

“Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama³

RESUMEN

Objetivo: describir las barreras que impiden a las mujeres con cáncer de mama (CaMa) acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos favorables para la detección precoz y el tratamiento oportuno. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada; la recolección de los datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas a 13 mujeres entre los 24 y 77 años de edad, con diagnóstico de CaMa, realizado entre el 2006 y 2008 en Medellín, Colombia. **Resultados:** se describen “autobarreras” como: el temor a los ámbitos y tratamientos médicos, el retraso para consultar por considerar prioritarios los compromisos laborales y familiares, y las experiencias terapéuticas negativas. **Conclusiones:** el estudio muestra que las “autobarreras” impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de CaMa, estas no pueden ser explicadas desde una visión simplista y aislada; el ser humano es el resultado de su contexto, sus vivencias personales y su relación con los otros. Uno de los principales hallazgos fue la descripción de un proceso en el que las mujeres finalmente desarrollan una nueva lógica frente al riesgo del CaMa que les permite pensar en el autocuidado y el cuidado de los otros como sujetos de riesgo.

PALABRAS CLAVE

Neoplasias de la mama, conducta de riesgo, enfermería.

1 Enfermera, Universidad de Antioquia. gceballos@cuidandote.com.co

2 Doctora en Sociología Médica; Coordinadora del Grupo de Investigación Salud de las Mujeres, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. clarag@tone.udea.edu.co

3 Este artículo es producto de la investigación titulada “Barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama”, registrada en el Comité de Apoyo a la Investigación CODI de la Universidad de Antioquia y con el apoyo del Grupo de Salud de las Mujeres de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Women's Self-imposed Barriers to Timely Diagnosis and Treatment of Breast Cancer

ABSTRACT

Objective: To describe the barriers that prevent women with breast cancer (BC) from seeking health care and adopting habits conducive to early detection and timely treatment. **Materials and methods:** This is a qualitative study based on grounded theory. The data were collected through semi-structured interviews with 13 women between 24 and 77 years of age who had been diagnosed with breast cancer. The interviews were conducted between 2006 and 2008 in Medellín, Colombia. **Results:** "Self-imposed barriers" are described, such as a fear of medical environments and treatment, delays in consulting a physician because work and family are considered a priority, and negative therapeutic experiences. **Conclusions:** The study shows "self-imposed barriers" prevent timely BC diagnosis and treatment. However, these barriers cannot be explained from a simplistic and isolated standpoint. Human beings are the result of their background, context, personal experiences and relationships with others. One of the main findings was the description of a process whereby women eventually develop a new logic concerning the risk of BC, specifically one that allows them to think about self-care and the care of others as subjects at risk.

KEY WORDS

Breast neoplasms, risk-taking, nursing.

"Auto barreiras" das mulheres para o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama

RESUMO

Objetivo: descrever as barreiras que impedem as mulheres com câncer de mama (CaMa) para acessar os serviços de saúde e adotar hábitos conducentes à detecção precoce e o tratamento oportuno. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo com base na teoria fundamentada. Na coleta de dados utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 13 mulheres entre 24 e 77 anos de idade, com diagnóstico de CaMa, levado a cabo entre 2006 e 2008 em Medellín, Colômbia. **Resultados:** descrevem-se "auto barreiras" como temor aos espaços e tratamentos médicos, a demora para consultar por dar prioridade ao trabalho e aos compromissos familiares, e as experiências terapêuticas negativas. **Conclusões:** O estudo mostra que as "auto barreiras" evitam o diagnóstico e o tratamento oportuno do CaMa. Estas auto barreiras não são simples nem estão isoladas, já que o ser humano é fruto do seu contexto, suas vivências pessoais e sua relação com os demais. Uma das principais conclusões foi a descrição de um processo em que as mulheres, eventualmente, desenvolvem uma nova lógica contra o risco de CaMa, que lhes permite pensar no auto cuidado e o cuidado dos demais como sujeitos de risco.

PALAVRAS-CHAVE

Neoplasias da mama, assunção de riesgo, enfermagem.

Introducción

El cáncer de mama (CaMa) es una de las formas de cáncer más viejas entre los seres humanos. Para los antiguos, el CaMa era “el cáncer”; la gente moría de otros tumores malignos como el de ovario, de hueso, tejido blando, mielomas, múltiples leucemias y linfomas; sin embargo, estos tumores eran invisibles, mientras que el CaMa era evidente, progresando de un pequeño nódulo a grandes tumores, causando estragos en la mama y el cuerpo (1). El aspecto del cáncer indujo a Hipócrates a llamarlo “*karkinos*”, la palabra griega para cangrejo, pues al examinarlo de cerca el tumor parecía tener tentáculos, como las patas de un cangrejo, que se extendían y agarraban tejidos normales (2).

Datos de la Sociedad Americana de Cáncer (3) muestran que el CaMa es la primera localización tumoral (1'301.867 nuevos casos) y la primera causa de muerte entre las mujeres (464.854 muertes) a nivel mundial. Su incidencia ha aumentado en todos los países del mundo (679.682 nuevos casos en países desarrollados y 593.528 nuevos casos en países en desarrollo), constituyéndose no solo en un problema de salud pública, sino también político, médico, social, psicológico y económico debido al dolor y al sufrimiento personal, los costos médicos crecientes, las muertes prematuras, y la pérdida de años productivos de vida (4). Según la Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI), este cáncer se constituye en un problema de salud pública en regiones de altos recursos y es una problemática cada vez más urgente en las regiones de bajos recursos, con un aumento del 5% en las tasas de incidencia (5).

En América Latina y el Caribe, durante el año 2002, el CaMa causó diariamente la muerte de 83 mujeres, o sea, cada hora fallecían tres mujeres víctimas de este cáncer (6). La situación para Colombia no es muy alentadora, el CaMa es un problema de salud pública creciente (7); la mortalidad por esta causa, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (8), fue de 11,3 por cada 100.000 mujeres en el año 2004, y en Antioquia fue de 10,8 por cada 100.000 mujeres en el 2003 (9), por lo que se considera la principal causa de muerte ginecológica, por encima del cáncer de cuello uterino que representó el 8,7 por cada 100.000 mujeres (10).

La principal estrategia contra el CaMa es la detección precoz, es decir, la identificación de la enfermedad en un punto en el que pueda ser tratada con técnicas que tengan el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación (7); además, el diagnóstico temprano disminuye considerablemente los costos económicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales de esta enfermedad.

