



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
Año 9 - VOL 1 - Nº 11 - 2009

**PERCEPCIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES ATRIBUIDOS A LA SUPERVIVENCIA EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER INVASIVO DE CUELLO UTERINO.
MUNICIPIO DE PASTO**

María Clara Yépez Ch.,¹ Elena Cerón S.,² Cristina Cerón S.³

Fecha de recepción: Junio 01 - 2009

Fecha de aprobación: Noviembre 20 - 2009

RESUMEN

El cáncer del cuello uterino es uno de los problemas más grandes de salud pública en América Latina y el Caribe. A pesar de contarse con una tecnología eficaz de prevención secundaria, se considera que es uno de los cánceres de mayor morbilidad y muerte evitable. Los estudios realizados por International Agency for Research on Cancer (IARC) sobre las tasas estandarizadas por edad de supervivencia relativa a cinco años para el cáncer de cuello uterino, mostraron que son significativas las diferencias entre países en desarrollo y desarrollados. La revisión de bibliografía muestra un vacío en el conocimiento de factores culturales a los cuales las personas atribuyen su curación. Estos factores se entienden como un conjunto de creencias específicas que se traducen en expresiones de la vida cotidiana a nivel personal y situacional. Este estudio indagó, a través de la aplicación de la escala de Licker en un grupo de mujeres que supervivieron a la enfermedad, la percepción atribuida al factor cultural con respecto a la curación, encontrando que la percepción del factor cultural, en el subfactor persona, los sentimientos tuvieron el índice y la intensidad de la actitud más alta. Los conocimientos acerca de la enfermedad tuvieron el índice y la intensidad más baja. En el subfactor situacional la dimensión profesional tuvo el índice e intensidad más alta y la dimensión pareja obtuvo el más bajo.

Palabras clave: Supervivencia; percepción; factores culturales; cáncer cuello uterino; Escala Liker.

-
- 1 Magíster en Ciencias Biomédicas. Profesora Asociada Facultad Ciencias de la Salud. Directora Centro de Estudios en Salud Universidad de Nariño. cesun@udenar.edu.co
 - 2 Magíster en Enfermería, Profesora Asistente Tiempo Completo. Directora Programa Promoción de la Salud. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Nariño. neceron31@gmail.com
 - 3 Magíster Docencia. Universitaria Profesora Asistente, Programa Promoción de la Salud. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Nariño iceronsouza@gmail.com

ABSTRACT

Cervical cancer is one of the biggest problems in public health in Latin America and the Caribbean. In spite of having an effective secondary prevention technology, is considered one of the cancers increased morbidity and preventable death. Studies conducted by International Agency for Research on Cancer (IARC) on rates age-standardized five-year relative survival for cervical cancer, showed that significant differences are between developing and developed countries. The review of literature shows a gap in knowledge of cultural factors to which people attribute their healing. These factors are understood as a specific set of beliefs that result in expressions of everyday life at the personal and situational. This study looked through the implementation of the Licker scale in a group of women surviving the disease, the cultural factor attributed to the perception regarding the cure, finding that the perception of cultural factor in sub-factor person the feelings were the rate and intensity of the highest attitude. The knowledge about the disease had the index and the lowest intensity. In sub-factor situational vocational dimension had the highest rate and intensity and the size was the lowest pair.

Key words: Survival; perception; cultural factors; cervical cancer; Liker scale.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. Desde el punto de vista antropológico, la salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva.

Los seres humanos actúan partiendo de una determinada cultura de la salud; se comparten una serie de principios básicos saludables que permiten integrarse en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás. La cultura es una variable que se utiliza para explicar la adopción o mantenimiento de acciones con respecto a la salud, y la percepción sobre aspectos que pueden estar relacionados con su estado de salud. Las teorías cultural conductual y materialista estructural son dos teorías importantes al respecto. La primera parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y

conductas de los grupos sociales, como origen del estado de salud de los mismos. Desde las ciencias de la conducta se ha considerado que el comportamiento individual elegido libremente constituye una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos y entre los grupos integrantes de la sociedad; la segunda teoría, cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen del estado de salud. Se resalta la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud. ¹

La cultura constituye una variable considerada como determinante de la salud. Autores canadienses la contemplan dentro de las premisas que fundamentan el enfoque de salud de la población, la cual está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales, culturales, económicos y los entornos físicos. Las estrategias para mejorar la salud de la población y el avance en el conocimiento sobre la misma, deben abordar un amplio rango de factores que la determinan, lo cual además requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud. Esto implica reconocer en los factores determinantes de la salud la existencia de una correlación con el estado de salud.

Estos factores no actúan aisladamente, las interacciones entre ellos tienen una repercusión aún más profunda sobre la salud. La evidencia indica que los factores claves que influyen en la salud de la población son: las redes de apoyo, el nivel de ingreso y la posición social, el entorno del empleo y las condiciones de trabajo; la educación, los hábitos de salud y las actitudes ambientales seguros y limpios, el desarrollo sano de niños y niñas, la adaptación, el género, los servicios de salud y constitución genética.^{2, 3, 4, 5, 6, 7}

Willis;⁸ Berkman, L. Fy Syme;⁹ en sus estudios tienen en cuenta la red social, que por las ideas expuestas se considera determinante de la salud, así como Rotter Rotter; J.B.¹⁰ considera los recursos personales para afrontarla. Los seres humanos presentan una tendencia natural a conservar la salud, contrario al malestar, la enfermedad y el dolor. Esto implica que cuando la enfermedad se instala, el hombre intenta afrontarla para recuperar su salud. Las personas que hacen este intento se caracterizan por poseer recursos personales suficientes como el apoyo social y un fuerte sentimiento de control de sus vidas. El apoyo social definido como la calidad emocional de los contactos sociales de un individuo es inversamente proporcional a la enfermedad y la muerte.

