

**CONOCIMIENTOS, MITOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS FEMENINAS FRENTE A LA DETECCIÓN  
TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA**

**TESIS DE MAESTRÍA**

Kelly Hirssleny Zárate Cáceres

Maestría en Salud Pública  
Universidad Nacional de La Plata

**Dr. Gustavo Marín**  
**Director de Tesis**

Argentina, Septiembre de 2018

## CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>TÍTULO .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>4.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCION DEL TEMA .....</b>	<b>17</b>
<b>5.</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
	<b>5.1 Antecedentes conceptuales.....</b>	<b>24</b>
	<b>5.2 Conceptos de la investigación .....</b>	<b>25</b>
	<b>5.3 Fundamento científico.....</b>	<b>27</b>
<b>6.</b>	<b>MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>32</b>
	<b>6.1 Normas internacionales.....</b>	<b>32</b>
	<b>6.2 Normas nacionales colombianas .....</b>	<b>35</b>
	<b>6.3 Retos en el control del cáncer de mama .....</b>	<b>39</b>
<b>7.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>40</b>
	<b>7.1 Objetivo general.....</b>	<b>40</b>
	<b>7.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>40</b>
<b>8.</b>	<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>41</b>
	<b>8.1 Tipo de estudio .....</b>	<b>42</b>
	<b>8.2 Universo y muestra.....</b>	<b>42</b>
	<b>8.3 Descripción del método .....</b>	<b>43</b>
	<b>8.4 Operacionalización de variables .....</b>	<b>45</b>
<b>9.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
	<b>9.1 Informe Ejecutivo de las Sesiones de Grupo.....</b>	<b>47</b>
	<b>9.2 Tabulación y análisis de resultados obtenidos en las sesiones de grupo.....</b>	<b>49</b>
<b>10.</b>	<b>DISCUSION .....</b>	<b>72</b>
<b>11.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>78</b>
<b>12.</b>	<b>LIMITANTES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>82</b>
	<b>Reseña de la información presentada .....</b>	<b>82</b>
	<b>Información adicional no incluida en la presentación .....</b>	<b>88</b>

<b>13. Referencias .....</b>	<b>92</b>
------------------------------	-----------

### **LISTADO DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1.</b> Conocimiento Cáncer de mama.....	50
<b>Gráfico 2.</b> Reacción al diagnóstico.....	52
<b>Gráfico 3.</b> Mitos, creencias, actitudes y prácticas.....	53
<b>Gráfico 4.</b> Impacto sobre decisión de consultar .....	65
<b>Gráfico 5.</b> Propuestas prevención.....	66
<b>Gráfico 6.</b> Conocimiento actividades Hospital de Sopó.....	68
<b>Gráfico 7.</b> Creencias y prácticas impiden tratamiento o apoyo.....	69
<b>Gráfico 8.</b> ¿Por qué si?.....	70

### **LISTADO DE FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> Mama Femenina .....	82
<b>Figura 2.</b> Biopsia de mama con aguja.....	84
<b>Figura 3.</b> Biopsia abierta de mama .....	86
<b>Figura 4.</b> Biopsia de los ganglios centinelas.....	86
<b>Figura 5.</b> Tumorectomía .....	87

## 1. TÍTULO

Conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente a la detección temprana del cáncer de mama.

## 2. RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama es una enfermedad prevalente en la población femenina de Latinoamérica con una tasa aproximada de 44/100.000 mujeres, provocando la muerte en el 12% de las afectadas aún con los tratamientos más avanzados. En Colombia la mortalidad por cáncer de mama no ha cambiado en los últimos 20 años a pesar de contar con equipos adecuados, tecnología innovadora y especialistas responsables. Una de las causas asociadas al aumento la mortalidad, es el hecho que algunas mujeres, especialmente las que habitan en áreas rurales, acceden tardíamente a la consulta médica cuando existen estadios avanzados de la enfermedad. Resulta primordial entonces contar con un sistema de detección oportuna de éste cáncer que permita un mejor control y mayores posibilidades de controlar la patología oportunamente. Sin embargo, los conocimientos, mitos, creencias y actitudes que tiene la población en riesgo de sufrir la enfermedad, puede impactar de manera negativa tanto en el tiempo de consulta como en la modalidad de la misma; en el acceso al sistema de salud; en el abordaje personal que hace cada afectada, y en la relación que tiene el o la paciente con el entorno.

**El objetivo** del presente trabajo fue conocer y analizar en detalle las características de los mitos y creencias en torno al cáncer de mama que poseen las mujeres de una población rural de Colombia en aras que sus resultados ayuden a elaborar nuevas estrategias para prevención y detección precoz del cáncer mamario en la comunidad de Sopó.

**Metodología:** se empleó la técnica de sesión de grupo, para conocer la valoración y percepción que tienen las personas acerca de los conceptos que rodean un tema, en el presente caso el cáncer de mama y para permitir aproximarse a aspectos concretos de la conducta humana, respetando el contexto individual, los valores, normas, sentimientos que poseen las personas en torno al tema investigado (1). Se empleó también esta técnica para explorar las percepciones de los pacientes y también de los profesionales que los atienden.

**Resultados Principales:** Los resultados obtenidos con el presente estudio muestran que las creencias y mitos de las mujeres en torno a la detección y tratamiento frente a la posible presencia del cáncer de mama son numerosos y en su mayoría infundados. Una de cada 4 mujeres asocia esta patología a muerte, y el 10% de las entrevistadas cree que una diferencia de tamaño entre ambas mamas es sinónimo de este tipo de cáncer. Un 30% cree que el estrés, el tipo de ropa interior o la realización de una mamografía pueden ocasionar el cáncer y más del 50% de las encuestadas reconoce como primeras acciones que se deben realizar ante estas neoplasias, tratamientos que carecen de evidencia científica (caldo de pichón, sangre de chulo, higuerilla, sábila, guanábana, o agua de rosas). Así mismo se identificaron algunas de las razones por las cuales algunos de los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de los entrevistados se constituyeron en barreras que demoraron la consulta médica, o capaces de obstruir la aplicación de técnicas, tratamientos y apoyos terapéuticos útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama en la comunidad de Sopó, Cundinamarca.

**Conclusiones:** particularmente se estableció que los conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente al cáncer de mama, impactan sobre la decisión de asistir a consulta médica y por consiguiente pueden entorpecer la detección temprana de la patología, en la población del municipio de Sopó ubicado en Cundinamarca,

Colombia. Se comprobó que entre las consecuencias que tiene dichas creencias sobre la actitud de la mujer para asistir oportunamente a la consulta médica predomina el temor a la patología sobre la opción de descartar o confirmar la presencia de cáncer de mama, siendo ésta la principal causa de la demora en realizar la primer consulta médica o para optar por métodos diagnósticos alternativos. Finalmente, al analizar las actividades de prevención realizadas por el Hospital de Sopó, se evidenció que en la institución no se tienen en cuenta las creencias de la población respecto al cáncer de mama, convirtiéndose este hecho, como lo demuestran los registros de usuarios del Hospital en una barrera para que la población más vulnerable y originaria se acerque a la Institución y se beneficie de la aplicación eficaz de los programas de salud municipales o nacionales presentes en la misma. Desde las Instituciones públicas municipales o nacionales, no se realiza investigación sanitarias, ni se suelen revisar las prácticas en la atención de la salud, por lo cual, los resultados del presente estudio, podrán colaborar no solo al avance científico del sector, sino a programar en acciones de prevención que se trasuntan en beneficios concretos para la población que por razones culturales hoy no accede al sistema o bien que lo hace tardíamente.

El tener en cuenta los conocimientos, mitos y creencias de la población usuaria del Hospital de Sopó en Cundinamarca, Colombia; e incorporar estos aspectos en las políticas de prevención contra el cáncer de mama; podrá mejorar no sólo el número de beneficiarios de las mismas sino también el diagnóstico precoz de esta patología en dicha población.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, mitos, creencias, impacto negativo

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se han publicado diversas experiencias y recomendaciones para intentar mejorar la atención de salud y promover el control mamario, así como para aumentar el acceso al tratamiento de cáncer mamario en países de recursos económicos limitados (2). Organizaciones internacionales, médicos, tomadores de decisiones y partidarios de investigaciones en cáncer coinciden en la necesidad de abordar con mayor seriedad y desde ámbitos académicos multidisciplinarios, la tasa creciente de cáncer de mama en los países en desarrollo y la necesidad de prestar más servicios a las mujeres en riesgo.

Hay muchos retos en la atención de salud que exceden la capacidad de cualquier organización o sector para enfrentarlos de manera eficaz, especialmente en un mundo globalizado donde los límites tradicionales entre lo que son responsabilidades 'públicas' y 'privadas' ya no son muy claros. Es así que, dada la innegable necesidad de poner a disposición de las mujeres médicamente sub-atendidas una atención de salud económicamente factible y socialmente apropiada, también es vital, respetando los conocimientos que tienen las mujeres rurales acerca del cáncer (tales como que si la mama duele es cáncer); cuestionar el conjunto de mitos y creencias que culturalmente se han popularizado en torno a la salud de la mama y el control del cáncer, para que puedan desarrollarse métodos económicamente estratificados de provisión de atención con los recursos de atención de salud disponibles y en la inminente eliminación de las ideas que alimentan una cultura del miedo en lugar de una cultura de la salud.

El más reciente análisis de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (ENT) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, señala aumento del cáncer de mama en el país, y lo que es peor, los diagnósticos se están efectuando muy tardíamente, aspecto que perfila a esta enfermedad como un problema de salud pública debido a que por su causa anualmente fallecen cerca de 2.649 mujeres. (3)

En países desarrollados, los avances en el tratamiento y en la instauración de programas organizados de tamizaje han influido en la tendencia al descenso de las cifras de mortalidad por este tipo de cáncer, por lo cual es de destacar que en países como Colombia, se han realizado esfuerzos importantes por parte del Ministerio de salud, como la adopción del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, el cual plantea que intervenciones oportunas, certeras y coordinadas pueden reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad por esta enfermedad (3).

Como dato netamente informativo es interesante mencionar que en Colombia, la primera mastectomía fue practicada por José Tomás Henao en 1888 en Manizales; ya accediendo a los datos procedentes de la revisión bibliográfica, durante el período 2004 a 2008, el cáncer entre las mujeres colombianas constituyó el 19.6% del total de muertes, con 15.848 muertes por año, siendo el de mama la mayor causa con 12,3%. Este cáncer incrementó su tasa de mortalidad en ese país de 7.4 muertes por cada 100,000 mujeres en el período 1989–1993 a 9.1 muertes por cada 100,000 mujeres para los años 2004–2008, siendo más afectados los Departamentos de San Andrés, Valle del Cauca, y Quindío con 11.6, 10.9 y 10.7 muertes/100,000 mujeres, respectivamente (3).

En el Departamento de Santander de Colombia el cáncer de mama es la segunda neoplasia de muerte prematura entre las mujeres según determina la carga de la enfermedad respecto de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). La incidencia, al comparar la tasa ajustada por edad con otros países latinoamericanos, Colombia tiene menor incidencia que Argentina, Brasil y Perú (3).

Resulta digno de destacar que en Colombia se han desarrollado varios estudios sobre esta neoplasia, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, de los cuales se puede



obtener información no sólo de aspectos epidemiológicos y clínicos sino de aspectos asociados a la percepción que tienen las mujeres padezcan o no la enfermedad.

Entre las acciones de prevención y cuidado desarrolladas por el Gobierno Nacional Colombiano pueden mencionarse retos como:

- a) Lograr y mantener hábitos de vida saludable para las mujeres y sus familias;
- b) Alcanzar una cobertura mayor para la detección de la enfermedad en estadios tempranos; y
- c) Mejorar la oportunidad en la atención de las pacientes diagnosticadas.

Así mismo existen por lo menos tres actividades clave que pueden permitir a las mujeres detectar esta enfermedad a tiempo, a saber:

4. Realizar la mamografía cada dos años, a las mujeres entre los 50 y 69 años de edad, o antes según criterio médico.
5. Práctica del examen clínico de la mama cada año a toda mujer a partir de los 40 años como parte del examen físico de la mujer.
6. Realizar el autoexamen de mama todos los meses como práctica de autocuidado de la mujer.

Sin embargo cada una de estas prácticas, con frecuencia resulta obstruida por el conjunto de creencias, mitos y conceptos que tiene cada persona respecto al cáncer los cuales además de resultar exagerados o falsos generan temor en las pacientes retrasando la detección de la patología o generando consultas tardías.

Otro aspecto importante para el control de los factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer radica en la falta de practicar actividad física, la ausencia de frutas y verduras en la dieta diaria; y la presencia de sobrepeso y obesidad en la población femenina (3). Al respecto, existen estudios acerca de representaciones sociales en mujeres sin cáncer de mama, las cuales evidencian que éste carcinoma se asocia al mito

de los estilos de vida, que responsabiliza al paciente y que acarrea pérdidas importantes con efecto emocional destructivo como el miedo y la desestabilización del proyecto de vida, sumado a la creencia de que existe angustia por deficiente calidad de la atención en salud y sufrimiento para la familia.

Algunas de las ideas y percepciones de la población femenina colombiana acerca del cáncer en general y del cáncer de mama en particular son (3):

- 1) **Tener cáncer es una sentencia de muerte.** En el mundo actualmente, los índices de supervivencia a cinco años de algunos tipos de cáncer, como el de mama, sobrepasan el 90 por ciento. Sin embargo, es importante destacar que esos índices están basados en datos provenientes de un enorme número de personas. La cantidad de tiempo que un paciente con cáncer va a vivir y la posibilidad de que muera o no debido a la enfermedad depende de muchos factores, entre otros, la velocidad en el diagnóstico temprano, la rapidez con que avanza el cáncer, cuánto se ha diseminado en el cuerpo, si existen tratamientos eficaces disponibles y el estado de salud general de la persona (3).
- 2) **El consumo de azúcar empeora el cáncer.** Diferentes estudios indican que las células cancerosas consumen más azúcar (glucosa) que las células normales, ningún estudio ha demostrado que consumir azúcar hace que el cáncer empeore o que, si se deja de consumir azúcar, el cáncer disminuya o desaparezca; no obstante, una alimentación con alto contenido de azúcar puede tener como consecuencia un aumento excesivo de peso y la obesidad que puede causar en la mama mayor tejido graso capaz de producir estrógenos por otras vías distintas a las normales (4).
- 3) **Los edulcorantes artificiales causan cáncer.** Investigaciones acerca de la seguridad de los edulcorantes artificiales (sustitutos del azúcar) sacarina;

ciclamato; espartame; acesulfamo de potasio; sucralosa o esplenda y neotame no han encontrado ninguna evidencia de que causen cáncer en seres humanos. Todos estos edulcorantes artificiales, excepto el ciclamato, han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su comercialización en Estados Unidos y por derivación, en otros países latinoamericanos, incluido Colombia (4).

- 4) **El cáncer es contagioso.** Histórica y científicamente se ha comprobado que en general, el cáncer no es una enfermedad contagiosa; la única circunstancia en la que el cáncer puede pasar de una persona a otra es en el caso de trasplantes de órganos o tejidos. Si una persona recibe órganos o tejidos de un donante que tuvo cáncer en el pasado, podría enfrentar en el futuro un mayor riesgo de padecer cáncer relacionado con el trasplante. Pero ese riesgo es extremadamente bajo, cerca de dos casos de cáncer por cada 10.000 trasplantes de órganos, de hecho el ejercicio médico tradicional evita usar órganos o tejidos de donantes con antecedentes de cáncer. En algunas personas, es posible que la causa del cáncer sea la presencia de ciertos virus (algunos tipos de virus del papiloma humano o VPH, por ejemplo) y bacterias (como *Helicobacter pylori*). Si bien los virus o las bacterias pueden pasar de una persona a otra, los cánceres que estos a veces causan no se pueden diseminar de una persona a otra (4).
- 5) **Tener una actitud, positiva o negativa, determina el riesgo de cáncer o las posibilidades de recuperación.** No existe evidencia científica sólida que relacione la "actitud" de una persona con su riesgo de padecer cáncer o morir por la enfermedad. El padecimiento genera estados emocionales de tristeza, enojo o desasosiego así como de optimismo y ánimo; posiblemente las personas con una actitud positiva tengan más oportunidades de mantener saludables

relaciones sociales, estar activas, realizar actividad física y asumir que el apoyo emocional ayuda a afrontar el cáncer (5).

- 6) **Una cirugía para el cáncer o una biopsia de un tumor pueden causar que el cáncer se disemine al resto del cuerpo.** La probabilidad de que una operación haga que el cáncer se disemine a otras partes del cuerpo es extremadamente baja porque los cirujanos siguen procedimientos estándar y usan métodos especiales con varios pasos para prevenir que las células cancerosas se diseminen durante las biopsias o las operaciones quirúrgicas realizadas para extirpar tumores y en caso de requerir extirpar tejidos de más de un área del cuerpo, se usan instrumentos quirúrgicos diferentes para cada sitio (5), pero así mismo debe tenerse en cuenta que si una paciente se sujeta a una cirugía radical se presupone que la enfermedad ya está diseminada y después de la cirugía sus bajas defensas inmunológicas pueden diseminar la enfermedad en la mama.
- 7) **El cáncer empeora si se expone al aire.** Se ha comprobado que la exposición al aire no hace que los tumores crezcan más rápido ni causa que el cáncer se disemine a otras partes del cuerpo (4).
- 8) **Los teléfonos celulares causan cáncer.** De acuerdo con las indicaciones de estudios recientes el cáncer se produce por mutaciones genéticas; los teléfonos celulares emiten un tipo de energía de baja frecuencia que no hace daño a los genes (4). Sin embargo algunos trabajos sugieren que la radiación electromagnética podría alterar la constitución del cerebro.
- 9) **La cercanía a cables de alta tensión causa cáncer.** Según estudios científicos serios realizados hasta el momento, aunque los cables de alta tensión emiten tanto energía eléctrica como magnética, las paredes y otros objetos bloquean o debilitan con facilidad la energía emitida por ellos de manera que la energía

magnética que emiten es una forma de radiación de baja frecuencia que no causa daño a los genes (5).