Autoridades nacionales como el Instituto Nacional de Cancerología (11), y otras internacionales como la International Union Against Cancer (UICC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del programa BHGI (12), se han preocupado por disminuir las crecientes cifras de mortalidad por CaMa emprendiendo campañas para estimular su detección precoz. En Colombia, la detección temprana del CaMa se fomenta mediante la mamografía; también se recomienda brindar, a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama y se estipula la realización del examen clínico duran-

La principal estrategia contra el CaMa es la detección precoz, es decir, la identificación de la enfermedad en un punto en el que pueda ser tratada con técnicas que tengan el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación.

te la consulta médica o ginecológica (13). Como estrategias para la lucha contra el CaMa es importante recordar que su efectividad es contundente, demostrada con la mayor supervivencia y la posibilidad de curación cuando es diagnosticado y tratado tempranamente (7).

Según la OMS, cuando se dispone de las pruebas e instalaciones necesarias, el tamizaje de mujeres en apariencia sanas puede revelar la presencia de estadios tempranos o precursores de neoplasias malignas, lo que es sumamente eficaz para un tratamiento oportuno; sin embargo, a pesar de la existencia de políticas internacionales y nacionales como las mencionadas para la detección precoz, el descubrimiento tardío del CaMa y la muerte por esta causa siguen en aumento. Para algunos autores, la tardanza en el diagnóstico y el tratamiento del CaMa tiene tres categorías: el paciente, los proveedores y un conjunto de estructuras del sistema de asistencia médica (14). En este sentido, surge el interrogante acerca de si existen barreras, y de qué tipo, que les impidan a las mujeres acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos que les permitan realizar una detección precoz y, por consiguiente, un tratamiento oportuno, que disminuya significativamente las tasas de mortalidad por esta enfermedad.

Múltiples investigadores en diversos lugares del mundo se han preocupado por explorar las barreras que impiden a las mujeres acceder a un diagnóstico oportuno (14, 15, 16, 17, 18). Para Hewitt *et al.*, las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud a las mujeres con CaMa, tales como, carecer de seguro médico o de la cobertura de estos servicios; el miedo al estigma que el diagnóstico de CaMa produce en estas personas; la falta de comunicación del

proveedor de salud con las pacientes; las fallas para poner en práctica las pautas de práctica clínica, diagnóstica y de tratamiento; la inexperiencia del proveedor para evaluar la urgencia de la asistencia y la presencia de ansiedad por esta causa; el uso de ayudas y métodos de diagnóstico demasiado rápidos; la inadecuada coordinación y fragmentación del cuidado que estas pacientes requieren; el desconocimiento del proveedor acerca de los recursos que existen en la comunidad y, finalmente, un pobre sistema de garantía de calidad y responsabilidad en la prestación de los servicios de salud (16).

Otras de las barreras que la OMS refiere, están relacionadas con las deficiencias en la organización y el establecimiento de prioridades, y el uso poco eficiente de los recursos, que son obstáculos para la eficacia de los programas en países tanto industrializados como en desarrollo. En muchas ocasiones se descuidan la prevención primaria, el descubrimiento temprano y los cuidados paliativos para dar preferencia a enfoques orientados al tratamiento, independientemente de su eficacia real, en función de los costos, o de una mejor calidad de vida de las pacientes. En un estudio realizado en Colombia se encontró evidencia contundente en relación con la mayor supervivencia y la posibilidad de curación de las mujeres con CaMa cuando es diagnosticado a tiempo, aunado al creciente desarrollo de tecnologías de imágenes que han promovido su detección temprana (7).

En nuestro estudio, las “autobarreras” se entienden como aquellos obstáculos que en un momento pueden ser tanto o más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras, estas están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que

Según la OMS, cuando se dispone de las pruebas e instalaciones necesarias, el tamizaje de mujeres en apariencia sanas puede revelar la presencia de estadios tempranos o precursores de neoplasias malignas, lo que es sumamente eficaz para un tratamiento oportuno.

En nuestro estudio, las “autobarreras” se entienden como aquellos obstáculos que en un momento pueden ser tanto o más determinantes que las barreras de acceso físico o financieras, estas están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que no permiten la acción requerida.

no permiten la acción requerida; en un concepto más amplio, las barreras pueden ser el temor, el pudor, las creencias erróneas, los problemas sexuales, las angustias relacionadas con la imagen del cuerpo, el estado cognoscitivo, el contexto, la edad de las mujeres, las situaciones familiares, entre otras (14, 15, 16, 17, 18).

Con este trabajo se pretende alcanzar un enfoque integral de las barreras que existen entre las mujeres de la ciudad de Medellín, Colombia, que les impiden acudir a un diagnóstico y tratamiento oportuno para el CaMa, ya que esta realidad se analiza desde la perspectiva de la paciente.

Método

Este estudio fue realizado en la ciudad de Medellín, Colombia, durante un periodo de 15 meses, entre el 2006 y el 2008. Se utilizó el método cualitativo enmarcado en la perspectiva de la teoría fundada de Strauss (19). Las participantes fueron 13 mujeres entre los 24 y 77 años de edad, a quienes se les había diagnosticado CaMa, y que voluntariamente quisieron narrar sus experiencias.

La técnica de recolección de la información fue la entrevista semiestructurada (20), durante la cual se intentó crear un ambiente de confianza y empatía (21). Este estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo para las participantes de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, en tanto se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, diferentes a las propias de una entrevista médica (22). Para preservar la

identidad de las participantes se utilizaron nombres ficticios y se desarrolló un formato de consentimiento informado que fue diligenciado de manera voluntaria por las participantes, también se les explicó previamente el tipo de investigación, los objetivos, el propósito y los posibles beneficios y riesgos derivados de su participación.

El grupo de informantes se constituyó a partir de las siguientes técnicas: contactos personales con usuarias de programas de las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, utilizando la técnica de la bola de nieve descrita por Strauss y Corbin (19). Esta muestra responde a la técnica de máxima variación (23), la selección y el número de personas entrevistadas se orientó utilizando la estrategia del muestreo teórico que permite una saturación sugerida por Strauss (19). Cada una de las entrevistas fue grabada, para luego ser transcrita, lo que permitió conservar la fidelidad de lo narrado por las participantes.

Las entrevistas fueron transcritas textualmente, para después iniciar la codificación abierta, analizando línea por línea para extraer los significados apuntados por cada una de las mujeres (24).

Para el análisis se utilizó principalmente el enfoque straussiano de la teoría fundamentada, buscando que “la teoría emergiera a partir de los datos” (19). Además, desde la corriente glaseriana conceptualizamos lo que estaba pasando con el fenómeno estudiado, y a partir del relato de las experiencias de las mujeres pudimos comprender las barreras que tuvieron para el diagnóstico y el tratamiento oportuno del cáncer, y desde allí describir este fenómeno a fin de, como lo afirma Corbin según Cisneros (25), “conocer y mejorar el mundo”.