La sensación adecuada de control personal también ayuda a las personas a afrontar el estrés y la enfermedad; aquellos que creen que sus vidas están controladas por el destino o por fuerzas extrañas, presentan una mayor dificultad de cambiar sus comportamientos relacionados con la salud que aquellos que creen que el control reside en su interior. Un estudio clásico demostró que cuando una persona tiene la capacidad de asumir incluso pequeñas dosis de control personal y responsabilidad, presenta una mayor propensión a vivir más tiempo y a disfrutar una vida más sana.^{11, 12, 13, 14}

Una vez que se ha diagnosticado cáncer en una

persona, su tiempo de supervivencia puede estar determinado por su actitud, reflejada en un espíritu combativo, si dispone de apoyo emocional y social sólido incluyendo el estado civil casada, si participa en grupos de apoyo o asiste a sesiones de terapia grupal que permiten expresar las emociones negativas, además favorecen el entrenamiento en técnicas de afrontamiento y autoeficacia, incrementan el tiempo de supervivencia, aspectos que expresan el poder de los factores situacionales y personales en ella.^{15, 16, 17}

Desde el nacimiento, los seres humanos forman parte de una trama interpersonal que los moldea y a la que se moldea también: la red social. Esta trama está constituida al inicio por la familia, a los pocos años se extiende a amigos, compañeros de estudio y de trabajo, y a relaciones basadas en actividades culturales, deportivas, de culto y de cuidados de la salud. Esta red contribuye de manera substancial a generar las prácticas sociales y la propia visión del mundo. Sluzki analiza una premisa: la red social, abarca a los "otros" significativos. Basado en sus investigaciones, discute el modelo general de "Redes Sociales", explora las vicisitudes de la red social personal en diversos períodos críticos del ciclo vital del individuo y detalla los procesos de red ligados a transiciones claves, como el matrimonio (y el divorcio), la migración, la enfermedad y el envejecimiento, afectan la salud y aún la supervivencia.¹⁸

Una segunda dimensión dentro de lo cultural es el factor personal, conformado por creencias, percepciones, expectativas, motivaciones. Las investigaciones realizadas en el área del control personal centraron la atención de los expertos en 1996, cuando Rotter publicó una escala para medir el control interno y externo del reforzamiento. Sugirió que las personas pueden clasificarse de acuerdo con el grado en que consideran que tienen el control de los acontecimientos importantes de sus vidas. Aquellas que creen que controlan sus propias vidas pertenecen al

grupo de personas con control interno, mientras que aquellas que creen que la suerte, el destino o las acciones emprendidas por otros constituyen factores determinantes en sus propias vidas, disponen de un control externo.¹⁹

Aquello que se cree acerca de la salud tiene gran influencia en la misma, tanto en el desarrollo de enfermedades como en la recuperación. El cambio de las creencias limitantes de la salud por otras potencializadoras, suele afectar positivamente el estado físico de quien se embarque en este proceso. La forma en que viven las personas en las diferentes sociedades, lo que piensan y expresan en relación a su salud y su curación, refleja la visión que tienen de sí mismas y de su mundo y constituye su propia cultura.^{20,21}

Diversos modelos teóricos intentan predecir o explicar los comportamientos con respecto del cuidado de la salud, como es el de creencias en salud; según este modelo, la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad o recuperarse, es producto de un proceso en el que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.^{22, 23,24}

El modelo de creencias en salud es ampliamente aplicado hoy como una explicación de las conductas de salud, así como para explicar otros problemas de salud pública existentes en la sociedad actual, como consumo de alcohol, según Minugh et al,²⁵ conductas relacionadas con el SIDA, Strecher,²⁶ y para ayudar a la comprensión de la detección precoz de cáncer de mama Savage y Clarke;²⁷ Champion²⁸ quien trata de identificar variables actitudinales

especificadas por el modelo de creencias en salud relativas a la frecuencia de conductas preventivas de autoexploración. Los resultados de los estudios nombrados apoyan el uso de variables actitudinales para predecir conductas y para comprender las creencias sobre lo que es relevante respecto a la salud de las personas.²⁹

Con base en las teorías expuestas, se planteó indagar los factores culturales a los cuales, mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino del Municipio de Pasto, atribuyen su supervivencia. Este estudio se considera de gran importancia para la región, por cuanto es uno de los primeros que se realiza en el Municipio de Pasto, Nariño. Colombia y abre las puertas para posteriores investigaciones en las cuales se profundizará en aspectos que conlleven a mejorar los servicios de salud, especialmente los programas de promoción y prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio de tipo descriptivo con veinte mujeres diagnosticadas con cáncer invasivo de cuello uterino durante el período de 1998 a 2002 y que sobrevivieron a la enfermedad, captadas después de identificar la población total de mujeres con este diagnóstico en el Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto (RPCMP), realizar la búsqueda de sus casas de habitación y solicitarles el consentimiento para participar en el estudio. Las variables sociodemográficas y clínicas se obtuvieron del RPCMP, de donde se extractaron los siguientes datos: Nombre, fecha de nacimiento, dirección, procedencia, fecha y método de diagnóstico, estadio clínico al momento del diagnóstico, número de historia clínica en las instituciones de salud.

De la historia clínica se obtuvo: estado civil, vinculación al sistema de seguridad social, escolaridad, ocupación, protocolo adoptado para el tratamiento de la enfermedad. A las mujeres

que voluntariamente quisieron participar en el estudio, se aplicó un instrumento para medir la percepción sobre factores culturales a los cuales atribuyen la curación.

Se utilizó la visita domiciliaria como técnica que permitió entablar un diálogo para comprender el objeto de la investigación y conocer el consentimiento informado, el cual fue firmado por cada una de ellas. Se llevó un diario de campo para registrar evocaciones y expresiones.

Inicialmente, se procedió a la toma de la citología, para luego asistir con el resultado a un control médico, donde se valoró el estado de salud. Una vez diagnosticadas como sanas, se procedió a la aplicación de un cuestionario anónimo de pregunta cerrada.

Los resultados de la variable cultura se obtuvieron a través de la aplicación de un cuestionario diseñado a partir de una escala Likert, con ítems que se construyeron de acuerdo a los referentes bibliográficos para obtener una descripción de una posición personal de las mujeres con respecto a los factores que ellas perciben que influyeron en su curación

El instrumento valoró dentro del factor cultural los subfactores situacional y personal que tienen influencia frente a la supervivencia de pacientes con diagnóstico de cáncer invasivo de cuello uterino.

El subfactor situacional contempló las dimensiones: pareja, familiares, social amigos y social religiosos, profesionales, creencias sociales y comportamientos culturalmente aceptados.

El subfactor personal contempló las dimensiones: expectativas respecto a la enfermedad y a la curación, creencias, percepción de vulnerabilidad, emociones y sentimientos, proyecto de vida, comportamiento y conocimiento acerca de la enfermedad y su curación.

Para interpretar los valores obtenidos en la escala de Likert aplicada a este estudio se manejaron dos criterios. El primero hizo relación a la dirección de los puntajes obtenidos que pueden ser actitudes positivas o favorables o negativas o desfavorables, el segundo criterio hizo referencia a la intensidad del puntaje obtenido para el cual se aplicó el índice de percepción.