10) **La medicina basada en hierbas puede curar el cáncer.** Algunos estudios permiten suponer que los tratamientos alternativos o complementarios podrían ayudar a los pacientes a tolerar los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer, por ejemplo algunas hierbas medicinales, pero no existen pruebas de que algún producto herbario sea eficaz para el tratamiento del cáncer; de hecho, algunas hierbas medicinales pueden ser perjudiciales cuando se consumen durante la quimioterapia o la radioterapia porque pueden interferir con el funcionamiento de estos tratamientos (6).

11) **El cáncer es hereditario entre miembros de una misma familia.** El cáncer es causado por cambios dañinos (mutaciones) en los genes. Aunque sólo entre 5 y 10 por ciento de los cánceres son causados por mutaciones dañinas que la persona hereda de sus padres. En familias con mutaciones heredadas que causan cáncer, varios miembros de la familia suelen padecer del mismo tipo de cáncer. Estos cánceres se denominan cánceres "familiares" o "hereditarios", pero el 90 a 95 por ciento restante de los cánceres, son causados por mutaciones que le suceden a la persona durante la vida como consecuencia natural del envejecimiento y la exposición a factores ambientales. Estos cánceres se denominan cánceres "no hereditarios" o "espontáneos" (4).

12) **Nadie en la familia ha tenido cáncer, por eso no hay ningún riesgo.** No. Según datos recientes, cerca de 40 % de hombres y mujeres recibirán un diagnóstico de cáncer en algún momento de su vida. La mayoría de los cánceres son causados por cambios genéticos que suceden a través de la vida de la

persona o por factores como el tipo de alimentos que se consumen, la cantidad que se come de ellos y si se practica o no ejercicio, entre otros.

- 13) **Los antitranspirantes pueden causar cáncer de mama.** Estudios realizados hasta el momento, no han encontrado ninguna evidencia que relacione las sustancias químicas que generalmente se encuentran en los desodorantes con cambios en el tejido mamario (5). El origen de esta creencia se basa en la similitud que existe entre los estrógenos y los parabenos, que si bien es cierta la equivalencia hace que éste sea insignificante frente a los estrógenos en la aplicación práctica.
- 14) **El uso de tintes para el cabello aumenta el riesgo de cáncer.** No existe evidencia científica convincente que indique que el uso personal de tintes para teñir el cabello aumente el riesgo de cáncer. Sin embargo, algunos estudios parecen indicar que peluqueros y barberos que se exponen con regularidad a gran cantidad de tintes para el cabello y otros productos químicos similares, podrían tener un mayor riesgo de cáncer de vejiga.
- 15) **El cáncer de mama es doloroso.** Si existe dolor en las mamas, aunque la persona se sienta bien, debe consultar al médico por sospecha de cáncer u otra patología, ya que en realidad este cáncer no duele pero aplicar acciones de prevención siempre permitirá un tratamiento oportuno cuando se detecta en una etapa temprana (6).
- 16) **Un golpe en la mama que genera moretón produce cáncer de mama.** Darse un golpe o lastimarse las mamas no produce cáncer. En general, los doctores no pueden explicar la razón por la que algunas personas padecen cáncer y otras no, pero es claro que lastimarse las mamas no aumenta el riesgo de que una mujer padezca cáncer de mama.

17) **Se pierde la virginidad al hacerse la prueba de cáncer de cuello uterino.**

Muchas mujeres que aún no han tenido relaciones sexuales quieren saber si todavía son vírgenes después de una prueba de PAP, en realidad esta prueba puede hacerse sin afectar la virginidad (4).

18) **Un ultrasonido es suficiente para la detección de cáncer.** De acuerdo con los

especialistas en Oncoplástia Mamaria, el ultrasonido sólo da una confiabilidad de 35%, por lo que es necesario hacer una mastografía y un examen clínico para que ese porcentaje se incremente a 96% (6).

19) **La mastografía emite radiación, por lo que puede favorecer el desarrollo**

**de cáncer.** El estudio expone a la mujer a un nivel de radiación menor al que recibe naturalmente en el medio ambiente; por lo tanto, no es un factor de riesgo. Incluso ha sido considerado como el examen que menos radiación emite. Sin embargo, no se aconseja para menores de 40 años, a menos que un especialista lo indique, debido a que el tejido funcional es denso y no deja ver las estructuras que se necesitan ver, no porque aumente el riesgo de Cáncer con la radiación (5).

20) **El cáncer de mama es mortal.** Actualmente la palabra cáncer ya no es

sinónimo de enfermedad terminal, pues existen diversas opciones terapéuticas para tratarlo y su detección oportuna, un adecuado tratamiento, el control y el seguimiento periódico mantienen las expectativas de vida.

21) **Usar *brassier* con varillas aumenta el riesgo.** Este tipo de prendas, incluso

aquellas que presionan el busto para levantarlo y darle mayor volumen, no son factor de riesgo para padecer cáncer, ni siquiera hay una base científica acerca de la creencia de que dificultan la circulación y pueden ocasionar un tumor (6).

- 22) **Combatir la enfermedad implica perder la mama.** Cerca del 80% de los casos logran conservar la mama. En ocasiones, una biopsia de extirpación del tejido es la única cirugía que una mujer necesita para eliminar todo el tumor. No obstante, hay casos en los que se requiere la extirpación total de la mama (5).
- 23) **Tener pechos pequeños reduce el riesgo de padecerlo.** El tamaño del busto no tiene ningún vínculo con la probabilidad de desarrollar un tumor. Toda mujer, independiente del tamaño de sus senos puede verse afectada por esta enfermedad (4).

Estas afirmaciones resultan en un conjunto evidente de creencias que pueden modificar o retrasar el acceso de las mujeres a la consulta o control oportuno y por lo tanto vale la pena sopesar y poner a prueba las mismas.

Por esta razón, el problema de investigación expuesto en este plan de trabajo puede plantearse en los siguientes términos:

**¿La identificación de los conocimientos, mitos, creencias y actitudes que poseen algunas mujeres colombianas frente a la detección temprana del cáncer de mama, puede retrasar su consulta oportuna?**

**¿El recabar este tipo de conocimiento, puede ayudar a optimizar la formulación de planes de prevención desde las diferentes disciplinas y ciencias de la salud para mejorar la accesibilidad y la consulta oportuna de esta población?**



#### 4. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCION DEL TEMA

El cáncer de mama es la causa más común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo, con tasas de mortalidad más altas en los países de bajos recursos. En Colombia, la enfermedad se perfila como un problema de salud pública debido a que por su causa anualmente fallecen 2.649 mujeres, particularmente en el departamento de Cundinamarca, el cáncer de mama, se registra cerca de 35.7 casos por cada 100 mil habitantes y una mortalidad cercana al 10.8, cifras que evidencian la necesidad de aumentar el control de rutina y la detección temprana.

A pesar de los considerables adelantos científicos en su tratamiento, la mayor parte del mundo afronta carencias de recursos que limitan la capacidad para mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. La Iniciativa Mundial de Salud de la Mama (conocida por las siglas en inglés de la Breast Health Global Initiative / BHGI) tiene por objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con recursos limitados para la atención sanitaria, a fin de mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama (7).

Por su parte entre las prioridades formuladas por la ya citada subdirección de Enfermedades No Transmisibles (ENT), del Ministerio de Salud de Colombia, se destaca la necesidad de priorizar la implementación de estrategias de detección temprana para el control del cáncer de mama en la población ya que alrededor de 8.686 casos son detectados al año; siendo la mayor cantidad de ellos registrados en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Santa Marta y San Andrés (3).

La ocurrencia de mayor mortalidad por causa de este cáncer en las grandes ciudades del país, puede explicarse por la presencia de factores de riesgo comunes

relacionados con la urbanización y el desarrollo; pero también son significativos aspectos como: la edad tardía del primer embarazo, la baja paridad y la no práctica de lactancia materna, que en especial para mujeres jóvenes se suman a factores de riesgo como: menor prevalencia de la práctica de actividad física; mayor prevalencia de obesidad en el contexto urbano; madurez más temprana en la mujer de hoy (menarquia-bebe); inicio de consumo de licor y cigarrillo alrededor de los 12 a 16 años; rechazo a tener hijos por motivo de trabajo y en general el medio ambiente, principalmente las comidas "chatarra" son en su conjunto posibles causas por las cuales ha aumentado este cáncer en mujeres jóvenes, aunque nada inciden la muerte por cáncer como una consulta tardía (3).

Es común escuchar diferentes opiniones que no sólo cuestionan los métodos convencionales de prevención y tratamiento disponibles para el cáncer de mama, sino que además por su capacidad para afectar a muchos es necesario conocer y ocasionalmente, enfrentar algunas creencias condenatorias o alternativas que desvían de la idea central clave que consiste en disponer de la mayor información posible para lograr que muchas vidas sean salvadas o puedan alejarse de procesos dolorosos como la radioterapia o la quimioterapia.

Es innegable que algunos tratamientos convencionales para el cáncer son peligrosos y que de hecho no aportan suficiente evidencia de su efectividad, en consecuencia de los cual a menudo surge una pregunta derivada de la cantidad de muertes registradas como consecuencia del cáncer: ¿en qué proporción la causa real de muerte es el mismo tratamiento para el cáncer? La clave es que no hay respuesta precisa pero se estima que el año pasado sólo en Gran Bretaña murieron 15.000 personas a consecuencia del tratamiento tardío del cáncer y no a causa del cáncer (7). No se sabe con precisión si como resultado del tratamiento muere el 1% o el 100% de los pacientes,

pero se sabe en cambio que las chances de curación son inversamente proporcional al tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (8).

Dos oncólogos de la Universidad canadiense McMaster de Hamilton, especializados en el tratamiento del cáncer de mama con radioterapia, los doctores Colin B Seymour y Carmel Mothersill, publicaron un esclarecedor artículo en el que plantean directamente que todo lo que cree saberse sobre el cáncer de mama debería revisarse en profundidad (5).

De alguna manera en algunas comunidades originarias, curar el cáncer podría convertirse en una batalla de fe y no de ciencia donde la meta es intentar destruir el tumor, sin matar al paciente y sin considerar si se trata de la mejor estrategia terapéutica ya que igual, el paciente puede sobrevivir con el tumor, de la misma manera que sobrevive con la flora intestinal, pero a estos eventos se suman las múltiples creencias que rodean al cáncer y que en ocasiones pueden generar que la paciente tome distancia de los tratamientos perdiendo la oportunidad de hallar una mejor solución de continuidad.

En el contexto de una investigación científica es preciso considerar la necesidad de validar las creencias humanas, o mejor, recurrir a la psicología cognitiva, en tanto se ocupa de ubicar dentro de cada cultura, las razones que motivan algunas acciones humanas. Al respecto, es válido citar a Bruner: "...la psicología popular, aunque cambie, nunca se ve sustituida por paradigmas científicos, debido a que ella se ocupa de la naturaleza, causas y consecuencias de las creencias, deseos, intenciones o compromisos del pensamiento, entonces en un esfuerzo riguroso por explicar las acciones humanas desde un punto de vista ajeno a la subjetividad construye un escenario en el cual la psicología popular domina con frecuencia las acciones de la vida cotidiana (9).

Ahora bien, la importancia que reviste esta investigación es de doble beneficio, por una parte, radica en la posibilidad de conocer las ideas y mitos que en torno al cáncer mamario prevalecen en el concepto de algunas mujeres, lo cual genera temor y evita muchas veces tanto la visita al médico como el diagnóstico temprano de ésta enfermedad; por otra parte permitirá revisar algunas de las estrategias de prevención que hasta el presente implementa el Hospital de Sopó u otras instituciones de salud en Colombia, por su posibilidad de aportar elementos conceptuales para las entidades prestadoras de servicios de salud que tratan esta situación bien sea a nivel local, regional, nacional o internacional.

Otro aporte muy importante es determinar cómo el estudio del subjetivismo popular puede ayudar a comprender mejor y valorar el impacto de las creencias sobre los métodos diagnósticos y las terapias; y en consecuencia proponer procesos de manejo y prevención alternativos, orientados al beneficio de la comunidad científica de la salud y de la sociedad en general.

Tantas ideas y preconcepciones de la población andina acerca de cómo empieza y cómo se disemina el cáncer, aunque pueden ser erróneas desde un punto de vista científico, para muchas personas parecen tener sentido, especialmente cuando se trata de ideas arraigadas con base en las teorías populares o las creencias socioculturales; de manera que el problema no radica en la veracidad o falsedad de las diversas ideas acerca del cáncer de mama, sino en su potencial para causar preocupaciones innecesarias, retrasar la consulta médica e incluso complicar decisiones acertadas u oportunas relativas a su diagnóstico, prevención y tratamiento.

Estas percepciones sin duda, pueden influir en que las pacientes puedan demorar su consulta inicial o bien incumplir con sus controles programados, aspectos que agravan la enfermedad y ponen en riesgo la vida de las mismas, por las variadas razones

expuestas, estudiar en profundidad el contexto de toda ésta problemática puede no solo arrojar luz acerca de los mitos y creencias tejidos alrededor del cáncer de mama, sino también ofrecer un gran potencial para aportar nuevo conocimiento al respecto con base en el cual se podrán plantear nuevas estrategias destinadas a mejorar los indicadores asociados al cáncer mamario desde las servicios de salud, la atención médica, las políticas públicas de salud asociadas al cáncer mamario y del mismo sistema de salud que enfoca esta problemática.

## 5. MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la presencia de la mujer en el planeta tierra, este y otros tumores se han encontrado desde tiempo ancestral en los huesos de fósiles de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú. De ahí que el estudio y tratamiento del cáncer y el cáncer de mama hayan sido objeto de gran interés desde épocas remotas en distintas culturas, lo cual ha quedado asentado en documentos llegados hasta el presente, en los que se describen diversos avances y conocimientos al respecto (10).

Documentos que datan de 2000 a 1500 años a.C., como el Ramayana de la India o el papiro egipcio “Ebers”, por ejemplo, hacen referencia a este padecimiento. En tanto que su nombre, cáncer, se inspiró en la observación de los tumores de mama, que, al crecer, toman la forma de un cangrejo, según explica Galeno (131-203 d.C.) en su tratado “Definitiones Medicae”. La cirugía y el tratamiento con determinadas sustancias son recursos cuya adopción proviene de hace cientos de años para combatir esta mortal enfermedad; en el año 2000 a.C., se practicaba en la India la extirpación de los tumores y alrededor del año 180 d.C. se inició el empleo de ungüentos a base de arsénico y plomo para tratar dichos tumores (10).

En las culturas prehispánicas de Colombia se representaban las mamas con valores asimilables a los otorgados para la Madre tierra, es decir fuente de vida que debe respetarse, conservarse, cuidarse como génesis vital y propiciadora de su continuidad colectiva al prodigar el alimento necesario a los nacidos dentro de cada grupo humano o familia ya que la mama es símbolo de nutrición pero también en la cosmogonía indígena representa un camino al cielo o hacia la eternidad.

Otros artículos describen las ventajas del Termograma, en el cual no hay radiación y no se someten las mamas a esa presión enorme, el cual puede detectar el

tumor antes de que comience a crecer y no afecta la densidad del tejido mamario, porque los Termogramas permiten diferenciar tumores de lesiones ya que los tumores son calientes y las lesiones benignas tienden a estar frías (2).

De acuerdo con lo expuesto en los párrafos anteriores, se puede afirmar que las percepciones acerca del cáncer de mama, acertadas o no, están vinculadas con cultos e ideas relativas a la Madre tierra, las cuales por su antigüedad pueden haber dejado huella en el inconsciente colectivo femenino, creando un arraigo profundo que puede servir como punto de partida para mejorar el conocimiento acerca del cáncer de mama en las mujeres, tanto en las áreas rurales como en las urbanas, a fin de mejorar las estrategias de prevención y por ende la información en torno al tema.

Respecto de los datos relacionados con la atención en salud, según informa el capítulo para Colombia de la Organización Mundial de la Salud (OMS); en un estudio retrospectivo con 806 mujeres en tratamiento por cáncer de mama, de las cuales 51% estaban afiliadas al régimen contributivo, 37% al régimen subsidiado y 12% pacientes sin seguro de salud, se concluyó que la condición de afiliación genera inequidades en contra de los grupos sociales más vulnerables, siendo más probable que las afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres de estratos pobres sin seguro, deban desplazarse a otra ciudad para recibir tratamiento con una alta probabilidad de que dichas mujeres deban pagar por los medicamentos (5), si además, dichas mujeres tienen creencias y mitos que condicionan la consulta temprana, esta situación hará que se vean aún más marginadas.

Otro estudio descriptivo, realizado en Bogotá, señala que el promedio de tiempo desde la primera consulta hasta el tratamiento fue de 137 días, encontrando diferencias significativas en las tasas de inicio de tratamiento, de manera que se presume la probabilidad de iniciarlo más rápido en las mujeres de mayor nivel educativo (posgrado), de estrato 6 y con estadio clínico metastásico (5).

El impacto que sobre la mortalidad tienen las diferencias en la atención asociadas con indicadores socioeconómicos, sin embargo, no está demostrado. En un estudio ecológico en el cual se evaluaron las tasas ajustadas por edad para la mortalidad por cáncer de mama en el Departamento de Antioquia, se relacionaron éstas de acuerdo con indicadores socioeconómicos (porcentaje de alfabetismo, porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de población en miseria y pobreza y población en miseria) para cada una de las subregiones sin encontrar relación significativa.