Utilizamos este enfoque puesto que pretendíamos no solo identificar las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno de CaMa, sino también, entender y describir cómo las mujeres las enfrentan. La recolección de los datos fue guiada por los conceptos derivados de la teoría en construcción y la comparación constante (19). Es importante aclarar que en un principio el estudio estuvo orientado a identificar las barreras solo en el diagnóstico; sin embargo, al estar abiertas a los datos, comprendimos que no solo existían barreras para el diagnóstico, sino también para el tratamiento. Una vez iniciada la codificación abierta se logró identificar un gran interés entre las mujeres por hablar sobre los efectos de tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y la mastectomía, además de las decisiones en cuanto a cómo comunicar el diagnóstico y a cuáles miembros de la familia, lo cual es comprensible dado el dolor causado por el tratamiento y el impacto sobre su autoestima y su autoimagen. Al respecto, Lima y Ferreira (26) afirman que el cáncer de mama es una marca sociocorporal repentina con la que tiene que aprender a convivir la persona diagnosticada. El interés de las mujeres en hablar sobre estos aspectos nos llevó a modificar la guía de preguntas para la entrevista con el fin de incluir aquellas referentes al tratamiento (27).

El análisis de las entrevistas se inició con la codificación abierta, donde el proceso de recolección era accesible a todas las posibilidades; se buscó que las participantes tuvieran condiciones diferentes aunque no existía una orientación específica. El análisis de los datos nos llevó a entender que existían dos grupos de barreras, uno relacionado con las “autobarreras”, y otro relacionado con las barreras del sistema de salud. A su vez, el trabajo analítico nos

condujo a la conceptualización de dos categorías principales. La primera la denominamos desarrollo de una nueva lógica, que hace referencia a los cambios de percepción de riesgo en las mujeres, y la segunda la llamamos normalización de las barreras y da cuenta del proceso de invisibilización de las barreras del sistema de salud y el arduo camino que existe para asumirse como sujetos de derechos (gráfico 1).

Las últimas entrevistas se orientaron a tratar de establecer las conexiones entre las dos categorías encontradas y la hipótesis.

Es importante anotar que, aunque no se realizó un muestreo de las personas per se (19), las condiciones de las mujeres se consideraron como un criterio de muestreo. A medida que se analizaron los datos se buscó comparar a las mujeres en términos socioeconómicos, educativos y religiosos tratando de determinar otros posibles factores que pudieran incidir en la aparición de las barreras, tales como el diagnóstico y la severidad del cáncer.

A medida que fueron emergiendo las categorías, y que las participantes introdujeron nuevos elementos, las entrevistas se redireccionaron. En la mayoría de los relatos se encontraban presentes diversas formas de “autobarreras”.

La calidad de los datos, según John Creswell (28), se garantiza cuando las categorías emergen de manera natural, se saturan y son validadas por personas que participaron como informantes en el estudio. Se utilizaron dos formas de triangulación sugeridas por Castillo y Vásquez (29), la primera fue la auditoría de expertos, con quienes se discutieron las categorías

Se logró identificar un gran interés entre las mujeres por hablar sobre los efectos de tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y la mastectomía, además de las decisiones en cuanto a cómo comunicar el diagnóstico y a cuáles miembros de la familia, lo cual es comprensible dado el dolor causado por el tratamiento y el impacto sobre su autoestima y su autoimagen.

que iban surgiendo y los hilos conductores que permitían establecer una postura teórica, y la segunda fue la presentación de los resultados de la investigación a las participantes. Durante la presentación de los resultados las participantes vieron reflejadas cada una de sus experiencias y la de otras mujeres, validando así las categorías y sus relaciones.

Las primeras dos entrevistas se constituyeron en el estudio exploratorio, que permitió refinar la guía de preguntas para el acercamiento a las mujeres y también fueron parte del estudio (29). El análisis de la información se realizó a través del Software Atlas ti, con el fin de tener un mejor dominio de los datos y una mayor organización.

Resultados

Las edades de las 13 participantes estuvieron entre los 24 y los 77 años, su nivel educativo osciló entre básica primaria, estudios secundarios completos, algunas con tecnologías, y otras con estudios universitarios; en relación con el estado civil también se pudo establecer gran variación; en cuanto a la religión, la mayoría era católica y solo dos de ellas profesaban la religión budista; el estrato socioeconómico varió entre el 2 y el 5 (siendo 1 el menor y 6 el mayor) (tabla 1).

Las mujeres del presente estudio, una vez diagnosticado el CaMa, viven un proceso que pasa de una no percepción del riesgo frente al cáncer, a una conciencia de riesgo frente a la enfermedad, que finalmente lleva a desarrollar en la mujer una “nueva lógica”, en la cual el autocuidado y el cuidado de otros se vuelve un asunto central. Este proceso lo vivencian de diversas formas de acuerdo con sus propias experiencias y el apoyo familiar.

En el gráfico 1 se puede ver la relación entre las dos categorías principales del estudio: Percepción de riesgo: desarrollo de una nueva lógica y Normalización de las barreras: ver las barreras como constantes; esta última categoría hace parte de otra publicación. En este proceso las mujeres pasan de la invisibilización o normalización de las barreras, a desarrollar mayor capacidad de empoderamiento para poder asumirse como sujetos de derechos en salud, proceso que también se refiere a pasar de la conciencia individual a una de los derechos del colectivo y de la importancia de la organización social (gráfico 1).

Las “autobarreras”

Las “autobarreras” son consideradas en este estudio como los comportamientos y las actitudes que, consciente o inconscientemente, tienen algunas mujeres frente al CaMa. Estos comportamientos y actitudes tienen su fundamento en los conocimientos, las creencias o experiencias previas de las mujeres, y determinan las actitudes, conductas o situaciones sociales que les impiden una atención oportuna (16, 18).

Los datos nos permiten establecer tres formas de expresar las barreras, a saber:

Los compromisos inaplazables

Para algunas de las mujeres del estudio los asuntos laborales y familiares primaban sobre aquellos relacionados con su propia salud, pues, aun sabiendo sobre la enfermedad presente en sus cuerpos, no iniciaron el tratamiento con la celeridad necesaria por considerar que debían solucionar estos asuntos laborales y familia-

res antes de ello, situación reflejada en el testimonio de Marta: “[...] yo me demoré para consultar, yo me demoré un poquito porque tenía mucho trabajo, yo no quería como dejar cosas de trabajo”. Margarita reflexiona sobre esta situación cuando dice: “[...] en mi caso, como tenía tantos problemas, le di más importancia a esos otros problemas que a mi caso, entonces me escudé en otros problemas personales [...], pienso que si yo hubiera estado más pendiente de mi problema me hubiera aliviado más [...], yo decía tengo cáncer, pero tengo que hacer esto primero, tengo que solucionar este problema primero”.

