la piel, pero siempre con disección axilar mediante incisión aparte. Esta técnica nos recuerda la CIRUGÍA CONSERVADORA de hoy.
- CHARLES MOORE (1821-1879), enunció dos principios: El tumor nunca debe ser escindido, sino extirpado por completo y las recidivas se producen por diseminación centrífuga desde el tumor primario y no por origen independiente, como entonces se creía. Después hacia tres conclusiones importantes: El C.M. ha de ser tratado con extirpación completa del órgano y la mastectomía debía ser completa incluso en el borde esternal.

- JOSEPH LISTER (1827-1912), uno de los más respetados cirujanos de Inglaterra, aunque no consiguió implantar la pulverización de Ácido Carbólico en este caso con fines anestésicos (frío), antiséptico y cauterizante.
- WILLIAM STEWARD HALSTED (1852-1922), consideraba que la pieza debía extirparse rápido y en su totalidad, incluyendo el pectoral, era partidario de extender la intervención a la fosa supraclavicular y en tres ocasiones persuadido por Harvey Cushing a explorar mediastino. Pero hay que reconocer que fue él el primero que se apoyó en un fundamento científico y finalmente desarrolló la técnica que sería utilizada durante 100 años y puede que aun dure. Se basaba en:
1. Una amplia escisión de piel. 2. Extirpación del pectoral mayor. 3. Disección axilar y 4. Extirpación en bloque de todos los tejidos, con un amplio margen.

Siglo XX

- GEORGE BEATSON en Glasgow en 1896 el primero en practicar una ovariectomía en C.M. avanzado.
- Se dice que dos meses después del descubrimiento por WILHELM ROENTGEN en 1895 de los Rayos X, MILE GRUBE irradió a una paciente con C.M.
- Tras el descubrimiento del Radio por los CURIE en 1898, este empezó a ser utilizado en clínica.
- Fue tras la Primera Guerra Mundial cuando se empieza a cuestionar la mastectomía radical en todas las pacientes como forma de tratamiento en el C.M.
- En 1922 GEORGE GASK y GEOGREY KEYNES observan los efectos de las agujas de radio en el C.M. e inician el tratamiento en tumores inoperables y al comprobar los resultados extienden su utilización a estadios precoces, Keynes en 1939, comunica que la escisión local y las agujas de radio tienen una supervivencia similar a la de la mastectomía radical, siendo menos mutilante y con menos edema de brazo.
- Un paso importante fue el de BACLESSE en Francia en 1960, que propuso que la TUMORECTOMÍA SEGUIDA DE RADIOTERAPIA en EI y II era tan buena

como la técnica clásica. DE WINTER (1959) en Alemania, PORRIT (1964) en Inglaterra y PETERS (1967) en U.S.A, comunican resultados parecidos.

- EDWARD DODDS sintetiza el Estilbestrol en 1938 y en 1945 en la Real Sociedad de Medicina de Londres sugiere que los estrógenos y andrógenos tienen valor terapéutico.
- HAAGENSEN y COOLEY en 1963 en la Universidad de Columbia en N.Y., OWEN WANGESTEIN en la de Minesota y otros introducen la mastectomía suprarradical, dividiendo la clavícula y seccionando la primera costilla, extendiendo la disección a la fosa supraclavicular y mediastino superior así como extirpación de la cadena mamaria interna, pero lógicamente esta técnica no gana popularidad.
- También es un deber el recordar a JEROME URBAN (1914-1991), cirujano de fama mundial que se graduó en la Universidad de Columbia y desarrolló su carrera en el Sloan Kattering Center de Nueva York. Propuso la mastectomía radical ampliada para el cáncer de mama avanzado, técnica que hoy lleva su nombre y que ha dejado de utilizarse dadas las tendencias actuales en lo que a cirugía se refiere.
- En el Hospital Middlesex de Londres, PATEY y DISON publican un trabajo en el British Journal of Cancer, haciendo un sumario del tratamiento del cáncer de mama en ese momento e introducen la nueva técnica de la MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA.
- En ese año de 1948, McWHIRTER, de la universidad de Edimburgo, consideró que cuando se estudiaban amplias series de pacientes tratadas con mastectomía radical, la tasa de supervivencia a los 5 años alcanzaba 43.7% y su razonamiento era que la radioterapia podía ser tan eficaz como la cirugía para destruir las cc malignas de la axila.
- PAUL ERLICH en 1898 aisló el primer agente alquilante y con él acuñó la palabra QUIMIOTERAPIA, durante los años 1903 a 1915 se ocupó en la síntesis de componentes arsenicales, así en 1910 tras 605 experimentos, encontró un componente llamado SALVARSAN produjo agentes alquilantes y desarrolló una

sustancia conocida como MOSTAZA NITROGENADA. Durante el período inmediato análogos de las mostazas nitrogenadas como BUSULFAN, CICLOFOSFAMIDA, CLORAMBUCIL, FENILALANINA, fueron introducidos en el uso diario.

- El NATIONAL SURGICAL ADJUVANT BREAST PROJECT, se inició en 1956 comparando cirugía - radioterapia - quimioterapia.
- Es de resaltar al grupo de Milán con BONADONNA y VALAGUSA que fue el primero en demostrar que la supervivencia mejoraba con el tratamiento multidroga, comunicando sus datos finales en 1981. Hoy su CMF forma parte básica del tratamiento de C.M.
- En 1913 Salomon en Alemania obtiene radiografías de 3000 mamas amputadas y sus historias.
- En Leipzig en 1920 se creó una clínica de patología mamaria y en 1927 KLEINSCHMIDT escribe un texto en el que incluye la mamografía como método de diagnóstico, pero no fue entonces aceptado.
- En 1895 VICENZ CZERNY trasplantó un gran lipoma para reemplazar la mama extirpada por un proceso benigno. Un año después TANSINI en la universidad de Padua comunica la primera mastectomía radical con cirugía reconstructiva, utilizando un colgajo musculocutáneo del dorsal ancho.
- En 1954 la esponja de alcohol de polivinilo, IVALON, fue introducida por PAGMAN Y WALLACE, pero tenía el inconveniente de ser muy firme y retraerse por lo que no resultó satisfactoria.
- En 1963 CRONIN y GEROW utilizan silicona.
- Un artículo de 1983 del Medical Anderson Hospital de Houston establece que para estadios I y II, la mastectomía radical y la cirugía conservadora con radioterapia, tienen resultados similares en tasas de supervivencia a 5 y 10 años.
- CHARLES MARIE GROS (1910-1984). Matemático, médico, radiólogo y cancerólogo, fue partidario de la Senología como especialidad auténtica de la medicina. En 1960 en el Hospital Universitario de Estrasburgo creó el primer servicio del mundo dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades

mamarias. En 1976 creó la Sociedad Internacional de Senología, que hoy agrupa a más de treinta sociedades nacionales.

- JEAN MARIE SPITALIER (1922-1990). Desarrolló su carrera en el Centro Contra el Cáncer de Marsella. Como ya hemos dicho fue pionero desde 1960 en el tratamiento conservador del cáncer de mama, habiéndonos dejado una gran estadística de mas de 8000 casos tratados, así como habiendo formado a más de 500 senólogos, termografistas y cancerólogos.
- Tras el repaso histórico de la Senología y convencido de su importancia y de que el tiempo hará justicia deberemos recordar a B. Fisher, G. Bonadonna, U. Veronesi, B. Salvadori, etc y en el ámbito nacional a Florencio Tejerina que formó la primera unidad de patología mamaria de España en el hospital provincial de Madrid, a Alfonso Fernández Cid que hizo lo propio a nivel privado en el Instituto Dexeus de Barcelona, habiendo sobrepasado su comité de patología mamaria los 25 años, así como a Miguel Prats Esteve, fundador de la Sociedad de Senología y Patología Mamaria de España y del primer master en Senología y Patología Mamaria de España, en la Universidad de Barcelona.
- En diversas obras literarias se describen operaciones por cáncer de mama e incluso en representaciones artísticas aparecen mamas con signos de neoplasia como en Hendry Stofels modelo y segunda esposa de Rembrandt. Helena Fourment, también modelo y segunda esposa de Rubens, o en la Fornarina por ejemplo.

Definición

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control (Brannon y Feist, 2001). Surge a partir de la suma de mutaciones heredadas (línea germinal) o adquiridas (somáticas) que se producen en genes cuyos productos parecen desempeñar funciones importantes en la regulación del ciclo celular. Así, en todas las células tumorales y sus tejidos es frecuente encontrar un contenido genético anormal, cambios estructurales en los cromosomas y alteraciones en el ciclo celular. La inestabilidad genética en estas células y la acumulación de mutaciones pueden proveer una ventaja en el crecimiento de la célula transformada, lo cual le permitirá dominar sobre su contraparte normal (Barrera y De la Garza, 2000).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier cosa que pueda aumentar la probabilidad de una persona de desarrollar una enfermedad (Brannon, y Feist, 2001). Resulta preciso recordar que los factores de riesgo no causan necesariamente una enfermedad, sino que permiten predecir la probabilidad de desarrollar dicha enfermedad.

Según estos mismos autores, existen tres tipos de factores relacionados con el desarrollo del cáncer, estos pueden ser factores conductuales, factores ambientales, factores psicológicos y factores biológicos (tabla 1).

Tabla 1. Algunos factores de riesgo relacionados con el desarrollo del cáncer.

A nivel	Factores de riesgo
Conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabaquismo ▪ Dieta ▪ Consumo de alcohol ▪ Sedentarismo ▪ Exposición a rayos UV ▪ Conducta sexual
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposición a la radiación ▪ Exposición a ciertos químicos (asbesto, pesticidas, arsénico, el benceno, el cromo, el níquel, el cloruro de vinilo y diversos derivados del petróleo) ▪ Vivir cerca de una instalación nuclear
Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhibición emocional ▪ Depresión
Biológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes familiares ▪ Características étnicas ▪ Edad

Nota. Adaptado de Brannon y Feist, (2001) *Psicología de la salud*. Pag 330-351. Herrera (2000). *Manual de oncología*. pag 313-360.

En relación con el tabaquismo, la mayoría de las muertes relacionadas con éste son las que han afectado al pulmón. La práctica de fumar también es responsable de las muertes producidas por otras clases de cáncer, incluyendo la leucemia, el cáncer de labio, la cavidad bucal, la faringe, el esófago, el páncreas, la laringe, la traquea, la vejiga y el riñón (Brannon y Feist, 2001).

Otro factor de riesgo para el desarrollo del cáncer es una dieta inadecuada. Ésta se encuentra relacionada con el cáncer de mama, estómago, útero, endometrio, recto, colon, riñón, intestino delgado, páncreas, hígado, ovarios, vejiga, próstata, boca, faringe, tiroides y esófago. Por ejemplo, carne procesada, comidas rápidas, cereales refinados, alimentos azucarados y una cantidad escasa de frutas y verduras se relaciona positivamente con el cáncer de colon (Brannon y Feist, 2001).

Para todos los tipos de cáncer, el alcohol no constituye un factor de riesgo tan importante como el tabaquismo o la dieta inadecuada. No obstante, se ha implicado en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Brannon y Feist, 2001).

En ese orden de ideas, la inactividad física también está relacionada con el desarrollo de algunos tipos de cáncer, tales como el cáncer de mama. Algunas investigaciones (Paffenbarger, Hyde y Wing, citados por Brannon y Feist, 2001) establecen evidencias de que una rutina diaria de ejercicios puede proteger a algunas mujeres en el desarrollo del cáncer de mama.

Adicionalmente, la exposición a la luz ultravioleta, particularmente la que procede del sol, ha sido reconocida desde hace tiempo como una causa del cáncer de piel, especialmente en las personas con piel clara (Levy citado por Brannon y Feist, 2001).

Así como existen factores de tipo conductual relacionados con el desarrollo del cáncer, también se han identificado algunos factores de tipo ambiental que podrían estarlo e incluyen básicamente aspectos tales como la exposición a la

radiación, al asbesto, a los pesticidas y a otros productos químicos, al tiempo que cabe incluir el hecho de vivir cerca de una instalación nuclear en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Shaw, 1981, citado por Brannon y Feist, 2001). Por otra parte, se sospecha que el arsénico, el benceno, el cromo, el níquel, el cloruro de vinilo y diversos derivados del petróleo intervienen en la aparición de diversos tipos de cáncer (Shaw, 1981, citado por Brannon y Feist, 2001).

También se han identificado algunos factores de riesgo que podrían ser catalogados como biológicos y entre los cuales están aquellos de tipo hereditario, las características étnicas y la edad.

Dentro de los antecedentes familiares, la predisposición genética puede jugar un papel importante en diferentes tipos de cáncer. Por ejemplo, en el cáncer de mama, el hecho de que la madre o la hermana de una mujer hayan desarrollado a temprana edad esta enfermedad, duplica o triplica su riesgo de contraerla en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (citado por Brannon y Feist, 2001).

Dentro de los antecedentes étnicos, el hecho de pertenecer a algunos grupos étnicos puede disminuir o aumentar la probabilidad de desarrollar diversos tipos de cáncer. Por ejemplo, los americanos hispanos y los de procedencia asiática, así como los americanos nativos, presentan tasas más bajas que los afroamericanos de desarrollar diferentes tipos de cáncer en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham 1998). En relación con la edad, parece ser que ésta se constituye como uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar cáncer; pues a mayor edad, mayores son las probabilidades de desarrollar esta enfermedad o morir por su causa en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado.

Los factores psicológicos también pueden poner a una persona en una situación de riesgo frente al cáncer y aunque no son tan determinantes, pueden interactuar con los demás factores mencionados anteriormente, aumentando las probabilidades de desarrollar cáncer.

Los dos factores psicológicos que han demostrado mayor relación con el desarrollo de esta enfermedad, y de otras, son la inhibición de las emociones y la depresión en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Brannon y Feist, 2001).

En relación con el primero de éstos (la inhibición emocional), rasgos de personalidad específicos como el hecho de negar las experiencias desagradables y la incapacidad de expresar emociones son las características más relevantes en el desarrollo del cáncer en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Greer y Morris, 1978). Durante la década de los setenta, aparecieron ciertas pruebas que determinaron que la inhibición de las emociones estaba fuertemente asociada a la incidencia del cáncer. Por ejemplo, una investigación realizada por Greer y Morris (1978) estableció una relación entre la inhibición de emociones y el cáncer, encontrándose que la inhibición o la negación de la ira estaban significativamente relacionadas con el incremento de las probabilidades de un diagnóstico posterior de cáncer de mama.

En lo que respecta a la depresión, algunas investigaciones realizadas tratan de demostrar su relación con el desarrollo del cáncer. Por ejemplo, en la investigación realizada por Persky, Kempthorne y Shekelle (1987), se encontró que la depresión puede favorecer el desarrollo del cáncer una vez establecido, pero probablemente, no lo desencadena.

Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones no aseguran una relación directa causal entre la depresión y el cáncer. Ya que revisiones críticas más recientes (Greer, 1983) concluyen que realmente no se muestran asociaciones significativas entre el diagnóstico de cáncer y la incidencia de eventos estresantes de ningún tipo en el pasado reciente o remoto, aunque éste es un punto en el que aparece gran controversia. No está claro, en estudios prospectivos, que la depresión antecedente tenga algo que ver con el desarrollo del cáncer, pues es difícil saber si está ya presente debido al largo periodo que tarda en manifestarse.

Respecto a la búsqueda de un rasgo de personalidad pro-canceroso, no se ha podido confirmar que los sujetos con cáncer sean más extrovertidos o que usen la negación como forma habitual de afrontamiento de un modo homogéneo.

Finalmente, estudios más recientes informan de que las estrategias de afrontamiento no son predictores clínicos útiles del periodo de supervivencia de pacientes con cáncer de mama recientemente diagnosticados y sí lo son el tamaño del tumor y el número de nódulos axilares positivos (Buddeberg, Sieber, Wof, Landolt-Ritter, Richter, y Steiner, 1996, citados por Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M. G. y Pérez, G.1997). Sin embargo, en estudios controlados, sí se ha encontrado en el grupo de mujeres con cáncer de mama una consistencia respecto a la existencia de represión emocional o supresión e inhibición de emociones (Grassi y Molinari, 1988; Baltrusch, Stangel y Titze, 1991, citados por Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M. G. y Pérez, G.1997), alta racionalidad y antiemocionalidad (Bleiker, van der Ploeg, Hendriks y Ader, 1996, citados por Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M. G. y Pérez, G.1997), y alto control conductual y control en la expresión de ira y emociones negativas (Greer y Watson, 1985; Cano-Vindel, Sirgo y Pérez-Manga, 1994).

Entonces, aunque las controversias sobre la inhibición de emociones, la depresión, estrategias de afrontamientos, muestren en algunos casos correlaciones positivas o negativas con respecto a factores de riesgo, si es comprobado que cuando el cáncer se ha desarrollado estos factores son importantes y determinantes ante el desarrollo de la enfermedad, el pronostico de vida y la supervivencia. (Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M. G. y Pérez, G.1997).

Como conclusión, los factores de riesgo para desarrollar cáncer pueden variar desde características individuales de personalidad, distintos ambientes, tipos de cáncer, etc. por lo tanto se hace necesario conocer los factores que puedan aumentar la probabilidad de una persona o de una población de desarrollar cualquier tipo de cáncer con el objetivo de intentar disminuir la frecuencia de la enfermedad y en caso de empezar a desarrollarla, identificarla en estadios tempranos para una alta probabilidad de supervivencia.