Con el fin de conocer la dirección de las respuestas se manejó una escala de 5 a 1; en los diseccionados positivamente, se asignó cinco para la opción que muestre más acuerdo, 4 para la opción acuerdo, 3 para neutralidad, 2 desacuerdo y 1 para la opción muy en desacuerdo. Para los ítems diseccionados negativamente, el valor de 5 fue para la opción muy en desacuerdo y el 1 para la opción muy de acuerdo. Una puntuación por encima de cuatro significa actitudes positivas o favorables de las dimensiones de cada subfactor en la supervivencia, de 3.9 a 3 significa actitudes neutras y por debajo de 3 actitudes negativas o desfavorables.

En la interpretación global de la prueba con respecto a la dirección de las actitudes positivas, negativas o neutras, se consideró una puntuación mínima de 35 puntos y máxima de 175 puntos. Una puntuación entre 35 y 81 implica actitudes predominantemente negativas o desfavorables con respecto al factor cultural relacionado con la supervivencia. Una puntuación entre 82 y 128 implica una actitud neutral y una puntuación entre 129 y 175 implica actitudes predominantemente positivas o favorables con respecto al factor estudiado.

La intensidad de las actitudes se midió a través del índice de percepción, que se determinó a partir de las frecuencias de cada pregunta, las cuales fueron multiplicadas por un factor establecido en una escala de 0 a 1, de tal manera que para muy de acuerdo se multiplicó por 1, de acuerdo por 0.75, ni de acuerdo ni en desacuerdo por 0.5, desacuerdo por 0.25 y en desacuerdo por

0, luego se procedió a establecer la desviación estándar con el fin de determinar la distribución de los datos en una escala de 1 a 100, se obtuvo una media de 74.4 y una desviación estándar de 9.2, con un límite inferior de la escala de 65.5, que indica que por debajo de este puntaje la intensidad es baja, un puntaje de 74.7 indica que la intensidad es moderada y por encima de 83.9 que la intensidad es alta.

Determinar la validez del instrumento implicó someterlo a la evaluación de expertos, antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y se verificará si la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta al estudio planteado.

La validez de construcción del instrumento queda reforzada por la inclusión del mapa de factor a estudiar que establece la conexión de cada ítem del cuestionario con el soporte teórico que le corresponde, su confiabilidad se determinó, por el coeficiente de Alfa Cronbach de 76%, que representa una fuerte confiabilidad.

En cuanto a los aspectos éticos, la investigación se realizó según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud, se consideró de riesgo mínimo, por cuanto el dato se obtuvo a través de examen médico y de la toma de citologías. Las pacientes fueron informadas sobre el proyecto y quienes quisieron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado. Una vez se realizaron los procedimientos, las pacientes recibieron la información suficiente sobre los resultados de la citología y del diagnóstico del médico. Se tuvo acompañamiento de un psicólogo para evaluar el efecto de la evocación de la enfermedad. No se tuvo ningún efecto adverso.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de mujeres vivas diagnosticadas con cáncer invasivo de cuello uterino. Pasto - Colombia

		n	%
Edad	29 – 39	4	20
	40-49	4	20
	50-59	7	35
	60-69	5	25
	Total	20	100
Estado civil	Soltera	3	15
	Casada/ Unión Libre	14	70
	Viuda/ Divorciada/ Separada	3	15
	Total	20	100
Número de hijos	0-3	10	50
	4-6	6	30
	7 y más	4	20
	Total	20	100
Seguridad social	Ninguna	3	15%
	Contributivo	7	35
	Subsidiado	10	50
	Total	20	100
Estadio	I	5	25
	II	4	20
	III	5	25
	Sin dato	6	30
	Total	20	100
Número de tratamientos	1	13	65
	2	4	20
	3	3	15
	Total	20	100
Tiempo entre Dx y Tto en días	20-90	8	40
	91-180	10	50
	181 y más	2	10
	Total	20	100

Año de diagnóstico	1998	3	15%
	1999	5	25%
	2000	6	30%
	2002	6	30%
	Total	20	100
Escolaridad	Ninguna	2	10%
	Primaria incompleta	13	65%
	Primaria completa	1	5%
	Secundaria incompleta	2	10%
	Secundaria completa	1	5%
	Universitaria	1	5%
	Total	20	100

Las características encontradas en este grupo como edad al momento del diagnóstico, seguridad social y escolaridad, muestran cierta vulnerabilidad; numerosos estudios han demostrado que las variables sociales descritas están asociadas al proceso salud enfermedad por cuanto son determinantes de la salud, así mismo la edad al momento del diagnóstico está indicando un diagnóstico tardío, evidencia que en este grupo de mujeres faltaron estrategias para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

El cuestionario buscó identificar dentro del factor cultural las actitudes frente al subfactor personal que se expresa en las dimensiones: expectativas respecto a la enfermedad y a la curación, creencias, percepción de vulnerabilidad, emociones y sentimientos asociados, proyecto de vida, comportamiento y conocimiento acerca de la enfermedad y su curación y por otra parte actitudes frente al subfactor situacional expresado en las dimensiones: pareja, familiares, sociales, religiosos, profesionales, creencias sociales y comportamientos culturalmente aceptados.

Frente a la puntuación total de la escala que mide la dirección de percepción del factor cultural atribuido a la supervivencia, se encontró que el promedio de las puntuaciones es de 139.6, indicando una actitud favorable respecto al factor cultural. El 95% de la población tiene un puntaje mayor a 128 (actitudes favorables) y el 5% un puntaje neutral. No se presentan puntajes que impliquen actitudes desfavorables (inferiores a 81 puntos). El puntaje más alto en todas los ítems fue de 146 y el más bajo de 127.

El índice de percepción general (IPG) fue de 74.7, que indica actitudes favorables con una intensidad moderada.

Posteriormente, se procedió a realizar el análisis por dimensiones, partiendo de las puntuaciones asignadas a cada ítem de la prueba agrupados de acuerdo a la dimensión a la que pertenecen, se obtuvieron las siguientes puntuaciones para las dimensiones del subfactor situacional con respecto a la dirección de la respuesta y a la intensidad o índice de percepción (IP) así: pareja 3.4, (IP) 60 intensidad baja, social amigos 3.7, (IP) 66.25 intensidad moderada baja; Social familiar 3.8 (IP) 70 intensidad moderada baja; comportamientos 4.0, (IP) 71.25 intensidad moderada baja; creencias sociales 4.1 (IP) 75 intensidad moderada; social religioso 4.2, (IP) 78.8 intensidad moderada alta; profesional 4.4, (IP) 85 intensidad alta.