La información y el imaginario colectivo frente a la enfermedad

La información y la interpretación errada del proceso de la enfermedad hace que las mujeres sientan temor a consultar e iniciar los tratamientos, retrasos que facilitan la propagación del tumor. Al respecto, Laura cuenta que consultó un año después de iniciada la sintomatología: “[...] pero yo me descuidé, no fui donde el médico ni nada, hace por lo menos un año que vengo con ese problemita en el pezón y [...] me daba como miedo ir donde el médico, porque [...] que se lo alborotan [el cáncer] a uno y que se vuelve agresivo, que si lo operan a uno, que se muere más ligero, entonces con todos esos temores me dejé, me descuidé y avanzó”. Debido a esta inadecuada información, algunas mujeres solo consultaron cuando los signos y síntomas de la enfermedad fueron muy evidentes, así lo narra Laura: “Porque me empezó a salir un líquido como verde, otras veces azul, otras veces como agua sangre [...] y tenía un olor muy fétido, entonces ahí sí me empezó a dar miedo”.

Experiencias negativas previas

Algunas mujeres vivenciaron junto a sus familiares el tratamiento de CaMa, estas experiencias influenciaron su decisión a la hora de iniciar sus propios tratamientos; una de ellas continúa el tratamiento tradicional pero otra optó por uno alternativo, esta es la experiencia de María: “yo soy la sexta de la familia mía que me da un CaMa, de entre las hermanas, y tres de ellas se hicieron quimio, varias operaciones y en seis meses se fueron con mucho sufrimiento y yo no quería eso para mí, entonces por eso decidí que no [...] ellas tuvieron un sufrimiento horroroso y yo no quería tener esa experiencia”.

Por el miedo a ser diagnosticada de CaMa, y temiendo un desenlace similar al de sus cinco hermanas, María decidió no realizarse en tratamiento médico convencional, lo que le produjo un efecto paradójico: lograr una supervivencia de ocho años, mayor no solo a la de sus hermanas, sino a la del común de las mujeres diagnosticadas con CaMa; sin embargo, es claro que el miedo fue el que la llevó a tomar esta determinación. En síntesis, la decisión de no someterse a tratamientos puede estar influenciada por experiencias dolorosas previas que finalmente llevan a algunas mujeres a buscar otras alternativas. Para María el efecto pudo ser beneficioso, pero otras mujeres pueden no correr con la misma suerte.

Un asunto que emergió de los datos es la percepción de riesgo frente a la enfermedad; en general las mujeres se perciben a sí mismas como personas saludables, y podemos decir que esta es una constante en la población, pero ello puede convertirse en autobarrera para aquellas susceptibles de desarrollar CaMa.

La decisión de no someterse a tratamientos puede estar influenciada por experiencias dolorosas previas que finalmente llevan a algunas mujeres a buscar otras alternativas.

En general las mujeres se perciben a sí mismas como personas saludables, y podemos decir que esta es una constante en la población, pero ello puede convertirse en autobarrera para aquellas susceptibles de desarrollar cáncer de mama.

No existe un concepto claro y definitivo sobre la percepción de riesgo que frente al CaMa tienen la mayoría de las mujeres. Para tratar de entender este concepto es necesario hablar de percepción y de riesgo por separado. En el apartado de la discusión se desarrollará este tema.

No percepción de riesgo

En este estudio todas las mujeres se percibieron a sí mismas como personas saludables antes de ser diagnosticadas, no pensaron nunca en la posibilidad de tener una enfermedad que comprometiera sus vidas, lo que expresaron en frases como la de Lucía, de 56 años: “nunca se piensa en la posibilidad de tener cáncer”; y Marta, también de 56 años, “en ese entonces no pasó por mi mente que me iba a dar eso”; “a los más ancianitos es a los que les da cáncer”; ellas afirman haber tenido información previa sobre la enfermedad, sin embargo, coinciden en que jamás pensaron que pudieran sufrirla, pues al sentirse saludables se consideraban libres de cualquier riesgo, es decir, se tiene la información pero esta no se traduce en prácticas de autocuidado. Al respecto Lucía dice: “[...] uno es muy despreocupado, nunca cree que le van a llegar las cosas a uno, sinceramente se lo digo, yo no me preocupé por eso, no sentía nada y yo estaba bien, entonces, no me preocupaba”.

La mayoría de las mujeres de este estudio pasaron por esta etapa. Esta no percepción de riesgo continúa después del inicio de la sintomatología, pues mantienen la idea de que el cáncer es una enfermedad catastrófica que no es posible que se presente en una persona saludable; así lo afirma Patricia, de 49 años: “[...] como yo era tan aliviada y no sentía problemas, así como de tener que estar consultando a

una clínica, ni nada de eso, entonces no le daba como mucha importancia”.

Incluso aquellas mujeres con antecedentes familiares de CaMa en sus propias madres no se consideraron vulnerables a la enfermedad, así lo manifestó Claudia: “[...] yo pienso que fue como un preaviso, como un alerta, póngase las pilas que aquí puede pasar algo, algo que a la vez era tan cerquita, porque era mi mamá, como que no pensé que en un momento determinado me pudiera dar a mí”. Días antes de asistir a los controles con su madre Claudia se realizó una mamografía de rutina y en esta apareció el tumor.

En el momento en que los síntomas se hacen evidentes existe la tendencia a minimizarlos e interpretarlos como menos graves de lo que realmente son; con frecuencia, la sintomatología inicial está relacionada con el estrés o la tensión premenstrual, entre otros. Esto hace que las mujeres consulten al médico por otras causas, o no consulten, retrasando con ello la detección del cáncer, así lo relata Margarita: “[...] uno siente dolorcito en los senos y se toma una pastilla y no le para como muchas bolas”, y Oliva dice: “yo no sentía nada, solo aumento en la talla del brasier y tres bolitas”.

En muchos casos, por un periodo de tiempo las mujeres se han palpado nódulos en sus mamas sin alterarse por su presencia, pero cambios en ellos (dolor, aumento de tamaño, etc.) las llevan a sospechar de una dolencia que puede comprometer sus vidas, como el CaMa, y las hace buscar ayuda profesional y acudir a los centros de salud.

