

Representaciones sociales del cáncer de mama en mujeres libres de enfermedad: Comparación entre México y Colombia

Social representations of breast cancer in women free of the disease: Comparison between Mexico and Colombia

Alexis Chávez-Díaz^{1,2*} y María del Pilar Gómez González^{1,3}

¹Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Dpto. de Salud Pública. Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara. México.

²Secretaría de Salud, Jalisco, México.

³Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Colombia.

*drchavez23@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3553-8113>

Artículo original

Recibido:12-11-2017

Aprobado:30-03-2018

Resumen

Con el objetivo de identificar las representaciones sociales sobre el cáncer de mama en mujeres libres de la enfermedad en México y Colombia, se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en los métodos asociativos y de enfoque procesual y estructural de las representaciones sociales, en el que se incluyen 43 mujeres libres de enfermedad, ubicadas en Guadalajara, México y Pereira, Colombia. Se aplicaron listados libres y cuestionario de comparación de pares. Se realizó análisis de frecuencias, análisis de contenido temático y de índice de distancia para la construcción de las relaciones de términos de manera gráfica a través de los grafos. Para los dos grupos de mujeres, el Cáncer de Mama está asociado con aspectos negativos, en los que se destacan las palabras como miedo y muerte. Para las mujeres colombianas el aspecto físico, la estética y autoimagen tiene una gran relación. Las mujeres mexicanas destacan la importancia de la prevención como revisarse periódicamente. Se puede concluir que las representaciones sociales están directamente relacionadas con el marco contextual de estos dos grupos de mujeres, los antecedentes, los procesos de socialización y elementos propios de la cultura estructuran el significado y las acciones que toman asociadas a la salud y específicamente sobre el cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer de mama, conocimientos en cáncer de mama, representaciones sociales, salud pública.

Abstract

In order to identify the social representations of breast cancer in women free of the disease in Mexico and Colombia, a qualitative study was carried out based on associative methods and a processual and structural approach to social representations, in which It includes 43 women free of disease, located in Guadalajara, Mexico and Pereira, Colombia. Free lists and peer comparison questionnaire were applied. Frequency analysis, thematic content analysis, and the distance index were carried out to construct the relationship of terms graphically through the graphs. For both groups of women, Breast Cancer is associated with

negative aspects, in which words such as fear and death stand out. For Colombian women, physical appearance, aesthetics, and self-image have a great relationship. Mexican women stress the importance of prevention as a regular check-up. It can be concluded that social representations are directly related to the contextual framework of these two groups of women, the antecedents, the processes of socialization and elements of the cultural structure the meaning and the actions they take associated with health and specifically about the breast cancer.

Key words: Breast cancer, knowledge, social representations, public health

Introducción

El cáncer representa un grave problema para la salud pública y un importante reto para la sociedad a nivel mundial, en el caso del cáncer de mama, éste es considerado un problema prioritario debido a que es la primera causa de mortalidad en mujeres en Latinoamérica e incluso a nivel mundial¹⁻⁴. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel global, para el año 2012 fueron diagnosticadas 408.000 mujeres con este tipo de cáncer en las Américas, y según proyecciones, para el 2030 se incrementarán 46 % para la misma zona^{5,6}. Debido a esto, tanto las instituciones de salud como los profesionales, deben desarrollar estrategias para enfrentar dicha situación, no solo con los conocimientos técnicos y científicos, sino también con la inclusión de los conocimientos del sentido común, con el propósito de crear estrategias que impacten realmente en la prevención y educación para la salud de las personas.

Es importante resaltar que la incidencia de la enfermedad y las tasas de mortalidad son diferenciales según la región. Colombia y México representan el tercer lugar de incidencia de cáncer de mama en las regiones a las que pertenecen, con un comportamiento similar con respecto a la tendencia de mortalidad, es por esto que se vio la importancia de conocer, resaltar y comparar los conocimientos de la población femenina de estos países sobre dicha enfermedad⁷.

En México, durante el 2015, fue una de las principales causas de mortalidad en mujeres, ocupando el tercer lugar como causa de muerte general y el primero por cáncer en mujeres. Los últimos 10 años la mortalidad ha ido en aumento, pasando de 14,7 a 16,3 muertes por cada 100.000 mujeres^{8,9}. Por su parte, en Colombia el comportamiento es similar, demostrando una tendencia ascendente en la incidencia afectando de manera global la calidad de vida y generando mayores costos en la atención en salud¹⁰. Con respecto a la mortalidad se evidenció su aumento, tomando como puntos de corte el quinquenio 1989-1993 donde se reportó una tasa de 7,4 por 100.000 mujeres, en el periodo de 2004-2008 pasó a 9,1¹¹ y en el año 2012, alcanzó una tasa de 11 muertes cada 100.000 mujeres¹.