Al analizar las puntuaciones obtenidas en el subfactor situacional se obtiene una puntuación de 3.9 que corresponde a actitudes neutrales, límite hacia la favorabilidad frente al subfactor estudiado y con relación al índice de percepción de 72.32 que hace referencia a una intensidad moderada baja. (Tabla 2)

Tabla 2. Dirección e intensidad de la actitud del subfactor situacional

Subfactor	Dimensión	Media	Dirección de la actitud	IP Índice de percepción	Intensidad de la actitud
Situacional	Pareja	3.4	Neutra	60	Baja
	Social amigos	3.7		66.25	Moderada baja
	Familiares	3.8	70	Moderada baja	
	Comportamientos	4.0	Favorable positiva	71.25	Moderada baja
	Creencias sociales	4.1		75	Moderada
	Social religioso	4.2		78.8	Moderada alta
	Profesionales	4.4		85	Alta
Media subfactor		3.9	Neutra		
Media Índice de percepción				72.32	Moderada baja

La dimensión profesional fue la más importante, con un índice de percepción de 85 catalogado como actitud positiva de intensidad alta, seguida de grupo de apoyo religioso con un índice de percepción de 78.8, catalogado como actitud positiva de intensidad moderada alta, creencias sociales, comportamientos sociales, apoyo social familia y amigos con un índice de percepción bajo entre 75 y 66.25 catalogado como actitud positiva de intensidad moderada baja, el apoyo social expresado en la pareja, obtuvo un índice de percepción de intensidad baja, que corresponde a actitudes neutrales.

Dentro del subfactor personal se obtuvo los siguientes puntajes: conocimiento acerca de la enfermedad 3.4 o actitudes neutral (IP) de

58.75 intensidad baja; expectativas con respecto a la curación (IP) 76.25 intensidad moderada alta, creencias personales (IP) 71.25 intensidad moderada baja, expectativas con respecto al tratamiento y emociones (IP) 76.25 intensidad moderada alta, vulnerabilidad (IP) 77.5 intensidad moderada alta, comportamientos personales (IP) 74.37 intensidad moderada, proyecto de vida (IP) 81.87 intensidad moderada alta y sentimientos (IP) 83.12 intensidad alta, todas estas dimensiones corresponden a actitud favorable o positiva.

Al analizar el subfactor personal se tiene una puntuación total de 4 que corresponde a actitudes positivas con respecto a estos factores con un índice de percepción de 75.13 que indica una intensidad moderada alta.

Tabla 3. Dirección e intensidad de la actitud del subfactor personal

Subfactor	Dimensiones	Media	Dirección de la actitud	IP Índice de percepción	Intensidad de la actitud
Personal	Conocimiento acerca de la enfermedad	3.4	Neutral	58.75	Baja
	Creencias personales	4.1	Favorable positiva	71.25	Moderada baja
	Comportamientos	4.1		74.37	Moderada
	Expectativas respecto a la curación	4.1	76.25	Moderada alta	
	Expectativas respecto al tratamiento	4.1	76.25	Moderada alta	
	Emociones	4.1	76.8	Moderada alta	
	Percepción de vulnerabilidad	4.1	77.5	Moderada alta	
	Proyecto de vida	4.3	81.87	Moderada alta	
	Sentimientos	4.3	83.12	Alta	
Media subfactor		4.0	Favorable positiva		
Media índice de percepción				75.13	Moderada alta

DISCUSIÓN

Con respecto al subfactor personal, las dimensiones proyecto de vida y sentimientos fueron las más relevantes, con un índice de percepción 81.87 y 83.12 intensidad moderada alta y alta respectivamente; entre un índice de percepción de 76.25 y 77.5 intensidad moderada alta, están las dimensiones expectativas respecto a la curación, expectativas respecto al tratamiento, emociones y percepción de vulnerabilidad, el índice de percepción para la dimensión creencias personales fue de 71.25 que corresponde a una intensidad moderada baja, a la dimensión que le asignan menos importancia es a conocimiento acerca de la enfermedad con un índice de percepción de 58.75 o de intensidad baja.

El cáncer de cérvix en particular, es uno de los más frecuentes en la mujer, es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en todo el mundo y el más frecuente en Asia, África y Suramérica, aunque el uso extendido de la citología ha permitido el diagnóstico precoz en muchos casos, un porcentaje muy importante se sigue diagnosticando en estadios avanzados y tiene unas elevadas tasas de mortalidad, razón por la cual son comprensibles las dificultades de las pacientes para enfrentarse al mismo.

El tratamiento de la displasia y los cánceres incipientes tienen un alto índice de éxito.

El índice de supervivencia a los cinco años para mujeres con carcinoma in situ es prácticamente del 100%, sin embargo si la enfermedad es invasiva la eficacia del tratamiento es menor, la supervivencia en los países en desarrollo a cinco años varían entre 28 y 64.9%₃₀, así desde el punto de vista médico, las explicaciones de sobrevida están basadas en que el pronóstico depende del estadio, encontrándose numerosos estudios epidemiológicos que han avanzado en este aspecto. Sin embargo, la revisión de bibliografía muestra un vacío de conocimiento con respecto a otros aspectos que se acerquen a conocer la sobrevida desde la cultura, desde el análisis centrado en un discurso popular, es decir alejado del discurso biomédico, al mirar cómo la sociedad identifica, describe y denomina los problemas de salud y su percepción sobre la curación, que mas allá de la explicación se avance a la interpretación que la sociedad hace de la situación de salud, de la enfermedad y su significado y por último cómo todo esto modela, interactúa y constituye la experiencia y la acción, Bibeau₃₁ de tal manera que acercarse a determinar los factores culturales por los cuales la mujer diagnosticada con cáncer invasivo atribuye su curación se constituye en un aporte que pueda orientar acciones más cercanas a las problemáticas de las mujeres con cáncer de cérvix invasivo y se logren programas tendientes a mejorar su calidad de vida.

El modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson₃₂ que se tuvo en cuenta para el desarrollo del objetivo percepción del factor cultural atribuido a la curación de pacientes con diagnóstico de cáncer invasivo de cuello uterino, muestra su importancia para explicar la influencia de los factores situacionales y personales, que no parece estar explicada por un conjunto único de razones, sino por un conjunto de manifestaciones que se expresan en la vida tradicional de las mujeres objeto de la investigación y constituyen la percepción que tienen sobre la atribución asignada a su curación.

Cuando la enfermedad se instala intenta afrontarla, explicarla, buscar su significado, emprender acciones para recuperarla, sin embargo el diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto en la persona que lo recibe, el temor relacionado con él, se asocia a la gravedad que pueda suponer, porque hoy en día se asocia en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante, además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales que influyen en la percepción asignada a su curación.

La actitud favorable con respecto a los factores culturales atribuidos a la curación, identificada en este estudio, indica que los están teniendo en cuenta para su vida, por cuanto la media encontrada al sumar los diferentes ítems es de (139.6), el índice de percepción general de 74.7 demuestra una intensidad moderada en la escala establecida.

Para comprender a qué subfactores culturales las mujeres atribuyeron su curación, es muy importante tener en cuenta, primero las atribuciones que hacen a su situación, esto se refiere al apoyo social que se recibe de otros y a los modelos sociales a los cuales la persona está expuesta como pareja, familia, grupo de amigos y religiosos, profesionales, creencias sociales y comportamientos culturalmente aceptados y segundo tener en cuenta las atribuciones personales las cuales se refieren a expectativas respecto a la enfermedad y a la curación, creencias, percepción de vulnerabilidad, emociones y sentimientos, proyecto de vida, y conocimiento acerca de la enfermedad y su curación, que en última instancia, son las que juegan un papel decisivo en sus conductas de salud, las que están estrechamente relacionadas con sus sistemas de creencias sobre la vida en general, donde los aspectos religiosos pueden tener una relevante repercusión.

La importancia de considerar los factores

situacionales en este estudio se fundamenta en que estos influyen de modo directo o indirecto, para que la persona adopte una conducta que considera a favor de su salud, la familia y el grupo de iguales pueden jugar un papel importante en los hábitos o decisiones que pueda optar; algunas personas reaccionan mejor ante la enfermedad cuando cuenta con recursos considerados como apoyo social, Sarason³³ hace referencia a diversos materiales o soportes emocionales que recibe por parte de otros, considerados como contactos sociales o red social y que contemplan la diversidad y variedad de personas con quien el individuo se relaciona. El apoyo social puede observarse en términos de estructura o de la función de las relaciones sociales, si bien es importante el apoyo estructural, el apoyo funcional que incluye apoyo emocional, información, consejo, compañía, así como ayuda económica o material cobra gran importancia en la supervivencia.³⁴

Lo contrario a los apoyos sociales sería el aislamiento social, ausencia o debilidad de relaciones interpersonales significativas, aspecto que se puede considerar de riesgo para las mujeres estudiadas, por cuanto en el estudio con respecto al subfactor situacional se obtuvo un puntaje de 3.9, que aunque corresponde a un valor neutral, limite hacia actitudes positivas, no alcanzó el valor asignado para actitudes positivas, y se vio reflejado en las dimensiones pareja, familia, social amigos, con un índice de percepción de 65.4 que corresponde a una actitudes neutrales de una intensidad baja.

Los estudios nombrados por Willis,³⁵ muestran que las personas con elevado nivel de apoyo social presentan bajos niveles de mortalidad y un mejor estado de salud que aquellas que cuentan con escaso apoyo. El estudio de apoyo social y longevidad de Berkam y Syme,³⁶ indicó que la falta de apoyo estaba relacionada con la mortalidad, tabaquismo y vida sedentaria. En general los participantes con lazos sociales más escasos

presentaban una probabilidad cuatro veces mayor de morir que los participantes con mayor cantidad de relaciones. El estudio realizado con personas mayores de 65 años, indicó que cuanto mayor apoyo social experimentaban estas personas, menor era su nivel de depresión. El apoyo social también puede alterar las respuestas fisiológicas al stress, según Chesney y Darbes,³⁷ al reducir o eliminar los factores de riesgo, protegiendo por lo tanto a las personas contra la enfermedad y la muerte.

Sin embargo, la dimensión dentro del apoyo social que demostró actitudes positivas con respecto a la atribución de la curación fue apoyo de grupos religiosos, con un índice de percepción de 78.8 o sea una intensidad moderada alta. La religión y la espiritualidad tal como lo determina Rodríguez F, M Isabel,³⁸ juegan un papel importante en la vida de muchos individuos y los enfermos que con frecuencia usan prácticas de tipo espiritual y/o religioso como vía para afrontar el estrés que les provoca su situación, Taylor.³⁹

La idea de tener en consideración la dimensión espiritual en estas pacientes, parte de tomar conciencia de las necesidades que plantean los propios enfermos, pues tal como lo afirma Bayes,⁴⁰ "en todo momento, es el enfermo quien delimita y prioriza sus objetivos y necesidades de acuerdo con sus propios valores y con frecuencia los enfermos que se enfrentan a la muerte manifiestan necesidades de tipo espiritual trascendente. Bayes, manifiesta en sus estudios la importancia de tener en cuenta la posibilidad del apoyo social que proporciona la pertenencia a una comunidad de tipo religioso, siendo un factor positivo en la adaptación positiva a su enfermedad, Cole y Pargaament,⁴¹ deducen que un programa psicoterapéutico y de apoyo social que integre el aspecto espiritual sería más eficaz para ayudarles a sobrellevar su situación.

La dimensión - profesión - analizada indicó actitudes positivas atribuidas a la curación, con

un índice de percepción de 85 que corresponde a una intensidad alta, indica la importancia que las mujeres le dan a la adhesión a tratamientos de tipo médico y a la efectividad del tratamiento que se sigue para la curación.

El hecho de asociar cáncer a muerte y sufrimiento, hace que cuando una persona tenga que enfrentarse a este diagnóstico, se vea sometida a la incertidumbre que genera las alteraciones que conlleva el seguir el tratamiento, la ruptura con las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar los planes futuros, también está la posibilidad de una muerte próxima. Las investigaciones de los últimos veinte años han sugerido que las creencias de las personas en cuestiones de salud pueden constituir una prometedora alternativa en lo que atañe a explicar la actitud favorable en el cumplimiento de tratamientos, sin embargo, cuanto más complejo es el tratamiento, mas bajo el grado de cumplimiento. Después de evaluar la evidencia disponible, Philip Ley⁴² concluyó que cuanto más simple es el régimen del tratamiento y más corta su duración, mayor el grado de cumplimiento. Contrario a la situación encontrada en el estudio, donde las mujeres le dieron importancia al factor profesional, existe una atribución cultural que las anima a seguir un régimen terapéutico, como es el fuerte apego a las creencias religiosas, que ponen a Dios como el inspirador de la labor del médico, y “si Dios obra así, el tratamiento inspirado por Dios va a ser bueno”, esta concepción encontrada supera el someterse a la complejidad del tratamiento.