Percepción de riesgo

En el estudio no hay evidencia de cómo se produce el cambio en las muje-

res de pasar de la no percepción de riesgo a una percepción del mismo frente al CaMa, pero sí se pueden describir los dos estados, y el hecho de que las mujeres, una vez viven la experiencia del primero, pasan al segundo estado —el de la percepción de riesgo de la enfermedad—, no solo a nivel individual, sino que además piensan en el colectivo.

Una vez que las mujeres se enfrentan al diagnóstico de CaMa y deciden iniciar los tratamientos, su vida toma una dirección diferente y sus prioridades cambian: adquieren conciencia de riesgo frente a la enfermedad, lo que las lleva a desarrollar una “nueva lógica” en la que el autocuidado y el cuidado de otros se vuelven un asunto central y se reflexiona sobre la importancia de un diagnóstico oportuno y sobre la vulnerabilidad de las mujeres como un colectivo frente al CaMa, así lo expresó Lucía: “yo lo único que quisiera y lo digo siempre en los grupos y donde me dan la oportunidad de hablar, y ojalá toda la gente, todas las mujeres nos concienciáramos de estar preocupándonos por lo del cáncer de seno, y no solo del seno, hay muchos cánceres que le dan a uno, porque yo he tenido ya varios eventos de cáncer, porque el que tiene el conocimiento, no es tan horrible para uno, pero cuando uno está sin saber nada es más duro”; también María nos dice: “ojalá esta experiencia que yo tuve sirviera a otras mujeres”, y Mery recuerda: “ahora las mujeres estamos más conscientes de que nos tenemos que revisar”.

El autocuidado y el cuidado del otro como asuntos centrales

Después de vivir con la enfermedad, las mujeres empiezan a recomendar a sus hijas, sobrinas y amigas la realización del

autoexamen de mama y la mamografía de control; igualmente acuden, casi que religiosamente, a las consultas y los exámenes de control, pues para ellas el fantasma de la metástasis siempre existirá.

La experiencia de vivir con CaMa penetra sus vidas en todas las esferas, muchas coinciden en afirmar que esta experiencia les cambió la existencia, y ahora piensan más en sus propias necesidades y en su autocuidado, Carmen dice: “con el cáncer aprendí a quererme, a valorarme, a sacar tiempo para mí”. Por su parte María, aunque el cáncer le ha invadido su cuerpo, manifiesta que: “[...] yo lo que estoy buscando es tener una buena calidad de vida en este momento”.

Discusión

Para Mariona Portell (30) el riesgo es intrínsecamente subjetivo, los seres humanos han inventado este concepto para ayudarse a entender y a enfrentar los peligros y las incertidumbres de la vida. Además, el riesgo tiene aspectos emocionales y cognoscitivos, depende de lo que el observador hace, de lo que sabe y de lo que no sabe (31) al valorar una situación o un comportamiento, el sujeto puede percibir un nivel de riesgo más bajo o más alto a partir de su valoración técnica. Por su parte, la percepción es un proceso abiertamente cognitivo, de carácter espontáneo e inmediato, que permite hacer estimaciones o juicios más o menos básicos acerca de situaciones, personas u objetos en función de la información que inicialmente selecciona y posteriormente procesa la persona (32), es por esto por lo que la percepción del riesgo se presenta como un factor imprescindible a la hora de concretar la compleja gama de conductas que pueden surgir ante enfermedades o situa-

Para Mariona Portell el riesgo es intrínsecamente subjetivo, los seres humanos han inventado este concepto para ayudarse a entender y a enfrentar los peligros y las incertidumbres de la vida.

La percepción del riesgo se presenta como un factor imprescindible a la hora de concretar la compleja gama de conductas que pueden surgir ante enfermedades o situaciones peligrosas en los múltiples contextos en los que está inmerso el individuo.

ciones peligrosas en los múltiples contextos en los que está inmerso el individuo (33). Los investigadores de este tema han estudiado las condiciones que influyen en tal percepción (34, 35, 36), entre ellas las que tienen mayor influencia en la manera de percibir los riesgos como: el miedo, la experiencia, el grado de control sobre el proceso o la situación, la conciencia del mismo y los eventos que se perciben como nuevos peligros pues, mientras más consciente se esté de un riesgo, es mejor percibido, y no hay mayor preocupación por los efectos en la seguridad personal (37). Las emociones desempeñan un papel importante en la percepción de riesgos, así, la preocupación, la angustia y el temor pueden ser producto del conocimiento que se tenga sobre el riesgo, lo que influye en la percepción del mismo (38).

En este estudio se describe cómo la mayoría de las mujeres afirma haber tenido conocimientos previos sobre la enfermedad, incluso, algunas de las entrevistadas eran profesionales de la salud, quienes explican que aunque tenían la información no la hicieron propia; estos hallazgos son similares a los reportados en la literatura, los que además destacan la importancia de la información sobre estos temas. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (39) consideran que la información acerca de la magnitud del riesgo es importante para que la gente tome conciencia de los mismos. Thompson *et al.* (40) revelan en sus estudios que el término CaMa está asociado típicamente con campañas públicas que pueden ser efectivas aumentando la conciencia de las personas, pero que tal vez no son tan efectivas para motivar a las mujeres a que busquen controles y otro tipo de tratamientos preventivos (41); esto

con cuerda con los hallazgos de nuestro estudio, ya que las mujeres reconocen la existencia de información sobre el CaMa, pero afirman que esta no se hace propia.

Según la OPS-OMS (39), la información que se tenga acerca de la susceptibilidad personal frente a determinadas situaciones es importante en la transición que va de la conciencia a la decisión de actuar; en este sentido, es preciso que la información que proviene de las campañas publicitarias esté encaminada a modificar la conciencia de riesgo de las personas frente al CaMa, es decir, que más que la transmisión de información sobre esta enfermedad, se desarrollen estrategias de educación para la salud que impacten la percepción de riesgo de las mujeres frente al mismo, y que las lleve a actuar de forma oportuna frente a su detección; aunque es claro que para que se pueda dar este proceso se requiere de la interacción de otros factores tales como las creencias (35-36), la eficacia de comportamientos preventivos de la enfermedad (41), las amenazas percibidas (42-43), los sentimientos de susceptibilidad (44) y los métodos de comunicación de la información (45).