Estos aspectos se entrelazan y a la vez resultan enfrentados pues a un menor conocimiento se opone una mayor prevalencia de creencias y mitos acerca del cáncer mamario en la población económicamente más vulnerable, y es por eso que el presente estudio tiene la capacidad de aportar alguna luz siempre que se pueda discriminar algunas variables y sentar bases tanto sociales, como culturales, para la elaboración de estrategias sanitarias que ayuden a optimizar el abordaje del problema.

### **5.1 Antecedentes conceptuales**

En términos generales, la detección temprana del cáncer de mama se enfoca en descubrir y curar las condiciones que producen un efecto patológico sin que necesariamente se presenten signos y síntomas visibles de la afección. Para el caso específico del cáncer de mama, existen diversos mecanismos para detectar la enfermedad como son la autoexploración, la exploración clínica mamaria y el tamizaje mamográfico a fin de identificarlo en estadios mucho más tempranos.

Múltiples estudios recomiendan desarrollar programas de tamizaje mamográfico para reducir significativamente la morbilidad y la mortalidad producida por el cáncer de mama, dado que permite diagnosticar la patología en etapas donde aún no se presentan signos y síntomas, lo cual mejora de manera importante el pronóstico.



El tamizaje es una estrategia empleada para detectar enfermedades precozmente. Consiste en llevar a cabo una selección de individuos que pueden estar enfermos o en riesgo de padecer una determinada enfermedad de los que no lo están, existen dos tipos de tamizaje para la detección del cáncer de mama: tamizaje poblacional y tamizaje de oportunidad. El primero opera como programa organizado de salud pública promovido generalmente por las autoridades de salud, el cual implica la aplicación de pruebas a grandes volúmenes de población considerada en riesgo, y tienen como meta el descenso de la mortalidad. El segundo sucede fuera de un programa formal y en éste el proveedor de salud envía una mujer sin síntomas a realizarse una prueba. Ambas estrategias deben asegurar la valoración diagnóstica de las mujeres en caso de que se descubran anormalidades y, más aún, el acceso a métodos terapéuticos y de seguimiento, adecuados y pertinentes.

La efectividad y los beneficios del tamizaje del cáncer de mama mediante mamografía han sido ampliamente estudiados en diferentes países del mundo, a través de ensayos aleatorios controlados y meta-análisis. Los resultados han permitido demostrar reducción de la mortalidad variable (hasta de 30%) según la edad, los años de seguimiento, la adherencia al programa, el número de mujeres y la periodicidad de la mamografía. Los mayores beneficios se reportan en mujeres entre los 50 y 69 años.

## **5.2 Conceptos de la investigación**

**5.2.1 Cáncer de mama.** El término se refiere a un tumor maligno que se desarrolla a partir de células mamarias. Generalmente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales (tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental

de un órgano y sostiene los elementos celulares que lo conforman), que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama.

**5.2.2 Conocimiento.** El conocimiento suele entenderse como el conjunto de hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. También como aquello que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.

Tiene que ver con la conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación y representa toda certidumbre cognitiva mensurable según la respuesta a "¿Por qué?", "¿Cómo?", "¿Cuándo?" y "¿Dónde?", de algún fenómeno o situación.

Es preciso aclarar que no existe una única definición de la palabra conocimiento, sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar el conocimiento; siendo la consideración de su función y fundamento, un problema histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia. La rama de la filosofía que estudia el conocimiento es la epistemología y la teoría del conocimiento estudia las posibles formas de relación entre el sujeto y el objeto en consecuencia se trata del estudio de la función del entendimiento propia de la persona (11).

**5.2.3 Creencia.** Se entiende por ella un estado de la mente en el cual un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa (11).

Frank P. Ramsey propone una metáfora para indicar cómo se puede entender lo que son las creencias en su relación con lo real. Dice que vienen a ser como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que nos guían o mejor nos orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de

nuestras necesidades. Tales mapas no dicen “lo que son las cosas”, sino que muestran formas de conducta adecuadas a la satisfacción de las propias necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia (12).

5.2.4 **Actitud.** Se refiere en esencia al comportamiento que emplea un individuo para realizar sus actividades o labores. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento al momento de actuar. También puede considerarse como cierta forma de motivación social del carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas (11).

5.2.5 **Práctica.** El conjunto de conceptos que se asocian a esta palabra es bastante amplio, para no hacer de la lectura una extensa exposición especulativa se tomará el relacionado con el uso frecuente o un conjunto de costumbres que realizan las personas, sin desconocer que también la práctica puede ser la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.

5.2.6 **Barrera.** La palabra procede del uso de una barra para impedir el paso de vehículos de manera temporal en un determinado camino o paso de manera que se pueda evitar accidentes mientras por esa vía circula algún otro vehículo o tren. Para la presente investigación además, se considera como una actitud, cosa material o inmaterial; o idea, o persona, que impide o dificulta la consecución o el desarrollo de algo. (Cruzar la barrera de los treinta años; superar las barreras ideológicas; el ahorro de energía es una barrera contra el despilfarro).

### 5.3 Fundamento científico

De acuerdo con la información científica disponible, el cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. Es una enfermedad clonal; donde una célula individual, producto de una

serie de mutaciones somáticas o de línea germinal, adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, cuando invade tejidos vecinos y, finalmente, se puede propagar a otras partes del cuerpo (13).

Existen dos tipos principales de cáncer de mama. El carcinoma ductal infiltrante, que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, es el más frecuente (aproximadamente el 80 % de los casos). El segundo lugar lo ocupa el *carcinoma lobulillar* infiltrante (10 a 12 % de los casos), que comienza en partes de las mamas llamadas lobulillos, que producen la leche materna.

Los restantes tipos de cáncer de mama no superan en conjunto el 10 % de los casos. Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen una edad avanzada, la primera menstruación a temprana edad, edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber dado a luz, antecedentes familiares de cáncer de mama, el hecho de consumir hormonas tales como estrógeno y progesterona, consumir licor y ser de raza blanca. Así mismo entre 5 a 10 % de los casos, el cáncer de mama es causado por mutaciones genéticas heredadas.

Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, ultrasonido mamario con transductores de alta resolución (ecografía), una prueba de receptores de estrógeno y progesterona o imágenes por resonancia magnética.

El diagnóstico de cáncer de mama solo puede adoptar el carácter definitivo por medio de una biopsia mamaria. Lo ideal es hacer biopsias por punción o aspiración, con aguja fina y pistola de corte, guiados por ultrasonido o resonancia, o usar equipos de biopsia por corte y vacío, los cuales son capaces de retirar la lesión parcialmente o completamente, según el caso.

Estos pueden ser guiados por estereotaxia (imagen mamográfica guiada por coordenadas) o por ultrasonido. Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales (retirar parte de la masa) o excisionales (retirar toda la masa), lo cual puede alterar el estadio del tumor. Nuevas técnicas mediante ultrasonido, pueden sugerir malignidad, como la Ecografía Doppler, 3D multicortes o elastografía, pero todas deben ser evaluadas y solo se obtiene un diagnóstico definitivo mediante biopsia. Del total de los carcinomas de mama, menos del 1 % ocurren en varones.

La literatura publicada establece que la detección temprana del cáncer de mama y la garantía de un tratamiento integral tienen un efecto sinérgico para lograr un mejor desenlace de la patología en las personas. En países de ingresos altos, la implementación de acciones para la detección temprana, han sido exitosas porque han estado basadas en proporcionar:

- a. Un servicio universal para todas las personas sobre la base de necesidad de salud y no la capacidad de pago
- b. Acceso a una gama amplia de servicios de salud basada en la atención primaria, comunitaria y hospitalaria
- c. Servicios de información y apoyo basados en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el autocuidado y el mantenimiento de la salud.

Esto ha implicado una política permanente de motivación y educación a las mujeres para realizarse el autoexamen mamario, hacer su examen clínico de mama y el desarrollo de programas de tamizaje poblacional organizado con mastografía. Si bien una detección y un diagnóstico temprano aportan significativamente a la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, su descenso no ha dependido exclusivamente de la

efectividad de estos programas, sino también de la garantía de acceso a tratamiento oportuno y de calidad.

En los países de ingresos medios y bajos de América Latina, las estrategias de detección temprana han sido incorporadas dentro de las normas, reglamentos, leyes y programas. En estos últimos, el cáncer de mama se encuentra incorporado o se anida en programas más amplios de salud de la mujer o en programas preventivos. Ejemplo de ello se observa en países como Argentina, Brasil, Bolivia, Panamá, Perú, El Salvador y Colombia.

Teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas por la Iniciativa Global de Salud de la Mama (IBHI por sus siglas en inglés) para los países con recursos limitados, esta práctica es adecuada porque permite emplear los recursos y la infraestructura ya existentes y optimiza su utilización; sin embargo, la experiencia ha mostrado que en algunos de estos países este hecho ha generado competencia por recursos financieros dentro de un mismo programa, lo cual desfavorece su adecuada implementación y operación.

Un importante hallazgo derivado de la revisión muestra marcadas divergencias en la operación de programas, protocolos y guías de práctica clínica para la detección temprana y el diagnóstico oportuno del cáncer de mama en la región. Cada una de las iniciativas desarrolladas presenta una denominación particular, el ámbito de aplicación es variable (nivel local/municipal, provincial/ estatal o nacional).

Estas iniciativas corresponden, en su mayoría, a directrices elaboradas sistemáticamente para asistir al personal de salud (particularmente médicos generales y especialistas) en la toma de decisiones sobre las acciones y procedimientos para la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (guías y protocolos de práctica clínica).

Estas iniciativas en su mayoría han contado con participación plural, interinstitucional e intersectorial para su elaboración y con la anuencia de las autoridades sanitarias del país para institucionalizarlas. En algunas ocasiones, se han adoptado a través de regulaciones y normativas de obligatorio cumplimiento para todo el sistema sanitario.

La mayoría de las guías y protocolos de práctica clínica establecen las acciones que se realizan tanto en el componente asistencial (técnico y clínico), como en el administrativo (competencias de cada nivel de atención, sistemas de referencia, mecanismos de información, monitoreo y vigilancia epidemiológica de los casos detectados).

Un aspecto que llama la atención es la variabilidad de criterios para realizar estudios de mamografía: edad de inicio, periodicidad de la prueba, población a la cual se dirige. Sin embargo, un elemento común encontrado en la mayoría de los programas es que ante la sospecha de patología maligna se establecen los mecanismos para referir a las personas que presentaron anormalidades a pruebas de confirmación diagnóstica y en muchos casos a tratamiento.

## **6. MARCO NORMATIVO**

### **6.1 Normas internacionales**

Como ya se ha mencionado, el cáncer de mama es la primera causa común de muerte por cáncer en las mujeres de todo el mundo y cada año, se diagnostica por primera vez cáncer de mama en más de 1,1 millones de mujeres; estos casos representan más de 10% de todos los casos nuevos de cáncer. Con más de 410.000 defunciones cada año, este padecimiento es la causa de más del 1,6% de las defunciones de mujeres en todo el mundo (2).

En consecuencia el cáncer de mama se está convirtiendo en problema apremiante de salud pública en las regiones de altos recursos, y es un problema cada vez más urgente en las regiones de bajos recursos, donde las tasas de incidencia se han incrementado hasta 5% por año. Por lo general, en los países de bajos recursos el cáncer no es un asunto prioritario de atención de salud, porque las enfermedades infecciosas son el principal problema en esos entornos. El cáncer se vuelve un problema cada vez más significativo en dichos países conforme el control de las enfermedades transmisibles mejora y la esperanza de vida se alarga.

Las estadísticas señalan que la mortalidad por cáncer de mama es mayor en las pacientes que llegan en estadios avanzados, muchas de las cuales tardaron en asistir a la consulta con base en las creencias y prejuicios en torno al tema; en consecuencia el gran aporte de la investigación además de contribuir para que más mujeres consulten, disminuir la influencia de los mitos y creencias, disminuyendo a la vez el índice de mortalidad por esta causa.

Vale la pena señalar que, estadísticamente, en Cundinamarca 76% de las mujeres residentes en zonas rurales llegan a la primera consulta en estadios avanzados de enfermedad mientras en Bogotá es del 33%; es decir que solo el 24 % de los casos



llegan es estadios tempranos, un porcentaje que puede considerarse en una probable causa de mortalidad (3).

En los países de altos recursos, se definen y difunden normativas, basadas en evidencias, que describen las mejores estrategias para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, las cuales no se formulan en función de los recursos y, por lo tanto, al tratarse de los países en proceso de desarrollo las insuficiencias de infraestructura, recursos y adecuada educación preventiva y de manejo impiden mejor ejecución diagnóstica para brindar orientación acerca de cómo mejorar gradualmente el sistema de prestación de estos servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), formula las normativas que definen la atención y los servicios óptimos para la salud mamaria, sin embargo ellas son poco útiles en los países con recursos limitados, de manera que a la par con los recursos disponibles, hace falta una orientación que tenga en cuenta las convicciones culturales del grupo social para definir las estrategias que permitan reducir la carga que genera el cáncer de mama en los entornos donde no es factible brindar una atención óptima.

La normativa internacional para la atención de salud de la mama se basa en evidencias, dirigidas a los países o regiones del mundo con recursos financieros limitados, un paso crucial para mejorar la atención de la salud mamaria y del cáncer mamario en dichas regiones, dichas normativas suponen en general un nivel alto de recursos, y por consiguiente son poco útiles en muchas partes del mundo, sin duda es evidente la utilidad de un diagnóstico más temprano, de un tratamiento rentable, también pueden aplicarse para definir las prácticas óptimas con recursos limitados, basadas en evidencias para la atención de la salud mamaria en los países donde el acceso a la asistencia sanitaria es limitado.

Asimismo, la poca conciencia popular que existe sobre el cáncer de mama y la prevalencia de barreras culturales que impiden una atención eficaz exigen programas de atención de la salud mamaria, que favorezcan el uso de estrategias de asistencia sanitaria diferentes, basadas en la capacitación, la educación y actividades de prevención que permitan romper los mitos y creencias para que las personas se acerquen con confianza al tratamiento y sea posible mejorar en forma cuantificable los desenlaces del cáncer de mama, logrando una mejor norma de atención que además resulte práctica para cada entorno socio-cultural.

Entre las normas internacionales más relevantes se pueden mencionar las que desde 2002, producto del consenso entre organizaciones y personas del mundo entero y que abordan específicamente los temas relativos a la atención mamaria en países con recursos limitados, a saber:

- Cumbre Mundial del 2002 de la Breast Health Global Initiative (BHGI).
- Cumbre mundial del 2005 de la BHGI

La revisión de informes en cada una de estas cumbres puso al descubierto ciertos puntos en los cuales no había acuerdo pleno, como son:

- a) Introducción del Ultrasonido Mamario y la Mamografía Diagnóstica en los Países de Bajos Recursos.
- b) Tratamiento Hormonal y Estudios de Receptores Hormonales. Uno de los métodos más sencillos para brindar tratamiento sistémico contra los cánceres de mama que expresen receptores de estrógenos (RE).
- c) Quimioterapia Citotóxica e Infraestructura Relativa. En el cáncer de mama del estadio 1 (tumor de 2 cm o menos, negativo para ganglios linfáticos) puede usarse quimioterapia, la cual suele recomendarse en los países de altos recursos para los cánceres de entre 1 y 2 cm de diámetro. Sin embargo, dado que el

pronóstico para el cáncer en estadio 1 es favorable de por sí, la quimioterapia solo aumenta marginalmente la supervivencia en los casos con ganglios negativos, en particular en las pacientes con tumores más pequeños.

## **6.2 Normas nacionales colombianas**

- Constitución Política de Colombia, 1991
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- Decreto Nacional 692 de 1994. Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 100 de 1993.
- Decreto Nacional 1748 de 1995. Por el cual se dictan normas para la emisión, cálculo, redención y demás condiciones de los bonos pensionales y se reglamentan los Decretos leyes 656, 1299 y 1314 de 1994, y los artículos 115, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1993.
- Decreto Nacional 1530 de 1996. Por el cual se reglamentan parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto Ley 1295 de 1994.
- Decreto Nacional 2577 de 1999. Por el cual se modifica el Decreto 841 del 5 de mayo de 1998, se reglamenta parcialmente el Estatuto Tributario y la Ley 100 de 1993 en los aspectos tributarios relacionados con la Seguridad Social.
- Decreto Nacional 1406 de 1999. Por el cual se adoptan disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social

Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones.

- Decreto 1281 de 2002. Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.
- Decreto Nacional 800 de 2003. Por el cual se reglamentan la Ley 10 de 1990, en cuanto a la organización y el Funcionamiento de la medicina prepagada y la Ley 100 de 1993, en lo relacionado con los planes complementarios, se modifica el inciso 1° del Decreto 1570 de 1993 y se deroga el Decreto 1615 de 2001.
- Decreto Nacional 3667 de 2004. por medio del cual se reglamentan algunas disposiciones de la Ley 21 de 1982, la Ley 89 de 1988 y la Ley 100 de 1993, se dictan disposiciones sobre el pago de aportes parafiscales y al Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1122 de 2007. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
- Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud.
- Decreto Nacional 126 de 2010. Por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 971 de 2011. Por medio del cual se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Decreto Ley 019 de **2012**. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración pública
- Resolución 4331 de 2012. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009, en cuanto formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas a

que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

- Resolución 1552 de 2013. Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Dentro del mismo marco normativo es importante considerar algunas estrategias relevantes que adelanta el Gobierno colombiano para lograr mejores resultados en la detección y atención de las mujeres con cáncer de mama, es importante mencionar las siguientes:
  - 1) Entrenamiento continuo, a médicos generales, especialistas y docentes en las técnicas para detección de cáncer de mama y manejo de patología mamaria benigna.
  - 2) Entrenamiento permanente a radiólogos, médicos y técnicos de imágenes diagnósticas en control de calidad de mamografía.
  - 3) Seguimiento a la calidad en la prestación de servicios de mamografía en Colombia.
  - 4) Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación con material técnico de apoyo (manuales para la detección temprana de cáncer de mama, control de calidad de mamografía) dirigido a profesionales de la salud.
  - 5) Desarrollo de material educativo dirigido a la comunidad en general con mensajes clave para la detección temprana del cáncer de mama y el cuidado de la mama.
  - 6) Adopción de la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama.
  - 7) Inclusión de nuevas tecnologías en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama.