Con respecto a la dimensión -creencias sociales-, se encontraron actitudes positivas en esta atribución, con un índice de percepción de 75 indicando una intensidad moderada, se refiere a las ideas, prejuicios, estereotipos y percepciones que se presentan dentro del grupo social al que pertenecen. Fueron los aspectos relacionados con la espiritualidad los que predominaron en este grupo de mujeres, al darle marcada

importancia a la fe como fuente de impulso para su curación, de igual manera al considerar que la enfermedad es una prueba para medir en ellas la resignación.

Las creencias en salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas, cada cual construye un modelo explicativo acerca de su salud, de las causas de las enfermedades, sobre el significado que le otorgan a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios para lograr la salud.

Aquello que se cree acerca de la salud tiene gran influencia sobre la misma, tanto en el desarrollo de enfermedades como en la recuperación. Estas creencias se consideran potencializadoras para afectar la salud, como lo analiza Becker⁴³ en sus diferentes estudios.

Por otra parte, - los comportamientos- obtuvieron actitudes positivas o favorables en la atribución a la supervivencia, con un índice de percepción 71.25 que indica una intensidad moderada, esta dimensión hizo referencia a la importancia asignada por el grupo de mujeres al cambio de hábitos para la curación, específicamente hicieron hincapié en los hábitos sobre alimentación que tuvieron que adoptar, acción guiada por una fuerte socialización de lo que hace bien para combatir el cáncer, según las creencias populares. Los esfuerzos de las personas por reducir las conductas riesgosas por otros que les resulten más favorables, se ven explicados según Amigo y Fernández⁴⁴ cuando contempla la influencia del entorno social sobre los hábitos, como la alimentación. En este caso, pasaron de una dieta basada en carbohidratos a un incremento en el consumo de frutas y verduras con alto contenido en vitamina C, A y Complejo B.

Con respecto al subfactor personal se obtuvo un promedio de 4 que corresponde a actitudes positivas en todas las dimensiones, con un

índice de percepción de 75.13 indicando intensidad moderada, excepto en la dimensión - conocimiento acerca de la enfermedad -, en la que se halló un puntaje de 3.4, indicando neutralidad en la atribución a la supervivencia con un índice de percepción de 58.75 y corresponde a una intensidad baja.

En las pacientes estudiadas - el proyecto de vida -, obtuvo un índice de percepción de 81.87 que corresponde a actitudes positivas o favorables con intensidad moderada alta, fue un factor determinante para la curación, al trazarse una lucha por vivir centrada en los hijos especialmente. “No rendirse, sacar fuerzas, no bajar los brazos”, “saber que la única batalla que se pierde es la que no se pelea”, en este momento surge según sus evocaciones, la negociación con Dios, “que me permita vivir para ver mis hijos crecer, no dejarlos solos”.

El proyecto de vida, permite ir descubriendo la cantidad de recursos que se posee gracias a la inteligencia y a la razón (privativo del ser humano). Así se pueden generar estrategias con un potencial de energía desconocido hasta el momento en que se da la enfermedad, para enfrentar no solo la curación sino una nueva postura ante los hechos que el diario vivir plantea. Se descubre un nuevo sentido a la vida y el bienestar interior se va instalando en la persona, fortaleciendo el sistema inmunológico, el que actúa en beneficio de la salud.⁴⁵

El grupo de mujeres evocaron que el cáncer es una segunda oportunidad que ofrece la vida, fue la actitud más relevante, esta percepción se ve reflejada en el análisis de sentimientos que obtuvo un índice de percepción de 83.12 que indica una intensidad alta.

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para las pacientes, ante dicho estrés se ponen en funcionamiento

diferentes reacciones para intentar manejar la situación y atenuar el impacto emocional de la misma; su tiempo de sobrevivencia puede estar determinado por su actitud, reflejada en un espíritu combativo,⁴⁶ por el apoyo social y emocional,⁴⁷ la autoeficacia y afrontamiento, los cuales se expresan en factores psicosociales que cobran mucha importancia en la sobrevivencia.⁴⁸

Las mujeres indagadas, evocaron su experiencia de haber vivido la enfermedad del cáncer, situación que les permitió afianzar sentimientos como el amor a sus hijos y a la vida misma, “el amor a mis hijos me dio fuerza para enfrentar esta enfermedad y creo que ayudó a mi curación” “No me dejé abatir por la tristeza, y el miedo que da tener esta enfermedad, por lo contrario, realicé las labores de la casa con entusiasmo”. Numerosos estudios han demostrado que los sentimientos y emociones son relevantes a la hora de analizar el espíritu combativo y la supervivencia.⁴⁹

En el estudio también cobra importancia la dimensión - expectativas con respecto a la curación -, con un índice de percepción de 76.25 o actitud positiva de intensidad moderada alta, estudios refieren que la convicción que se tenga sobre la curación es fundamental para la sobrevivencia, si las personas piensan que van a mejorar, el tratamiento será más efectivo. Si piensan que no van a mejorar, el tratamiento tendrá mayores dificultades; expresiones de las mujeres como “yo confío que el tratamiento médico me va a curar porque está guiado por Dios” “Esta enfermedad solo la cura Dios a través del médico” “yo entrego mi sufrimiento a Dios y así el me cura” indican que ponen en manos de Dios y del médico su curación pero a través de la fe, aunque sea mediada por el sufrimiento.

De igual manera resultó el puntaje de la dimensión - expectativas con respecto al tratamiento -, expresiones de las mujeres como

“yo confío en el tratamiento médico, aunque hace mal para la sangre” “si no se hace el tratamiento la persona se muere”, indican que reconocen la severidad de la enfermedad por cuanto consideran algunas ideas anticipatorias con respecto al curso y resultados del tratamiento, esto pone también de manifiesto la percepción de vulnerabilidad, con un índice de percepción 77.5 indica actitudes favorables o positivas con una intensidad moderada alta, definida esta como la percepción subjetiva con respecto al riesgo y a las consecuencias que la enfermedad tiene para la persona. Ser consciente del riesgo de la enfermedad es importante para poder tomar acciones preventivas o de intervención con respecto a la enfermedad y su curación.