Las participantes en este estudio, antes de desarrollar el CaMa, se consideraban personas saludables y nunca pensaron en la posibilidad real de tener cáncer. Según la OPS-OMS (37), las personas tienden a ser particularmente resistentes a la idea de que se encuentran en riesgo frente a un peligro, es una tendencia a sentirse infalibles, este “optimismo irreal” se sustenta en la información disponible y en un razonamiento que induce a pensar que el peligro no es una amenaza verdadera, aunque afecte a personas conocidas; otros estudios apoyan esta opinión, Calvocoressi *et al.* (44) encontraron una no

susceptibilidad percibida y la creencia de que el CaMa no era una enfermedad seria; en un estudio realizado en Bogotá, Colombia, sobre las barreras para la toma de la citología, este hecho se presenta como un “vacío en la percepción del riesgo”, existe una tendencia entre las mujeres a percibir aquellos riesgos posibles como menos graves (45). Otro estudio sobre CaMa concluye que las mujeres presentan una falta de percepción de riesgo a tal punto que, aunque existiera una masa tumoral, la interpretan como algo sin importancia (46).

Asimismo, cuando la enfermedad se manifiesta, la sintomatología inicial es relacionada con otras enfermedades, lo que se traduce en un retraso mayor para la detección temprana del cáncer. Estos hallazgos concuerdan con un estudio, también realizado en Bogotá, sobre CaMa, donde el 62,7% de las pacientes a quienes se les diagnosticó consultaron cuando iniciaron los síntomas; sin embargo, el 34,3% no asumió una conducta frente al síntoma y un porcentaje menor consultó a la farmacia o medicina alternativa; la autora de este estudio afirma que las mujeres no le dan suficiente importancia a la sintomatología, y por ello no acuden al médico de manera inmediata (47).

Varios trabajos valoran la influencia de “autobarreras” tales como: el estatus socioeconómico y las diferencias étnicas en el uso de la mamografía. En estos trabajos se encontró que los grupos étnicos caracterizados por baja educación, bajo ingreso y segregación étnica, a menudo tienen una conciencia disminuida acerca de la prevención de la enfermedad al tiempo que tienen menos acceso a los servicios de salud y a la información (17, 48, 49). En nuestra investigación se identificó que las mujeres con mayor acceso a la informa-

ción y mejor estatus económico tienen una conciencia de autocuidado más desarrollada; sin embargo, ninguna de ellas tenía una percepción de riesgo aumentada frente a la posibilidad de tener CaMa, es decir, no se identificó una relación directa entre conciencia de autocuidado y percepción de riesgo aumentada. Estos hallazgos contrastan con lo que otros afirman respecto a que la baja percepción de riesgo frente al CaMa es una condición que va más allá de las clases socioeconómicas, incluso en aquellas mujeres con antecedentes familiares o que fueron testigos de la enfermedad de sus propias madres (18); esto contradice a Lipkus *et al.* (50) cuando afirman que individuos con una historia familiar de una enfermedad (riesgo objetivo) relatan mayores niveles de preocupación sobre el desarrollo de la misma que aquellos que no la tienen. No obstante, en un estudio con mujeres negras se encontró que aunque tuvieran un diagnóstico de CaMa en su familia en primer grado de consanguinidad, tendrían a basar su diagnóstico en factores diferentes a la herencia (45), similar a lo que encontramos en nuestra investigación.

Otros estudios (51, 53) indican que las mujeres con mayor riesgo de presentar tardanzas tienen síntomas atípicos, pequeños tumores, trabajo de jornada completa y niveles educativos más altos, lo que puede estar relacionado con lo que otros autores denominan como una tranquilidad errónea frente a la enfermedad benigna. En Colombia (47, 53), por ejemplo, encontraron que las barreras culturales para la toma de la citología se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa y del trabajo), en lugar de lo importante como debe ser el autocuidado de su salud. Este asunto ha

Otro estudio sobre cáncer de mama concluye que las mujeres presentan una falta de percepción de riesgo a tal punto que, aunque existiera una masa tumoral, la interpretan como algo sin importancia.

Si se logra impactar en la conciencia de riesgo frente al cáncer de mama en las mujeres, se podrán aumentar las prácticas de autocuidado como el autoexamen de mama, el examen clínico y la mamografía.

sido revisado por importantes autoras feministas que ven el cuidado y las relaciones de cuidado como una tarea universal de recíproca dependencia, que tiene una base ontológica, pero que debido al entrenamiento social que reciben las mujeres, esta labor recae principalmente sobre ellas. Asunto que debería estar sujeto a un nuevo ordenamiento social y jurídico. Si bien propone Gilligan (54) que las mujeres en su desarrollo moral deben salir del egoísmo al altruismo para después lograr un balance entre los dos, se observa que muchas mujeres están atrapadas en una etapa del desarrollo moral temprano que las hace poner el cuidado de los otros por encima de la necesidad del cuidado de sí mismas (54, 55).

Algunas de las mujeres del estudio viven un proceso que parte del desconocimiento para luego desarrollar una nueva lógica frente a la enfermedad; ellas inician el proceso con una baja percepción de riesgo acompañada del desconocimiento y el sentido de invulnerabilidad frente al CaMa, pasando por momentos de crisis al ser diagnosticadas como positivas y tenerse que enfrentar a los tratamientos. Muchas manifestaron que se sentían perdidas, desorientadas y angustiadas por tener que tomar decisiones que ponían en riesgo su vida. Boehmke y Dickerson, en su estudio sobre CaMa, describen el proceso de la salud a la enfermedad como la "borradura de un antiguo Yo", que tiene que ver con los cambios físicos y emocionales generados por la cirugía y los tratamientos, que no solo modifican el cuerpo, desarrollando una nueva conciencia del mismo, sino además la propia identidad, pero que al final se intensifican la capacidad y los deseos de estar preparadas para la recaída (56), proceso similar al vivido por las mujeres de nuestro estudio.

Retos para los profesionales de enfermería

Las enfermeras tienen grandes retos con la detección oportuna de las alteraciones de la mama desde que se fijó la norma técnica para la detección oportuna del cáncer de seno en la Resolución 0412 de 2000, en la cual se dieron herramientas para materializar acciones de detección oportuna del CaMa en la atención del primer nivel (57). Adicional a esto, existe el compromiso moral con la salud de las mujeres.

La enfermera tiene la oportunidad de aportar a la salud de las mujeres mediante el seguimiento de los casos sospechosos y confirmados de CaMa, pues el sentido de invulnerabilidad de las mujeres frente a la enfermedad puede llevar a un retraso mayor en el diagnóstico y tratamiento de la misma.

En la lucha contra el CaMa existe una gran oportunidad de trabajar en compañía de las mujeres que han desarrollado una nueva lógica frente a la enfermedad, pues ellas pueden generar una mayor sensibilización en las demás mujeres frente a la conciencia de riesgo.