Cáncer de mama

El cáncer de mama constituye un importante problema de salud a nivel internacional y nacional. Aunque su incidencia y mortalidad varían regionalmente, se considera que es la neoplasia maligna más común en la mujer. El cáncer de mama es la enfermedad maligna más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino. Las variaciones en la distribución geográfica del cáncer de mama se han asociado a diferentes factores sociodemográficos como son la raza, la clase social, el status marital y la región de residencia. El cáncer de mama es más común en las mujeres solteras que en las casadas, en las zonas urbanas que rurales y en las mujeres que poseen un status social elevado. Se plantea que 1 de cada 10 mujeres desarrollará la enfermedad durante su vida. Su aparición está asociada a diversos factores entre los que sobresalen una predisposición genética, mutaciones y proliferación en respuesta a hormonas y factores de crecimiento. (González, S, 1998).

Una de las características epidemiológicas más importante es la aparición de este cáncer en miembros de una misma familia, surgiendo así el concepto de "cáncer hereditario" para definir aquellas familias que presentan múltiples casos de cáncer mamario en diferentes generaciones, así como su debut en edades tempranas, por debajo de 40 años. (González, S, 1998).

Definición

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de células que conforman este tejido en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Villaseñor, Y, 2000). Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. Los vasos linfáticos transportan un líquido prácticamente incoloro llamado linfa. Los vasos linfáticos se comunican con

órganos pequeños llamados ganglios linfáticos, los cuales son estructuras con forma de fríjol que se encuentran en todo el cuerpo. Filtran sustancias en un líquido llamado linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Grupos de ganglios linfáticos se encuentran cerca de la mama en la axila (bajo el brazo), sobre la clavícula y en el pecho en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Villaseñor, Y. 2000).

Tipos de Cáncer de mama

Según Hinojosa (2000), los tumores pueden ser de dos tipos, benignos y malignos. Los tumores benignos están relacionados, la gran mayoría, con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero, ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio. Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario. Según esta misma autora, los tipos de cáncer de mama que se pueden dar son el carcinoma ductal in situ, el carcinoma ductal infiltrante, el carcinoma lobular in situ, el carcinoma lobular infiltrante y el carcinoma inflamatorio.

El **carcinoma ductal in situ** se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas. Por este motivo, puede extirparse fácilmente. La cifra de curación en las mujeres que presentan este tipo de cáncer ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Hinojosa, L. 2000).

El **carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama,**

se da en el 80% de los casos en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Hinojosa, L. 2000).

El carcinoma lobular *in situ* se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Suele presentarse antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Hinojosa, L. 2000).

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Hinojosa, L. 2000).

El carcinoma inflamatorio del seno es un cáncer poco común, tan sólo se presenta en un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y protuberancias en ella. Estos síntomas son debidos al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos en los casos de cáncer de lengua, amígdalas, esófago, páncreas, seno e hígado (Hinojosa, L. 2000).

Etapas

El proceso utilizado para determinar si el cáncer se ha esparcido dentro de la mama o a otras partes del cuerpo se denomina clasificación en etapas (tabla 2). La información que se reúne de los procesos de estadios determina la etapa de la

enfermedad. Es importante conocer la etapa de la enfermedad a fin de planear el mejor tratamiento.

Tabla 2. Clasificación por etapas del cáncer de mama

Etapa		Características
0 – carcinoma in situ		<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma ductal in situ (CDIS): es un trastorno precanceroso que algunas veces se convierte en un tipo de cáncer invasor mamario (es decir, cáncer que se ha esparcido desde el conducto a los tejidos circundantes). ▪ Carcinoma lobular in situ (CLIS) no es cáncer, más bien un marcador o indicador que identifica a una mujer con un riesgo incrementado de padecer cáncer de mama invasor (es decir, cáncer que se ha esparcido a los tejidos circundantes). Es común que ambas mamas estén afectadas.
I		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumor con tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) ▪ No se ha diseminado fuera de la mama.
II	A	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene un tamaño no mayor a 2 centímetros (aproximadamente 1 pulgada) pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o ▪ Tiene entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares
	B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene un tamaño entre 2 y 5 centímetros (1 a 2 pulgadas) y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo) o ▪ Tiene un tamaño mayor a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.

III	A	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene un tamaño inferior a 5 centímetros (aproximadamente 2 pulgadas) y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo), y los ganglios linfáticos están adheridos entre ellos o a otras estructuras o ▪ Tiene un tamaño mayor a 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos pueden estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.
	B	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales) o ▪ Se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de las mamas o debajo de los brazos.
	C	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podría diseminarse a los tejidos cerca de las mamas (la piel o la pared pectoral incluyendo las costillas y músculos del pecho), pero se ha diseminado a los ganglios linfáticos bajo la clavícula y cerca del cuello
IV		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro.

Nota. Tomado y adaptado de Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología*. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Págs. 313-360

Factores de riesgo para el cáncer de mama

Según Hinojosa (2000), entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, están el sexo, la edad, la genética, la raza y ciertas conductas.

Sexo. El cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor (Hinojosa, L. 2000).

Edad. Una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años (Hinojosa, L. 2000).

Genética. Existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama. Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2 (Hinojosa, L. 2000).

Según algunos estudios realizados (Ramirez, M; Botello, D; Castañeda, N; Lara, F. 2000) parece que entre el 50% y el 60% de mujeres, que han heredado estos genes mutados, pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años.

Antecedentes familiares. Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente (Hinojosa, L 2000).

Antecedentes personales. Una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado (Hinojosa, L 2000).

Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama (Hinojosa, L 2000).

El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno, en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama, es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer ((Hinojosa, L 2000).

Raza. Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas (Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham 1998).

Menarquia y menopausia. Cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecerlo si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia, las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo (Hinojosa, L 2000).

El embarazo después de los 30 años, tener la menarquia a una edad muy temprana o la menopausia demasiado tarde, son situaciones que también aumentan el riesgo.

Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de desarrollar cáncer.

Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. Algunas conductas como uso prolongado de anticonceptivos, utilización de terapia de remplazo hormonal, consumo de alcohol y el exceso de peso, se han relacionado con el posible desarrollo de cáncer de mama.

Uso prolongado de anticonceptivos. Los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

Terapia de reposición estrogénica. Esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, pero esto no es seguro (Hinojosa, L 2000).

Alcohol. El consumo de alcohol o el exceso de peso durante años están claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama (Hinojosa, L 2000).

Exceso de peso. El exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo (Hinojosa, L 2000).

Hay que tener presentes estos factores de riesgo para controlar al máximo la exposición a los mismos. También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. En la actualidad, cualquier mujer cuya madre o hermanas estén afectadas por la enfermedad puede solicitar consejo genético, es decir, una valoración médica especializada que determine el riesgo que tiene de llegar a padecer la enfermedad ((Hinojosa, L 2000).

Epidemiología

La epidemiología es el estudio de la distribución, la frecuencia y las causas de las enfermedades, tres objetivos básicos de esta especialidad (Ahlbom Y Norell, 1990, citados por Brannon y Feist, 2001).

La frecuencia es la cuantificación de la ocurrencia de cierta enfermedad. El contar con datos sobre la misma es un requisito indispensable para investigar el patrón de una enfermedad en poblaciones humanas (Ahlbom Y Norell, 1990, citados por Brannon y Feist, 2001).

La distribución de las enfermedades, es decir quien la genera dentro de la población y cuándo y dónde está apareciendo. Para esto es necesario hacer comparaciones entre diferentes poblaciones y en diferentes periodos. Con esta información, se puede conocer los patrones de ciertas enfermedades y formular hipótesis acerca de los factores causales, así como las estrategias preventivas.

Las causas de la enfermedad, son otro componente de la epidemiología, que se obtiene a través de la definición de factores etiológicos. Estos pueden investigarse al saber la frecuencia y distribución de una enfermedad, de las cuales se infiere el origen, esto definido por medio de algunas hipótesis (Herrera, 2000).

Los datos epidemiológicos del cáncer de mama, a nivel mundial, nacional y local, pueden servir para establecer algunos factores en común y factores específicos para cada localidad, que ayuden a establecer causas, incidencias, mortalidad, morbilidad, frecuencias y demás elementos propios de la epidemiología que sirvan de base para programas preventivos generales y específicos para cada población.

Datos epidemiológicos del cáncer de mama a nivel mundial

Según, Villaseñor (2000), el cáncer de mama constituye un importante problema de salud a nivel internacional. Aunque su incidencia y mortalidad varían regionalmente, se considera que el cáncer de mama, es la neoplasia maligna más común en la mujer. Se estima que más de 850.000 nuevos casos ocurren cada año. En países desarrollados es la enfermedad maligna más común, mientras que en naciones en vía de desarrollo ocupa el segundo lugar, después del cáncer cervicouterino o el de estómago.

La incidencia del cáncer de mama se incrementa con la edad y es muy raro antes de los 25 años, y en relación con la frecuencia se encuentra que las mujeres mayores de 69 años, son el grupo etáreo de mayor riesgo (tabla 3).

Tabla 3. Incidencia de cáncer de mama por grupo etáreo a nivel mundial

Grupo etáreo	Incidencia
De 25 a 39 años	5%
De 40 a 49 años	19%
De 50 a 59 años	15.6%
De 60 a 69 años	23%
De 69 años en adelante	24%

Nota. Tomado y adaptado de Herrera, A. (2000). *Manual de Oncología*. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Pág. 313

Algunos ejemplos del cáncer de mama en diferentes países, muestran una alta incidencia. Tal es el caso de Chile donde se observa un incremento en los últimos 30 años de 7,5 muertes por 100.000 mujeres a 12,1 muertes por 100.000 mujeres, fenómeno difícil de explicar dada la naturaleza multifactorial de este cáncer (Valdivia y Bastías, 1994).

Datos epidemiológicos del cáncer de mama a nivel nacional

Los datos de estadísticas nacionales establecidos en los últimos años por el Instituto Nacional de Cancerología (1999), el cáncer de mama continúa siendo la segunda causa de cáncer en las mujeres, y la tercera causa de cáncer en general. El promedio de edad en 1999, fue 53.06 años (DT 13.01) y la mediana 51.5 (R: 20-95). Los casos en menores de 50 años representan el 48.8%, lo que probablemente indica una elevada proporción de mujeres premenopáusicas.

Algunos departamentos de Colombia como Caldas, presentan un aumento en la incidencia en los últimos años. Según Lenis y Esparza (1996), la incidencia en los últimos años es de 22.8 casos por año, siendo la edad promedio de 52.6 años.

Tabla 4. Número de casos de cáncer más frecuentes en Colombia en los años 1999, 2000 y 2001.

Tipo de Cáncer	1999	2000	2001
Cáncer de seno	463	445	520
Útero	691	648	701
Piel	462	488	490
Estomago	317	299	330
Hematopoyético	284	281	307
Ganglios linfáticos	168	198	180
Próstata	112	136	150
Bazo y pulmón	107	79	88
Ovario	106	91	102
Tiroides	103	119	140

Nota. Tomado y adaptado de Instituto Nacional de Cancerología (2001).

Datos epidemiológicos del cáncer de mama en la ciudad de Cartagena de Indias

En Cartagena los datos del cáncer de mama también tiene una alta frecuencia, según el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS (tablas 5 y 6). Así mismo, esta entidad proporcionó los datos disponibles relacionados con la mortalidad por cáncer entre el año 1999 y el año 2003 (tablas 7 y 8).

Tabla 5. Datos epidemiológicos de cáncer de mama en Cartagena en el año 2002

Mortalidad	11 mujeres
Incidencia	Por cada 100.000 mujeres, 2.2 murieron por cáncer de mama
Edades	40-45 años - 4 pacientes muertas por cáncer de mama
	45-50 años - 3 pacientes muertas por cáncer de mama
	50-55 años - 1 paciente muerta por cáncer de mama
	55-60 años- 3 pacientes muertas por cáncer de mama
	Mayores de 60 años - 6 pacientes muertas por cáncer de mama

Nota. Datos suministrados por Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS (2004)

Tabla 6. Mortalidad por cáncer de mama en Cartagena en el 2003

Mortalidad	17 casos de muerte por cáncer de mama
Incidencia	Por cada 100.000 mujeres, 3 murieron por cáncer de mama

Nota Datos suministrados por Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS (2004)

Tabla 7. Número de casos de muerte por cáncer de mama en Colombia, en 1999

Mortalidad	547 casos de muerte por cáncer de mama
Incidencia	Por cada 100.000 mujeres, 26.7 murieron por cáncer de mama
Edades	45 – 64 años

Nota. Datos suministrados por Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS (2004)

Tabla 8. Número de casos de muerte por cáncer de mama en Colombia, durante el 2002

Mortalidad	666 casos de muerte por cáncer de mama
Incidencia	Por cada 100.000 mujeres, 28.1 murieron por cáncer de mama
Edades	45 – 64 años

Nota: Datos suministrados por Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS (2004).

Estos datos confirman que el cáncer de mama es un problema con altas magnitudes mundiales, nacionales y locales, y es de suma importancia el trabajo preventivo que se realice con esta población.

Tratamiento para el cáncer de mama.

La cirugía, la terapia de radiación, la terapia hormonal y la quimioterapia son los tratamientos más comunes para el cáncer del seno.

Según Hinojosa (2000), existen dos tipos de tratamientos: la terapia local y la terapia sistémica. La primera tiene como objetivo tratar el tumor principal (primario) del seno. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de terapias locales. Por su parte, la terapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para llegar a las células cancerosas que pueden haberse propagado más allá del seno. La quimioterapia, la terapia hormonal y la inmunoterapia son terapias sistémicas.

Cirugía

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos bajo el brazo y se examinan bajo un microscopio para determinar si estos contienen células cancerosas. Después de identificado el tumor, se toma la decisión de realizar la cirugía dependiendo del estadio, el tamaño, y demás características que el especialista debe tener en cuenta para realizarla. (Hinojosa, 2000).

Los diferentes tipos de cirugía para cancer de mama son, cirugía conservadora, y la mastectomía. La cirugía conservadora de la mama es un procedimiento quirúrgico que tiene como objeto extirpar el cáncer pero no la mama misma, e incluye la tilectomía y la mastectomía parcial. La primera es un procedimiento quirúrgico para extirpar el tumor (bulto) y una pequeña cantidad de tejido normal circundante. Mientras que la mastectomía parcial o segmentaria: procedimiento quirúrgico para extirpar la parte del seno que tiene cáncer y algo del tejido normal circundante (Hinojosa, 2000).

Las pacientes bajo tratamiento con cirugía conservadora del seno, podrían también experimentar la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. A este procedimiento se le llama disección de ganglio linfático. Este puede realizarse a la misma vez que la cirugía preservadora del seno o después. La disección de ganglio linfático se realiza a través de una incisión separada.

La mastectomía total es un procedimiento quirúrgico con remoción de toda la mama afectada. A este procedimiento también se le llama mastectomía simple. Se podría llevar a cabo la remoción de algunos ganglios linfáticos bajo el brazo para someterlos a biopsia. Esto puede realizarse a la misma vez que la cirugía del seno o después. Esto se realiza a través de una incisión separada (Hinojosa, 2000).

La mastectomía radical modificada es un procedimiento quirúrgico para extirpar toda la mama afectada, muchos de los ganglios linfáticos bajo el brazo, el recubrimiento de los músculos pectorales y, en algunas instancias, parte de los músculos de la pared pectoral (Hinojosa, 2000).

La mastectomía radical es un procedimiento quirúrgico para extirpar el seno canceroso, los músculos de la pared torácica bajo el seno y todos los ganglios linfáticos bajo el brazo. Este procedimiento se denomina en algunas ocasiones mastectomía radical de Halsted (Hinojosa, 2000).

Incluso si el médico extirpa todo el cáncer visible al momento de la cirugía, el paciente tal vez sea sometido a radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal después de la cirugía a fin de eliminar toda célula cancerosa que pueda quedar aún. El tratamiento administrado después de la cirugía para incrementar las posibilidades de curación se denomina terapia coadyuvante (Hinojosa, 2000).

De acuerdo con Olivares (2003), si se va a realizar una mastectomía a una paciente, tal vez se considere la reconstrucción de la mama (cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía). La reconstrucción de mama puede hacerse al momento de la mastectomía o posteriormente. La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido (no de la mama) de la paciente o mediante el uso de implantes rellenos con gel salino o de silicona. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha decidido que los implantes mamarios rellenos con gel de silicona pueden utilizarse solo en estudios clínicos.

La cirugía como herramienta de tratamiento es muy efectiva para erradicar el tumor o la neoplasia sin embargo, existen indicaciones muy precisas para quitar o no el seno completamente. Por ejemplo, No se contraindica realizar cirugía conservadora

en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de seno, sin embargo, es importante mencionarle que tiene riesgo de desarrollar nuevo cáncer en el otro seno. Por lo tanto es absolutamente necesario revisar con el especialista todas las características importantes antes de realizar la cirugía. Olivares (2003).

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos de alta energía (tales como los rayos X) para destruir o reducir las células cancerosas. La radiación puede venir de fuera del cuerpo (radiación externa) o de materiales radiactivos colocados directamente en el tumor (radiación de implante o interna) (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993).