En referencia a - creencias personales - se obtuvo un índice de percepción de 71.25, actitud positiva de intensidad moderada baja. Las creencias son algo que se acepta como verdad, sin tomar en consideración si en realidad lo es o no en términos objetivos, así las creencias se estructuran de modo ordenado según la importancia que la persona le asigne, para el grupo indagado, fueron relevantes las creencias acerca de la enfermedad y su relación con que el tratamiento sea efectivo para la curación, con expresiones como: “somos seres terrenales y por ello nos enfermamos”, “Dios manda la enfermedad pero también manda el remedio” “me someto al tratamiento por que Dios me ayuda”, indican creencias que se enmarcan en el modelo teórico que intenta predecir o explicar los comportamientos con respecto a la salud, como es el de creencias en salud, según este modelo, la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad o recuperarse es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico, estos aspectos superan

las barreras como el dolor, la incomodidad del tratamiento o de las acciones preventivas, que pueden representar al enfrentar una enfermedad.

El modelo de creencias en salud de Rosenstock⁵⁰ y Masur⁵¹ sirvió para comprender las creencias sobre lo que es relevante respecto a la salud de las mujeres indagadas, los resultados de los estudios nombrados apoyan la utilización de esta variable para predecir conductas en salud y acercarse al abordaje de aspectos culturales.^{52, 53}

Para que la persona tenga una percepción de vulnerabilidad es decir reconocer la posibilidad de adquirir una enfermedad y de las medidas para su curación, es necesario haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. El grupo de mujeres participantes evocaron tener una información institucional muy limitada a cerca de la enfermedad, se podría afirmar que el haber asignado actitudes neutrales en la atribución a la curación con un índice de percepción de IP 58.75 que corresponde a intensidad baja, pone al grupo de mujeres del estudio en vulnerabilidad, por cuanto se deja de lado, que con una acertada educación en salud se tienda a enriquecer los conceptos y precisar acciones con base en los conocimientos y experiencias que den respuesta a las necesidades de las personas, abriéndose oportunidades para construir conjuntamente con las pacientes, afirmaciones o interrogantes para debatir, aclarar dudas como elementos que puedan optar para la toma de sus propias decisiones.

Contemplar la educación en salud en nuevos modelos que se inserten en el paradigma crítico social, cuyo interés es comprender para transformar, supera la relación sujeto - objeto que se establece en los modelos tradicionales, para reconsiderar las relaciones de sujeto a

sujeto dentro de su propia cultura, donde tanto el personal de salud como las comunidades cuestionan y deciden sobre su realidad y llegan a acuerdos a partir de la construcción de colectivos para sociedades más saludables.⁵⁴

La favorabilidad sobre el factor cultural que las mujeres le atribuyen a su curación encontrada en el estudio, en lo referente a dimensión apoyo de grupos religiosos que corresponde al subfactor situacional, revela una importante creencia religiosa que conforma una propia cultura que permea la manera de ver la enfermedad, la curación, al profesional médico y el tratamiento que le fue aplicado, su comportamiento y emociones.

Con más frecuencia, en estudios empíricos y epidemiológicos, se han introducido variables relacionadas con la religiosidad y la espiritualidad se encuentra que las actividades y cogniciones de tipo religioso pueden ser muy efectivas para facilitar la adaptación a eventos vitales estresantes como una pérdida significativa, amenazas para la salud y sufrimiento físico. Los estudios sobre el afrontamiento religioso señalan la multidimensionalidad de dicho afrontamiento en el que pueden darse los siguientes comportamientos: búsqueda de apoyo social en una comunidad religiosa, búsqueda de apoyo personal para uno mismo, visión benevolente de la realidad, en contraposición con una visión de castigo, buscar control o uso de rituales o actos concretos de tipo religioso. La fe religiosa puede ofrecer un marco para encontrar sentido en el proceso de la muerte y en la situación de padecer una enfermedad como el cáncer.⁵⁵

Las actitudes humanas, las creencias y sus propias percepciones acerca de la visión de su propio mundo, de su salud, enfermedad y curación, son de particular interés para predecir la participación de las mujeres en programas de detección efectiva de cáncer de cuello uterino, los programas de promoción y prevención deberían

tener en cuenta la importancia de este tipo de variables que constituyen aspectos del factor cultural, para obtener resultados más eficaces en estos programas y para que las mujeres participen activamente en campañas o procesos que beneficien su salud y en la detección precoz de este cáncer.

Según Almanza y Holland, habría que tener en cuenta varios aspectos para integrar adecuadamente la dimensión trascendente en la práctica clínica: la espiritualidad de estas mujeres, explorarla individualmente, apoyar los aspectos positivos de su fe, proporcionarles apoyo religioso si lo solicitan, ofrecer cuidado espiritual a la familia (normalmente estas creencias se arraigan en el núcleo familiar) y atender las propias necesidades espirituales incluso, en caso de no ser creyentes, con el fin de respetar el punto de vista de las pacientes.⁵⁶

Las nuevas perspectivas de la salud, en la tarea por integrar las dimensiones como la cultural al enfoque epidemiológico, empieza a reconocer el surgimiento de nuevas formas de abordaje del conocimiento que pone énfasis en la interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico histórico y cultural en el que viven y, por lo tanto, establece la necesidad de examinar los diversos determinantes de la salud en la exploración de la multicausalidad, de esta manera la función de la Salud Pública responderá desde la perspectiva del interés colectivo de las poblaciones a atender y transformar la salud.