Si se logra impactar en la conciencia de riesgo frente al CaMa en las mujeres, se podrán aumentar las prácticas de autocuidado como el autoexamen de mama, el examen clínico y la mamografía.

Es importante continuar el análisis acerca de la no percepción de riesgo, junto al sentido de invulnerabilidad frente al CaMa; este es un reto para el profesional de enfermería y los comunicadores en general, pues más que la transmisión de cono-

cimientos sobre algunas enfermedades, es necesaria la generación de una conciencia de riesgo que permita modificar el ambiente y los estilos de vida de las personas (58).

Existe evidencia científica en relación con el cuidado de las mujeres con CaMa, en donde se reconoce que la enfermera ha incorporado componentes como la comunicación, la empatía, la disponibilidad, la tranquilidad, la información práctica y una conciencia de las necesidades femeninas, algo que vale la pena visibilizarse y poner en práctica en los planes de cuidado (16, 59).

Conclusiones

Esta investigación da cuenta de algunos de los eslabones que unen los anillos

dentro del amplio mundo de las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno del CaMa; en un principio parecía que entre uno y otro no existía una relación directa; sin embargo, uno de los principales hallazgos fue la descripción de un proceso en el que las mujeres finalmente desarrollan una nueva lógica frente al riesgo del CaMa, que les permite pensar en el autocuidado y el cuidado de los otros como sujetos de riesgo.

El estudio muestra que las “autobarreras” impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de CaMa porque las mujeres, aun sabiendo sobre la enfermedad presente en sus cuerpos, no inician el tratamiento con la celeridad necesaria; la información y la interpretación errada del proceso de la enfermedad y su tra-

tamiento hacen que las mujeres sientan temor a consultar e iniciar los mismos, y las experiencias previas negativas frente al tratamiento del cáncer pueden llevar a las mujeres a buscar otras alternativas de tratamiento.

La “autobarreras” no pueden ser explicadas desde una visión simplista y aislada; el ser humano es el resultado de su contexto, sus vivencias personales y su relación con los otros; por esta razón, la no percepción de riesgo que tienen algunas mujeres frente a esta enfermedad requiere de la atención cercana y simultánea de sus contextos individuales y sociales, solo así se podrán identificar caminos que conduzcan hacia el cuidado de las mujeres con CaMa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olson J. *Bathsheba's breast: women, cancer & history*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2002. p. 320.
2. American Cancer Society. *The history of cancer 2002*. [Internet]. Disponible en: http://www.cancer.org/docroot/cric/content/cric_2_6x_the_history_of_cancer_72.asp?sitearea=cric [Fecha de consulta: 15 de diciembre de 2007].
3. American Cancer Society. *Global cancer facts & figures 2007*. [Internet]. Disponible en: URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf> [Fecha de consulta: 15 de enero de 2009].
4. Rivera D. La política del cáncer. *Rev Colomb Cancerol* 2005; 9 (1): 29-33.
5. Organización Mundial de la Salud. *Iniciativa Mundial de Salud de Mama 2006. Normas internacionales para la salud de mama y el control de CaMa* [Internet]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.htm> [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2006].
6. Robles S, Galanis E. El CaMa en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de la Salud* 2002; 12 (2): 143-147.
7. Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del CaMa: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2005; 9 (3): 93-104.
8. World Health Organization. *The impact of cancer in Colombia 2005* [Internet]. Disponible en <https://apps.who.int/infobase/CountryProfiles.aspx>: [Fecha de consulta: 13 de junio de 2011].
9. Rodríguez J. Descripción de la mortalidad por departamentos. Colombia año 2000 [Internet]. Bogotá: Centro de Proyectos para el Desarrollo Documento de Trabajo ASS/DT 016-05. 2000. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20016-05.pdf> [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2006].
10. Antioquia. Dirección Seccional de Salud. *Estadísticas vitales. Registro poblacional de cáncer en Antioquia. Boletín Informativo para la Acción - BIA Medellín, octubre 2006* [Internet]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/>

- vigilancia-epidemiologica/bias/135-bias-2006. [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2007].
11. Instituto Nacional de Cancerología. Mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2002 [Internet]. http://www.cancer.gov.co/documentos/794_cancer.pdf [Fecha de consulta: 18 de enero de 2011].
 12. Pan American Health Organization. *Breast Health Global Initiative / BHG.*, 2006 [Internet]. <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/pcc-bhgi-about.htm> [Fecha de consulta: 18 de enero de 2011].
 13. Colombia. Ministerio de Salud. Normas técnicas para la detección temprana del cáncer de seno. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000. p. 94.
 14. Angus J, Lee-Miller K, Pulfer T, McKeever P. Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: critical realism as a new foundation for inquiry. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33 (4).
 15. Daly H, Collins, C. Barriers to Early Diagnosis of Cancer in Primary Care: A Needs Assessment of GPs. *Irish Med J* [Internet]. Disponible en: <https://cancer.ie/pdfs/IMJ%20-%20S3952%20Barriers%20to%20Early.pdf> [Fecha de consulta: 28 de enero de 2008].
 16. Hewitt M, Herdman R, Holland J. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. National Research Council. 2004 [Internet]. Disponible en: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10909&page=R1 [Fecha de consulta: 28 de enero de 2008].
 17. Grana, G. Ethnic Differences in Mammography Use among Older Women: overcoming the Barriers. *Ann Intern Med* 1998; 128 (9): 773-775.
 18. Stein J, Fox S, Murata P. The influence of ethnicity, socioeconomic status, and psychological barriers on use of mammography. *J Health Soc Behav* 1998; 32 (2): 101-113.
 19. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. pp. 13-14.
 20. Arksey H, Knight P. Interviewing for social scientists and introductory resource with examples. London: Sage Publications; 1999. p. 7
 21. Morse J, Field PA. Qualitative research: methods for health professionals. Thousand Oaks: Sage Pub; 1995. pp. 89-103.
 22. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8480 de 1993 octubre 4. [Internet]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2007].
 23. Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. pp. 688.
 24. Cassiani S, Almeida A. Teoría fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos / Grounded theory methodology: the data collection and qualitative data. *Cogitare enferm* 1999; 4 (2): 13-21.
 25. Cisneros C. "Aprender a pensar conceptualmente". Juliet Corbin en conversación con Cesar Cisneros. *Puebla Forum Qual Soc Res* 2004; 5 (3): 32.
 26. Lima R, Ferreira M. The social representation of the woman about the cancer: implications for the nursing care. *Brazilian J Nurs* 2003; 2 (2).
 27. Draucker C, Martsolf D, Ross R, Rusk TB. Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qual Health Res* 2007; 17 (8): 1137-1148.
 28. Creswell J. *Qualitative inquiry and research design choosing among five traditions*. Thousand Oaks: CA Sage; 1998.
 29. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Med* 2003; 34: 164-167.
 30. Portell M, Riba MD, Bayés R. La definición de "riesgo": implicaciones para su reducción. *Rev de Psicología de la Salud*. [Internet]. Disponible en: <http://rps.umh.es/index.php/psicosalud/article/view/18/16>. [Fecha de consulta: 17 de abril de 2010].
 31. Ricciardi VA. Literature review of risk perception studies in behavioral finance: the emerging issue: En: 25th annual meeting of the society for the advancement of behavioral economics (sabe); May 15-18, New York: New York University; 2007.
 32. Pastor G. *Conducta interpersonal: ensayo de psicología social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia; 2000.
 33. Morillejo EA, Pozo Muñoz C. La percepción del riesgo en la prevención de accidentes laborales. Universidad de Almería [Internet]. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_3_6.pdf [Fecha de consulta: 17 de abril de 2010].