Es más frecuente el uso de la radiación externa para tratar el cáncer del seno. Es muy parecido a hacerse una radiografía regular, pero durante un período de tiempo más prolongado. Las pacientes por lo general reciben tratamiento cinco días a la semana en un centro ambulatorio (sin necesidad de hospitalización) durante un período de alrededor de seis semanas. Cada tratamiento dura sólo unos minutos (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993).

El tratamiento en sí no es doloroso. La radioterapia se puede usar para reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o para destruir las células cancerosas que queden en el seno, la pared del pecho o el área de la axila después de la cirugía (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993).

Los principales efectos secundarios de la radioterapia son la inflamación y pesadez en el seno, cambios parecidos a quemaduras del sol en el área tratada, y cansancio (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993)

Estos cambios en el tejido y la piel del seno por lo general desaparecen en un período de 6 a 12 meses. En algunas mujeres, el seno se vuelve más pequeño y más firme después de la radioterapia. Por lo general no se administra radioterapia durante el embarazo porque puede ser dañina para el feto (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993).

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor de 1'5 centímetros de diámetro, la **cirugía** es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia. En algunos casos la **radioterapia** se puede usar para reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o para destruir las células cancerosas que queden en el seno, la pared del pecho o el área de la axila después de la cirugía. Y si el tumor mide más de 6 centímetros se suele administrar **quimioterapia** después de la cirugía. Cuando el tumor es mayor de 9 cm., puede administrarse quimioterapia antes de la cirugía para intentar reducir el tamaño. (Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. 1993).

Quimioterapia

La quimioterapia se refiere al uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Por lo general, los medicamentos se administran por la vena o por la vía oral (por boca). Una vez que los medicamentos entran en el torrente sanguíneo, llegan a todas las partes del cuerpo.

Si la quimioterapia se administra después de la cirugía (terapia adyuvante) puede reducir la probabilidad de que el cáncer del seno recurra (vuelva). La quimioterapia se puede usar también como terapia principal para las mujeres cuyo cáncer está muy propagado cuando se detecta, o cuando se propaga después del tratamiento inicial (Castañeda, N 2000).

La quimioterapia neoadyuvante significa que se aplica antes de la cirugía, con frecuencia para reducir el tumor y facilitar su extirpación. Otra ventaja de la terapia neoadyuvante es que los médicos pueden observar la forma en que el tumor responde a los medicamentos. Si el tumor no se reduce, se pueden usar medicamentos diferentes (Castañeda, N 2000).

La quimioterapia se administra en ciclos, con cada período de tratamiento seguido por un período de recuperación. La duración total del tratamiento es de tres a seis meses. Con frecuencia es más eficaz usar varios medicamentos en lugar de uno solo. Los agentes antineoplásicos que se utilizan más comúnmente son taxotere,

taxol, decapeptil, femara, doxorubicina, leucovorina, 5-fluoruracilo, ciclofosfamida, entre otros (Castañeda, N 2000).

Según Castañeda, (N 2000), los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamento, la cantidad administrada y la duración del tratamiento y pueden incluir náusea y vómito, pérdida del apetito, pérdida del cabello, mucositis, cambios en el ciclo menstrual, aumento del riesgo de infecciones debido a bajos niveles de glóbulos blancos, equimosis o hemorragias y cansancio.

La mayoría de estos efectos secundarios desaparecen cuando termina el tratamiento y existen diversas estrategias para controlarlos y hacerlos por lo tanto, menos incómodos para el paciente.

Terapia hormonal

El estrógeno (hormona femenina) puede aumentar el crecimiento de las células cancerosas del seno en algunas mujeres. Para contrarrestar este crecimiento, se administra un medicamento tal como el tamoxifen, que bloquea el efecto del estrógeno. El tamoxifen se toma en píldoras (pastillas o tabletas), por lo general durante cinco años. Estudios recientes (Ricciardi, 1992, citado por Ramirez, M; Botello, D; Castañeda, N; Lara, F. 2000) han mostrado con claridad que este medicamento ayuda a las mujeres con cáncer del seno en sus primeras etapas, independientemente de su edad (Castañeda, N 2000).

Otro medicamento, el raloxifene, bloquea también el efecto del estrógeno sobre el tejido y el cáncer del seno. Este se estudia actualmente para ver si puede reducir el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer del seno. En la actualidad no se recomienda como terapia hormonal para mujeres que ya tienen cáncer del seno (Castañeda, N 2000).

Inmunoterapia

El trastazumab (Herceptin) es un medicamento que se une a una proteína promotora del crecimiento conocida como HER2/neu, la cual está presente en pequeñas cantidades en la superficie de las células normales del seno y en la mayoría

de los tumores cancerosos del mismo. Algunos tumores cancerosos del seno tienen una cantidad excesiva de esta proteína, por lo que tienden a crecer y a propagarse de forma agresiva. El Herceptin puede evitar que la proteína HER2/neu estimule el crecimiento de las células cancerosas del seno. También puede ayudar al sistema inmunológico a atacar el cáncer con más eficacia. El Herceptin suele empezar a usarse cuando la quimioterapia y/o la terapia hormonal estándar no resultan ya eficaces, pero actualmente se están llevando a cabo estudios clínicos para ver si se puede agregar al tratamiento con quimioterapia en una fase más temprana (Castañeda, N 2000).

Según (Castañeda, N 2000), los efectos secundarios de este medicamento son relativamente moderados; éstos pueden incluir fiebre y escalofríos, debilidad, náuseas, vómitos, tos, diarrea y dolor de cabeza.

Otros tratamientos

Los tratamientos investigativos son terapias que se estudian en una prueba clínica. Las pruebas clínicas son proyectos de investigación que determinan si un nuevo tratamiento resulta eficaz y seguro para los pacientes. Antes de que un medicamento u otro tratamiento pueda utilizarse con regularidad para tratar a los pacientes, éste se estudia y se pone a prueba con sumo cuidado, primeramente en el laboratorio y luego en animales. Una vez concluidos estos estudios, y si la terapia ha demostrado ser segura y prometedora, ésta se pone a prueba para ver si ayuda a los pacientes. Después que estas pruebas cuidadosas con los pacientes demuestren que el medicamento u otro tratamiento es seguro y eficaz, la Administración de Medicinas y Medicamentos podrá aprobarlo para ser usado con regularidad. Sólo entonces el tratamiento pasa a ser parte del grupo estándar y corriente de terapias demostradas que se utilizan para tratar las enfermedades en seres humanos (Olivares, L. 2004).

Cabe hacer referencia, por su gran explotación actual, de las terapias alternativas, las cuales se refieren a tratamientos que se promueven como curas del cáncer. La eficacia de éstos no está demostrada, porque no se han comprobado científicamente, o se pusieron a prueba, pero resultaron ineficaces. A menudo, éstos son promovidos por personas que se encuentran fuera del campo médico. Si se usan en lugar de un tratamiento estándar, el paciente puede perjudicarse, bien sea por la

falta de un tratamiento beneficioso, o porque el tratamiento alternativo resulte realmente dañino (Olivares, L. 2004).

La terapia complementaria se refiere a métodos de apoyo que se utilizan para complementar o añadirse a los tratamientos corrientes. Como ejemplos se pueden mencionar, la meditación para reducir el estrés, el té de menta para aliviar las náuseas y la acupuntura para eliminar el dolor de espalda crónico. Los métodos complementarios no curan las enfermedades, sino más bien controlan los síntomas y aumentan la sensación de bienestar ((Olivares, L. 2004).

Por otra parte, el término terapia integrante se refiere a la administración combinada de una terapia convencional o corriente con una terapia complementaria (Olivares, L. 2004)

Finalmente, el curanderismo se refiere a la promoción de métodos a los que se atribuye la facultad de prevenir, diagnosticar o tratar un cáncer, los cuales se sabe que son ineficaces, o cuya eficacia no ha sido demostrado. Dichas promociones suelen ir más allá de un consejo amistoso bienintencionado, o bien requieren el pago de un cargo o una donación (Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998).

Creencias

Definición

Desde el punto de vista psicológico, la palabra creencia puede tener varios significados desde la teoría en la que este significado se enmarque; para la teoría cognoscitiva, que es una de las teorías que más exploran este tipo de fenómenos psicológicos, las creencias hacen alusión a un conjunto de patrones cognoscitivos, mediante los cuales estructura un individuo su realidad . (Méndez, Olivares y Moreno, 1997).

Según esta teoría, una creencia está formada por varias ideas y varias creencias juntas pueden considerarse como supuestos básicos, los cuales refuerzan en muchas ocasiones las creencias y éstas a su vez pueden reforzar los supuestos, y

además el conjunto de supuestos pueden crear lo que se consideraría como el sistema de creencias, que es el conjunto de ideas generales que amparan nuestra visión del mundo (Méndez, Olivares y Moreno, 1997).

Siguiendo en la misma línea de las teorías cognoscitivas, Ellis (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997) plantea que en los seres humanos el pensamiento, el afecto y la conducta están interrelacionados e interactúan entre sí afectándose mutuamente, es decir el pensamiento acerca de cualquier situación, evento o persona, influye en el afecto que se tenga de ésta y a su vez influye en el comportamiento (motor) que se de hacia esa situación. Ellis, explicó que a nivel de pensamiento existen dos clases de estructuras, y estas son las creencias o esquemas mentales y los procesos cognoscitivos (que incluyen las distorsiones cognoscitivas). Los esquemas o creencias, se refieren a la información que se va adquiriendo a lo largo de la vida de un individuo y con la cual crea su propia realidad; los procesos cognoscitivos, son la forma como el individuo va organizando la información que va recolectando a través de los órganos de los sentidos y que después almacena en forma de creencias.

Para explicar el funcionamiento de estas estructuras mentales o de pensamiento, Ellis creó el “modelo A B C del funcionamiento psicológico”, donde explica que todos los seres tienen un modelo causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos, es decir que todos los seres al tratar de organizar la información que obtienen del medio relacionada con su propio comportamiento, tratan de establecer una causa o una explicación a su propio comportamiento y al medio. De esta forma ante una situación (A), se tiene un pensamiento o una creencia (B) acerca de esta situación, y por la interacción de los pensamientos con los sentimientos y la conducta, se presentara una consecuencia (C) que puede ser afectiva o conductual (motora).

Beck (1981) (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997) al igual que Ellis, propone que las creencias son un conjunto de patrones cognoscitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Este mismo autor, explica que estos esquemas pueden permanecer estables durante mucho tiempo, y que ante situaciones desencadenantes (relacionadas con el esquema) o precipitantes se activan y actúan a través de situaciones concretas creando distorsiones cognoscitivas y

pensamientos automáticos. Beck identifica el término cognición, como la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados, y que en los individuos pueden diferenciarse dos tipos de procesamientos cognoscitivos: el maduro y el primitivo. El primero, hace referencia al proceso de información real, contiene los procesos que pueden denominarse como racionales y de resolución de problemas basado en contrastación de hipótesis o verificación. Por otra parte, el sistema cognoscitivo primitivo, que plantea una organización cognoscitiva que sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognoscitivo.

Clasificación de las creencias

Ellis (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997), destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual. Las principales metas humanas se pueden englobar en: *supervivencia y felicidad* (esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes submetas : (a) aprobación o afecto; (b) éxito y competencia personal en diversos asuntos; y (c) bienestar físico emocional o social). Entonces, se puede decir que una persona desarrolla **esquemas irracionales**, cuando, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional. Y desarrollan **esquemas racionales**, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, antiabsolutista, preferencialmente o de manera racional.

Ellis (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997), sostiene que para

adquirir estos esquemas, los seres humanos, sobretodo, en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias, que cuando son erróneas llevan a disfunciones o problemas en el procesamiento de la información y a problemas de salud y trastornos psicológicos.

Para Beck (1981) (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997), los esquemas pueden clasificarse, al igual que para Ellis, en esquemas erróneos o esquemas adaptativos, estos esquemas están coordinados con los sistemas cognoscitivos maduro, o primitivo; el sistema cognitivo maduro está relacionado con un procesamiento de la información real, esta además relacionado con procesos racionales, de verificación de hipótesis, y los esquemas erróneos están relacionados con el sistema cognoscitivo primitivo que está relacionado con procesos irracionales.

En los planteamientos de Beck (1981) (citado por Méndez, Olivares y Moreno, 1997), también se encuentran las distorsiones cognoscitivas, pero además de estas introduce el término de pensamientos automáticos. Para este autor, las distorsiones cognoscitivas son errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognoscitivos o supuestos personales y los pensamientos automáticos son los contenidos de esas distorsiones cognoscitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales.

Importancia de las Creencias

“Las creencias están interrelacionadas con el afecto y el comportamiento” (Méndez, Olivares y Moreno, 1997) Según esta premisa, las creencias influyen de manera positiva o negativa el comportamiento de un individuo, dependiendo de si sus esquemas son erróneos o esquemas racionales; esta conclusión permitiría predecir que los trastornos psicológicos podrían estar determinados por esquemas erróneos, y/o por errores en el procesamiento de la información (distorsión cognoscitiva).

En el campo de la Psicología de la salud, específicamente sobre comportamientos preventivos la investigación al respecto de las creencias muestra que pueden ser un componente importante al momento de motivar a uno o a un grupo de individuos en la realización o no de dichos comportamientos saludables. Al respecto, Bowen y cols. citados por Bowen, Deborah, Singal, Eng, Cristal; Burke (2003), realizaron una investigación en donde se pretendía correlacionar los hábitos protectores (específicamente la mamografía) en mujeres judías con las creencias

religiosas que estas tenían, los resultados muestran que según las creencias religiosas de los judíos, la vida y la salud son de importancia suprema, por lo tanto la mayoría de mujeres que fueron encuestadas en la investigación obtuvieron el examen de la mamografía apoyadas por todo su grupo social y familiar de acuerdo con las creencias religiosas judías. Otros artículos e investigaciones (por ejemplo Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998), muestran cómo las diferencias étnicas y culturales en las creencias, pueden llegar a influir en los comportamientos saludables.

Los resultados presentados por las investigaciones en las ciencias cognitivas y en la prevención de la salud al respecto de las creencias, muestran la importancia de éstas. Por lo tanto, es pertinente conocer las creencias alrededor del cáncer para crear alternativas que puedan mejorar los comportamientos preventivos de las poblaciones en riesgo.

Creencias alrededor del cáncer

Las creencias específicas sobre cáncer, exactas o inexactas, puede influir en las intenciones de un individuo de realizar o no conductas saludables (Méndez, Olivares y Moreno, 1997).

El componente cultural de etnicidad, así como el acceso a la información puede ayudar a formar estas creencias. Rubel y Garro (1992) sugirieron que los individuos pueden tomar decisiones de salud en base a las creencias de salud de su cultura, que se define como la información que las personas han aprendido de la familia, amigos, y vecinos acerca de la naturaleza de un problema de salud, su causa, y sus implicaciones. Las personas enfermas acostumbran de acuerdo con sus creencias culturales de salud a interpretar sus síntomas, darles significado, asignarles severidad, organizarlos en un síndrome nombrado, decidir con quién consultar, y cuánto tiempo para permanecer en tratamiento.

Al parecer las creencias sobre cáncer pueden variar un poco por etnicidad. Según el estudio realizado por Chavez y cols. (1995) en relación con la etiología del cáncer de mama, mientras los médicos consideraron la historia familiar como el factor de riesgo más alto, los inmigrantes mexicanos afirmaron lesiones al pecho, falta de amamantamiento, consentimiento excesivo, tomar drogas o fumar, así como usar píldoras anticonceptivas como los mayores factores de riesgo.

Así mismo, como etiología del cáncer cervical, las mujeres latinas consideraron como factores de riesgo determinantes, conductas que moralmente cuestionables para ellas, tales como tener abortos, adquirir enfermedades de transmisión sexual, tener compañeros sexuales múltiples y usar píldoras anticonceptivas. Más de un tercio de mujeres Vietnamitas inspeccionadas en San Francisco (California) informó que el cáncer de mama o el cáncer cervical podría ser causado por poca higiene (Pham y McPhee, 1992).

Fulton, Rakowski, y Jones (1995) estudiaron las actitudes frente al cáncer de mama, y encontraron que los latinos suele creer más que los norteamericanos en que si el médico examina los senos de una mujer, entonces no hay necesidad de realizarse una mamografía. Igualmente, esta población cree que una vez que se tiene un par de mamografías seguidas que muestran que no existe ningún problema, no es necesario hacerlas nunca más.

Otras creencias, como susceptibilidad percibida al cáncer, la eficacia de la prueba y tratamiento, y percepción de severidad de cáncer, frecuentemente se han examinado como predictores de comportamientos para realizar exámenes preventivos (De Flor., 1987; Precie, Desmond, Slenker, Smith, & Stewart, 1992, citados por Bundek, Marks, y Richardson, 1993, y Mandelblatt, 1992, Citado por Bundek, Marks, y Richardson, 1993).

Aunque los modelos de investigación raramente han considerado factores étnicos, hay algunos datos para apoyar el eslabón entre estas creencias y comportamientos protectores. La susceptibilidad percibida para hacer frente al cáncer ha sido asociada con realizarse la mamografía entre las mujeres afroamericanas (de Flor., 1987; Precie, Desmond, Slenker, Smith, & Stewart, 1992, citados por Bundek, Marks, y Richardson, 1993). Además, la percepción de susceptibilidad al cáncer cervical también ha sido asociada con la realización de exámenes (Mandelblatt, 1992, Citado por Bundek, Marks, y Richardson, 1993).