REFERENCIAS

1. Ackerknecht, E. Medicina y antropología social, Akal, Madrid; 1985
2. Health Canadá/OPS. Salud de la Población. Conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables: la perspectiva canadiense. OPS Washington, D.C. 2000: 8, 13
3. Sarason, B.B y Sarason, I.G. Assessment of social

- support. En S.A Shumaker S.M. Czajkowski (eds) Social Support and cardiovascular disease 8; 1994:41-63, N.Y. Plenum Press
4. Willis, T.A. Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook. 1996:118-128, N.Y.
 5. Willis, T.A Pierce Large-scale environmental risk factors for substances use. American Behavioral Scientist, 39: 800-822
 6. Berkman, L.F y Syme, S.L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology 1979: 109, 186- 204
 7. Chesney, M y Darbes, L. Social support and heart disease in women: Implication for intervention. En K. Orthogomer, M Chesney. NY Wenger (eds) Women, stress and heart disease; 1998: 165-182, Mahwah, NJ: Erlbaum
 8. Willis, T.A Pierce Large-scale environmental risk factors for substances use. American Behavioral Scientist, 39: 800-822
 9. Berkman, L. Fy Syme, S.L Social networks, host resistente, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. Mercian Journal of Epidemiology; (109):186- 204
 10. Rotter Rotter, J.B. The development and applications of social learning theory: Select papers, 1982: NY
 11. Langer, E.J y Rodin, J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in a institutional setting. Journal of personality and social Psychology; 1976: 34, 191-198
 12. Heiby y Carlson En Brannon, L Psicología de la Salud Edt Thomson Australia; 2001: 367—370
 13. Lazarus y Folkman. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks; 1984: 441-21
 14. Carlson, C, R Harrigan y Seeley. Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: A quantitative review of behavioral medicine research. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 1993: 1059 – 1067
 15. Delucchi y Marmissolle. En Oblitas, L.A. Psicología de la Salud. y Calidad de vida Edt Thomson México; 2004: 76- 78
 16. Reynolds, P y Kaplan, G.A. Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study. Behavioral Medicine; 1990: 16. 101-110
 17. Classen, C., Septon, S.E., Piamond, S y Spiegel, P. Studies of life-extending psycho-social interventions. En J.C Holland (ed), psycho-oncology; Nueva York Oxford University Press. 1998: 730-742
 18. Sluzki, Carlos E. Terapia familiar sistémica – Redes Sociales Editorial Gedisa 1997
 19. Rotter, J.B. The development and applications of social learning theory: Select papers. NY; 1982
 20. Becker, M. Hy Maiman, L.A. Strategies for enhancing patient complicity. Journal of community Health; 1980: 6, 113-35
 21. De la Cuesta Benjumea C. Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. Edt Universidad de Antioquia 1999: 100-107
 22. Green L. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs; 1974; 2(4):324-5
 23. Becker, M. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs; 1974; 2(4):326-7
 24. Rosenstock, I. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs; 1974; 2(4):328-35.
 25. Minugh, P.A, Rice, C y Young. Gender elath beliefs, elath behaviors, and alcohol consumption. American Journal of Drug and alcohol Abuse, 24: 483 – 497
 26. Strecher. The health belief model and health behavior: En handbook of health behavior research. I Personal social determinants. 1997: 71-91
 27. Savage, S.A y Clarke, V.A Factors associated with screening mammography and breast self examination intentions, en Health Education Research; 11: 409-421
 28. Champion, V.L. Reliability and validity of breast cancer screening belief in African American Women, en nursing research, 46: 331-337
 29. Rosenstock. En Lostao, Lourdes. Factores predictores de la participación en un programa

- de screening de cáncer .de mama. Implicaciones del modelo de creencias en salud y de las variable sociodemográficas. Universidad de Navarra; 1998
30. Gynecologic Oncology Program. Cervical cancer. <http://www.umgcc.org/overview/esp/cervical.html>
 31. Bibeau. En Escobar V. Cecilia L Antropología médica: Una visión cultural. Universidad Tecnológica de Pereira.
 32. Heiby y Carlson. En Brannon, L. Psicología de la salud. Edit Thomson. Australia; 2001: 367- 370
 33. Sarason,B.B y Sarason ,I.G. Assessment of social support. En S.A Shumaker S.M. Czajkowski (eds) Social Support and cardiovascular disease; 1994: 41-63. N.Y. plenum Press 29
 34. Willis,T.A. Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook, 1996: 118-128. N.Y
 35. Ibid
 36. Berkam,L.F y Syme,S.L. Social networks, host resistance, and mortality: Anine- year follow-up study of Alameda Country residents. Mercian Journal of Epidemiology 1979;(109): 186- 204
 37. Chesney, M y Darbes. Social support and heart disease in women: Implication for intervention. En K. Orthgomer,M Chesney. NY Wenger (eds) Women, stress and heart disease 1998: 165-182, Mahwah,NJ: Erlbaum
 38. Rodríguez, F M. Afrontamiento del Cáncer, Madrid; 2006
 39. Taylor,SE, Armor.DA. Positive illusions and coping with adversity. Journal of personality 2001;(64): 873-898
 40. Bayés. Psicología oncológica.Edt. Martinez Roca, Barcelona 1985
 41. Cole y Pargaament. En Rodríguez, F M. Afrontamiento del Cáncer. Madrid; 2006
 42. Philip, Ley. Compliance among patients. En A.Baum, S Newman Cambridge. Handbook of psychology, lath and medicine 1997: 281-284
 43. Becker,M.HyMaiman,L.A.Strategies for enhancing patient complicate. Journal of community Health 1980; (6):113-35
 44. Amigo, I Fernández. Manual de psicología de la salud. Edt Pirámide Madrid; 1998
 45. Oblitas, Luis A. Psicología de la salud. y calidad de vida. Edit. Thomson. México;2004
 46. Delucchi y Marmissolle En Oblitas,L A. Psicología de la salud. y calidad de vida Edit Thomson, México; 2004: 76- 78
 47. Reynolds, P y Kaplan, G.A. Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study. Behavioral Medicine; 1990: 16. 101-110
 48. Classen, C., Septon, S.E., Piamond, S y Spiegel, P. Studies of life-extending pycho-social interventions. En J.C Holland (ed),psycho-oncology. Nueva York, Oxford University Press; 1998: 730-742
 49. Claudine Herzlich. En Rodríguez, F, M. Afrontamiento del Cáncer Madrid;2006
 50. Rosenstock, I. M. The Health belief model: Explaining health behavior through expectancies. En K. Clanz, FM Lewis & B.K Rimer (eds9, Health behavior and Health education: theory, research an practice. San Francisco; 1990
 51. Masur E.T. Adherencia to health care regimens. En C.K.Prokop y Bradley. Medical Psychology: Contributions to behavioral medicine; 1981 Nueva York
 52. Minugh, P.A, Rice.C y Young. Gender elath beliefs, elath behaviours, and alcohol consumption. American Journal of Drug and Alcohol Abuse;(24): 483 -497
 53. Strecher. The health belief model and health behavior. En handbook of health behavior research. I Personal social determinants 1997: 71-91
 54. Costa, M y López, E. Educación para la salud: 1996 Madrid: Pirámide
 55. Claudine Herzlich op.cit
 56. Ibid