34. Dilorenzo TA, Schnur J, Montgomery GH, Erlich J, Winkel G, Bovbjerg DH. A model of disease-specific worry in heritable disease: the influence of family history, perceived risk and worry about other illnesses. *J Behav Med* 2006; 29 (1): 37-49.
35. Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I, Kazemnejad A. Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health* 2002; 116 (4): 245-9.
36. Nahcivan N, Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34 (20): 425-432.
37. Lostao L, Carpintero TH, Pettit J, Chorot P, Sandin B. Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening. *Eur J Public Health* 2001; 11 (3): 274-279.
38. Council of European Professional Infomatics Societies (CEPIS). Percepción de riesgo. [Internet]. Disponible en: http://www.cepis.ops-oms.org/tutorial6/e/pdf/tema_04.pdf. [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2007].
39. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Curso de autoconstrucción en comunicación de riesgo. [Internet]. Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/tutorial6/e/tema_04.html. [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2007].
40. Thompson A, Brennan K, Cox A, Gee J, Harcourt D, Harris A *et al*. Estimate of the current knowledge limitations in breast cancer research: a gap analysis. *Breast Cancer Res* 2008; 10 (26): 1-25.
41. Wong N. Investigating the effects of cancer risk and efficacy perceptions on cancer prevention adherence and intentions [Internet]. Disponible en: http://pdfserve.informaworld.com/553183_919680957_909441984.pdf [Fecha de consulta: 26 de mayo de 2007].
42. Sabatino S, McCarthy E, Phillips R, Burns R. Breast cancer risk assessment and management in primary care: provider attitudes, practices, and barriers. *Cancer Detection and Prevention Journal* 2007; 31 (5): 375-83.
43. Myers C, Jacobsen P, Huang Y, Frost Ma, Patten Ch, Cerhan J *et al*. Familial and perceived risk of breast cancer in relation to use of complementary medicine. *Cancer Epidemiol Biometric & Prev* 2008; 17: 1527-1534.
44. Calvocoressi L, Kasl S, Lee C, Stolar M, Claus E, Jones B. A prospective study of perceived susceptibility to breast cancer and nonadherence to mammography screening guidelines in African American and white women ages 40 to 79 years. *Cancer Epidemiol Biometric & Prev* 2004; 13: 2096-2105.
45. Frisby C. Messages of hope: health communication strategies that address barriers preventing black women from screening for breast cancer. *J Black Studies* 2002; 32 (5): 489-505.
46. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales R. Cervical cytology in Soacha, Colombia: social representation, barriers and motivation. *Revista de Salud Pública* 2006; 8 (3): 185-196.
47. Weisner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano de CaMa en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11 (1): 13-22.
48. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J* 2006; 12 (10): 103-110.
49. Kaplan C, Haas J, Pérez E, Gregorich S, Somkin C, Kerlikowske KE *et al*. Breast cancer risk reduction options: awareness, discussion, and use among women from four ethnic groups. *Cancer Epidemiol Biometric & Prev* 2006; 15 (1): 162-6.
50. Lipkus I, Iden D, Terrenoire J, Feaganes J. Relationships among breast cancer concern, risk perceptions, and interest in genetic testing for breast cancer susceptibility among African-American women with and without a family history of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biometric & Prev* 1999; 8: 533-539.
51. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *Journal Clin Oncology* 2003; 21 (8): 1440-1446.
52. Hansen R, Olesen F, Sørensen H, Sokolowski I, Søndergaard J. Socioeconomic patient characteristics predict delay in cancer diagnosis: a Danish cohort study. *BMC Health Service Research* 2008; 8 (49): 1-10.
53. Tartter I, Pace D, Frost M, Berns J. Delay in diagnosis of breast cancer. *Annals of Surgery* 1999; 229 (1): 91-96.

54. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Boston: Harvard University Press; 1993. pp. 216.
55. Sevenhuijsen S. Citizenship and the ethics of care: feminist considerations on justice, morality and politics. New York: Routledge; 1998. pp. 198.
56. Boehmke, MM, Dickerson SS. The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33 (6): 1121-7.
57. Halkett G, Arbon P, Scutter S, Borg M. The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. *Contemp nurse* 2006; 23 (1): 46-57.
58. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
59. Canadian Breast Cancer Foundation. Toward a Kinder Care: Tracing women's experience of breast cancer from risk awareness through detection, diagnosis, treatment and survivorship [Internet]. Disponible en: http://breastcancer.campbellfamilyinstitute.ca/pdfs/newsmedia/Toward_Kinder_Care.pdf [Fecha de consulta: 12 de enero de 2008].

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas de las mujeres que participaron en el estudio

No.	Edad	Seudónimo	Escolaridad	Estado civil	Religión	Estrato socioeconómico
1	44	Margarita	Secundaria completa	Divorciada	Católica	3
2	42	Claudia	Universitaria	Casada	Católica	4
3	77	Matilde	Primaria completa	Casada	Católica	4
4	56	Marta	Universitaria	Casada	Católica	5
5	56	Lucía	Primaria completa	Casada	Católica	3
6	49	Patricia	Tecnológica	Soltera	Católica	3
7	59	Oliva	Primaria completa	Casada	Católica	2
8	52	Mery	Tecnológica	Casada	Católica	3
9	57	Carmen	Primaria completa	Viuda	Católica	3
10	52	Gloria	Universitaria	Soltera	Budista	5
11	24	Sofía	Universitaria	Casada	Católica	5
12	62	Laura	Secundaria completa	Soltera	Católica	4
13	66	María	Secundaria completa	Divorciada	Budista	5

Gráfico 1. Relación entre categorías principales