Estos últimos hallazgos sugieren que el componente afectivo de las actitudes puede jugar un papel importante en la predicción de las conductas protectoras. En un estudio, mujeres latinas y afroamericanas, mostraron mayor probabilidad que las mujeres blancas para informar que el miedo a las radiaciones es una barrera importante para realizarse una mamografía (Zorro y Stein, 1991). Las mujeres latinas también comentaron que el miedo de ser diagnosticadas de cáncer y la ansiedad sobre el procedimiento son barreras fuertes. En otro estudio, los latinos estaban más propensos que los blancos a ver el cáncer como una "pena de muerte" (Pérez-estable, 1992).

Además, el impacto directo de las creencias pueden generar la evitación del tratamiento, ansiedad y miedo relacionados con el cáncer y así mismo pueden impedir el logro de un proceso educativo a partir de la información relacionada con el cáncer. De hecho, Jepson y Chaiken (1990) encontraron que ese miedo sobre el cáncer inhibió el proceso sistemático de información sobre la enfermedad. Así, teniendo menos conocimiento sobre cáncer pueden disminuir parcialmente la ansiedad que cuando se presenta la información.

Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham (1998), en el artículo "etnicidad y cáncer, consideraciones comportamentales y psicosociales", clasifican las muchas descripciones de creencias culturales específicas potencialmente importantes que pueden asociarse con compromiso y reacciones al diagnóstico y tratamiento de cáncer en varias categorías generales; algunas de las mas importantes son: aceptación de la muerte, sufrimiento y fatalismo; apoyo familiar; y creencias en medicina alternativa.

Aceptación de muerte, sufrimiento y fatalismo. Varios escritores han sugerido que los afroamericanos, latinos, y los americanos asiáticos tienden a ver la muerte y el sufrimiento como partes íntegras de la vida. Según esta visión, vivir en armonía con naturaleza es mejor que intentar ir en contra de la naturaleza a través del tratamiento agresivo (Nilchaikovit, Colina, & Holanda, 1993, citados por Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham 1998). Esta actitud a veces es asociada con una visión generalmente fatalista del mundo que se ha encontrado para ser más común entre latinos y afroamericanos que entre blancos no-hispanos, (Ross, Mirowsky, y Cockerham, 1983; Sugarek, Deyo, y Holmes, 1988, citados por Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham 1998).

También pueden asociarse actitudes fatalistas con cáncer, específicamente. En una comparación de americanos africanos más viejos y blancos, Powe (1995) encontró que los americanos africanos expresan posiciones más fatalistas sobre el cáncer. La etnia, menos educación, y el ingreso económico bajo hicieron contribuciones significantes, independientes a la predicción de fatalismo de cáncer en un análisis multivariado. Pérez-estable (1992), inspeccionó al latino y los miembros blancos de la HMO (health maintenance organization) urbanos. Aunque los dos grupos estaban de acuerdo en muchas creencias, los latinos informaron una creencia mayor relacionada con que el cáncer es sinónimo de "pena de muerte", visión que los investigadores atribuyeron al fatalismo. Por supuesto, con algunas clases de cáncer, esta posición puede más bien ser exacta, en lugar de ser una señal de fatalismo. Al parecer, puede asociarse a niveles culturales más bajos, menor educación, y con un mayor sentido de fatalismo y falta de control con respecto a cáncer (Balcazar, Castro, y Krull, 1995).

Apoyo familiar . Dentro de algunas culturas, una cura se ve como requerir de la participación familiar (Maduro, 1983). El apoyo familiar puede ayudar a los pacientes con estrés físico y emocional (Sabogal et al., 1987). Por ejemplo, Mindel (1980) encontró que los americanos mexicanos y los americanos africanos eran significativamente más efectivos que los blancos en varios aspectos relacionados con el apoyo familiar.

Hay evidencia de que algunos miembros de grupos étnicos pueden preferir que la familia, y no ellos mismos, tome las decisiones médicas. Blackhall, Murphy, Frank, Michel, y Azen (1995) encontraron que americanos coreanos y los americanos mexicanos probablemente más que los americanos africanos y americanos blancos tienden a creer que los familiares deben tomar las decisiones relacionadas con el soporte vital en casos terminales.

Se ha pensado igualmente, que otros aspectos familiares y culturales como el género y el rol en la familia, pueden influir en las decisiones sobre el tratamiento. Por ejemplo, en la cultura latina, algunos escritores describen un papel del género de la hembra tradicional en el que se supone que las mujeres deben subordinar sus propias necesidades a sobre las necesidades de la familia. Según esta visión, el énfasis de la mujer debe estar en su esposo e hijos (Cox y Monje, 1993,; Golding y Baezconde-Garbanati, 1990). Cuando esta se enfrenta con un tratamiento de cáncer, que puede

debilitarla e incapacitarla en la realización de sus deberes domésticos por algún periodo de tiempo, es probable que pueda tardar en aceptar el tratamiento o que lo rechace, limitando así su supervivencia. Sin embargo, es importante anotar que no hay ninguna evidencia para apoyar esta afirmación.

Medicina alternativa no científica. Investigaciones tales como las de Mathews (1994), Pachter (1994), Castro y Furth, (citadas por Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998) muestran como las creencias pueden influir en los comportamientos saludables. Estas investigaciones mostraron tres tipos de creencias alrededor de algunas enfermedades, el primer tipo de creencias es sobre enfermedades que no están reconocidas científicamente, como lo son el mal de ojo, empacho, sangre sucia, etc. Otro tipo de creencias están relacionadas con los sanadores indígenas, también conocidos como brujos, curanderos, sanadores herbarios, chamanes, etc., que se cree pueden curar enfermedades sin utilizar métodos científicos. Y un tercer tipo de creencias, está relacionado con teorías populares de enfermedad y cura; por ejemplo en algunas culturas latinas y asiáticas, las enfermedades, medicaciones y comidas están frías o calientes, y los individuos deben comer o tomar medicinas que neutralicen esa condición. Otras creencias comunes son las que ven a la enfermedad como castigo de los espíritus enfadados o malos (Uba, 1992), como deuda a los desequilibrios en la sangre o sistemas de energía (Mathews y cols., 1994; Uba, 1992, citados por Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998), o como algo normal y aceptable que hace parte de la vida.

Otras investigaciones comentan sobre otras categorías de creencias alrededor del cáncer tales como la sexualidad del paciente con cáncer, religión o espiritualidad. Al respecto de la sexualidad en pacientes con cáncer, Grau, Llanta, Chacon y Fleites (1995), mostraron que efectivamente aspectos relacionados con el cáncer pueden producir disfunciones sexuales, dependiendo de factores como el tipo de cáncer, el tratamiento, es estadio del cáncer, síntomas y consecuencias de la enfermedad, cirugías, etc. Por ejemplo, algunas investigaciones (Schover, Yetman y Tuason, 1995), mostraron que mujeres que se han sometido a la conservación del seno tienen la probabilidad de seguir disfrutando las caricias del seno. Pero, también es muy cierto que existen factores de carácter psicológico, tales como impacto emocional de la enfermedad, motivaciones, estilos de afrontamiento, etc., que junto con las creencias que los individuos presenten pueden incidir sobre el modo como el cáncer puede o no afectar su sexualidad. Por ejemplo, Herrington (1998) mostró algunas creencias relacionadas con el cáncer y la sexualidad, tales como que algunas experiencias sexuales extramatrimoniales, actividades sexuales del pasado,

enfermedades sexualmente transmitidas, o un aborto, causan el cáncer. Algunas otras creencias afirman que el cáncer puede transmitirse por relaciones sexuales (especialmente en personas que desarrollan cáncer en regiones pélvicas o genitales). También hay creencias sobre que se le puede hacer daño a la pareja si se tienen relaciones sexuales.

Al respecto del factor espiritual o religioso, se han encontrado publicaciones en donde se comenta, e incluso se recomienda, incluir el aspecto religioso como una práctica positiva para el tratamiento del cáncer, ya que algunas creencias y circunstancias ayudan a un mejor sostenimiento de la salud. Al respecto, Zabel (2002), incluye cuatro formas en que la religión puede ayudar a la salud. En primer lugar, promueve entre los creyentes la restricción de sustancias nocivas para la salud, provee ciertos tipos de soporte tanto instrumental como cognoscitivo a los individuos (soporte social y emocional de los grupos religiosos), las religiones proporcionan un marco de referencia para los acontecimientos de la vida y facilitan de esta manera encontrar sentido en situaciones adversas y dolorosas, y las religiones brindan estrategias de afrontamiento lo que influye en la forma en que una persona percibe, evalúa y enfrenta un problema.

Este mismo autor plantea que algunas de las creencias asociadas al cáncer que se manejan con la religión son: (1) la ayuda de Dios en los tratamientos (creencia que se corrobora con el hecho de que las prácticas religiosas aumentan en la población en los primeros meses de tratamiento; (2) la causalidad (es decir la posibilidad del individuo de creer que Dios le envió la enfermedad como un mensaje; y (3) el despojarse de la responsabilidad por su propio futuro ya que todo está “en manos de Dios”.

Variabilidad de las Creencias

Las creencias pueden variar de persona a persona, de familia en familia, de ciudad en ciudad, de país en país, etc. Los factores que pueden influenciar en que se presenten estas diferencias son entre otros la religión, el estrato social, la etnia, el nivel educativo, los factores culturales, las diferencias de personalidad, etc.

Algunas investigaciones como las Wallston, Wallston, Kaplan, y Maides (citados por Bundek, Marks, y Richardson, 1993) han mostrado que las creencias sobre el control de la salud influyen sobre los comportamientos que la personas emiten. En ese estudio, se mostró que las mujeres que creían que ellas controlaban su salud, adquirieron más información sobre cáncer de seno y eran más propensas a realizar conductas relativas a esta, que las mujeres que creían que su salud estaba controlada por factores externos a ellas tales como el destino o la suerte.

Otras investigaciones muestran a la etnia como un factor importante en la diferenciación de creencias y por lo tanto, de comportamientos relacionados con la salud. Tal es el caso de un estudio realizado en Estados Unidos (Calle, Flanders, Thun, y Martin, 1993; Duelberg, 1992; Hayward, Shapiro, y Corey, 1988, citados por Meyerowitz, Richardson, Hudson, Leedham, 1998) en el que se demostraron las diferencias entre las mujeres afroamericanas y las blancas no hispanas al informar sobre posibles síntomas de cáncer. Ese mismo estudio encontró diferencias entre mujeres hispanas y afroamericanas. Así mismo, estudios mas pequeños han mostrado que las personas blancas son más susceptibles de tener conductas saludables (Douglas, Bartolucci, Waterbor, y Sirles, 1995; Fink y Shapiro, 1990; Pérez-estable, Sabogal, y Otero-Sabogal, 1995; Vogel, Tumbas, Coody, Winn, y Peters, 1990; citados por Meyerowitz, Richardson, Hudson, y Leedham, 1998)

Investigaciones como las de Robinson, Kessler, y Naughton (1991) han mostrado que los blancos tienen niveles más altos de conocimiento con respecto a cáncer, que los afro americanos. En un estudio más grande, los de este grupo étnico y los latinos demostraron tener menores conocimientos que blancos y asiáticos. En una muestra grande de latinos suscritos a la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), la etnicidad Latina y aculturación baja eran significativamente asociadas con mayor desinformación sobre el cáncer. La mayoría de los estudios sobre diferencias entre razas sugieren que otras variables, como ingreso y educación, religión, edad, medien la relación encontrada entre raza-etnicidad y conductas saludables.

Se encontró una relación significativa entre el compromiso (adherente) con el tratamiento y la educación de los sujetos. De hecho, Michielutte (1985), encontró una relación significativa, positiva entre la educación y continuación del tratamiento.

Como conclusión se puede deducir que las creencias pueden influir sobre el comportamiento de un individuo a nivel de salud o de enfermedad, y estas creencias a su vez son influenciadas por variables que pueden ser diferentes de sujeto a sujeto o de población a población. Por lo tanto, el estudio de las creencias no puede estar desligado de estas variables y se debe tener en cuenta al momento de realizar programas de prevención en los tres niveles.

Problema de Investigación

¿Cuáles son las creencias existentes sobre el cáncer de mama en mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este

tipo de cáncer, y en mujeres que actualmente no lo presentan; y cuál es la diferencia entre estos dos grupos?

Hipótesis

Hipótesis de trabajo 1 (descriptiva)

Existen creencias erróneas al respecto del cáncer de mama, en las mujeres que han desarrollado este tipo de cáncer y también existen este tipo de creencias en mujeres que no han desarrollado este tipo de cáncer.

Hipótesis nula 1

No existen creencias erróneas al respecto del cáncer de mama en las mujeres que han desarrollado este tipo de cáncer, y tampoco existen este tipo de creencias en mujeres que no han desarrollado este tipo de cáncer

Hipótesis de trabajo 2 (diferencia de grupos)

Existen diferencias en las creencias sobre el cáncer de mama entre las mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer y en mujeres que actualmente no lo presentan

Hipótesis nula 2

No existen diferencias en las creencias sobre el cáncer de mama entre las mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer, y en mujeres que actualmente no lo presentan

CAPÍTULO TERCERO

Método

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, ya que por una parte busca especificar las creencias sobre el cáncer de mama existente en mujeres de la Costa Atlántica, residentes en la ciudad de Cartagena, con este diagnóstico, y actualmente sanas. Y se establece además, si existen diferencias entre estos dos grupos.

Participantes

La población es de mujeres mayores de 25 años de edad. Debido a las características de la investigación, esta población debe caracterizarse por cumplir con los siguientes criterios:

En relación con la enfermedad	Muestra	Especificaciones
▪ G1: Actualmente con diagnóstico de cáncer de seno	23	En cualquier estadio de la enfermedad Con o sin tratamiento oncológico Afiliadas a la Clínica Vargas de Cartagena de Indias a través del Programa Magisterio
▪ G2: Actualmente sanas	23	Sin diagnóstico actual de cáncer de seno No necesariamente afiliadas a la clínica vargas.

Espacio y tiempo cubierto por la investigación

La investigación tiene un tiempo de duración de 6 meses, los cuatro primeros meses se realizara una investigación bibliográfica acerca de los temas relevantes para

la investigación, y los dos meses restantes, serán de aplicación del instrumento de medición, análisis y presentación de los resultados.

El lugar donde se realizara la investigación es en la Clínica Vargas de la ciudad de Cartagena de Indias, ya que esta Clínica maneja pacientes Oncológicos, y es uno de los Centros que han colaborado para realizar la investigación.

Instrumentos

Hernandez, Fernandez y Baptista, (1999), plantean que en la investigación del comportamiento se disponen de diversos tipos de instrumentos para medir variables de interés de los investigadores, y plantean los cuestionarios como una técnica valida para recolectar datos.

Para esta investigación se utilizo un cuestionario especialmente diseñado para tal fin, el cuestionario tiene como nombre CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE CANCER DE MAMA (CCCM).

El cuestionario contiene 60 preguntas en las que se medirán 7 dimensiones que son:

Susceptibilidad percibida

Considera el conjunto de creencias individuales de que se es vulnerable o no de desarrollar cáncer de mama, así como las creencias de que otras personas cercanas son vulnerables de desarrollar cáncer de mama

Estigmatización del cáncer

Considera el conjunto de creencias relacionadas con que desarrollar cáncer trae únicamente consecuencias negativas para la persona en sus diferentes áreas de ajuste

Etiología de la enfermedad

Considera el conjunto de creencias relacionadas con cuáles pudieron o podrían ser las causas para desarrollar cáncer de mama

Apoyo Familiar

Considera el conjunto de creencias relacionadas con el soporte emocional que la familia podría generar en el proceso de la enfermedad oncológica

Tratamientos

Considera el conjunto de creencias relacionadas con la terapéutica oncológica (cirugía, quimioterapia y radioterapia) basada en la medicina Halopática

Medicina Alternativa no científica

Creencia en que tratamientos no científicos pueden curar el cáncer

Religión o Espiritualidad

Considera el conjunto de creencias, acerca de la influencia de la religión o de “un ser superior”, en las causas o en el tratamiento

Corrección y calificación

El cuestionario tiene dos formas de corrección, una individual y otra grupal.

Corrección individual. Este tipo de corrección se utiliza cuando se quiere conocer los resultados de la aplicación de un solo cuestionario. Para la calificación de este cuestionario, debe fijarse en la tabla de respuestas, que identifica cuales son las respuestas incorrectas o las creencias erróneas, y debe comparar las respuestas dadas con las respuestas erróneas de la tabla, para poder identificarlas.

Corrección Grupal. La corrección grupal se utiliza cuando se quiere conocer los resultados de la aplicación a un grupo de mujeres. Cuando se quieren conocer este

tipo de resultados es necesario utilizar algunos procedimientos de la estadística descriptiva, ya que se quieren conocer porcentajes de respuesta en el/os grupos encuestados. Para el procedimiento es necesario utilizar la Tabla de Análisis Estadístico de Grupos.