- 8) Expedición de la reglamentación para garantizar autorizaciones integrales y atención oportuna en las mujeres con presunción con diagnóstico de cáncer de mama.

### **6.3 Retos en el control del cáncer de mama**

1. Desarrollo de un Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer en Cáncer de Mama articulado al nuevo Modelo de Atención en Salud.
2. Implementación de un programa nacional de control de calidad en tamización de cáncer de mama.
3. Organización de la oferta de servicios y las redes de servicios oncológicos en el país.
4. Fortalecimiento de la rectoría, vigilancia y control a las Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) para el cumplimiento de las normas relacionadas, así como la garantía de acceso a los servicios de detección y atención del cáncer de mama.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Objetivo general**

Identificar la manera como los conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente al cáncer de mama, impactan sobre la detección temprana de la patología, como manera de aportar a la futura formulación de planes de prevención primaria y secundaria desde las diferentes disciplinas y desde las Ciencias de la Salud; en el municipio de Sopó ubicado en Cundinamarca, Colombia.

### **7.2 Objetivos específicos**

- 7.2.1 Determinar cuáles son los conocimientos, mitos y creencias sobre el cáncer de mama, presentes en la comunidad de Sopó, Cundinamarca, Colombia
- 7.2.2 Evaluar las consecuencias que tienen las creencias sobre la actitud de la mujer, para asistir oportunamente a la consulta médica en busca de descartar o confirmar la presencia de cáncer de mama.
- 7.2.3 Analizar si las actividades de prevención del Hospital de Sopó, consideran las creencias de la población respecto al cáncer de mama, una posible barrera para la aplicación eficaz de los programas de salud que incluyen las políticas públicas municipales o nacionales.
- 7.2.4 Identificar las razones por las cuales los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas, se constituyen como barreras que potencialmente obstruyan la aplicación de técnicas, tratamientos y apoyos terapéuticos útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama.



## 8. METODOLOGÍA

Con base en las características de la población a estudiar y a partir del criterio de la investigadora, como profesional que trabaja en el área de la salud, específicamente en el Hospital de Sopó, Cundinamarca, Colombia; se ha elegido para la investigación el método denominado **sesión de grupo**, una técnica usada frecuentemente en investigación para conocer la valoración y percepción que tiene el usuario, cliente o paciente acerca de los conceptos que rodean un tema, en el presente caso el cáncer de mama (1). La sesión de grupo permite aproximarse a aspectos concretos de la conducta humana, respetando el contexto individual, los valores, normas, sentimientos y en general, evitando imponer las creencias del investigador acerca del tema de investigación. Este tipo de metodología se utilizó para explorar las percepciones de los pacientes pero también de los profesionales que los atienden

Este abordaje elegido pretende evitar el sesgo de algunas investigaciones de tipo cuantitativo las cuales se fundamentan en el positivismo lógico, el cual busca los hechos y causas de los fenómenos, pero deja de lado los estados subjetivos de los individuos, en consecuencia la presente investigación prioriza el tipo cualitativo para, efectivamente, tener en cuenta las opiniones de las personas convocadas y también a sabiendas que cuantitativo y cualitativo, no se oponen, sino que se complementan.

Finalmente se utilizó en forma complementaria, un **análisis documental** de los registros de los Centros de Atención de la Salud a nivel local disponibles en el Municipio de Sopó, Cundinamarca; para detectar dos elementos: El tiempo (expresado en meses) transcurrido desde la detección de la enfermedad por parte del paciente y la consulta médica, y el estadio de la enfermedad al diagnóstico (incipiente o avanzado). Se consideró avanzado cuando existieron ganglios axilares comprometidos o metástasis por la enfermedad de base.

## 8.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo e inductivo, tipo cualitativo, que recoge las ideas individuales de las personas incluidas en el trabajo, las cuales permiten abordar el problema o situación desde una perspectiva diferente, que evita formular generalizaciones, ya que el interés es destacar las particularidades.

## 8.2 Universo y muestra

**Universo:** El universo será la cantidad de mujeres, mayores de 18 años, residentes en el municipio de Sopó; Cundinamarca.

**Muestra:** Para calcular el tamaño de la muestra se empleará la fórmula de universo finito, ya que conociéndose "N", es decir el número de mujeres mayores de 18 años, en alguna medida susceptibles de presentar cáncer de mama, residentes en Sopó, a saber: 943.825 (14), y de acuerdo con el método del muestro proporcional para poblaciones finitas (1), la fórmula a aplicar es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 * (N - 1) + \frac{Z^2 * P * Q}{N}}$$

Donde;

n = Tamaño de la muestra.

P = Proporción de la población que posee el atributo (50%)

Q = Proporción de la población que carece del atributo (50%)

e= Error estándar (10%) debido a que se trata de analizar opiniones individuales.

Z = Desviación estándar con respecto de la media para un límite de confianza de 95%.

N = Población 943.825 mujeres mayores de 18 años que viven en Sopó

En ese orden de ideas el tamaño de la muestra surgido por este cálculo para cada sesión de grupo será:

$$n = 15,34, \text{ es decir } 16 \text{ personas por grupo}$$

### **8.3 Descripción del método**

Por las características de la investigación, en sentido de buscar el impacto que tienen los mitos y creencias de las mujeres de Sopó, frente al cáncer de mama, se ha decidido emplear como método para la investigación el denominado “sesión de grupo”, porque es esencialmente una entrevista grupal en la cual se logra generar un clima de respeto, sinceridad y cordialidad, que permite obtener información sobre un tema, el cual se profundiza acorde con los objetivos previamente establecidos.

El valor más importante que posee la sesión de grupo es permitir conocer la opinión y los sentimientos de los participantes, porque pueden compartir con toda libertad sus percepciones acerca de un tema; por otra parte facilita que los participantes interactúen entre sí, escuchando opiniones, comentando y manifestando posturas; aspectos que facilitan una mayor discusión acerca de los conceptos y aspectos seleccionados para la investigación.

8.3.1 La investigadora debe preparar una guía que contiene una serie de ítems que facilitan la actividad de moderación, ejercida por ella misma; en el desarrollo de la sesión, se formulan las preguntas (no necesariamente como están planteadas), dado que dependerá de la dinámica de la sesión, algunas veces el tema es expuesto por uno de los participantes, lo cual hace innecesaria su presentación, en otros casos, es conveniente retomar uno a uno cada ítem.

8.3.2 Reglas básicas en la selección de participantes. Preferiblemente se deben buscar personas sin experiencia en la técnica; lo anterior permite que las respuestas así como la dinámica que se construye en la sesión, resulte más objetiva. La

autenticidad es un factor básico, debe crearse un clima que le permita al conductor obtener opiniones sobre el tema sin que las mismas estén contaminadas.

El tercer aspecto está relacionado con lo metodológico; las personas que participan deben ser invitadas a la sesión, de acuerdo con los objetivos previamente establecidos y al perfil determinado para que su presencia enriquezca la discusión. No es conveniente participantes que no hayan tenido contacto con el tema a tratar, o bien que sean enviados en representación de alguna otra persona. De igual manera, deben respetarse las características de la población objetivo de la investigación.

#### 8.3.3 Desarrollo de la sesión.

Una vez reclutados los participantes, se debe asegurar que el lugar donde se realice la sesión cuente con las condiciones mínimas. Se requiere de suficiente espacio y una mesa ovalada con capacidad para, al menos, 16 personas.

Si se hace uso de grabadora, vídeo y de un espejo de pared, debe solicitarse autorización a los miembros del grupo. En ningún caso debe mencionarse el nombre de la organización interesada en el estudio, a menos que precisamente la condición para participar en la sesión sea el pertenecer a una organización determinada.

#### 8.3.4 Batería de preguntas para cada sesión de grupo

Para que cada sesión de grupo permita acceder a información de calidad en concordancia con lo que se quiere investigar, es muy importante elaborar preguntas que eviten exposiciones autobiográficas porque más que las historias personales, interesan las opiniones y el conocimiento que las participantes puedan aportar en cuanto cómo actúan o piensan frente al cáncer de mama. Durante cada sesión se procura crear discusión pero no controversia ya que el objetivo es identificar los conocimientos,

mitos, creencias y actitudes que poseen algunas mujeres colombianas, residentes en el municipio de Sopó, frente a la detección temprana del cáncer de mama, como recursos para ayudar en la formulación de planes de prevención desde las diferentes disciplinas y ciencias de la salud que mejoren la accesibilidad y la consulta oportuna de esta población.

En ese orden de ideas, las preguntas formuladas en cada sesión de grupo fueron las siguientes:

- 1) ¿Qué sabe acerca del cáncer de mama?
- 2) ¿Cuál es reacción más usual al conocer el diagnóstico?
- 3) ¿Qué mitos, creencias, actitudes o prácticas conoce acerca del cáncer de mama?
- 4) ¿Cómo impactan estas ideas, la decisión de asistir a consulta médica para confirmar la enfermedad o iniciar un tratamiento formal?
- 5) ¿Qué se puede proponer para mejorar los planes de prevención primaria y secundaria formulados por los organismos de salud?
- 6) ¿Conocen las actividades de prevención del Hospital de Sopó acerca del cáncer de mama, o algún programa municipal o nacional?
- 7) ¿El conjunto de creencias, actitudes y prácticas pueden impedir la aplicación de técnicas, tratamientos o apoyo terapéutico, útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama?
- 8) ¿Por qué si?

#### **8.4 Operacionalización de variables**

8.4.1 Clasificación de ideas por categoría. Una vez realizada la sesión de grupo

- a) Mito
- b) Creencia
- c) Conocimiento

d) Actitud

e) Práctica

8.4.2 Argumentación científica. Este paso se desarrolla con base en la literatura disponible acerca del tema para contrastar con las teorías o conocimientos científicos relativos al cáncer de mama. Luego se procede a cruzar datos y se presentan los resultados obtenidos por medio de gráficas que se complementan con su respectivo análisis.

## 9. RESULTADOS

Finalizado el proceso de recolección de datos obtenidos por las sesiones de grupo, se realizó la tabulación y también el respectivo análisis de los resultados obtenidos

Se identificaron algunas de las razones por las cuales los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas que surgieron en las sesiones de grupo, se constituyen en barreras capaces de obstruir la aplicación de técnicas, tratamientos y apoyos terapéuticos útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama en la comunidad de Sopó.

Por otro lado, se analizaron las actividades de prevención del Hospital de Sopó, y se estableció si las mismas consideran las creencias populares como una posible barrera para la aplicación eficaz de los programas de salud que incluyen las políticas públicas municipales o nacionales

### 9.1 Informe Ejecutivo de las Sesiones de Grupo

Se realizaron tres sesiones de grupo las cuales tuvieron una duración máxima de hora y media (promedio  $92 \pm 4.36$  minutos). A cada sesión asistió un promedio de 16,6 personas; así la primera sesión contó con 17 personas; la segunda sesión con 16 asistentes y la tercera sesión con 17 personas, para un total de 50 personas, siendo todas mujeres mayores de 20 años pertenecientes a los estratos socioeconómicos 3, 4 y 5<sup>1</sup>. El registro de la información se obtuvo mediante un mecanismo de grabación de audio, para lo cual se solicitó a los asistentes su aprobación mediante previa firma de consentimiento informado.

---

<sup>1</sup> En Colombia la estratificación socio-económica es realizada por el Departamento Nacional de Estadística, DANE, con base en las cualidades de los servicios públicos instalados, la condición de las vías de acceso a la vivienda y el tipo de vivienda utilizado por las personas. Los estratos van de 1 a 6, siendo el uno el de menores recursos y seis el de mayor poder adquisitivo.

Durante el desarrollo de las sesiones y por medio de la formulación de cada una de las preguntas de la guía se buscó en todo momento alcanzar, además de los objetivos de la investigación, actitudes que propiciaran la participación en términos de lograr la eficiencia del método de investigación, a través de elementos como los siguientes:

- Interacción, por medio de propiciar una conversación animada que estimulase la participación.
- Sinergia, que motivara la creatividad y la generación de ideas.
- Afinidad y entendimiento por medio de detectar en los asistentes estilos de vida similares.
- Seguridad, a partir de sentimientos de comodidad y libertad para expresar ideas.
- Diversión, obtenida en un espacio relajado y despreocupación de otros problemas.
- Flexibilidad dado que la guía de discusión puede adaptarse con facilidad a las características del grupo
- Agilidad, para que exista comprensión rápida del tema y se aproveche el tiempo
- Experiencia que surge de la posibilidad de escuchar de primera mano las opiniones, ideas y creencias de los asistentes.

Los pasos seguidos para las tres sesiones realizadas se describen a continuación:

- a) Presentación. Saludo, bienvenida y presentación de los participantes, acto seguido se explicó el propósito y la forma en que se desarrollaría la reunión, antes de comenzar se solicitó autorización para grabar la sesión.
- b) Guía de la sesión. Se explicó a los asistentes que se tratará el tema: conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente a la detección temprana del cáncer de mama.



- c) Por medio de una breve presentación audiovisual, se mencionaron los aspectos más relevantes asociados con el cáncer de mama, recordando también que no es exclusivo de la mujer, pues aunque ellas sean la mayoría de pacientes, es importante considerar los conceptos masculinos al respecto.
- d) En seguida de la presentación se invitó a las asistentes para participar evitando el temor o los prejuicios y se procedió a formular las siguientes preguntas con el fin de crear un clima de distensión :
1. ¿Qué saben acerca del cáncer de mama?
  2. ¿Cuál es la reacción más usual al conocer el diagnóstico?
  3. ¿Qué mitos, creencias, actitudes o prácticas conocen acerca del cáncer de mama?
  4. ¿Cómo consideran que impactan estas ideas, la decisión de asistir a consulta médica para confirmar la enfermedad o iniciar un tratamiento formal?
  5. ¿Qué se puede proponer para mejorar los planes de prevención primaria y secundaria formulados por los organismos de salud?
  6. ¿Conocen las actividades de prevención del Hospital de Sopó acerca del cáncer de mama, o algún programa municipal o nacional?
  7. ¿El conjunto de creencias, actitudes y prácticas pueden impedir la aplicación de técnicas, tratamientos o apoyo terapéutico, útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama?

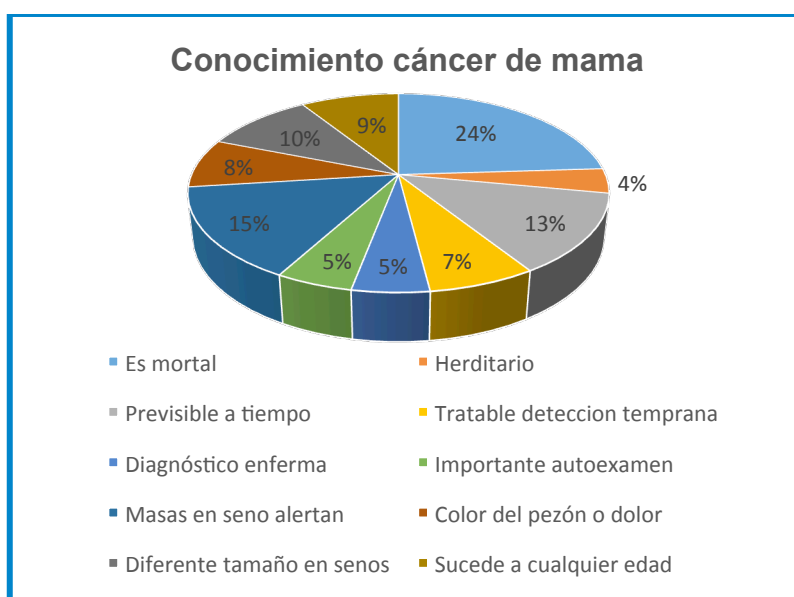
## **9.2 Tabulación y análisis de resultados obtenidos en las sesiones de grupo**

Los resultados obtenidos en las sesiones de grupos, se sometieron a un proceso de tabulación ya que algunas de las preguntas realizadas fueron semi-estructuradas o de carácter abierto, es decir que podían tener más de una respuesta aportada, en

consecuencia, aunque se entrevistaron en total 50 personas, los resultados arrojaron en muchos casos un número mayor de respuestas. En ese contexto se graficó cada pregunta de acuerdo con la cantidad de respuestas obtenidas y seguido del análisis respectivo por medio del cual se verificó la información obtenida en cumplimiento de los objetivos de la investigación.