Teniendo en cuenta el comportamiento tanto de la incidencia como de la mortalidad a nivel mundial y específicamente en México y Colombia, se reconoce como una enfermedad de alto impacto en la sociedad, que ha sido estudiada desde diversos enfoques y perspectivas con una visión multidimensional, dando cabida a diversos actores como las mujeres, familias y profesionales de la salud, donde se reconoce la importancia de cada uno de estos. En 2007, Medina¹², mencionó como la perspectiva hegemónica construida a partir de la biomedicina, impide la integración de los aspectos médicos con los propios de las mujeres en procesos de salud-enfermedad, limitando a los profesionales a una mirada

parcializada, excluyendo elementos, conocimientos y prácticas desde el marco cultural en el que se realizan las acciones de atención.

En esta enfermedad las estrategias de autocuidado, y decisiones de búsqueda oportuna de atención son determinantes para que su diagnóstico se lleve a cabo en una etapa inicial, lo cual permite que se aumenten las probabilidades de un mejor pronóstico y sobrevida¹³. Todas estas acciones por parte de las mujeres, reflejan aspectos de conocimientos sobre la enfermedad, aquellas que saben más y con fundamentos científicos tienen mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y exploraciones clínicas, reconociendo la periodicidad en los que se deben realizar dichos procedimientos, al tiempo que se sensibilizan para estar más alertas frente al riesgo y a los síntomas del cáncer de mama. Por el contrario, mujeres con conocimiento impreciso o nulo sobre la prevención solo lo hacen a través del examen clínico y, en ciertos casos, se ignora la utilidad de la mamografía y otros estudios como método de detección oportuna como una medida necesaria, confusión que, por supuesto, obstaculiza su autocuidado como elemento clave de la prevención¹⁴.

El desconocimiento, la invisibilización de las construcciones culturales para la planificación en salud, generan diversos obstáculos para el cumplimiento de metas que benefician a la población¹⁵ es por esto que en este estudio, se dio gran importancia a los conocimientos de las mujeres en diferentes contextos, para identificar como aspectos culturales y propios de su ambiente cotidiano, determinan los significados atribuidos a la enfermedad y que finalmente, determinan las decisiones que ellas toman con respecto a la salud y la prevención. Para abordar los conocimientos del sentido común sobre el cáncer de mama, se utilizó el enfoque teórico-metodológico de las representaciones sociales, las cuales son construcciones de creencias y pensamientos del ser humano, que trascienden las opiniones, las imágenes y actitudes, dan las herramientas para ordenar, definir y actuar en la realidad y contexto en el que están inmersas las personas, es decir, son producciones culturales y sociales que determinan las prácticas, conocimientos, relaciones subjetivas y actitudes frente a los diversos fenómenos sociales¹⁶.

Según Jodelet y Guerrero¹⁷, así como García y col.,¹⁸ las representaciones sociales de una enfermedad son determinantes de los comportamientos culturales con respecto a la misma, en las cuales confluyen un complejo conjunto de conocimientos científicos y populares, la escala de valores y otros elementos culturales, como las creencias, que determinan la reacción general de la sociedad y la particular de cada individuo frente a una enfermedad. Es por esto, que se ve la necesidad de explorar la estructura de los conocimientos con el propósito de identificar las representaciones sociales sobre el cáncer de mama en mujeres libres de enfermedad en México y Colombia.

Materiales y métodos

Para dar cumplimiento al objetivo de investigación se realizó un estudio cualitativo, exploratorio e inductivo, basado en los métodos asociativos, de enfoque procesual y estructural de las representaciones sociales, las cuales privilegian los significados atribuidos a la realidad por las personas, es decir, el sentido común existente, que para este caso es el del cáncer de mama en mujeres que son libres de enfermedad.

Aspectos éticos

La participación de todas las mujeres fue voluntaria, se garantizó el principio de confidencialidad y anonimato. A todas las participantes se les explicó el objetivo y procedimiento, para lo cual se tomó un tiempo en la primera fase de 15 minutos y para la segunda de 10-15 minutos. Se contó con la autorización de las instituciones de educación superior a la que pertenecían las participantes.

Participantes

Se incluyeron 43 mujeres libres de enfermedad, pertenecientes a dos instituciones de educación superior, de las cuales, 20 mujeres se abordaron en la ciudad de Guadalajara, México y las demás en Pereira, Colombia, la selección de estas participantes se hizo a través de un muestreo no probabilístico^{19,20}. En ambos grupos se incluyeron mujeres mayores de edad. En el grupo de mujeres mejicanas, el rango de edad fue de 22-60, con un promedio de $40,1 \pm 12,7$ años, mientras que el grupo de mujeres colombianas tenían edades entre los 23-56 años, cuyo promedio fue $36,65 \pm 10,4$ años. No se excluyeron participantes por nivel académico y lugar de origen. En la Tabla 1 se pueden observar las características de las mujeres según el grupo.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de mujeres de México y Colombia.