En el caso específico de la investigación se utilizara la corrección grupal, ya que para lograr los objetivos planteados en la investigación se requiere medir las respuestas de los dos grupos, el de mujeres que han desarrollado cáncer de mama y el de mujeres que no han desarrollado cáncer de mama.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en siete fases que se describen a continuación.

Fase 1. Revisión bibliográfica de los temas concernientes a la investigación. En esta revisión bibliográfica se buscaron 3 temas principales tales conocer (historia del cáncer, definición, factores de riesgo, tratamientos para el cáncer); **cáncer de mama** (definición, tipos, etapas del cáncer de mama, factores de riesgo, epidemiología mundial, nacional y local, tratamiento); y **creencias** (definición, clasificación de las creencias, importancia de las creencias, creencias alrededor del cáncer, variabilidad de las creencias).

Fase 2. Desarrollo del marco metodológico, para lo cual se definieron los objetivos de la investigación así como las variables con su respectiva operacionalización, se plantearon las hipótesis, se describieron los participantes y el instrumento de medición y se seleccionó el método de análisis estadístico adecuado para lograr los objetivos.

Fase 3. Elaboración del cuestionario de creencias de cáncer de mama, que se desarrolló de la siguiente manera: definición de las variables con las que se iba a trabajar; revisión de la definición conceptual y comprender su significado (se

referencian en el marco teórico), revisión de la definición operacional de las variables a medir, selección del nivel de medición de cada variables (en este caso las variables son de tipo nominal), determinación del método de codificación de los datos (asignarles un valor numérico que los represente), elaboración del libro de códigos, donde están consignados todos los posibles valores numéricos y el significado de cada uno; aplicación de una prueba piloto del instrumento, realización de los diferentes ajustes al instrumento y aplicarlo y finalmente, análisis de la población. Cabe anotar que en esta investigación se trabajó con las afiliadas al programa magisterio de la Clínica Vargas de Cartagena de Indias. La población estuvo dividida en dos grupos, un primer grupo de mujeres que han desarrollado cáncer de mama, y un grupo de mujeres que no presenten cáncer de mama. para realizar el análisis estadístico de la población se utilizó un análisis de distribución de frecuencias, con el que se pretendía identificar cuales son las características más frecuentes de la población en los siguientes ítems: edad, ciudad de nacimiento, ciudad donde habita, actualmente, estrato socioeconómico, estado civil, número de hijos, nivel educativo, antecedentes familiares de cáncer, antecedentes familiares de cáncer de mama, sistema de seguridad social, tratamiento actual de cáncer de mama.

Fase 4. Aplicación de la prueba.

- Primero se les aplicó el cuestionario en un día en una sesión de máximo 2 horas, a todas las mujeres con cáncer de mama.
- Al siguiente día se le aplicó de igual forma al grupo de mujeres sanas
- En todos los días de prueba los investigadores estuvieron presentes para resolver cualquier interrogante de los participantes. Así mismo, estuvo presente un representante de la clínica que apoyará en la prueba.

Fase 5. Organización de datos. una vez contestadas todas las pruebas, todas las respuestas fueron consignadas en una matriz de respuesta cuyos valores numéricos están descritos en el libro de códigos.

Fase 6. Análisis de resultados. Se utilizaron los diferentes procedimientos estadísticos para el análisis de los datos consignados en la matriz, a saber: (1) análisis de distribución de frecuencia con el cual se midió el porcentaje de respuestas correctas o incorrectas, dadas por los dos grupos en cada una de las respuestas y de las diferentes dimensiones, que componen la prueba, en cada uno de los dos grupos. (2) la prueba no paramétrica Chi cuadrado utilizada para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas. Con este análisis se buscó comprobar si las diferentes respuestas en los dos grupos eran iguales o diferentes. El procedimiento para obtener la diferencia se realizó de la siguiente manera: Se obtuvieron las puntuaciones observadas de cada pregunta en ambos grupos.

Tabla 9. Valores Observados (VO): número de respuestas correctas o incorrectas de cada grupo

Pregunta 1	Valor observado		Total
	Respuesta correcta	Respuesta incorrecta	
Mujeres con cáncer de mama	17	6	23
Mujeres sanas	18	5	23
Total	35	11	46

Luego se obtienen los valores esperados. **VE: (valor total del renglón)X (valor total de la columna / valor total)**

Tabla 10. Valores Esperados (VE): resultado del cálculo de valores esperados

Pregunta 1	Valor esperado		Total
	Respuesta correcta	Respuesta incorrecta	
Mujeres con cáncer de mama	$(23*35)/46=17.5$	$(23*11)/46=5.5$	23
Mujeres sanas	$(23*35)/46=17.5$	$(23*11)/46=5.5$	23
Total	35	11	46

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas se aplicó la siguiente fórmula.

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Donde \sum significa sumatoria

“O” es la frecuencia o valor observado en cada celda

“E” es la frecuencia o valor esperado

Es decir, se calcula para cada celda la diferencia entre la frecuencia observada y la esperada, esta diferencia se eleva al cuadrado y se divide entre la frecuencia esperada. Finalmente se suman estos resultados y la sumatoria es el valor de X^2 obtenida.

Posteriormente se obtienen los grados de libertad $GL=(R-1)X(C-1)$

Donde “R” es el numero de renglones de la tabla

“C” es el numero de columnas.

Por último se compara la chi cuadrada obtenida con los grados de libertad en la tabla de distribuciones (tabla 4 del apéndice 5 en metodología de la investigación, ver referencias) y si el valor calculado de chi cuadrada es igual o superior al de la tabla entonces se puede decir que las variables son diferentes y que las respuestas de ambos grupos son diferentes, y si es menor se puede decir que no son diferentes.

Se pueden también, utilizar paquetes estadísticos como el STATS, utilizado para esta ocasión, y que además muestra el valor de la probabilidad de que los datos observados sean diferentes a los datos esperados.

Fase 7. Presentación de los resultados. Después del análisis de los datos, se presentan todos los resultados obtenidos, mostrando los más significativos.

Definición y operacionalización de variables

La variable predictora de este estudio son las *creencias relacionadas con el cáncer de mama*, las cuales se definen como el conjunto de patrones cognoscitivos, mediante los cuales las mujeres sanas, con cáncer de mama y supervivientes del mismo, explican la enfermedad.

Tabla 11. Definición de las dimensiones y las preguntas de cada dimensión.

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
Susceptibilidad percibida	Considera el conjunto de creencias individuales de que se es vulnerable o no de desarrollar cáncer de mama, así como las creencias de que otras personas cercanas son vulnerables de desarrollar cáncer de mama	1. Puedo desarrollar cáncer de mama en algún momento de mi vida
		8. Alguien de mi familia puede desarrollar cáncer de mama
		15 Alguien de mi familia ha desarrollado cáncer de mama
		22. El hecho de que alguien de mi familia haya tenido o tenga cáncer de mama hace más probable que yo lo desarrolle
Estigmatización del cáncer	Considera el conjunto de creencias relacionadas con que desarrollar cáncer trae únicamente consecuencias negativas para la persona en sus diferentes áreas de ajuste	2. Relaciono la palabra cáncer con muerte
		9. Relaciono la palabra cáncer con soledad y abandono
		16. Relaciono la palabra cáncer con sufrimiento
		23. Para mí, tener cáncer es “algo muy malo”
		30. El cáncer de mama es una desgracia para una mujer
		37. El cáncer no tiene cura
		44. todas las personas que tienen cáncer se mueren
		46. La gente siente lástima por los enfermos de cáncer
58. Los enfermos de cáncer son discriminados por la sociedad		

Creencias Sobre Cáncer de Mama

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
Etiología de la enfermedad	Considera el conjunto de creencias relacionadas con cuáles pudieron o podrían ser las causas para desarrollar cáncer de mama	3. Los implantes de silicona generan cáncer de mama
		10. Conozco las causas del cáncer de mama
		17. Las causas del cáncer de mama son iguales para todas las personas
		24. Las causas del cáncer de mama son particulares en cada mujer
		31. El cáncer de mama es un castigo de Dios
		38. El cáncer de mama le da especialmente a las mujeres con mala suerte
		45. La aparición de un cáncer de mama es cuestión del destino de cada persona
		60. Comer poco hace que uno desarrolle cáncer de mama
		59. El sobrepeso facilita el desarrollo de cáncer de mama
29. Tener bajo peso facilita el cáncer de mama		

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
		36. Si uno se hace dos mamografías seguidas y éstas salen bien, no hay necesidad de volverlas a hacer porque uno nunca va a desarrollar cáncer de mama
		39. Si el médico me hace el examen de seno, no es necesaria la mamografía
		43. Si uno desarrolla cáncer de seno, tiene la culpa de ello
		47. Alguien de mi familia u otra persona puede tener la culpa de que uno desarrolle cáncer de seno

Creencias Sobre Cáncer de Mama

		49. Hay alimentos que pueden causar el cáncer de seno
		50. Utilizar desodorante puede causar cáncer de seno
		52. Utilizar brassieres apretados puede causar cáncer de seno
		53. Tener una vida sexual muy activa puede causar cáncer de seno
		55. No tener relaciones sexuales puede causar cáncer de seno
		57. Tomar trago puede causar cáncer de seno

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
Apoyo familiar	Considera el conjunto de creencias relacionadas con el soporte emocional que la familia podría generar en el proceso de la enfermedad oncológica	4. Mi familia me apoya o me apoyaría en caso de desarrollar cáncer de mama
		11. Dejaría que mi familia tomara las decisiones importantes relacionadas con mi enfermedad
		18. Mi familia me culparía por tener cáncer de mama
		25. Cuando una mujer tiene cáncer de mama, su familia se destruye
		32. Cuando una mujer tiene cáncer de mama, generalmente pierde a su pareja
Tratamientos	Considera el conjunto de creencias relacionadas con la terapéutica oncológica (cirugía, quimioterapia y radioterapia) basada en la medicina Halopática	5. Los tratamientos para el cáncer de mama son siempre curativos
		12. Los tratamientos para el cáncer de mama son dolorosos
		19. Los tratamientos para el cáncer de mama lo dejan a uno calvo

Creencias Sobre Cáncer de Mama

		26. Los tratamientos para el cáncer de mama pueden ocasionarle graves daños a mi organismo
		33. Después de perder uno o ambos senos, la vida de una mujer cambia negativamente
		40. Los tratamientos para el cáncer de mama generan sufrimiento en las mujeres

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
Medicina alternativa no científica	Creencia en que tratamientos no científicos pueden curar el cáncer	6. La medicina bioenergética puede curar el cáncer de mama
		13. La sangre del chulo (golero) puede curar el cáncer de mama
		20. Si tuviera cáncer de mama pediría ayuda a un brujo o chamán
		27. La aromaterapia puede curar el cáncer de mama
		34. La orinoterapia (tomar mi propia orina) puede curar el cáncer de mama
		41. Algunas plantas pueden curar el cáncer de mama
		48. Los metales pueden curar el cáncer de mama
		51. La terapia homeopática puede curar el cáncer de mama
		54. El Noni puede curar el cáncer de mama
		56. Los brujos o chamanes pueden curar el cáncer de mama

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	PREGUNTAS
Religión o espiritualidad	Considera el conjunto de creencias, acerca de la influencia de la religión o de “un ser superior”, en las causas o en el tratamiento.	7. Dios (o el ser superior en el que yo creo) envía el cáncer como una prueba
		14. La gente que no cree en Dios (o en un ser superior), muere por el cáncer
		21. Dios (o el ser superior en el que yo creo) puede enviar la enfermedad como un castigo
		28. Dios (o el ser superior en el que yo creo) pone a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer
		35. Dios (o el ser superior en el que yo creo) puede salvarme sin ayuda de los médicos
		42 La fe en Dios (o el ser superior en el que yo creo) puede curar el cáncer

CAPITULO CUARTO

Resultados

Los resultados de la investigación se presentarán de la siguiente manera:

1. Resultados del análisis poblacional, o de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
2. Resultados de la descripción de frecuencias de las respuestas de ambos grupos, es decir se describirá lo que cada uno de los grupos contestó.
3. Resultados del análisis estadístico de la diferencia de ambos grupos en cuanto a los resultados obtenidos.

RESULTADO DE LOS DATOS POBLACIONALES OBTENIDOS.

Para realizar un buen análisis de la población objeto de estudio en la cual se puedan generalizar los resultados, se escogieron las siguientes variables:

- edad
- ciudad de nacimiento
- ciudad donde habita actualmente
- estrato socioeconómico
- estado civil
- número de hijos
- nivel educativo
- antecedentes familiares de cáncer
- antecedentes familiares de cáncer de mama
- sistema de seguridad social
- tratamiento actual de cáncer de mama
- tipo de tratamiento

Los resultados para cada una de estas variables fueron:

EDAD

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Promedio del grupo: 53.73 años de edad

Edad mínima: 38

Edad máxima: 74

Tabla 12. Resultado de la edad en mujeres con diagnóstico de cáncer

Rango de edades	Frecuencia observada
38-45	17.93%
46-55	34.78%
56-65	34.78%
66-75	13.04%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Promedio del grupo: 48.82 años de edad

Edad mínima: 36

Edad máxima: 68

Tabla 13. Resultado de la edad en mujeres sanas

Rango de edades	Frecuencia observada
36-45	34.78%
46-55	52.17%
56-65	8.70%
66-75	4.35%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

Total Edad

N (total grupo): 46 mujeres

Promedio del grupo: 51.28 años de edad

Edad mínima 38

Edad máxima 74

Tabla 14. Resultado de la edad en toda la población

Rango de edades	Frecuencia observada
36-45	26.08%
46-55	43.47%
56-65	27.73%
66-75	8.69%

CIUDAD DE NACIMIENTO

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 15. Resultado ciudad de nacimiento en diagnosticadas con cáncer de mama

Nacidas en Cartagena de indias	Frecuencia
14	60.87%
9	39.13%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 16. Resultado ciudad de nacimiento en sanas

Nacidas en Cartagena de indias	Frecuencia
7	30.43%
16	69.57%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 17. Resultado ciudad de nacimiento en toda la población

Nacidas en Cartagena de indias	Frecuencia
21	45.65%
25	54.34%

CIUDAD DONDE HABITA ACTUALMENTE

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 18. Resultado ciudad donde habitan actualmente en diagnosticadas con cáncer de mama

Habitan actualmente en Cartagena	Frecuencia
19	82.61%
4	17.39%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 19. Resultado ciudad donde habitan actualmente en sanas

Habitan actualmente en Cartagena	Frecuencia
15	65.22%
8	34.78%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 20. Resultado ciudad donde habitan actualmente en toda la población

Habitan actualmente en Cartagena	Frecuencia
34	73.91%
12	26.08%

ESTRATO SOCIOECONOMICO

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Promedio del grupo: 2.82

Estrato mas bajo: 1

Estrato más alto: 5

Tabla 21. Resultado estrato socioeconómico en diagnosticadas con cáncer de mama

Estratos	Frecuencia
1	4.55%
2	31.82%
3	36.36%
4	18.18%
5	9.09%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Promedio del grupo: 3.34

Estrato mas bajo: 2

Estrato más alto: 5

Tabla 22. Resultado estrato socioeconómico en sanas

Estratos	Frecuencia
1	0.00%
2	27.27%
3	18.18%
4	31.82%
5	22.73%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Promedio del grupo: 3.08

Estrato más bajo: 1

Estrato más alto: 5

Tabla 23. Resultado estrato socioeconómico en toda la población

Estratos	Frecuencia
1	2.17%
2	28.26%
3	26.08%
4	26.08%
5	15.21%

ESTADO CIVIL

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Estado civil que más se presenta: casada

Tabla 24. Resultado estado civil en diagnosticadas con cáncer de mama

Estados	Frecuencia
Soltera	27.74%
Casadas	52.17%
Unión Libre	13.04%
Viuda	4.35%
Otros	8.70%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Estado civil que más se presenta: casada

Tabla 25. Resultado estado civil en sanas

Estados	Frecuencia
Soltera	13.04%
Casadas	56.52%
Unión Libre	4.35%
Viuda	21.74%
Otros	4.35%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Estado civil que más se presenta: casada

Tabla 26. Resultado estado civil en toda la población

Estados	Frecuencia
Soltera	17.39%
Casadas	54.34%
Unión Libre	8.69%
Viuda	13.04%
Otros	6.52%

NUMERO DE HIJOS

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 27. Resultado numero de hijos en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
Sin hijos	21.74%

1-2	43.48%
3-4	17.93%
5-6	13.04%
7-8	0.00%
+9	4.35%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 28. Resultado numero de hijos en sanas

Rangos	Frecuencia
Sin hijos	13.04%
1-2	47.83%
3-4	34.78%
5-6	4.35%
7-8	0.00%
+9	0.00%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 29. Resultado numero de hijos en toda la población

Rangos	Frecuencia
Sin hijos	17.39%
1-2	47.86%
3-4	26.088%
5-6	8.69%
7-8	0.00%
+9	2.17%

NIVEL EDUCATIVO

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Nivel Educativo que más se presenta: universitario

Tabla 30. Resultado nivel educativo en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
Primaria	17.39%
Secundaria	13.04%
Técnico	21.74%
Universitario	39.13%
Postgrado	8.70%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Nivel Educativo que más se presenta: universitario