#### Resultados asociados a la pregunta 1: ¿Qué sabe acerca del cáncer de mama?

Variable	V. A.	V. R.
Es mortal	18	24 %
Puede ser hereditario	2	4 %
Se puede prevenir a tiempo	10	13 %
La detección temprana lo hace tratable	5	7 %
Saber el diagnóstico enferma más	4	5 %
Es importante el autoexamen periódico	4	5 %
Masas en la mama son una alerta	12	15 %
Variación de color en el pezón o dolor	6	8 %
Diferente tamaño en las mamas	8	10 %
Puede presentarse a cualquier edad	7	9 %
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100 %</b>



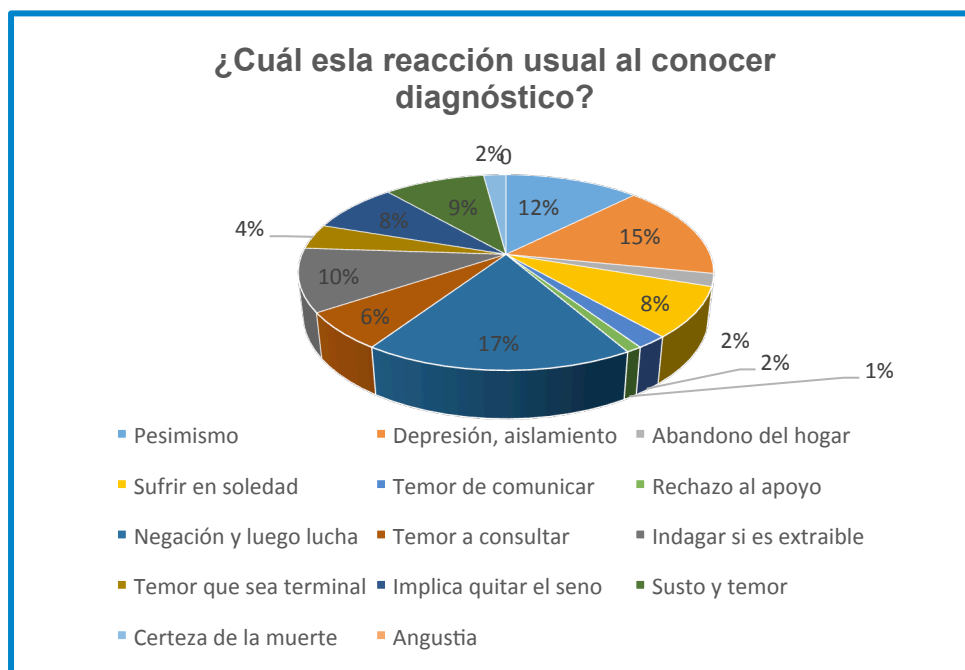
**Gráfico 1. Conocimiento Cáncer de mama**

*Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 1.*

El conocimiento de las personas participantes en las sesiones de grupo acerca del cáncer de mama fueron diversas y en cierta medida especulativas, la gráfica permite evidenciar que aunque la mayoría de las personas incluidas en el estudio, considera que este tipo de cáncer es mortal también es digno de resaltar un 15% que considera que la aparición de masas en la mama son una señal de alerta y de igual forma es importante mencionar que el 13% de las personas entrevistadas afirma que se puede prevenir a tiempo; lo anterior en efecto permite verificar que hay necesidad de mayor información enfocada, veraz y ajena al temor natural que es propio de conocer el diagnóstico de la enfermedad pero cuyo impacto paraliza y en consecuencia aleja a los pacientes de la consulta y del tratamiento.

**Resultados asociados a la pregunta 2: ¿Cuál es reacción más usual al conocer el diagnóstico?**

<b>Variable</b>	<b>V. A.</b>	<b>V. R.</b>
Pesimismo	11	12 %
Depresión severa y aislamiento	13	15 %
Abandono del hogar	2	2 %
Actitud de sufrir en soledad	7	8 %
Temor de comunicar a la familia	2	2 %
Rechazo al apoyo familiar	1	1 %
Negación y luego asumir actitud de lucha	14	17 %
Temor a consultar por síntomas	5	6 %
Indagar si se puede extraer o curar	9	10 %
Temor porque puede ser terminal	3	4 %
Terrible porque implica quitar la mama	7	8 %
Susto y temor	8	9 %
Certeza de la muerte	2	2 %
Angustia	3	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



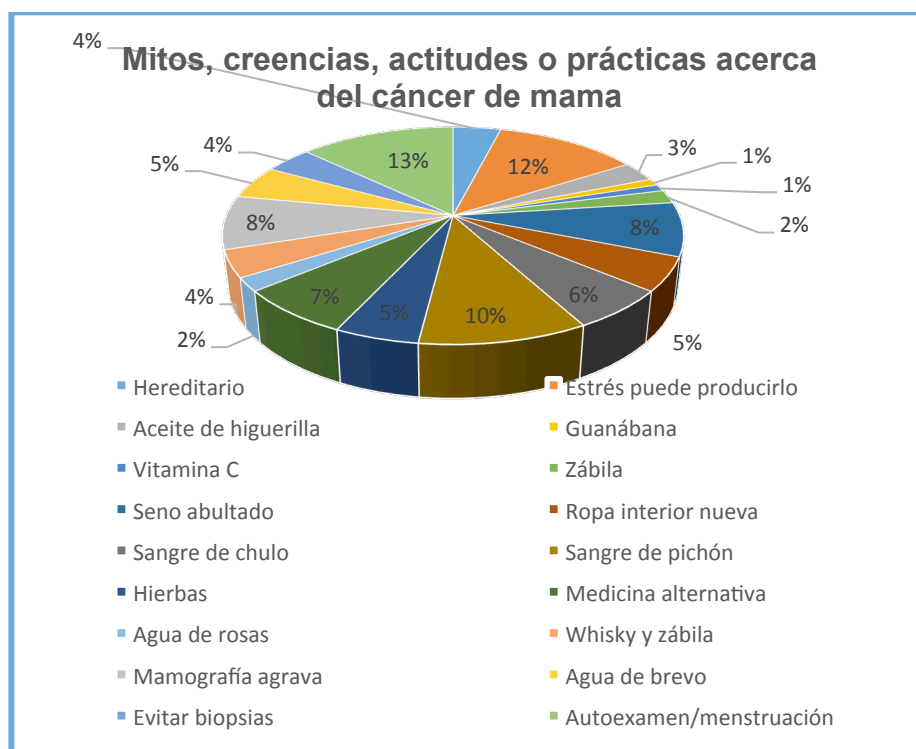
**Gráfico 2. Reacción al diagnóstico**

#### *Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 2.*

Las respuestas a esta pregunta evidencian las reacciones naturales que se pueden esperar al conocer el diagnóstico de cáncer de mama, las cuales eventualmente son resultado cultural que considera la palabra "Cáncer" como un posible sinónimo de muerte y temor. En consecuencia la mayoría de los porcentajes se refieren a actitudes como pesimismo, negación, depresión severa, rechazo, aislamiento y temor; sin embargo entre los resultados también es digno de mencionar un 10% de respuestas que se inclinan por indagar si se puede extraer o curar, una actitud que sin duda señala la existencia de esperanza en las mentes de las personas para esforzarse en la búsqueda de soluciones que les permitan sobrevivir a pesar de la presencia de la enfermedad.

### Resultados asociados a la pregunta 3: ¿Qué mitos, creencias, actitudes o prácticas conoce acerca del cáncer de mama?

Variable	V. A.	V. R.
Es hereditario	5	4 %
El estrés puede producir cáncer de mama	16	12 %
Se cura con aceite de higuera	4	3 %
Se cura con guanábana	2	1 %
Puede tratarse con Vitamina C	2	1 %
Se puede mejorar con sábila	3	2 %
Si la mama está abultada hay cáncer	12	8 %
Puede producirlo la ropa interior nueva	8	5 %
Se puede tratar tomando sangre de chulo	9	6 %
Se puede tratar tomando caldo de pichón	14	10 %
Puede tratarse con hierbas	8	5 %
La medicina alternativa es eficaz	10	7 %
Se trata con agua de rosas	3	2 %
Sangre de chulo con whisky y zábila	5	4 %
La mamografía agrava el cáncer	11	8 %
Bañarse con agua de brevo	6	5 %
Evitar las biopsias	5	4 %
Autoexamen después del período menstrual	17	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>



**Gráfico 3. Mitos, creencias, actitudes y prácticas**

*Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 3.*

El análisis de esta pregunta resulta compleja dada la dispersión que presentaron las respuestas u opiniones aportadas por las personas asistentes y a causa de la

diversidad de ideas construidas en torno a la presencia y síntomas del cáncer de mama; es así que se recibieron respuestas asociadas con que puede ser hereditario llegando hasta considerar tratamientos con diversas plantas y productos animales.

Sin embargo ninguna de las respuestas, por extraña que pueda parecer, está relacionada con bases científicas o presenta testimonios de apoyo, por consiguiente entre los aspectos más importantes de la presente investigación es que posibilita analizar una a una, la relación que existe entre cada respuesta con la realidad y la ciencia, motivo por el cual como parte del presente análisis se evaluara cada respuesta a partir de la bibliografía disponible.

**Es hereditario.** El cáncer es una enfermedad genética. Un porcentaje significativo de pacientes con cáncer heredó mutaciones en su genoma que predisponen a la enfermedad. El Panel de Cáncer Hereditario ayuda con el diagnóstico de este tipo de cáncer de manera rápida, precisa y accesible. Todos los pacientes con cáncer, independientemente de su historia familiar, pueden beneficiarse de un análisis molecular de su tumor (Panel de Cáncer Tumor-normal Pareado). Sin embargo, de un 5% a un 10% ocurren en mujeres con claros antecedentes familiares. Son quizás estos últimos casos en los que la prevención juega un papel fundamental y, en especial, en aquellos casos en los que los antecedentes familiares se heredan de padres a hijos. Éste es el caso del cáncer de mama y ovario hereditario. (15)

Sin embargo gran parte de este papel fundamental lo juegan las unidades de consejo genético de los departamentos de oncología, que son las encargadas de evaluar los antecedentes genéticos en los casos de cáncer de mama y determinar las posibilidades de que tales antecedentes familiares sean debidos a mutaciones en genes responsables, como son los genes BRCA1 y BRCA2. (15)

**El estrés puede producir cáncer de mama.** Si bien el estrés puede causar una serie de problemas físicos de salud, es débil la evidencia de que pueda causar cáncer. Algunos estudios han indicado una relación entre varios factores psicológicos y un mayor riesgo de cáncer; sin embargo, no es así con otros estudios. Las relaciones aparentes entre el estrés psicológico y el cáncer podrían manifestarse de diversas maneras. Por ejemplo, la gente con estrés puede adoptar ciertos hábitos, como fumar, comer en exceso o beber alcohol, lo cual aumenta el riesgo de la persona de padecer cáncer. (4)

**Se cura con aceite de higuera.** El aceite de oliva virgen es un alimento altamente anticancerígeno que se utiliza para cocinar en diferentes culturas y también se utilizan la mantequilla, el aceite de girasol o la margarina. Mucha gente piensa que el aceite de oliva produce cáncer y lo cierto es que cuando se fríen alimentos con él, se liberan sustancias cancerígenas pero el aceite de oliva virgen en crudo es justamente lo contrario, anticancerígeno. (16) También se logró encontrar información acerca de diversos usos del aceite de ricino para atacar diferentes tipos de cáncer pero en definitiva no se encontró ninguna referencia al aceite de higuera y sus cualidades para tratar o curar el cáncer de mama.

Por otra parte la higuera o árbol de breva, no produce formalmente un aceite sino un líquido de color blanco semejante a la leche acerca del cual se dice se usa para curar afecciones en los dedos o mequinos pero no hay ninguna información asociada que indique que posee cualidades para la cura o tratamiento del cáncer.

**Se cura con guanábana.** La guanábana es considerada la fruta milagrosa en el tratamiento y cura del cáncer. Científicamente, y gracias a sus propiedades, se ha probado su efectividad en el tratamiento del cáncer de pulmón, mama, próstata y colon, pues evita la oxidación celular, hidrata, oxigena y disminuye la predisposición a

factores de riesgo cancerígenos (apoptosis celular: destrucción o muerte de las células). Aunque su efectividad en tratamientos contra el cáncer ya se ha probado, «aún no hay un estudio verídico y avalado por sociedades de medicina que digan que esta es la cura definitiva del cáncer». Sin embargo, y gracias a sus nutrientes y alto contenido de agua, el consumo continuo y abundante de guanábana «evita que factores cancerígenos, como el envejecimiento celular, se desarrollen en el cuerpo». (17)

Otras versiones afirman que debe tomarse té de guanábana, eligiendo bien sus hojas, que sean frescas, que no tengan manchas o tonos de color amarillo, que no estén dañadas o que hayan caído al suelo. Deben ser hojas de guanábana de árboles criollos, que no hayan sido injertados ni tratados con plaguicidas. Las hojas se deben desinfectar con vinagre de manzana, luego se secan con un paño o papel de cocina y después se colocan al sol para que sequen bien, esto puede tomar entre 1 semana, 10 días o un mes dependiendo de las condiciones; finalmente se obtiene el extracto de la hoja y se prepara el té de guanábana. (16)

**Puede tratarse con Vitamina C.** Dosis altas de vitamina C han sido estudiadas como un tratamiento para pacientes con cáncer desde la década de 1970, en los estudios de laboratorio se observó que pueden demorar el crecimiento y la diseminación de las células de cáncer de próstata, páncreas, hígado y colon, así como de otros tipos de células cancerosas, también se ha observado que la combinación de vitamina C con tratamientos contra el cáncer puede ser útil en animales y humanos; en otros estudios se observó que ciertas formas de la vitamina C pueden disminuir la eficacia de la quimioterapia. Estudios en animales, señalan que el tratamiento con dosis altas de vitamina C interrumpe el crecimiento del tumor en ciertos modelos de cáncer de páncreas, hígado, próstata y ovario, así como de sarcoma y mesotelioma maligno. (4)



**Se puede mejorar con sábila.** Se presume que existe una receta que combina Aloe Vera, miel de abejas y una bebida con algo de alcohol para elaborar un remedio natural contra el cáncer cuyos efectos son más potentes que una quimioterapia y sobre todo sin sus efectos devastadores en el organismo. No se puede afirmar que el aloe vera cura el cáncer en todos los casos pero sí es cierto que es un remedio anticancerígeno muy potente y que en la mayoría de los casos es de gran ayuda. El Aloe Vera también conocido como Sábila se puede utilizar para tratar los tumores cancerígenos gracias a sus grandes propiedades, se rumora que salió a la luz gracias a un fraile romano de origen brasileño. (16)

**Si la mama está abultada hay cáncer.** Durante el transcurso de su vida, una mujer puede experimentar una amplia variedad de cambios en la mama que son normales y ocurren durante el ciclo menstrual, así como varios tipos de bultos benignos. Lo que tienen en común estas condiciones es que no son cancerosas, incluso, los bultos de mama que requieren biopsia, un 80 por ciento resultan ser benignos.

Cada mama tiene de 15 a 20 secciones, llamadas lóbulos, y cada lóbulo tiene lobulillos más pequeños que terminan en docenas de bulbos diminutos que pueden producir leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están conectados por tubos delgados llamados conductos que llegan al pezón. Los espacios entre los lobulillos y los conductos están llenos de grasa pues no hay músculos en el mama; los músculos están debajo de cada mama y cubren las costillas.

Estos rasgos normales a veces pueden hacer que las mamas se sientan como que tienen bultos sobre todo en las mujeres delgadas o que tienen mamas pequeñas. La mayoría de los cambios benignos de la mama no aumentan el riesgo de desarrollar cáncer. Estudios recientes muestran que sólo ciertos tipos muy específicos de cambios

microscópicos ponen a una mujer en un riesgo mayor y estos cambios se caracterizan por un crecimiento excesivo de células o hiperplasia. (2)

Aproximadamente el 70 por ciento de las mujeres a quienes se les hace una biopsia que muestra una condición benigna no tienen evidencia de hiperplasia por ende no tienen riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. Así mismo, el 25 por ciento de las biopsias benignas de mama muestran señales de hiperplasia, esto incluye condiciones como el papiloma intraductal y la adenosis esclerosante. La hiperplasia aumenta ligeramente el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

El cinco por ciento (5%) restante de las biopsias benignas de mama revelan un crecimiento excesivo de células (hiperplasia) y células anormales (atipia). Un diagnóstico de hiperplasia atípica, como se le llama, aumenta moderadamente el riesgo de desarrollar cáncer de mama. (2)

En consecuencia, si se descubre un bulto en una mama, deben examinarse ambas mamas, si se sienten igual, el abultamiento es probablemente normal pero es importante informar al médico pero si el bulto es algo nuevo o raro, la consulta es urgente con el médico quien puede sugerir esperar hasta el próximo período menstrual para ver si desaparece.

Lo mismo si se descubre secreción del pezón o cambios en la piel, tales como hoyuelos o arrugas. Aunque es natural preocuparse al encontrar un abultamiento en la mama, es muy importante impedir que el temor impida consultar al especialista porque si bien, el 80 por ciento de los bultos de la mama no son cancerosos, cuanto más pronto se diagnostique cualquier problema, más rápido puede ser tratado. (2)

**Puede producirlo la ropa interior nueva.** El cáncer de mama es una enfermedad complicada para la cual al parecer hay una nueva causa todos los días,

desde desodorantes hasta cosméticos y también el mito de que usar un sujetador causa cáncer de mama. (7)

El rumor afirma que los sujetadores con aros bloquean el drenaje del líquido linfático de debajo de la mama impidiendo que fluya debidamente y por lo tanto, facilitando desarrollar cáncer.

En realidad los sujetadores son una ropa interior estándar útiles para el apoyo y la privacidad femenina pero definitivamente su uso no puede causar cáncer de mama en absoluto. Un estudio reciente realizado en Estados Unidos evaluó el riesgo que representa el uso de sostén con el desarrollo de cáncer de mama con 469 mujeres de entre 55 y 47 años de edad.

De lo que se pudo hallar en estas investigaciones, no se encontró asociación en el desarrollo de cáncer de mama y el uso del sujetador de cualquier talla y usado por el tiempo que sea. (7)

**Se puede tratar tomando sangre de chulo.** El 73 por ciento de los pacientes que llegan al Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Bogotá, usan terapias alternativas y complementarias contra el cáncer, especialmente remedios de plantas como la caléndula, el noni, fruto exótico del sudeste asiático, la sábila con miel, los embriones de pato y la sangre de chulo. Los médicos no formulan estos remedios, sino los amigos o familiares que conocen a alguien que también ha padecido esa enfermedad. En el caso de la sangre de chulo, los pacientes lo toman porque consideran que un animal que come tanta basura debe tener un sistema inmunológico a prueba de todo y piensan que beber su sangre caliente, puede transferir anticuerpos para combatir los tumores pero ese raciocinio carece de asidero científico, (18) en realidad puede ser perjudicial porque se ha encontrado que el chulo tiene metales pesados que interfieren

con los tratamientos convencionales y los antioxidantes también son contraproducentes porque protegen a las células tumorales de los medicamentos que las atacan.