Tabla 31. Resultado nivel educativo en sanas

Rangos	Frecuencia
Primaria	8.70%
Secundaria	26.09%
Técnico	30.43%
Universitario	34.78%
Postgrado	0.00%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Nivel Educativo que más se presenta: universitario

Tabla 32. Resultado nivel educativo en toda la población

Rangos	Frecuencia
Primaria	13.04%
Secundaria	19.56%
Técnico	26.08%
Universitario	36.9%
Postgrado	4.34%

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 33. Resultado antecedente familiares de cáncer en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
SI	78.26%
NO	21.74%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 34. Resultado antecedente familiares de cáncer en sanas

Rangos	Frecuencia
SI	52.17%
NO	47.83%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 35. Resultado antecedentes familiares de cáncer en toda la población

Rangos	Frecuencia
SI	65.21%
NO	34.78%

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER DE MAMA

En el grupo de mujeres con diagnostico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 36. Resultado antecedente familiares de cáncer de mama en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
SI	30.43%
NO	69,57%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 37. Resultado antecedente familiares de cáncer de mama en sanas

Rangos	Frecuencia
SI	8,70%
NO	91,30%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 38. Resultado antecedentes familiares de cáncer de mama en toda la población

Rangos	Frecuencia
SI	15.21%
NO	80.4%

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 39. Resultado sistema de seguridad social diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
SI	100.0%
NO	0.00%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 40. Resultado sistema de seguridad social en sanas

Rangos	Frecuencia
SI	100.0%
NO	100.0%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 41. Resultado sistema de seguridad social en toda la población

Rangos	Frecuencia
SI	100.0%
NO	100.0%

TRATAMIENTO ACTUAL DE CANCER DE MAMA

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tabla 42. Resultado tratamiento actual de cáncer de mama en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
SI	86.96%
NO	13.04%

En el grupo de mujeres sanas, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG2 (total grupo 2): 23 mujeres

Tabla 43. Resultado tratamiento actual de cáncer en sanas

Rangos	Frecuencia
SI	00.0%
NO	100.0%

En el grupo total de la muestra se obtuvo

N (total grupo): 46 mujeres

Tabla 44. Resultado tratamiento actual de cáncer en toda la población

Rangos	Frecuencia
SI	43.47%
NO	56.52%

TIPO DE TRATAMIENTO

En el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, se obtuvo las siguientes descripciones:

NG1 (total grupo 1): 23 mujeres encuestadas

Tipo de tratamiento más utilizado: cirugía

Tabla 45. Resultado tipo de tratamiento en diagnosticadas con cáncer de mama

Rangos	Frecuencia
Cirugía	36.29%
Radioterapia	5.88%

Quimioterapia	29.41%
Combinados	5.88%
Control	23.53%

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO EN AMBOS GRUPOS.

La distribución de frecuencias de los resultados de las respuestas del cuestionario de ambos grupos fue la siguiente:

Grupo de mujeres con cáncer de mama

NG1: 23

Susceptibilidad Percibida

Tabla 46. Resultado susceptibilidad percibida en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
P1	17	73,91%	6	26,09%
P8	19	82,61%	4	17,39%
P15	10	43,48%	13	56,52%
P22	16	69,57%	7	30,43%

- ✓ El **73,91%** de las mujeres con cáncer de mama cree que pueden desarrollar cáncer en algún momento de su vida y solo el **26,09%** creen que no.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** alguien de su familia puede desarrollar cáncer de mama y el **17,37%** no cree.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres con cáncer de mama **afirma no conocer** que en su familia no hay antecedentes de cáncer de mama y el **43,48%** afirma conocer casos de cáncer de mama.
- ✓ El **69,57%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que el que alguien de su familia haya desarrollado cáncer, hace mas probable su desarrollo en ella. y el **30,43%** creen lo contrario.

Estigmatización del Cáncer

NG1:23

Tabla 47. Resultado estigmatización del cáncer en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p2	14	60,87%	9	39,13%
p9	17	73,91%	5	21,74%
p16	13	56,52%	10	43,48%
p23	12	52,17%	11	47,83%
p30	14	60,87%	8	34,78%
p37	13	56,52%	7	30,43%
p44	20	86,96%	2	8,70%
p46	11	47,83%	11	47,83%
p58	20	86,96%	3	13,04%

- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **no relacionó** la palabra cáncer con muerte y un **39,13%** si lo relacionó.
- ✓ El **73,91%** de las mujeres con cáncer de mama **no relacionó** la palabra cáncer con soledad y abandono, y solo un **21,74%** no hizo esa relación.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres con cáncer de mama **no relacionó** la palabra cáncer con sufrimiento, y un **43,48%** no hizo esa relación.
- ✓ El **52,17%** de las mujeres con cáncer de mama **no piensan** que tener cáncer es algo muy malo, y un **47,83%** no lo piensan de esa manera.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que tener cáncer de mama es una desgracia para una mujer, y un **34,78%** no lo creen así.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que el cáncer tiene cura, y un **30,43%** no lo cree.
- ✓ El **86,96%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que todas las personas con cáncer se mueren, y un **8,70%** si cree.
- ✓ El **47,83%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que la gente siente lastima por los pacientes de cáncer, y un **47,83%** no cree.
- ✓ El **86,96%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que los enfermos de cáncer son discriminados por la sociedad, y un **13,04%** si lo cree.

Etiología de la Enfermedad

NG1:23

Tabla 48. Resultado etiología de la enfermedad en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p3	8	34,78%	13	56,52%
p10	12	52,17%	9	39,13%
p17	18	78,26%	3	13,04%
p24	19	82,61%	4	17,39%
p29	20	86,96%	2	8,70%
p31	22	95,65%	1	4,35%
p36	16	69,57%	6	26,09%
p38	19	82,61%	3	13,04%
p39	12	52,17%	10	43,48%
p43	22	95,65%	0	0,00%
p45	10	43,48%	12	52,17%
p47	21	91,30%	1	4,35%
p49	12	52,17%	8	34,78%
p50	16	69,57%	5	21,74%
p52	17	73,91%	4	17,39%
p53	19	82,61%	3	13,04%
p55	21	91,30%	1	4,35%
p57	7	30,43%	15	65,22%
p59	8	34,78%	14	60,87%
p60	18	78,26%	4	17,39%

- ✓ El **56,52%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que los implantes de silicona pueden causar cáncer, y un **34.78%**, no lo cree.
- ✓ El **52,17%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** conocer las causas del cáncer de mama, y un **39.13%** no lo cree.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que las causas del cáncer de mama son iguales para todas las mujeres, y un **13.04%** lo cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que las causas del cáncer de mama son particulares en cada mujer, y un **17.39%**,no lo cree
- ✓ El **86,96%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que tener bajo peso facilite el desarrollo de cáncer de mama, y un **8.70%** lo cree

- ✓ El **95,65%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que tener cáncer de mama es un castigo de dios, y un **4.35%** si lo cree.
- ✓ El **69,57%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que realizarse dos mamografías son suficientes y que si salen bien no hay necesidad de volver a realizarlas porque no se desarrollará cáncer de mama, y un **26.09%** si lo cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que el cáncer de mama le da especialmente a las mujeres con mala suerte, y un **13.09%** si lo cree.
- ✓ El **52,17%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que si el medico hace el examen de seno no es necesaria la mamografía, y el **43.48%** si lo cree.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que si uno desarrolla cáncer de seno tiene la culpa de ello. y ninguna contesto lo contrario.
- ✓ El **52,71%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que la aparición del cáncer de mama es cuestión del destino de cada persona, y el **43.48%** no cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que alguien de su familia u otra persona puede tener la culpa en el desarrollo del cáncer de mama, y el **4.35%** lo cree.
- ✓ El **52.17%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que hay alimentos que pueden causar el cáncer de mama, y **34.78%, no lo cree**
- ✓ El **69,57%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que utilizar desodorante puede causar cáncer de mama, y el **21.74**, lo cree
- ✓ El **73,91%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que utilizar brassieres apretados puede causar cáncer de mama, y el **17.39%**, lo cree
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que tener una vida sexual muy activa puede causar el cáncer de seno, y el **13.04%**, lo cree
- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que el no tener relaciones sexuales puede causar el cáncer de seno, y el **4.35%** lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que el alcohol puede causar cáncer de seno, y el **30.43%** lo cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que el sobrepeso facilite el desarrollo de cáncer de mama, y el **34.78%**, lo cree

- ✓ El **78,26 %** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que comer poco facilite el desarrollo del cáncer de mama, y el **17.39%**, lo cree

Apoyo Familiar

NG1:23

Tabla 49. Resultado apoyo familiar en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p4	21	91,30%	2	8,70%
p11	14	60,87%	9	39,13%
p18	22	95,65%	1	4,35%
p25	18	78,26%	5	21,74%
p32	19	82,61%	3	13,04%

- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que su familia la apoyaría, y el **8.70%**, no cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **no dejaría** que su familia tomara las decisiones importantes en cuanto a la enfermedad, y el **39.13%**, si dejaría.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que su familia la culparía por desarrollar cáncer de mama, y el **4.35%**, si cree.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que cuando una mujer tiene cáncer su familia se destruye, y el **21.74%**, si cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que cuando una mujer tiene cáncer de mama pierde a su pareja, y el **13.04%** si cree.

Tratamientos

NG1: 23

Tabla 50. Resultado tratamientos en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p5	10	43,48%	12	52,17%
p12	15	65,22%	7	30,43%
p19	8	34,78%	13	56,52%
p26	14	60,87%	9	39,13%
p33	15	65,22%	7	30,43%
p40	7	30,43%	15	65,22%

- ✓ El **52,17%** de las mujeres **cree** que los tratamientos para el cáncer de mama son siempre curativos, y un **43.48%**, no lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que los tratamientos para el cáncer de mama son dolorosos, y **30.43%** lo cree.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** los tratamientos para el cáncer de mama lo dejan calvo, y un **34.78%**, no lo cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que los tratamientos para el cáncer de mama pueden ocasionar graves daños a su organismo, y un **39.13%**, no lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que después de perder un seno la vida de una mujer cambiaría negativamente, y un **30.43%** si lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que los tratamientos para el cáncer de mama generan sufrimiento y un **30.43%** no lo creen.

Medicina Alternativa no Científica

NG1: 23

Tabla 51. Resultado Medicina alternativa no científica en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p6	11	47,83%	8	34,78%
p13	17	73,91%	4	17,39%
p20	22	95,65%	1	4,35%
p27	19	82,61%	3	13,04%
p34	20	86,96%	1	4,35%
p41	8	34,78%	14	60,87%
p48	21	91,30%	0	0,00%
p51	12	52,17%	9	39,13%
p54	16	69,57%	6	26,09%
p56	21	91,30%	1	4,35%

- ✓ El **47,83%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la medicina bioenergética puede curar el cáncer de mama, y un **34.78%** si lo cree.

- ✓ El **73,91%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la sangre de chulo puede curar el cáncer de mama, y un **17.39%** si lo cree.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres con cáncer de mama **no está de acuerdo** en pedir ayuda a un brujo si tuviera cáncer de mama, y un **4.35%** si esta de acuerdo.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la aromaterapia puede curar el cáncer de mama, y un **13.04%** si cree.
- ✓ El **86,96%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la orino terapia puede curar el cáncer de mama, y un **4.35%** si lo cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **creen** que algunas plantas pueden curar el cáncer de mama, y un **34.78%** no lo creen.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **no creen** que los metales puedan curar el cáncer de mama, y ninguna lo cree.
- ✓ El **52,17%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la terapia homeopática pueda curar el cáncer de mama, y **39.13%**, lo cree.
- ✓ El **69,57%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que el noni pueda curar el cáncer de mama, y un **26.09%**, si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **no creen** que los chamanes o brujos puedan curar el cáncer de mama, y un **4.35%** lo cree.

Religión o Espiritualidad

NG1: 23

Tabla 52. Resultado religión o espiritualidad en diagnosticadas con cáncer de mama

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p7	16	69,57%	7	30,43%
P14	18	78,26%	5	21,74%
p21	21	91,30%	2	8,70%
p28	1	4,35%	22	95,65%
p35	14	60,87%	8	34,78%
p42	2	8,70%	20	86,96%

- ✓ El **69,57%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que Dios mande el cáncer como una prueba, y **30.43%** si lo cree.

- ✓ El **78,26%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que la gente que no cree en Dios muera por el cáncer, y un **21.74%**, si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que Dios mande el cáncer como un castigo, y un **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que Dios coloca a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer, y un **4.35%** no lo cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres con cáncer de mama **no cree** que Dios pueda salvarla sin ayuda de los médicos, y un **34.78%**, si lo cree
- ✓ El **86,96%** de las mujeres con cáncer de mama **cree** que la fe en Dios puede curar el cáncer de mama, y un **8.70%** no lo cree.

Grupo de mujeres sanas

Susceptibilidad Percibida

NG2: 23

Tabla 53. Resultado susceptibilidad percibida en mujeres sanas

	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
P1	18	78,26%	5	21,74%
P8	17	73,91%	6	26,09%
P15	2	8,70%	21	91,30%
P22	18	78,26%	5	21,74%

- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **cree** que pueden desarrollar cáncer en algún momento de su vida, y un **21.74%** no cree.
- ✓ El **73,91%** de las mujeres sanas **cree** que alguien de su familia puede desarrollar cáncer de mama, y un **26.09%**, no cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas comentó **no haber conocido** casos de cáncer de mama en su familia, y un **8.70%** **cree conocer** casos de cáncer de mama.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **cree** que el que alguien de su familia haya desarrollado cáncer hace mas probable su desarrollo en ella, y un **21.74%** no cree.

Estigmatización del Cáncer

NG2: 23

Tabla 54. Resultado estigmatización del cáncer en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p2	9	39,13%	14	60,87%
p9	16	69,57%	7	30,43%
p16	5	21,74%	18	78,26%
p23	10	43,48%	13	56,52%
p30	9	39,13%	14	60,87%
p37	17	73,91%	6	26,09%
p44	18	78,26%	5	21,74%
p46	10	43,48%	13	56,52%
p58	18	78,26%	5	21,74%

- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **relacionó** la palabra cáncer con muerte, y el **39,33%** **no** la relacionó.
- ✓ El **69,57%** de las mujeres sanas **no** relacionó la palabra cáncer con soledad y abandono, y el **30,43%** si la relacionó.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **relacionó** la palabra cáncer con sufrimiento, y el **21,24%**, no la relacionó.
- ✓ El **52,52%** de las mujeres sanas **piensan** que tener cáncer es algo muy malo, y el **43,48%** no piensan.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **creen** que tener cáncer de mama es una desgracia para una mujer, y el **39,13%** no creen.
- ✓ El **73,91%** de las mujeres sanas **creen** que el cáncer tiene cura, y el **26,09%** no lo creen.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **no creen** que todas las personas con cáncer se mueren, y el **21,74%** lo creen.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres sanas **creen** que la gente siente lastima por los pacientes de cáncer, y el **21,74%** no lo creen.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **no creen** que los enfermos de cáncer son discriminados por la sociedad, y el **21,74%** si lo creen.

Etiología de la Enfermedad

NG2: 23

Tabla 55. Resultado etiología de la enfermedad en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p3	14	60,87%	9	39,13%
p10	15	65,22%	8	34,78%
p17	19	82,61%	4	17,39%
p24	19	82,61%	4	17,39%
p29	21	91,30%	2	8,70%
p31	22	95,65%	1	4,35%
p36	19	82,61%	4	17,39%
p38	21	91,30%	2	8,70%
p39	15	65,22%	8	34,78%
p43	21	91,30%	2	8,70%
p45	10	43,48%	11	47,83%
p47	20	86,96%	3	13,04%
p49	10	43,48%	13	56,52%
p50	22	95,65%	1	4,35%
p52	13	56,52%	9	39,13%
p53	21	91,30%	2	8,70%
p55	21	91,30%	2	8,70%
p57	6	26,09%	17	73,91%
p59	8	34,78%	15	65,22%
p60	19	82,61%	4	17,39%

- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **no cree** que los implantes de silicona pueden causar cáncer, y el **39.13%** si lo creen.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres sanas **cree** conocer las causas del cáncer de mama, y un **34.78%** no lo cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres sanas **no creen** que las causas del cáncer de mama son iguales para todas las mujeres, y un **17.39%** si lo creen.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres sanas **cree** que las causas del cáncer de mama son particulares en cada mujer, y **17.39%** no lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que tener bajo peso facilite el desarrollo de cáncer de mama, y un **8.70%** si lo cree.

- ✓ El **95,65%** de las mujeres sanas **no cree** que tener cáncer de mama es un castigo de Dios, y un **4.35%** si lo cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres sanas **no cree** que realizarse dos mamografías son suficientes y que si salen bien no hay necesidad de volver a realizarlas porque no se desarrollará cáncer de mama, y un **17.39%** si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que el cáncer de mama le da especialmente a las mujeres con mala suerte, y un **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres sanas **no cree** que si el médico hace el examen de seno no es necesaria la mamografía, y un **34.78%** si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que si uno desarrolla cáncer de seno tiene la culpa de ello, y un **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **47,83%** de las mujeres sanas **cree** que la aparición del cáncer de mama es cuestión del destino de cada persona, y un **43.48%** no lo cree.
- ✓ El **86,96%** de las mujeres sanas **no cree** que alguien de su familia u otra persona puede tener la culpa en el desarrollo del cáncer de mama, y un **13.04%** lo cree.
- ✓ El **43.48%** de las mujeres sanas **cree** que hay alimentos que pueden causar el cáncer de mama, y un **56,52%** **no lo cree**.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres sanas **no cree** que utilizar desodorante puede causar cáncer de mama, y un **4.35%** lo cree.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres sanas **no cree** que utilizar brassieres apretados puede causar cáncer de mama, y un **39.13%** si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que tener una vida sexual muy activa puede causar el cáncer de seno, y un **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que el no tener relaciones sexuales puede causar el cáncer de seno, y un **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **73,91%** de las mujeres sanas **no cree** que el alcohol puede causar cáncer de seno, y un **26.09%** si lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres sanas **no cree** que el sobrepeso facilite el desarrollo de cáncer de mama, y un **34.78%** si lo cree.

- ✓ El **82,61 %** de las mujeres sanas **no cree** que comer poco facilite el desarrollo del cáncer de mama, y un **17.39%** si lo cree.

Apoyo Familiar

NG2: 23

Tabla 56. Resultado apoyo familiar en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p4	23	100,00%	0	0,00%
p11	14	60,87%	9	39,13%
p18	22	95,65%	1	4,35%
p25	18	78,26%	5	21,74%
p32	21	91,30%	2	8,70%

- ✓ El **100%** de las mujeres sanas **cree** que su familia la apoyaría.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **no dejaría** que su familia tomara las decisiones importantes en cuanto a la enfermedad, y un **39.13%** si dejaría.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres sanas **no cree** que su familia la culparía por desarrollar cáncer de mama, y un **4.35%**, si lo cree.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **no creen** que cuando una mujer tiene cáncer su familia se destruye, y un **21.24%** si lo creen.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que cuando una mujer tiene cáncer de mama pierde a su pareja, y un **8.70%** si lo creen.

Tratamientos

NG2: 23

Tabla 57. Resultado tratamientos en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p5	13	56,52%	10	43,48%
p12	9	39,13%	13	56,52%
p19	7	30,43%	15	65,22%
p26	15	65,22%	8	34,78%
p33	12	52,17%	11	47,83%
p40	4	17,39%	19	82,61%

- ✓ El **52,52%** de las mujeres sanas **cree** que los tratamientos para el cáncer de mama no son siempre curativos, y un **43.48%** no lo cree.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres sanas **creen** que los tratamientos para el cáncer de mama son dolorosos, y un **39.13%** si lo cree.
- ✓ El **65.22%** de las mujeres sanas **cree** los tratamientos para el cáncer de mama lo dejan calvo, y un **30.43%** no lo cree.
- ✓ El **65,22%** de las mujeres sanas **creen** que los tratamientos para el cáncer de mama pueden ocasionar graves daños a su organismo, y un **34.78%** no lo cree.
- ✓ El **52,17%** de las mujeres sanas **no creen** que después de perder un seno la vida de una mujer cambiaría negativamente, y un **47.83%** si lo cree.
- ✓ El **82,61%** de las mujeres sanas **creen** que los tratamientos para el cáncer de mama generan sufrimiento, y un **17.39%** si lo cree.

Medicina Alternativa No Científica

NG2: 23

Tabla 58. Resultado medicina alternativa no científica en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p6	11	47,83%	10	43,48%
p13	22	95,65%	1	4,35%
p20	23	100,00%	0	0,00%
p27	21	91,30%	2	8,70%
p34	18	78,26%	5	21,74%
p41	14	60,87%	7	30,43%
p48	21	91,30%	1	4,35%
p51	13	56,52%	10	43,48%
p54	14	60,87%	9	39,13%
p56	23	100,00%	0	0,00%

- ✓ El **47,83%** de las mujeres sanas **no cree** que la medicina bioenergética puede curar el cáncer de mama, y el **43.48%** si lo cree.
- ✓ El **95,65%** de las mujeres sanas **no cree** que la sangre de chulo puede curar el cáncer de mama, y el **4.35%** si lo cree.

- ✓ El **100%** de las mujeres sanas **no esta de acuerdo** en pedir ayuda a un brujo si tuviera cáncer de mama.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no cree** que la aromaterapia puede curar el cáncer de mama, y el **8.70%** si lo cree.
- ✓ El **78,26%** de las mujeres sanas **no cree** que la orino terapia puede curar el cáncer de mama, y el **21.24%** si lo cree
- ✓ El **60,87%** de las mueres sanas **no creen** que algunas plantas pueden curar el cáncer de mama, y el **30.43%** si lo cree.
- ✓ El **91,30%** de las mujeres sanas **no creen** que los metales puedan curar el cáncer de mama, y el **4.35%** si lo cree.
- ✓ El **56,52%** de las mujeres sanas **no cree** que la terapia homeopática pueda curar el cáncer de mama, y el **43.48%** si lo cree.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **no cree** que el noni pueda curar el cáncer de mama, y el **39.13%** si lo cree.
- ✓ El **100%** de las mujeres sanas **no creen** que los chamanes o brujos puedan curar el cáncer de mama.

Religión o Espiritualidad

NG2: 23

Tabla 59. Resultado religión o espiritualidad en mujeres sanas

Item	CORRECTAS	PORCENTAJE	INCORRECTAS	PORCENTAJE
p7	16	69,57%	7	30,43%
p14	20	86,96%	3	13,04%
p21	22	95,65%	1	4,35%
p28	0	0,00%	23	100,00%
p35	9	39,13%	14	60,87%
p42	3	13,04%	19	82,61%

- ✓ El **69,57%** de las mujeres sanas **no cree** que Dios mande el cáncer como una prueba, y el **30.43%** si lo cree
- ✓ El **86,96%** de las mujeres sanas **no cree** que la gente que no cree en Dios muera por el cáncer, y el **13.04%** si lo cree

- ✓ El **95,65%** de las mujeres sanas **no cree** que Dios mande el cáncer como un castigo, y el **4.35%** si lo cree
- ✓ El **100%** de las mujeres sanas **cree** que Dios coloca a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer.
- ✓ El **60,87%** de las mujeres sanas **cree** que Dios pueda salvarlas sin ayuda de los médicos, y el **39.13%** no lo cree
- ✓ El **82,61%** de las mujeres sanas **cree** que la fe en Dios puede curar el cáncer de mama, y el **13.04%** no lo cree.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA DIFERENCIA DE AMBOS GRUPOS EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

Para el análisis de los datos de ambos grupos en cuanto a diferencia o no entre las respuestas, se utilizo la prueba estadística Chi cuadrada.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

nota: todos los datos fueron calculados con 1 grado de libertad

NG1=23; NG2=23; N=46

Tabla 60. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para susceptibilidad percibida

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Susceptibilidad Percibida	1	0,1194805	No hay diferencia
	8	0,51111111	No hay diferencia
	15	7,215686	99.19%
	22	0,4509804	No hay diferencia

Tabla 61. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para estigmatización del cáncer

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Estigmatización	2	2,173913	84,27

Del cáncer	9	0,3415829	No hay diferencia
	16	5,84127	97,465
	23	0,34848484	No hay diferencia
	30	2,702432	84,27%
	37	0,4029154	No hay diferencia
	44	1,369431	68,27%
	46	0,1921585	No hay diferencia
	58	0,6052632	No hay diferencia

Tabla 62. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para apoyo familiar

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Apoyo Familiar	4	0,090909091	No hay diferencia
	11	0	No hay diferencia
	18	0	No hay diferencia
	25	0	No hay diferencia
	32	0,277915	No hay diferencia

Tabla 63. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para etiología de la enfermedad

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Etiología de la Enfermedad	3	2,277433	84,27%
	10	0,3018717	No hay diferencia
	17	0,01259023	No hay diferencia
	24	0	No hay diferencia
	29	0,000192808	No hay diferencia
	31	0	No hay diferencia
	36	0,63552342	No hay diferencia

	38	0,277915	No hay diferencia
	39	0,5335967	No hay diferencia
	43	2,002022	No hay diferencia
	45	0,010822511	No hay diferencia
	47	0,089125615	No hay diferencia
	49	1,16868	68,27%
	50	3,530421	91,67%
	52	2,434471	84,27%
	53	0,277915	No hay diferencia
	55	0,3112649	No hay diferencia
	57	0,1797896	No hay diferencia
	59	0,007905138	No hay diferencia
	60	0,00085461	No hay diferencia

Tabla 64. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para tratamiento

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Tratamiento	5	0,5511729	No hay diferencia
	12	3,3	91,67%
	19	0,186368	No hay diferencia
	26	0,034482859	No hay diferencia
	33	1,200593	68,27%
	40	1,267174	68,27%

Tabla 65. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para medicina alternativa no científica

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Medicina	6	0,1225	No hay diferencia

Alternativa Científica	no 13	2,354982	84,27%
	20	0,2222222	No hay diferencia
	27	0,277915	No hay diferencia
	34	2,686571	84,27%
	41	3,948576	91,67%
	48	9,2772727	No hay diferencia
	51	0,00074534	No hay diferencia
	54	0,71146	No hay diferencia
	56	0,023	No hay diferencia

Tabla 66. Resultado análisis estadístico Chi cuadrado para medicina religión o espiritualidad

DIMENSION	ITEM	Chi CUADRADO	Probabilidad de que los valores esperados puedan ser diferentes a los valores esperados
Religión o Espiritualidad	7	0	No hay diferencia
	14	0,6052	No hay diferencia
	21	0,3112	No hay diferencia
	28	1	No hay diferencia
	35	2,702432	84,27%
	42	0,2256	No hay diferencia

CAPITULO QUINTO

Conclusión

A partir de los resultados obtenidos en la investigación, se pueden establecer diversas conclusiones que se presentan a continuación.

El análisis de los resultados de la población en general permite concluir que de una muestra total de 46 mujeres (sanas y actualmente con cáncer de mama), el promedio de edad de todo el grupo fue de 51 años, con una edad mínima de 38 años y máxima de 74 años.

La mayoría de estas mujeres (54.34%) nació en otra ciudad diferente a Cartagena de Indias. No obstante, la mayoría habitan en esta ciudad (73.91%). En relación con el nivel socioeconómico de la población, oscila entre estratos 2, 3 y 4, lo que equivale a 2-28.26%; 3- 26.08% y 4-26.08% respectivamente.

En lo que respecta al estado civil, la mayoría son mujeres casadas (47.86%), mientras que el 17.93% son solteras y el 13.04% viudas (13.04%). Muy pocas viven en unión libre (8.69%) o son separadas (6.52%).

Prácticamente, la mitad de la población (47.86%) tiene de 1 a 2 hijos, mientras que el 36.08% tiene de 3 a 4. Sin embargo, es interesante resaltar que solo una de las mujeres de la muestra reportó tener 9 hijos. El rango de edad de las mujeres que tienen entre 1 y 2 hijos es de 40 a 60, el de mujeres que tienen entre 3 a 4 es de 41 a 74 años, y la señora que tiene 9 hijos tiene 68 años de edad.

El nivel educativo que más predomina es el universitario (36.9%) seguido del técnico (26.08%). Vale anotar que las mujeres con cáncer de mama que participaron en la investigación, pertenecen al programa magisterio de la Clínica Vargas, el cual trabaja fundamentalmente con docentes de colegios públicos. No obstante, dentro de las personas que participaron como parte de la muestra de mujeres sanas, se encontró un nivel educativo técnico universitario.

En lo que respecta a los antecedentes familiares de cáncer, se puede anotar que en ambos grupos la mayoría respondió que sí hay antecedentes de cáncer en su familia (65.21%). De hecho, tanto en el grupo de mujeres con cáncer de mama como

en el grupo de mujeres sanas, el porcentaje es estadísticamente significativo (78.26% y 52.17% respectivamente).

En cuanto a los antecedentes familiares de cáncer de mama, una proporción significativamente alta de la población que participó en la investigación (80.4%) reporta que no existen tales antecedentes a nivel familiar. Sin embargo, al comparar ambos grupos, aquel compuesto por mujeres con cáncer de mama reportó una frecuencia mayor (30.43%) que el grupo de mujeres sanas (8.70%).

Con referencia al sistema de seguridad social en salud, el 100% de las mujeres con cáncer de mama encuestadas anotaron estar afiliadas al programa magisterio y además todas las mujeres sanas encuestadas también están afiliadas al sistema de seguridad social.

En relación con el tratamiento de cáncer de mama, la gran mayoría del grupo de mujeres con este tipo de cáncer se encuentra actualmente en tratamiento oncológico (86.96%), mientras que un pequeño porcentaje no se encuentra actualmente en tratamiento oncológico (13.04%). Adicionalmente, se evidencia que el 36.29% de las pacientes han sido sometidas a cirugía oncológica, el 29.41% ha recibido o recibe actualmente quimioterapia y el 23.53% recibe radioterapia.

En cuanto a los resultados de la prueba en ambos grupos, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En cuanto a la susceptibilidad percibida en el grupo de mujeres con cáncer de mama, la mayoría de las respuestas obtenidas muestran que al parecer creen ser susceptibles de desarrollar cáncer de mama (de hecho ellas ya lo desarrollaron), aunque en el ítem 15 (alguien de mi familia ha desarrollado cáncer de mama), un porcentaje del 43.48% afirmó que sí tenía conocimiento de estos antecedentes y en el grupo de mujeres sanas solo un porcentaje del 8.70% cree conocer casos de cáncer de mama en su familia como antecedente. Igualmente, el grupo de mujeres sanas también percibe que puede desarrollar cáncer en algún momento de su vida y que su familia también lo puede desarrollar. En cuanto a la diferencia de los dos grupos en esta dimensión, la prueba chi confirma que en el ítem 15 ambos grupos muestran diferencias, pero en las demás las respuestas no hay diferencias evidentes.

Lo anterior permite concluir entonces que ambos grupos se muestran susceptibles, pero el grupo de las mujeres con cáncer conoce más casos de cáncer de mama en su familia que el grupo de mujeres sanas.

En cuanto a la estigmatización del cáncer, en el grupo de mujeres con cáncer de mama los resultados porcentuales muestran que más de la mitad contestó correctamente en cada una de las preguntas, lo que indica que no cree que tener cáncer sea algo muy malo, ni relacionan la palabra cáncer con muerte, soledad o abandono, ni creen que las personas con cáncer son discriminadas por la sociedad, ni que la gente siente lástima por ellas. En comparación esta dimensión muestra claramente cómo las mujeres sanas difieren en muchos aspectos con las mujeres con cáncer, en este punto un gran porcentaje de mujeres sanas relacionó la palabra cáncer con muerte, con soledad y abandono, creen que es una desgracia para una mujer, creen que la gente siente lástima por los pacientes y que son discriminados por la sociedad. (tabla 67).

Tabla 67. Diferencia de respuestas en estigmatización del cáncer en mujeres con cáncer de mama y en sanas.

Ítem	Porcentaje de respuestas correctas en mujeres con cáncer de mama	Porcentaje de respuestas en mujeres sanas
P2	60,87%	39,13%
p9	73,91%	69,57%
p16	56,52%	21,74%
p23	52,17%	43,48%
p30	60,87%	39,13%
p37	56,52%	73,91%
p44	86,96%	78,26%
p46	47,83%	43,48%
p58	86,96%	78,26%

Así, a partir del análisis estadístico Chi, se puede concluir que existen diferencias significativas en ambos grupos en los ítems 2, 16, 30, 37, lo que muestra que las mujeres sanas presentan creencias erróneas acerca del estigma social del cáncer en mayor medida que las mujeres con cáncer de mama. .

En cuanto a la dimensión sobre la etiología de la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama en su mayoría de respuestas contestaron correctamente acerca de las posibles causas del cáncer de mama. No obstante, los ítems donde se evidencia mayor proporción de respuestas erróneas, son el tercero (56.52%) donde se cree que los implantes de silicona pueden causar el cáncer de mama, el 45 (52.17%) donde se cree que la aparición del cáncer de mama es cuestión del destino de cada persona, el 57 (65.22%) donde se cree que el alcohol no puede causar la aparición del cáncer de mama, y el 59 (60.87%) donde no se cree que el sobrepeso facilita la aparición del cáncer de mama. Pese a que estos fueron los porcentajes más altos en respuestas erróneas, también se encontró un porcentaje significativo en el ítem 39 (43.48%), en donde las mujeres creen que si el médico hace el examen de seno no es necesaria la mamografía.

En las mujeres sanas, las respuestas acerca de esta dimensión la mayoría de respuestas son correctas (85% de las respuestas fueron correctas). Sin embargo, se encontraron algunas preguntas en donde la mayoría de respuestas (47.83%) es incorrecta como es el caso del ítem 45 donde se cree que la aparición del cáncer de mama es cuestión del destino de cada mujer, el ítem 49 (52.56%) en donde no se cree que algunos alimentos puedan causar el cáncer de mama, el ítem 57 (73.91%) donde no se cree que el alcohol pueda causar el cáncer de mama, y en el ítem 59 (65.22%) donde no se cree que el sobrepeso pueda facilitar el desarrollo del cáncer de mama.

En cuanto a la diferencia de ambos grupos el análisis estadístico Chi cuadrado solo mostró que existen diferencias en los ítems 3, 49, 50 y 52, en las que se refieren respectivamente a la creencia del desarrollo del cáncer de mama y los implantes de silicona; a la no creencia en el desarrollo y los alimentos; el desarrollo y la utilización del desodorantes; y la utilización de brassieres y el cáncer de mama.