**Se puede tratar tomando caldo de pichón.** El caldo de pichones no cura el cáncer. Lo que se ha comprobado es que eleva el nivel de hemoglobina de las personas y hace que sus defensas puedan soportar mejor la enfermedad para someterse a los tratamientos médicos que sí podrían curarlos del cáncer. Muchas veces las personas que padecen males oncológicos, sufren una baja en sus defensas al iniciar el tratamiento, entonces se sienten mal y tienden o abandonan todo, el hecho de recurrir al caldo de pichones logra mejorar un poco su calidad de vida. (19)

**Puede tratarse con hierbas.** Desde hace treinta y cuatro años se realiza investigación fitoquímica (estudio de productos naturales) en el laboratorio de Ciencias Básicas de la Universidad Veracruzana. Ahí, el catedrático e investigador Miguel Ángel Domínguez Ortiz se ha dado a la tarea de comprobar las propiedades curativas de plantas utilizadas por chamanes, entre ellas, el maguey morado y aunque la cura contra el cáncer puede hallarse en las plantas utilizadas en la medicina tradicional desde la época Precolombina, éste veracruzano menciona como ejemplo que el extracto de maguey morado que se ha aplicado en células vivas de cáncer logrando matar las malignas, sin afectar a las células sanas. (20)

También entre las plantas de las cuales se considera poseen cualidades particulares para combatir el cáncer de mama pueden mencionarse: la cúrcuma, el cardo mariano, el romero, el jengibre, el tomillo, el ajo, la lavanda, el azafrán, por citar algunas.

**La medicina alternativa es eficaz.** La medicina complementaria se usa junto con tratamientos médicos convencionales, un ejemplo es el uso de la acupuntura para ayudar con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. La medicina alternativa

se usa en vez de los tratamientos médicos convencionales. Un ejemplo es el uso de dietas especiales para tratar el cáncer en vez de un método sugerido por un oncólogo. La medicina integrativa es todo un método de atención que incluye la mente, el cuerpo y el espíritu del paciente. Combina la medicina convencional con prácticas de la medicina complementaria y alternativa que han sido más prometedoras.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos provee información basada en la evidencia sobre muchas terapias de la medicina complementaria y alternativa tanto para pacientes como para profesionales de salud. Estas terapias necesitan evaluarse con el mismo proceso largo y cuidadoso de investigación que se usa para evaluar los tratamientos convencionales del cáncer en general, en cuanto a lo nocivos que puedan ser y a su eficacia por medio de un proceso científico intenso que incluye estudios clínicos con un gran número de pacientes. Se conoce menos acerca de la eficacia y de los peligros que pueden presentar muchas terapias de la medicina complementaria y alternativa. Algunas de ellas se han sometido a una evaluación cuidadosa, mientras que otras han resultado ser ineficaces o posiblemente nocivas. (4)

**Se trata con agua de rosas.** La idea del agua de rosas como útil para el tratamiento del cáncer de mama puede provenir de una interpretación asociada con el color que se utiliza para identificar la lucha contra el cáncer de mama, ya que no fue posible hallar información precisa referente específicamente a agua de rosas, por el contrario si a que el rosa es el color con que se adornan diferentes establecimientos bien sea con alfombras, flores, pancartas o globos del mismo color en aras de dar una mayor visibilidad a esta enfermedad que afecta a cientos de miles de mujeres en el mundo.

**Sangre de chulo con whisky y sábila.** Este concepto fue presentado y analizado en párrafos anteriores, quizá la bebida con contenido de alcohol a que se refiere la receta, sea el whisky.

**La mamografía agrava el cáncer.** La efectividad de los mamogramas es un mito. No hay evidencia confiable que indique que la detección de cáncer de mama reduzca la mortalidad, es decir, la detección de cáncer de mama por medio de la mamografía, no reduce el número de personas que mueren por cáncer de mama. Entonces si las mujeres optan por la mamografía, deben entender que el riesgo de morir en los años próximos no se reduce, al contrario, las mamografías pueden aumentar la incidencia de cáncer de mama hasta en un 60%, la detección sólo conlleva a la aplicación de un tratamiento más agresivo. (7)

En cualquier caso el examen de mamografía es una imagen tomada con rayos X para detectar y evaluar cambios en las mamas y como todos los rayos X implican dosis de radiación ionizante, razón por la cual a pesar de las mejoras e innovaciones continuas, la mamografía ha ganado oposición en los pacientes y la comunidad médica debido a un margen de error que aún es alto y a la cantidad de radiación que se considera dañina, utilizada en el procedimiento, sin embargo también este impacto es relativo debido a la edad de las pacientes.

**Bañarse con agua de brevo.** La higuera o árbol de brevas (*Ficus carica L.*) es un árbol típico de los países mediterráneos, su rusticidad y su fácil multiplicación permitieron que arraigara en América. Las higueras con cuidados culturales esmerados son las brevas, por el interés económico de su primera cosecha que es la de brevas, pero como se mencionó en un párrafo anterior se desconoce que tenga propiedades para el tratamiento o cura del cáncer de mama.

**Evitar las biopsias.** Hay diferentes tipos de biopsias de mama, algunas utilizan una aguja y otros una incisión. Cada tipo tiene ventajas y desventajas. El tipo de biopsia que se realiza depende de factores como qué tan sospechoso aparenta ser el tumor, qué

tan grande es, en qué lugar de la mama se encuentra, cuántos tumores están presentes, otros problemas de salud que pueda tener la paciente y sus preferencias personales. (2)

La probabilidad de que una biopsia haga que el cáncer se disemine a otras partes del cuerpo es extremadamente baja. Los cirujanos siguen procedimientos estándar y usan métodos especiales con varios pasos para prevenir que las células cancerosas se diseminen durante las biopsias o las operaciones quirúrgicas para extirpar tumores. Por ejemplo, si deben extirpar tejidos de más de un área del cuerpo, usan instrumentos quirúrgicos diferentes para cada sitio.

**Autoexamen después del período menstrual.** Acerca del autoexamen existe diversidad de puntos de vista y opiniones, algunos afirman que debe realizarse cada mes entre el quinto y el décimo día después del periodo menstrual o si ya no presenta periodos menstruales o el ciclo es muy irregular, otros indican que el mejor momento es más o menos de 3 a 5 días después del comienzo del periodo porque las mamas no están tan sensibles o con protuberancias en ese tiempo del ciclo menstrual. En realidad lo más recomendable es tener un día fijo cada mes para hacerlo, como el primer domingo de cada mes, debe realizarse en un sitio adecuado, cálido, siempre bajo luz óptima y con la suficiente serenidad y tiempo disponible. (5)

En cuanto a los métodos hay bastante unidad de criterios en cuanto a la posición de los brazos, la búsqueda de hoyuelos, pequeñas arrugas, enrojecimiento en la piel de las mamas, secreción de los pezones, cambios en el tamaño o la forma de la mama y verificar si existen las mismas señales al presionar fuertemente las manos sobre las caderas y después al subir los brazos. (5)

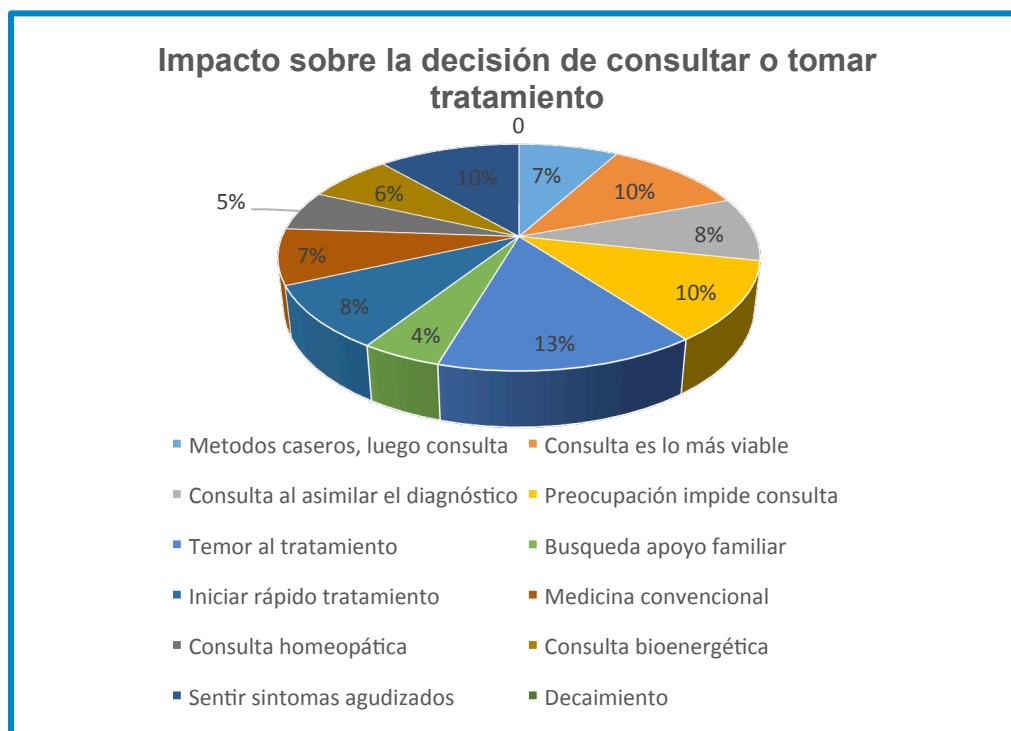
**Observación.** Analizada cada una de las múltiples respuestas obtenidas en la pregunta número tres, se puede comentar que todas obedecen a creencias sin base científica y por lo tanto producto de la cultura popular o la transmisión oral de mayores

a jóvenes, en consecuencia se puede verificar la necesidad de aportar información veraz tanto a pacientes como a la comunidad en general para acceder a actitudes de prevención que protejan la vida, salud, e integridad de todo tipo de paciente susceptible de presentar la enfermedad y en aras de contrarrestar las afirmaciones especulativas que circulan entre la comunidad.

Resultados asociados a la pregunta 4: **¿Cómo impactan estas ideas, la decisión de asistir a consulta médica para confirmar la enfermedad o iniciar un tratamiento formal?**

Variable	V. A.	V. R.
Probar métodos caseros y luego consultar	6	7 %
Ante la noticia es más viable ir a consulta	8	10 %
Consulta cuando se asimila el diagnóstico	7	8 %
Preocupación impide consultar	8	10 %
Temor al tratamiento	10	13 %
Búsqueda de apoyo familiar	3	4 %
Iniciar con rapidez el tratamiento	7	8 %
Recurrir a la medicina convencional	6	7 %
Asistir a consulta homeopática	4	5 %
Consultar con un bioenergético	5	6 %
Sensación de que los síntomas se agudizan	8	10 %
Decaimiento emocional	9	12 %
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100 %</b>





**Gráfico 4. Impacto sobre decisión de consultar**

*Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 4.*

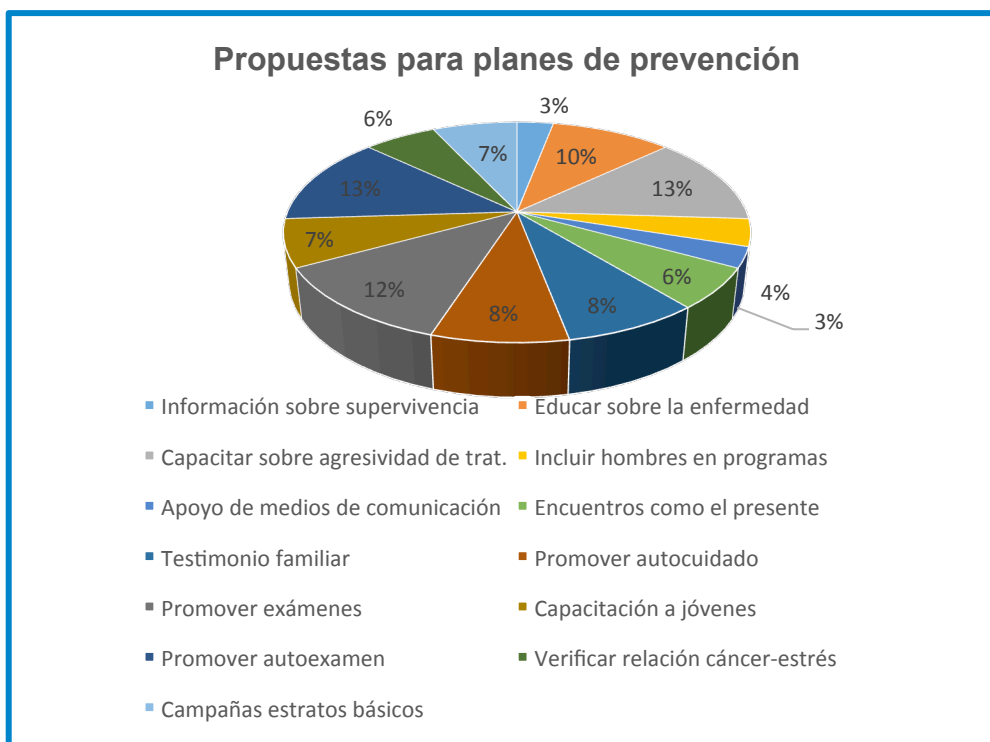
Las respuestas a esta pregunta indican temor hacia la recepción del tratamiento combinado con decaimiento al recibir el diagnóstico, elementos cuyo impacto tiende a retrasar, acelerar o desistir, la decisión de consultar o iniciar el tratamiento. En consecuencia puede afirmarse que es latente la necesidad de transformar de fondo, la percepción de las personas acerca del cáncer de mama, ya que mientras más tarde se asista a consulta, peores pueden ser las consecuencias; así mismo si se aceleran juicios o se abandona por temor, los riesgos pueden ocasionar errores de criterio y comportamiento tanto en el personal científico como en pacientes.

Culturalmente no se acepta la patología porque existe rechazo hacia la palabra ‘cáncer’, aunque actualmente un alto porcentaje de mujeres con cáncer de mama se curan, pero el diagnóstico impacta el sistema emocional y afectivo desencadenando ideas acerca de la enfermedad como: “me voy a morir”, “no voy a ver crecer a mis hijos”, “voy a deteriorarme”, etc. en síntesis todo un despliegue de imaginarios irreales,

en especial si no se tiene certeza acerca de la enfermedad, sus procesos y los recursos que hay para vencerla.

Resultados asociados a la pregunta 5: **¿Qué se puede proponer para mejorar los planes de prevención primaria y secundaria formulados por los organismos de salud?**

Variable	V. A.	V. R.
Información desde la salud de que se puede sobrevivir	2	3 %
Educación mujeres para sensibilizarlas ante la enfermedad	7	10 %
Capacitar acerca de la agresividad del tratamiento	9	13 %
Incluir hombres en programas de capacitación	3	4 %
Buscar apoyo en los medios de comunicación	2	3 %
Propiciar encuentros como el presente	4	6 %
Incluir a la familia en testimoniales	6	8 %
Testimoniales que motiven el autocuidado	6	8 %
Campañas para promover la realización de exámenes	8	12 %
Capacitación a jóvenes motivando el autocuidado	5	7 %
Promoción del autoexamen	9	13 %
Verificar la relación cáncer-estrés	4	6 %
Campañas culturales y sociales en primeros estratos	5	7 %
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100 %</b>



**Gráfico 5. Propuestas prevención**

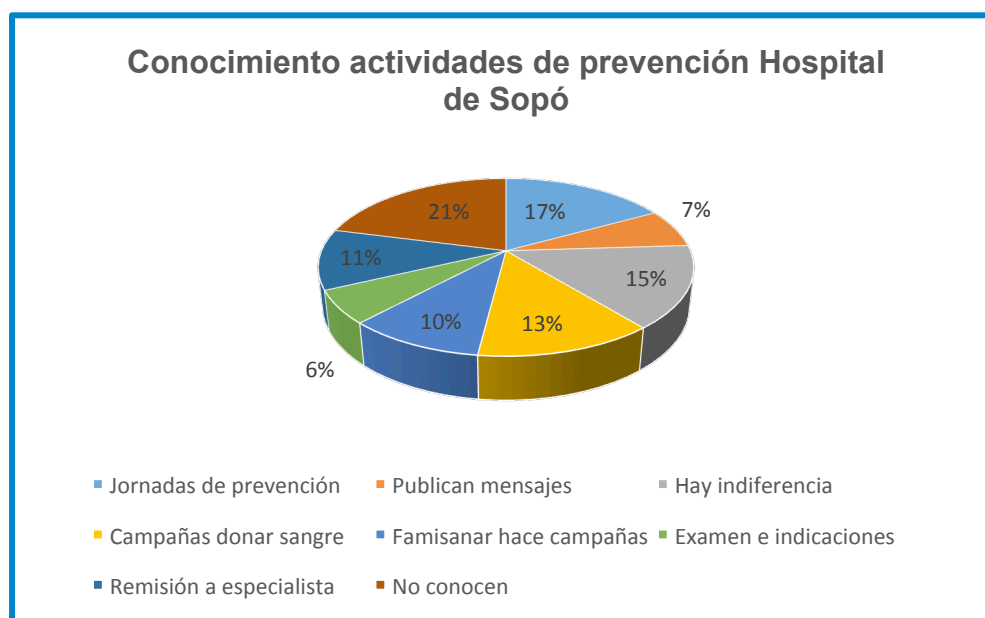
*Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 5.*

La pregunta número cinco permite establecer que las mejores propuestas ofrecidas por cada grupo asistente para los planes de prevención organizados por los organismos de salud y las entidades prestadoras de servicios de salud se orientan en dos sentidos concretos, a saber: uno, la educación o capacitación dirigida en especial a la comunidad para desmitificar los múltiples mitos y creencias que giran en torno al cáncer de mama y dos, la promoción tanto del autoexamen como de la asistencia a consulta lo más temprano posible para verificar los síntomas, revisar las condiciones de la persona y por ende proceder de la manera más acertada según las características de cada paciente.