Como conclusión, se observa primero que las mujeres con cáncer de mama tienen más respuestas erróneas al respecto de la etiología de la enfermedad que las mujeres que no han desarrollado cáncer de mama; y en cuanto a la diferencia de ambos grupos, la mayoría de respuestas fueron parecidas salvo cuatro ítems en los

que inclusive los resultados de las frecuencias son diferentes, pero los porcentajes siguen siendo favorables hacia las respuestas correctas

En cuanto al apoyo familiar, el 100% de las participantes de ambos grupos, contestó todas las preguntas correctamente; lo que significa que los porcentajes de respuesta estuvieron a favor de las respuestas correctas. No obstante, en el ítem 11 es donde se muestra un porcentaje alto en relación con la respuesta incorrecta (39.13% y 39.13% respectivamente) y se refiere al hecho de dejar que su familia tome las decisiones importantes en cuanto a la enfermedad.

El análisis estadístico Chi cuadrado, no muestra ninguna diferencia en las respuestas de ambos grupos, lo que significa que no existe presencia de creencias erróneas en relación con la dimensión evaluada.

En cuanto a la dimensión de los tratamientos, en el grupo de mujeres con cáncer de mama, el 52.17% cree que los tratamientos para este tipo de cáncer son siempre curativos, el 56.52% que provocan alopecia, y el 65.22% que generan sufrimiento. Al respecto, en el grupo de mujeres sanas, el 56.52% cree que los tratamientos para el cáncer de mama son dolorosos, el 65.22% que provocan alopecia, y el 82.61% cree que generan sufrimiento.

El análisis estadístico Chi cuadrado, muestra las siguientes diferencias entre estos dos grupos: (1) en comparación con las mujeres sanas, las mujeres con cáncer de mama no creen que los tratamientos oncológicos sean dolorosos; (2) las mujeres sanas creen que después de perder un seno la vida de una mujer cambia significativamente; y (3) las mujeres sanas creen que los tratamientos oncológicos generan sufrimiento. Como conclusión, aunque existen creencias erróneas al respecto de los temas mencionados previamente en ambos grupos, las mujeres sanas parecen tener más creencias erróneas que las mujeres con cáncer de mama en los ítems donde el chi cuadrado muestra diferencias.

En cuanto a la dimensión de medicina alternativa, el 60.87% de las mujeres con cáncer de mama, cree que algunas plantas pueden curar el cáncer, mientras que el 39.13% cree que la terapia homeopática puede curarlo. Al respecto, en el grupo de mujeres sanas el 47.83% y el 56.52% respectivamente cree que la medicina

bioenergética y la medicina homeopática pueden curar el cáncer de mama. En relación con las diferencias entre ambos grupos, se evidencia una mayor tendencia de las mujeres con cáncer de mama, a creer que la sangre de chulo puede curar el cáncer, (17.39% en las mujeres con cáncer, contra el 4.35% en las mujeres sanas) y que algunas plantas pueden curar este tipo de cáncer, tendencia (60.87% en las mujeres con cáncer, contra un 30.43% en las mujeres sanas).

En cuanto a la religión o espiritualidad, en el grupo de mujeres con cáncer de mama el 95.65% cree que Dios coloca a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer y el 86.96% cree que la fe en Dios puede curarlo. Al respecto, en el grupo de mujeres sanas, el 100% cree que Dios coloca a los médicos como herramienta de salvación para la gente que tiene cáncer, el 60.87% cree que Dios puede salvar a una mujer con cáncer de mama sin ayuda de los médicos, y el 82.61% cree que la fe en Dios puede curar el cáncer de mama. El análisis estadístico de la diferencia entre grupos, muestra que la única diferencia entre los dos grupos se encuentra en la que el grupo de mujeres sanas cree que Dios puede curar el cáncer de mama sin ayuda de los médicos.

En general, el análisis de las dimensiones evaluadas permite concluir que las mujeres sanas presentan una tendencia levemente mayor a presentar creencias erróneas en relación con este tipo de cáncer. Lo anterior permite afirmar que existen creencias erróneas sobre el cáncer de mama en ambos grupos de mujeres, tal y como se planteó en la primera hipótesis de investigación.

La dimensión en la cual se presentan mayores creencias erróneas en ambos grupos está relacionada con la etiología de la enfermedad, (con 6 creencias erróneas como mayoría de respuestas), como segunda dimensión estigmatización del cáncer (5), seguida de los tratamientos oncológicos (3), medicina alternativa (2), susceptibilidad al cáncer (1), religión y espiritualidad (1), apoyo familiar sin respuestas erróneas.

En el grupo de mujeres sanas la dimensión que mas definió creencias erróneas fue la estigmatización del cáncer (con 5 creencias erróneas como mayoría de

respuestas), seguida de susceptibilidad al cáncer (4), tratamientos oncológicos (3), etiología de la enfermedad (2), y medicina alternativa (1).

En el grupo de mujeres con cáncer de mama la dimensión que mas presento esquemas erróneos fue la etiología de la enfermedad (4), seguida de tratamiento (3), medicina alternativa (2), religión (1), susceptibilidad (1), estigmatización del cáncer (1) y apoyo familiar. (Que no presento esquemas erróneos)

Lo anterior demuestra que en el grupo de mujeres con cáncer de mama las dimensiones en las que se presentan mayoría de creencias erróneas son diferentes a las del grupo de mujeres sanas; en el grupo de mujeres sanas la dimensión que muestra mayor numero de respuestas erróneas es la estigmatización del cáncer, siendo en las mujeres enfermas la dimensión que no presentó ninguna respuesta errónea; y etiología de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama representa la que más respuestas erróneas dio, siendo en las mujeres sanas una de las que menos resultados erróneos dio.

Confirmando los resultados encontrados en estas diferencias, la prueba estadística Chi cuadrado, muestra que efectivamente la estigmatización del cáncer es la dimensión en la que se presenta un mayor número de diferencias entre los dos grupos, seguida de etiología de la enfermedad, tratamientos oncológicos, medicina alternativa, religión o espiritualidad y susceptibilidad percibida.

Se puede deducir de estos resultados entonces, que existen diferencias en las creencias sobre el cáncer de mama entre las mujeres de la Costa Atlántica colombiana, residentes en la ciudad de Cartagena de Indias, con este tipo de cáncer y actualmente sanas tal y como se plantea en la segunda hipótesis de investigación.

DISCUSION

Los resultados obtenidos durante la investigación confirman positivamente lo que en la teoría se describe, las mujeres en general, independientemente de que estén sanas o de que tengan el cáncer, poseen esquemas erróneos acerca del cáncer de mama.

Sin embargo, al inicio de esta investigación se planteó evaluar a las mujeres con cáncer de mama con dos objetivos, mirar si en ellas el hecho de desarrollar cáncer de mama influye en sus percepciones e influye en sus esquemas modificando algunos o manteniendo otros; y un segundo objetivo comparar estos resultados de mujeres con cáncer con mujeres que no lo hayan desarrollado. Los resultados de estos objetivos fueron importantes, en primer lugar parece que el hecho de desarrollar cáncer, ayuda positivamente en el cambio de algunas creencias, principalmente en la estigmatización del cáncer, ya que las mujeres con cáncer de mama contestaron correctamente esta dimensión mencionando no relacionar el cáncer con soledad, con muerte o con sufrimiento, ni creen que es una desgracia para una mujer, o que los pacientes son discriminados por la sociedad. Contrariamente, las mujeres sanas sí realizaron estas relaciones y afirmaron tener estas creencias.

No obstante, parece que el hecho de tener cáncer también influye negativamente ya que existen muchas creencias negativas acerca de los tratamientos como que todos provocan alopecia y generan sufrimiento, o que son siempre curativos. Este tipo de respuestas erróneas en las mujeres con cáncer pueden estar sustentadas en algunas experiencias negativas relacionadas con los tratamientos, el tipo de antineoplásicos que recibe, y de experiencias de personas cercanas a ellas que han recibido tratamiento con quimioterapia. Otra dimensión que se ve afectada negativamente es la etiología de la enfermedad, ya que existen muchas creencias erróneas al respecto tales como que el consumo de alcohol y el sobrepeso no son factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, o que los implantes de silicona pueden causar el cáncer de mama. Se evidencia que las mujeres con cáncer

de mama carecen de este tipo de conocimientos o que quizá estén mal informadas con respecto de la etiología de la enfermedad.

Es fundamental anotar que resulta evidente el papel de la herencia o el componente genético del cáncer en las mujeres con cáncer de mama. Así mismo, la vulnerabilidad de muchas de las mujeres sanas. No obstante, es igualmente importante reconocer que no se controlaron variables como la información bien por déficit o desconocimiento, bien por error al poseer información errada al respecto.

Una dimensión en la que no hay diferencia significativa entre ambos grupos y que al parecer el desarrollar cáncer tampoco influye en el cambio de percepción, es la medicina alternativa no científica, ya que la mayoría de respuestas mostró que en general no se cree que el noni, la sangre de chulo, la orino terapia, u otra forma de tratamiento diferente al médico cure el cáncer. Sin embargo, se evidencia una leve diferencia en el grupo de mujeres con cáncer de mama que tiende a presentar más creencias erróneas al respecto. Esto probablemente esté relacionado con los procesos de duelo y de adaptación propios de la enfermedad crónica que suponen pasar por experiencias de desesperanza y frustración por el fracaso terapéutico recurrente; recurriendo al establecimiento de creencias o acciones que se constituyen en elementos de soporte para el paciente oncológico. Adicionalmente, es necesario anotar que es probable que este tipo de hallazgos correlacione estrechamente con el nivel educativo (universitario) de las personas participantes en la investigación.

Continúa evidenciándose como un problema la percepción de invulnerabilidad frente al cáncer, lo cual confirma la necesidad imperiosa de profundizar en la evaluación de este tema para poder diseñar propuestas de intervención efectivas que aporten a la modificación del alarmante comportamiento epidemiológico del cáncer en todas sus presentaciones.

Otra dimensión que no se ve influenciada por el cáncer de mama, es el apoyo familiar, en donde ambos grupos creen que sus familiares los apoyarán en caso de llegar a desarrollar cáncer, lo que puede explicarse esencialmente por el tipo de estructura y de relaciones sociales de la sociedad costeña donde el soporte social parece ser una de las fortalezas más sobresalientes.

Una dimensión importante en la que ambos grupos tuvieron las mismas respuestas es la espiritualidad o religión, mostrando creencias como que la fe en Dios puede curar el cáncer de mama, como que Dios coloca a los médicos como instrumento de curación, o como que Dios puede curar el cáncer sin ayuda de los médicos. Ambos grupos contestaron afirmativamente estas creencias sin embargo el mayor porcentaje se encontró en el grupo de mujeres sanas. Al respecto, hay que anotar que este tipo de creencias no pueden ni deben considerarse como erróneas pues hacen parte del repertorio sociocultural de la costa Atlántica colombiana. Lo que sí vale la pena anotar es la importancia de determinar si este tipo de creencia estaría relacionada con la decisión de asumir o no el tratamiento oncológico. Y por ende, estaría representando una amenaza si influye en que la persona prefiera dejar “en manos de Dios” su tratamiento y rechazar el tratamiento médico.

Todos los resultados encontrados confirman que tanto mujeres con cáncer como mujeres sanas, poseen creencias erróneas alrededor del cáncer de mama, aunque algunas creencias son diferentes en estos grupos, se puede afirmar que en ambos grupos existen. Este resultado propone la idea de que es necesario y fundamental eliminar estas creencias ya que pueden afectar los comportamientos saludables sea antes de desarrollar la enfermedad (preventivos) o una vez que esta esté presente para asumir la conducta apropiada (comportamientos de cuidado o correctivos); por ejemplo una mujer que empieza a desarrollar cáncer de mama y crea que los tratamientos son dolorosos, o que el cáncer es una desgracia para una mujer, o que está relacionado con la muerte, o cualquier creencia errónea, puede influir en sus decisiones de realizar tratamiento o recurrir a otros tratamientos alternativos cuya validez científica es muy poca, etc.

También se propone establecer una línea de investigación en psico-oncología dentro de la Universidad Tecnológica de Bolívar que permita continuar enriqueciendo este tipo de áreas y favoreciendo la generación de conocimientos alrededor de las creencias sobre del cáncer de mama (y de otros tipos de cáncer), conocer las creencias de otras poblaciones y otras regiones, aumentar el tamaño de la muestra y aumentar el control de variables, ya que en esta ocasión las diferencias entre las poblaciones en

cuento a variables sociodemográficas no fue tan grande y no se encontraron muchas diferencias entre estas dos poblaciones. todos estos planteamientos futuros para poder generalizar resultados a toda la población y realizar programas preventivos y correctivos más eficaces que permitan disminuir la tasa cada vez más frecuente de casos de cáncer en general y de cáncer de mama.

REFERENCIAS

- Mohar, A. (2000). Epidemiología del cancer. .Manual de oncología. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Pag 9
- Bowen, D; Singal, R; Eng, E; Crystal, S; Burke, W (2003). Jewish Identity and Intentions to Obtain Breast Cancer Screening. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* pag. 79-87.
- Brannon, L., y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo.
- Braun, A (1977). *The story of cancer*.
- Bundek, N; Marks, G; Richardson, J. (1993). Role of Health Locus of Control Beliefs in Cancer Screening of Elderly Hispanic Women. *Health Psychology*. Pag. 193-199
- Castañeda, N. (2000) *Cancer invasor de mama*. .Manual de oncología. (1ª edición). México. Mc Graw Hill. Pag 345-358
- Cano-Vindel, A., Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M. G. y Pérez-Manga, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Psicologia.COM* [Online], 1 (1), 53 párrafos.
- http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_5.htm [1 Agosto 1997].
- Chavez, L. R., Hubbell, F. A., McMullin, J. M., Martinez, R. G., & Mishra, S. I. (1995). Structure and meaning in models of breast and cervical cancer risk factors: A comparison of perceptions among Latinas, Anglo women, and physicians. *Medical Anthropology Quarterly*, 9, 40–74.

Fisher, B; Constantino, J; Redmon, C. (1993). Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. *N Engl J Med* pag 328-351.

González, S. et al. *Revista Cubana de Oncología*. 1998; 14 (1): 22-23.

Gomez, L. (2000). El duelo en los niños con cáncer y sus familias.

Grau, J; Llantá, M; Chacon, M; Fleites G. (1995).sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev. Cubana oncol.* Pag 49-65.

Greer, S. y Morris, T. (1978). The study of Psychological factors in breast cancer: problems of method. *Social science and medicine*. Pag, 129-134.

Hernandez, R; Fernandez, C; Baptista, P (1999). Metodología de la investigación. Mexico Mc Graw Hill. Pag 60-61, 256-257

Herrera, A. (2000). Manual de Oncología. (1ª edición). México. Mc Graw Hill.

Herrington C. (1998). Molecular events in uterine cervical cancer. *Sexually Transmitted Infections*. Pag 101-109

Hinojosa, L (2000). Tumores benignos de mama. Manual de Oncología. (1ª edición). México: Mc Graw Hill.

Jay, R; Swerdlik, M. (2000). Pruebas y evaluación psicológicas, introducción a las pruebas y a la medicina. Mexico. Mc Graw Hill. Pag 646-647

- Lenis N; Esparza C (1996). Cáncer de mama: diagnostico, tratamiento y seguimiento. Hospital de Caldas. www.Encolombia.com/cirugiab498estudios_cancer.htm
- Mendez, F; Olivares, J; Moreno P (1997) *tecnicas de reestructuracion cognitiva*. Tecnicas de Modificacion de Conducta. Pag. 409-441.
- Meyerowitz, B; Richardson, J; Hudson, S Y Leedham, B, (1998) Ethnicity and Cancer Outcomes: Behavioral and Psychosocial Considerations. REV. Psychological Bulletin. PAG 47-70.
- Montero. J. (1997). *historia del tratamiento de cancer*. WWW. uninet.edu.
- Olivares, L. (2004). *Cancer de mama*. Higua Magazín. Republica Dominicana.
- Perez, N; Mesa, M, (2000). *Entorno sociopsicologico de las pacientes con cancer de mama*.
- Persky, V; Kempthorne, J; Shekelle, R. (1987) Personality and risk of cancer: 20 years follow up of western estudy. Psychosomatic Medicine, pag 435-439.
- Robinson, R.; Kessler, L. & Naughton, M. (1991). Cancer awareness among African Americans: A survey assessing race, social status, and occupation. Journal of the National Medical Association, pag 491–497
- Rubel, A. & Garro, L. (1992). *Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis*. Public Health , 107, 626–636.

- Schover, L; Yetman, R; Tuason, L. (1995). *Partial mastectomy and breast reconstruction: a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality*. *cáncer* 54-64.
- Valdivia, G.; Bastias, G. (1994). Epidemiología del cáncer en Chile. Boletín de la escuela de medicina de Universidad Católica de Chile. Pag 45-49
- Villaseñor, J (2000). Valoración radiológica de la mama. Manual de Oncología. (1ª edición). México: Mc Graw Hill.
- Zabel, C, (2000), Cáncer y creencias espirituales. Boletín de Psicología, Universidad Nacional del Colombia Vol. 2 No. 5.