Es importante mencionar la relevancia dada por los grupos a la necesidad de informar que se puede sobrevivir a la enfermedad con adecuada calidad de vida, que no es el fin del mundo, que a los hombres también les puede afectar y en general es de resaltar que a pesar de la agresividad que puede tener el tratamiento es mejor acercarse a él antes que rechazarlo o explorar métodos especulativos que no siempre garantizan el bienestar deseado y que incluso pueden poner en riesgo la vida de las personas, dada su escasa o nula base científica.

Resultados asociados a la pregunta 6: **¿Conoce las actividades de prevención del Hospital de Sopó acerca del cáncer de mama, o algún programa municipal o nacional?**

Variable	V. A.	V. R.
Jornadas de prevención regulares	9	17 %
Se publican mensajes	4	7 %
Hay mucha actitud indiferente	8	15 %
Campañas para donar sangre	7	13 %
Famisanar realiza campañas	5	10 %
Examen médico con indicaciones	3	6 %
Remisión a especialista	6	11 %
No conocen	11	21 %
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100 %</b>



**Gráfico 6. Conocimiento actividades Hospital de Sopó**

*Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 6.*

Específicamente acerca del cáncer de mama se conocen muchas actividades: jornadas de prevención y autocuidado; campañas de donación de sangre y remisión a especialistas; sin embargo hay dos porcentajes que llaman la atención, uno de ellos, 21% de respuestas que dicen no conocer programas de prevención y 15% que afirma la existencia de actitud indiferente tanto en la comunidad como en el personal de salud, así

mismo se mencionaron las actividades que realiza la organización de salud denominada Famisanar.

En síntesis puede determinarse que, aunque hay acciones de prevención pueden requerirse programas más agresivos o mejor orientados para que alcancen a más personas de la comunidad y por ende centrados en mejor y más acertada información que rompa mitos y creencias, e informe acerca de reales y mejores métodos de tratarlo y enfrentar el impacto de su diagnóstico.

Resultados asociados a la pregunta 7: **¿El conjunto de creencias, actitudes y prácticas pueden impedir la aplicación de técnicas, tratamientos o apoyo terapéutico, útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama?**

Variable	V. A.	V. R.
Si	45	90 %
No	5	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



**Gráfico 7. Creencias y prácticas impiden tratamiento o apoyo**

### *Análisis de las respuestas brindadas ante la pregunta 7.*

La información recopilada de esta pregunta es contundente pues si el 90% de personas consideran que las creencias y prácticas culturales tienen tanto poder para impedir impedir la aplicación de técnicas, tratamientos o apoyo terapéutico, útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama, entonces resulta de vital importancia trabajar fuertemente para cambiar esa actitud.

#### **¿Por qué si?**

Variable	V. A.	V. R.
Las creencias transmitidas	9	20 %
Impacto emocional	7	15 %
Influencia familiar	4	9 %
Conjunto de temores culturales	8	18 %
Impacto de la opinión social	3	7 %
Afecta relaciones interpersonales	3	7 %
Vergüenza social	5	11 %
Temor a la muerte	6	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100 %</b>



**Gráfico 8. ¿Por qué si?**

Ahora bien, con base en la anterior pregunta es evidente que el mayor impedimento o razón, son las creencias y prácticas generalmente transmitidas por la

cultura (20%), sumado a los temores culturales también (18%), seguidas del impacto emocional (15%) y el temor a la muerte (13%).

Lo cual ratifica la importancia y validez de la investigación, generando además la importancia de trabajar para desvirtuar los aspectos que impiden el acceso a la consulta y a los mejores y más acertados tratamientos.

Cuando se realizó una sesión de grupo con los profesionales de salud surgió en hecho que ninguno de los mismos considera los mitos o creencias de sus pacientes a la hora de realizar actividades de prevención, diagnóstico o tratamiento.

### **Análisis de los indicadores de atención oportuna del cáncer de mama en el Municipio de Sopó, Cundinamarca**

El análisis documental realizado a partir de los registros locales de las instituciones de la salud mostró que el promedio entre la detección de un nódulo hasta la consulta médica, es de 7.4 meses ( $\pm$  3.9 meses). Asimismo el porcentaje de las pacientes de la región que en la primera consulta ya presentan un estado avanzado de la enfermedad (compromiso ganglionar o metástasis) es de 48,64%.

De acuerdo con información proporcionada por el Sistema de Información Integral de la Protección Social, SISPRO, existe un avance de 74% en el control de cáncer de mama a nivel del departamento de Cundinamarca y el 26% restante se ocupa de la construcción de línea base para definir las necesidades de investigación e integrar a la bodega de datos del sistema que incluyen la consulta en Línea, definir el Plan de análisis del observatorio nacional y generar informes, reportes, boletines y material científico por medio de los cuales se brinde atención oportuna y se ofrezca prevención de calidad para todos los pacientes con esta patología (21).

## 10. DISCUSION

Con base en la información científica consultada se estableció que el cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios; se trata entonces de una enfermedad en la cual una célula individual después de varias mutaciones somáticas o de línea germinal, adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor, dando como resultado, que comience una anomalía leve que puede tornarse grave al invadir tejidos vecinos pudiendo con el tiempo propagarse a otras partes del cuerpo (13).

En general los diferentes tipos de cáncer de mama no superan en conjunto el 10 % de los casos. Los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama incluyen: edad avanzada; la primera menstruación a temprana edad; edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber dado a luz; antecedentes familiares de cáncer de mama; consumir hormonas como estrógeno y progesterona; consumir licor; y ser de raza blanca. Así mismo entre 5% a 10 % de los casos, es causado por mutaciones genéticas heredadas.

Para detectar el cáncer de mama, se utilizan diferentes pruebas como la mamografía, ultrasonido mamario con transductores de alta resolución (ecografía), prueba de receptores de estrógeno y progesterona, o, imágenes por resonancia magnética. En todo caso el diagnóstico de la enfermedad solo adquiere carácter definitivo por medio de una biopsia mamaria. Lo ideal es hacer biopsias por punción o aspiración, con aguja fina y pistola de corte, guiadas por ultrasonido o resonancia, o usar equipos de biopsia por corte y vacío, los cuales son capaces de retirar la lesión parcialmente o completamente, según el caso.



Durante las sesiones de grupo aplicadas en el Municipio de Sopó, Cundinamarca, se verificó que las personas asistentes tienen escaso conocimiento científico acerca de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad por lo tanto con gran facilidad, pueden presentar tendencia a privilegiar las creencias y especulaciones tejidas alrededor de la citada patología y así mismo las reacciones frente al diagnóstico correspondiente son de rechazo, dolor, ansiedad y temor, por citar las más relevantes. En ese contexto y como derivación de las emociones y sentimientos que desata el diagnóstico, lo primero que se busca son consejos basados en los mitos y prácticas culturales de amigos y familiares, los cuales terminan postergando la asistencia a consulta médica para descartar o verificar la presencia del cáncer.

Seguidamente la persona entra en estado de depresión, aislamiento y tristeza, dando paso al uso de métodos y productos bastante *"sui generis"* si se quiere, que termina siendo menos que paliativos en el caso real de presentarse la enfermedad o que causan pobre efecto sobre la buena salud de la persona. Todo ello ocurre aunque se sabe que en general, el mejor procedimiento es consultar al profesional médico, escuchar sus recomendaciones; preguntar acerca de los posibles usos o aplicaciones de los productos que la creencia popular sugiere y comenzar el tratamiento más adecuado e incluso, no es descartable la búsqueda de segunda o tercera opinión y diagnóstico.

Entre los mitos y creencias que afirmaron conocer las personas entrevistadas, se hallaron opiniones dispares desde que es hereditario, hasta la importancia de realizar autoexamen después del período menstrual; pero pasando por aspectos como: que puede ser producto del estrés; que se cura con aceite de higuera; con guanábana; tomando sangre de chulo o gallinazo con whisky y zabila o caldo de pichón; bañándose con algunas hierbas, con agua de rosas o con agua de brevo; que se puede tratar con Vitamina C; que puede producirlo la ropa interior nueva; que la medicina alternativa es

eficaz o que la mamografía agrava el cáncer e inclusive que es clave evitar las biopsias, todas estas ideas que impactan fuertemente sobre la decisión de asistir a consulta médica para confirmar la enfermedad o iniciar un tratamiento formal.

Por otra parte, acerca de las posibles propuestas para mejorar los planes de prevención primaria y secundaria formulados por los organismos de salud, se hallaron elementos y conceptos muy interesantes entre los que vale la pena mencionar: la necesidad de mayor información acerca de que la enfermedad es tratable y a la cual se puede sobrevivir; sensibilizar y capacitar mejor a la comunidad frente a la enfermedad; ofrecer información acertada acerca de las características reales de los posibles tratamientos; incluir personas del género masculino en los programas de capacitación con apoyo de los medios de comunicación; propiciar encuentros que incluyan jóvenes y familias, basados en testimonios para motivar el autocuidado y la realización de exámenes; así como promover campañas culturales y sociales dirigidas a los primeros estratos socio económicos porque sin duda las actividades de prevención que realiza el Hospital de Sopó son importantes pero su impacto es de corto alcance o se quedan dentro de la entidad y el tema requiere ser tratado con mayor agresividad y fuerza para que su alcance sea masivo.

En general es muy importante destacar que el conjunto de creencias, actitudes y prácticas culturales tiene capacidad para impedir la aplicación de técnicas, tratamientos o apoyo terapéutico, útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama, lo cual se convierte en un factor de riesgo que debe ser atendido con prioridad por los organismos de salud tanto municipales como regionales y nacionales, no solo con el objeto de aumentar la prevención sino para desvirtuar los mitos y creencias existentes en la población de Sopó, en torno a al cáncer de mama.

Finalmente es interesante contrastar los resultados obtenidos en el presente estudio con aquellos estudios realizados por un grupo de investigación del Instituto Nacional de Cancerología, dirigido por el médico psiquiatra y epidemiólogo Ricardo Sánchez Pedraza, formado hace diez años para estudiar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado, dichos estudios muestran que la búsqueda espiritual de los pacientes tiene gran prevalencia, que también se recurre por ello a terapias complementarias y alternativas. También se ha establecido que gran cantidad de los pacientes oncológicos en Colombia utiliza terapias no convencionales para combatir el cáncer, como la sangre de chulo, el veneno de escorpión azul, el noni o la acupuntura, sin embargo su efectividad científica es del todo discutible. Estos mitos y creencias, cuando prevalecen sobre las terapias clínicas formales, afectan negativamente el desarrollo de la atención oportuna de la enfermedad porque aunque mucha gente utilice los variados recursos ya nombrados, no existe literatura científica acerca del beneficio del fruto llamado noni, del veneno de escorpión azul, ni de la sangre de chulo.

Este variado tipo de terapias es utilizado generalmente por las personas de menores recursos y más en los niños que presentan cáncer que en los adultos que padecen dicha enfermedad. El mencionado grupo de investigación no solo encontró que 81% de pacientes infantiles son tratados a partir de las terapias basadas en mitos y creencias y además se demostró que hay casi 80 modalidades diferentes de tratamiento; por ejemplo, en casos de leucemia infantil, el más usado es la dieta con base en frutos rojos al parecer porque su color se asocia con el color de la sangre. (16)

Aunque esos tratamientos no curan ni controlan el cáncer, hay evidencia que algunos traen beneficios, tales como por ejemplo estimular la espiritualidad en los sufrientes y sus familias, aspecto que permite combatir la ansiedad y la depresión; también hay información acerca de la acupuntura, que demuestra que la misma reduce

los efectos secundarios de la quimioterapia y que la caléndula beneficia a los enfermos mitigando sus síntomas por su poder antiinflamatorio.

El Doctor Ricardo Sánchez Pedraza (22), comenta que los médicos casi nunca hablan de estos temas con sus enfermos, de manera que si un paciente cuenta que toma terapias alternativas como el anamú (otra planta que se considera anticancerígena), estos profesionales generar un rechazo y amenazan con no seguir atendiendo los mismos, ellos dejan que se la tome sin saber si le está haciendo daño y es ésta falta de guía lo más preocupante porque esta decisión puede quitar a los pacientes la oportunidad de recibir terapias que sí sirven o aplicar procedimientos adecuados y acordes con su estado de salud.

Al evaluar las consecuencias que tienen las creencias sobre la actitud de la mujer, para asistir oportunamente a la consulta médica en busca de descartar o confirmar la presencia de cáncer de mama permitió comprobar que su influencia en definitiva es muy fuerte y aunque falta mucha investigación para conocer a ciencia cierta los alcances de las terapias alternativas lo que si es cierto es que no curan pero si son parte del problema, en consecuencia impiden detectar a tiempo el cáncer o aplicar los tratamientos más acertados.

El análisis de las actividades de prevención realizadas por el Hospital de Sopó, demuestran que en esta institución no consideran las creencias de la población respecto al cáncer de mama, convirtiéndose este hecho, como lo demuestran los registros de los usuarios del Hospital, en una barrera para la población más vulnerable y originaria y para la aplicación eficaz de los programas de salud, que incluyen las políticas públicas municipales o nacionales quizá por falta de recursos para investigación, caso en el cual los resultados de la presente investigación pueden ayudar al avance científico en acciones de prevención contra el cáncer.

Identificar las razones por las cuales los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas, se constituyen como barreras que potencialmente obstruyen la aplicación de técnicas, tratamientos y apoyos terapéuticos útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama constituyó un logro importante porque implica la necesidad de derrotar el escepticismo, el temor, la angustia y sobre todo el desconsuelo que produce conocer el diagnóstico.

De ahí la necesidad de realizar esfuerzos para que se publique la información acertada, veraz y eficiente acerca del cáncer de mama con el objetivo de promover que la comunidad se aleje de las prácticas alternativas orientadas por creencias culturales que no tienen comprobación científica.

Cuando se analiza el porcentaje de pacientes de Sopo que ante su primer consulta tienen una enfermedad avanzada, se observa que el mismo es muy superior al promedio nacional e internacional pues se acerca al 6% quienes presentan metástasis en la primer consulta (23).

Por otro lado, el tiempo transcurrido entre la detección incipiente de la enfermedad por parte de los pacientes y la consulta profesional es muy prolongado, en comparación con otras regiones o países ya que las mujeres, en su mayoría afirman que por temor al diagnóstico se tardan mucho en consultar (24).

## 11. CONCLUSIONES

La tarea de investigación desarrollada para identificar la manera como los conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente al cáncer de mama, impactan sobre la detección temprana de ésta patología, en el municipio de Sopó, Cundinamarca, ofreció un interesante aporte no sólo a nivel de la formulación de planes de prevención primaria y secundaria desde las diferentes disciplinas y ciencias de la salud; sino que además permitió conocer las opiniones de algunas personas de la comunidad al respecto y permitió así mismo confrontar tales creencias con información científica registrada en diversas fuentes resultado de lo cual permite realizar las conclusiones de la investigación.

Uno de los aspectos más destacables es que se pudo establecer es que los profesionales de la salud que atienden a la comunidad de Sopó, no tienen en cuenta las creencias y los mitos que tienen las personas usuarias del sistema local de salud, razón por la cual, al no sentirse comprendidas, se demoran en consultar, aspecto que conlleva a detección y diagnóstico tardíos para el cáncer de mama, generando que al momento de la primer consulta los estadios de la enfermedad ya puedan encontrarse en estado avanzado y por ende hacer necesarios tratamientos más agresivos que aquellos aplicables a los estadios menos extendidos si se hubiese detectado en forma temprana esta enfermedad.

Al evaluar las consecuencias que tienen las creencias sobre la actitud de la mujer para asistir oportunamente a la consulta médica en busca de descartar o confirmar la presencia de cáncer de mama, se determinó que tiene mayor incidencia sobre la decisión el temor a recibir la noticia de que hay cáncer y por eso se procede con mayor frecuencia a seguir los consejos y recomendaciones basados en las creencias y mitos tejidos en torno a la citada patología por el conocimiento popular de abuelas o madres,

de manera que además de carecer de bases científicas de tratamiento, se evita asistir a la consulta en forma oportuna y al consumir productos de diversa índole que no ayudan a curar el cáncer, además demoran la detección y su adecuado tratamiento.

En general, al analizar las actividades de prevención llevadas a cabo por el Hospital de Sopó, se verificó que en realidad, las autoridades sanitarias de la región, consideran las creencias de la población respecto al cáncer de mama, una fuerte barrera para la aplicación eficaz de los programas de salud que incluyen las políticas públicas municipales y nacionales; sin embargo se realizan diferentes programas y acciones de difusión para motivar la visita al médico ante cualquier indicio de enfermedad, con la expectativa que día a día disminuyan los riesgos de su detección tardía así como las prácticas basadas en mitos y creencias populares de escaso fundamento científico. Lo cierto es los cambios culturales no ocurren rápidamente, e ignorarlos, puede llevar a resultados insatisfactorios como los que se han conseguido hasta el momento en la zona de Cundinamarca.

Vale la pena mencionar que la información recopilada está disponible para las autoridades sanitarias de la región con el fin de que ayuden a modificar y mejorar las practicas del sistema local de salud tanto en torno a la prevención, como para el diagnóstico temprano y la atención del cáncer de mama en el Municipio de Sopó, Cundinamarca.

Finalmente es muy interesante reiterar que en el proceso de identificar las razones por las cuales los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas se constituyen como barreras que potencialmente obstruyen la aplicación de técnicas, tratamientos y apoyos terapéuticos útiles para la detección y diagnóstico tempranos del cáncer de mama; se encontró el fuerte impacto e influencia que poseen los contenidos populares que se consolidan en creencias y se convierten en mito alrededor de la enfermedad y su

tratamiento, haciendo no sólo que avance en forma silenciosa en la población originaria y más vulnerable, sino que además obstruyen su detección temprana por el temor de asistir a consulta ante los primeros síntomas o señales que deberían considerarse alarmantes.



## 12. LIMITANTES DEL ESTUDIO

- La limitante considerada más importante, en la presente investigación es la resistencia que pueden ofrecer las personas convocadas para mencionar sus creencias y explicar los motivos que, en su concepto, las fortalecen, sin embargo es parte del reto asumido para llevar a cabo el proceso de investigación propuesto.
- Otra limitante es el tiempo disponible de las personas, ya que por lo general la sesión de grupo tiende a ser larga en cuánto duración, pudiendo alcanzar hasta dos o tres hs.
- Finalmente el lugar geográfico, ya que algunas personas aunque viven en el municipio, trabajan en la región debiendo desplazarse a otras ciudades o municipios por lo cual no siempre se contó con la puntualidad de llegada de todas las personas invitadas.

Por lo general los procesos de investigación se orientan de manera científica y en consecuencia sus resultados tienden a ser de tipo cuantitativo al fundamentarse en el positivismo lógico que busca hechos y causas de determinados fenómenos, pero deja de lado los estados subjetivos de los individuos.

Es importante mencionar que la investigación cuantitativa y cualitativa no se contraponen, sino que se complementan, y han servido como base para el presente estudio cuyo enfoque es cualitativo porque abordó el problema desde una perspectiva que no busca hacer generalizaciones, sino destacar particularidades, es de carácter exploratorio, descriptivo e inductivo, ya que su interés es el conocimiento de la conducta humana, pero respetando su propio contexto, valores, normas, sentimientos y no imponiendo las creencias del investigador.

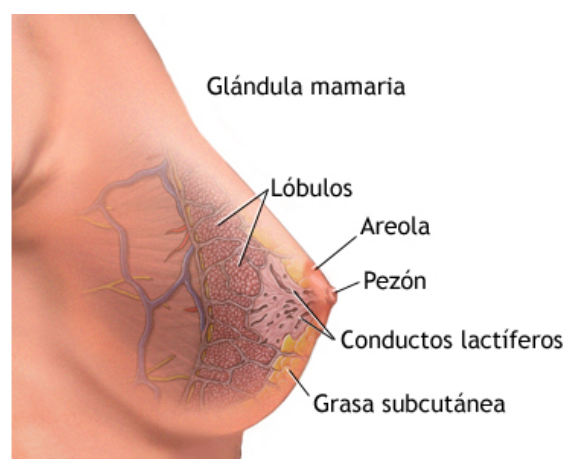
## ANEXO

### Reseña de la información presentada

La investigadora explica que el cáncer de mama comienza en los tejidos mamarios y existen dos tipos principales a saber: El primero es conocido como carcinoma ductal que comienza en los tubos (conductos) que llevan leche desde la mama hasta el pezón; de este tipo son la mayoría de los cánceres de mama.

El segundo es denominado carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche, en pocas ocasiones, el cáncer de mama puede comenzar en otras zonas de la mama. Otros nombres que puede recibir son: Cáncer de mama o mama; Carcinoma ductal; Carcinoma canalicular; Carcinoma lobulillar; CDIS; CLIS; Cáncer de mama positivo para HER2; Cáncer de mama positivo para receptores de estrógenos (RE); Carcinoma ductal in situ; Carcinoma lobulillar in situ.

Para enriquecer la presentación se utilizaron diapositivas con el fin de ofrecer información lo más precisa posible y despejar dudas de las personas presentes.



**Figura 1. Mama Femenina**

Existen factores de riesgo para el cáncer de mama los cuales incrementan la probabilidad de que se presente y pueden ser:

- Beber alcohol
- Antecedentes familiares, difíciles de controlar.
- A más factores de riesgo, mayor riesgo.
- Muchas mujeres que presentan cáncer de mama carecen de factor de riesgo conocido, o antecedentes familiares.
- comprender los factores de riesgo ayuda a saber cómo prevenir el cáncer de mama.

A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir:

- Tumor mamario o tumoración en la axila que es dura, tiene bordes irregulares y generalmente no duele.
- Cambio del tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Por ejemplo, se puede presentar enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.
- Líquido del pezón, que puede ser sanguinolento, de claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.
- En los hombres, los síntomas de cáncer de mama incluyen tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden incluir:

- Dolor óseo
- Dolor o molestia en las mamas
- Úlceras cutáneas
- Hinchazón de los ganglios linfáticos en la axila (próxima a la mama con cáncer)
- Pérdida de peso

### **Cuándo contactar al profesional médico**

- Si se presenta tumoración en la mama o la axila
- Si presenta secreción del pezón
- Si después del tratamiento aparece salpullido en las mamas
- Si hay nuevas tumoraciones en la mama
- Si surge hinchazón en la zona
- Si hay dolor, especialmente en el pecho, el abdomen o los huesos

### **Pruebas y exámenes**

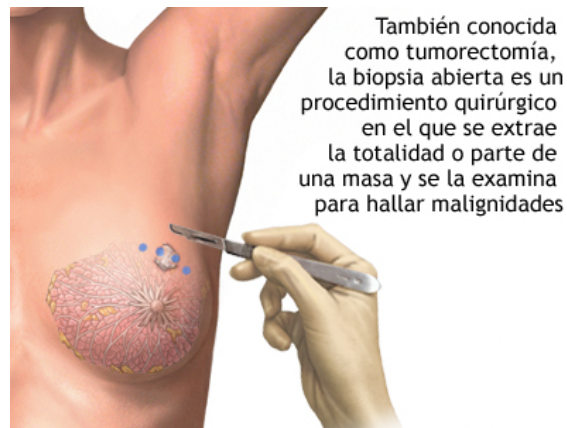
El proveedor de atención médica preguntará acerca de los síntomas y factores de riesgo, luego llevará a cabo un examen físico, el cual incluye ambas mamas, las axilas, la zona del cuello y del tórax. Se recomienda a las mujeres realizar el autoexamen de mamas todos los meses. Sin embargo, este procedimiento no garantiza la detección del cáncer de mama.



**Figura 2. Biopsia de mama con aguja**

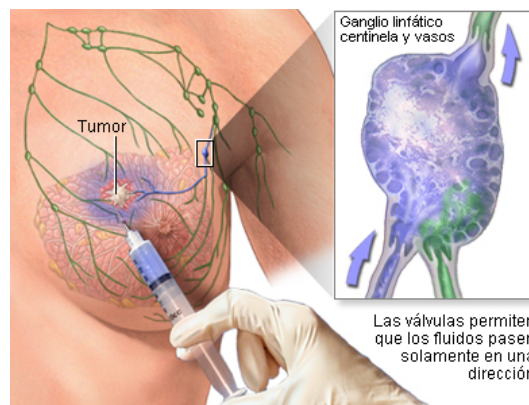
Los exámenes utilizados para diagnosticar y vigilar a las personas con cáncer de mama pueden incluir:

- Resonancia magnética de las mamas para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria o evaluar un cambio anormal en una mamografía.
- Ecografía de las mamas para mostrar si la tumoración es sólida o está llena de líquido.
- Biopsia de mama: usando métodos como biopsia aspirativa, guiada por ecografía, estereotáctica o abierta.
- Tomografía computarizada para ver si el cáncer se ha diseminado por fuera de la mama.
- Mamografía para detectar cáncer de mama o ayudar a identificar la tumoración o protuberancia mamaria.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP) para verificar si el cáncer se ha diseminado.
- Biopsia de ganglio linfático centinela para verificar si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- Verificada la presencia del cáncer de mama, se procede a lo que se denomina estadificación, para verificar si el cáncer se ha propagado. La estadificación ayuda a guiar el tratamiento y control e igualmente indica lo que se puede esperar en el futuro.



**Figura 3. Biopsia abierta de mama**

Los estadios o fases del cáncer de mama van de 0 a IV. Cuanto más alto sea el número del estadio, más avanzado estará el cáncer.



**Figura 4. Biopsia de los ganglios centinelas**

## Tratamiento

El tratamiento se basa en diversos factores, que implican establecer:

- El tipo de cáncer.
- El estadio del cáncer (estadificación).
- Si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas.
- Si el cáncer produce en exceso o no una proteína llamada HER2/neu

Así mismo los tratamientos para el cáncer pueden incluir:

- Terapia hormonal.
- Quimioterapia, que usa medicinas para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia, usada para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: Una tumorectomía para extirpar la tumoración mamaria. Una mastectomía para extirpar toda o parte de la mama y posiblemente las estructuras cercanas. Los nódulos linfáticos también se pueden retirar durante la cirugía.
- El tratamiento dirigido usa medicina para atacar los cambios en los genes de las células cancerosas. La terapia hormonal es un ejemplo de la terapia dirigida y su objetivo es bloquear ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.



**Figura 5. Tumorectomía**

También el tratamiento para el cáncer puede ser local o sistémico:

- Los tratamientos locales involucran sólo la zona de la enfermedad. La radiación y la cirugía son formas de este tipo de tratamiento. Son más efectivos cuando el cáncer no se ha diseminado fuera de la mama.
- Los tratamientos sistémicos afectan a todo el cuerpo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tipos de tratamientos sistémicos.

- La mayoría de las mujeres recibe una combinación de tratamientos. Para las mujeres con cáncer de mama en estadio I, II o III, el objetivo principal es tratar el cáncer e impedir que reaparezca (recurrencia).
- Para las mujeres con cáncer en estadio IV, el objetivo es mejorar los síntomas y ayudar a que la persona viva más tiempo. En la mayoría de los casos, el cáncer de mama en estadio IV no se puede curar.

### **Información adicional no incluida en la presentación**

Debido a la posibilidad de que hubiese preguntas por parte de las personas participantes se dispuso de información adicional que se indicó estaría disponible para las asistentes en caso de requerir ser consultada, pero no se incluyó en la presentación inicial para que no se tornara larga o tediosa y al mismo tiempo evitar dispersar la atención del grupo.

### **Estadios del cáncer de mama**

- Estadio 0 y carcinoma ductal *in situ* (CDIS): El tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía.
- Estadio I y II: El tratamiento estándar es la tumorectomía más radiación o la mastectomía con algún tipo de extirpación de ganglios linfáticos. Igualmente, se puede recomendar hormonoterapia, quimioterapia y tratamiento dirigido después de la cirugía.
- Estadio III: El tratamiento incluye cirugía posiblemente seguida de quimioterapia, hormonoterapia y otro tratamiento dirigido.
- Estadio IV: El tratamiento incluye cirugía, radiación, quimioterapia, hormonoterapia u otra terapia dirigida o una combinación de estos tratamientos.



- Posterior al tratamiento, algunas mujeres continúan tomando medicinas por un tiempo. Todas continuarán haciéndose exámenes de sangre, mamografías y otros exámenes para monitorear el regreso del cáncer o el desarrollo de otro cáncer de mama.
- A las mujeres que se han sometido a una mastectomía se les puede practicar una cirugía reconstructiva de las mamas. Puede ser al momento de la mastectomía o posteriormente.

### **Grupos de apoyo**

El estrés causado por la enfermedad se puede aliviar uniéndose a un grupo de apoyo para el cáncer. El hecho de compartir con otras personas que tengan experiencias y problemas en común puede ayudarle a no sentirse solo.

Los tratamientos nuevos y mejorados están ayudando a las personas con cáncer de mama a vivir por más tiempo. Incluso con tratamiento, el cáncer de mama puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Algunas veces, el cáncer retorna incluso después de que se extirpa el tumor entero y se descubre que los ganglios linfáticos están libres de cáncer. Algunas mujeres que han tenido cáncer de mama desarrollan un nuevo cáncer allí que no está relacionado con el tumor original.

La recuperación después del tratamiento para el cáncer de mama depende de muchos factores. Cuanto más avanzado esté el cáncer, menos alentador será el desenlace clínico. Otros factores que determinan el riesgo de recurrencia y la probabilidad de un tratamiento exitoso incluyen:

- Localización del tumor y qué tan lejos se ha diseminado.
- Si el tumor es positivo o negativo para los receptores hormonales.
- Marcadores del tumor.
- Expresión del gen.
- Tamaño y forma del tumor.
- Tasa de división celular o velocidad de crecimiento del tumor.

- Esta información es útil para que el personal médico puede analizar el riesgo de recurrencia del cáncer de mama.

### **Posibles complicaciones**

Se pueden experimentar efectos secundarios o complicaciones del tratamiento para el cáncer que incluyen dolor o hinchazón temporal de la mama y el área circundante, de ahí la importancia de brindar información precisa acerca de los posibles efectos secundarios a raíz del tratamiento desde los organismos de salud.

### **Prevención**

Es importante que la persona hable con su proveedor de servicios de salud acerca de la frecuencia con que debe realizar una mamografía u otros exámenes de detección de cáncer de mama ya que los cánceres mamarios precoces detectados por medio de una mamografía tienen buenas probabilidades de curarse.

El tamoxifeno está aprobado para la prevención del cáncer de mama en mujeres de 35 años en adelante que estén en alto riesgo, un aspecto que puede ser analizado con el médico.

Las mujeres que están en riesgo muy alto de sufrir cáncer de mama pueden pensar en someterse a una mastectomía preventiva (profiláctica). Se trata de la cirugía para extirpar las mamas antes de que el cáncer de mama se haya diagnosticado.

Las posibles candidatas abarcan:

- Mujeres a quienes ya se les ha extirpado una mama debido a cáncer.
- Mujeres con fuertes antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Mujeres con genes o mutaciones genéticas que aumenten el riesgo de padecer este tipo de cáncer (como BRCA1 o BRCA2).

- Muchos factores de riesgo, como los genes y los antecedentes familiares, no se pueden controlar. Sin embargo, realizar unos cuantos cambios en el estilo de vida puede reducir la probabilidad total de sufrir cáncer. Esto incluye:
  - Consumir alimentos saludables
  - Mantener un peso adecuado
  - Reducir el consumo de alcohol a 1 trago por día (las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de mama no deben consumir alcohol en absoluto)

### 13. Referencias

1. **Jany Castro, Jose Nicolás.** *Métodos de investigación*. Bogotá : Universidad del Rosario, 2011.
2. **Journal of Clinical Oncology.** Breast cancer actuality. *Journal of Clinical Oncology*. julio, 2016, Vol. 3.
3. **Minsalud.** *Boletín de prensa*. Bogotá : Minsalud, 2016. Febrero 17.
4. **Unidos, Instituto Nacional del Cáncer de Estados.** *Falsas creencias sobre el cancer*. New York : NCIUS, 2014.
5. **Organización mundial de la Salud.** *Avances de investigaciones sobre el cancer de mama*. Ginebra : OMS, 2011.
6. *Factores de riesgo, cancer de mama.* **Clínica Mayo.** 17, Minnesota : Mayo Clinic en español, 2009, Vol. 17.
7. **Breast Health Global Initiative.** *The breast journal*. Marylan U.S.A. : Blackwell publishing, 2013. 8.
8. **Hergert, Clara.** *Cáncer detección y prevención*. Michigan : Michigan university, 2012.
9. **Bruner, Jerome.** *Actos de significado, más allá de la revolución cognitiva*. Madrid : Alianza, 2009.
10. **National Cancer Institute.** *Diccionario del cáncer*. Mexico D.F. : Trillas, 2014.
11. **Real Academia de la Lengua.** *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*. Barcelona : Espasa, Calpe, 2014.
12. **Ramsey, Frank P.** *De las creencias y los mitos a la ciencia*. Mexico, D. F. : Trillas, 2012.
13. **OMS.** *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Washington D. C. : OMS, 2013.
14. **Secretaria de planeación.** *Cundinamarca en cifras*. Bogotá : Gobernación de Cundinamarca, 2014.
15. **S.A., Mendelics Análise Genômica.** <http://www.mendelics.com/es/cancer/>. *College of american pathologist*. [En línea] CAP accredited, 2017. [Citado el: 18 de agosto de 2017.] <http://www.mendelics.com/es/cancer/>.
16. **Cáncer, cura natural.org.** <https://curacancernatural.org/aceitedeoliva/>. [En línea] 02 de agosto de 2016. [Citado el: 19 de agosto de 2017.] <https://curacancernatural.org/aceitedeoliva/>.

17. *La guanabana, la cura milagrosa del cáncer*. **CROMOS**. Bogotá : Cromos, 2016, Vol. Mayo 15.
18. *Mitos en torno al cáncer de mama*. **Kaplan, Erik**. 16, Bogotá : Semana , 2016, Vol. 30.
19. **Vega Nieto, Luz Helena**. Historia del cazador que alivia dolencias del cáncer a base de caldo de pichones. *La República*. 2013.
20. <http://www.botanical-online.com>. <http://www.botanical-online.com>. [En línea] 16 de julio de 2017. [Citado el: 20 de agosto de 2017.]
21. **Ministerio de salud y protección social**. *El Sistema de Salud le responde a los pacientes con cáncer*. Bogotá : MINSALUD, 2016.
22. **Sanchez, Ricardo**. Instituto de investigaciones sobre el cáncer. *Reporte anual de control de cáncer en Cundinamarca*. Bogotá : IISC, 2017.
23. **Venegas, William Octavio**. *Programa de gobierno Sopó. 2016-2019*. Sopó : Alcaldía Municipal de Sopó, 2016.
24. **Hospital Divino Salvador de Sopó**. *Informe anual de consulta por cancer de seno*. Sopó : Hospital Divino Salvador, 2016.
25. **Jany Castro, José Nicolás**. *Investigación integral de mercados*. Bogotá : McGraw-Hill, 2002.