País de procedencia	México		Colombia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Muestra	20	46,5	23	53,5
Edad				
20 - 30	6	30	8	35
31 - 40	3	15	7	30
41 - 50	5	25	5	22
51 - 60	6	30	3	13
Nivel de estudio				
Preparatoria	5	25	1	4,4
Carrera técnica	2	10	7	30,4
Carrera tecnológica	0	0	2	8,7
Licenciatura	9	45	11	47,8
Posgrado	4	20	2	8,7

Técnica de recolección y análisis de datos

La información se recolectó en los meses de junio a septiembre de 2015, cuyo proceso se llevó a cabo en 2 fases, destacando que en ambas se contó con las mismas mujeres en cada grupo. Teniendo en cuenta el objetivo de investigación, se privilegiaron los mecanismos discursivos, porque es precisamente a través del lenguaje situado que las personas construyen la realidad y dan significados a los fenómenos sociales según el contexto en el que se encuentran inmersas.

La primera fase se hizo a través de una técnica de entrevista estructurada denominada listados libres, los cuales constan de un término inductor, que para el caso de este estudio fue el cáncer de mama, a partir de esto se solicitaron 5 palabras o frases que se generaron a de este término²¹. Luego se solicitó la explicación de cada una de estas. La administración de este cuestionario fue a cargo de cada participante, con el apoyo de los investigadores en el caso de que se generara alguna duda.

En la segunda fase se incluyeron los cuestionarios de comparación de pares. En estos, basados en los 10 términos más frecuentes obtenidos con la técnica anterior, se solicitó la ponderación de pares de palabras según la relación y exclusión con el tema de interés, hasta conformar 5 pares²².

Análisis

Para la identificación de las representaciones sociales se construyó una base de datos en *Excel*, en la que se hizo el análisis de frecuencias de los cognemas, es decir, términos utilizados para hacer referencia a un conjunto de objetos sociales determinados²³; una vez realizado esto, se continuó con el análisis procesual, el cual consistió en la aplicación de un análisis de contenido temático²⁴ de los cognemas con sus respectivos significados para identificar las categorías emergentes que agruparan dichos términos, además se hizo el cálculo del porcentaje que representó cada una de las categorías y finalmente se realizó la selección de los 10 términos más frecuentes. Para garantizar que todas las categorías estuvieran representadas en los 10 términos seleccionados, se hizo una elección de palabras, proporcional al tamaño de cada una de estas.

Para la evaluación de los cuestionarios de pares, se utilizó el análisis prototípico, utilizando los 10 términos más frecuentes, seleccionados tal como se describió anteriormente. Se buscó la organización de éstas en 5 pares, de la siguiente manera: Empezando por el par palabras que más se relacionaron con el fenómeno de estudio (cáncer de mama), a las cuales se les asignó una puntuación de +2. Posteriormente, las dos palabras que menos se relacionaron, recibiendo un valor de -2. De la misma manera, con las palabras restantes, se escogieron los otros pares relacionados y por último, se asoció con el par de menor relación, quedando finalmente un par que no fue utilizado. Al igual que en los dos primeros pares, se asignó una puntuación que para este caso fue +1, -1 y 0, respectivamente. Con estos valores se procedió a realizar el cálculo del índice de distancia. Los valores positivos indican similitud y los negativos exclusión²⁵.

Finalmente, se hizo el cálculo del índice de distancia en *Excel* y se construyó la representación gráfica de la relación entre los términos, es decir el grafo, el cual permitió identificar la centralidad de la representación del cáncer de mama en cada grupo de mujeres²², es decir, permite observar de manera gráfica la forma lógica socio-cognitiva de organización del significado, además de la identificación de los elementos periféricos que son los que tienen más relación con el contexto²⁶.

Resultados y discusión

A partir del análisis procesual del contenido temático, se identificó que la representación social de mujeres tanto de México como de Colombia está agrupada en varias categorías, tal como se observa en la Tabla 2. En el grupo de mujeres sanas de México fueron 7

categorías (aspectos negativos, atención médica, lenguaje médico, aspectos positivos, aspectos familiares y económicos) y 5 para las colombianas (aspectos negativos, médicos, físicos, aspectos positivos y de servicios de salud), allí mismo se puede ver la cantidad de cognemas dentro de cada una de las categorías y el porcentaje que representa cada una de estas.

Las categorías con mayor cantidad de cognemas fueron las relacionadas con aspectos negativos, tanto en el grupo de las mujeres mexicanas como en las colombianas, siendo el término muerte el más repetido, 9 veces (25 %) y 16 veces (27 %), respectivamente; lo cual es comparable a lo encontrado en otros estudios, donde plantean que el significado atribuido al cáncer está determinado por aspectos biológicos, dando significados de enfermedad devastadora, terrible, sin salida y desfavorable desde cualquier óptica posible^{18,27}.

Tabla 2. Categorías de la representación social sobre cáncer de mama y su proporción en México y Colombia según la muestra estudiada.

País de procedencia	México		Colombia	
Categorías	Frecuencia	%	Categorías	Frecuencia %
Negativos	36	36	Negativos	58 50
Atención médica	25	25	Médicos	27 23
Lenguaje médico	15	15	Físicos	18 16
Preventivos	15	15	Positivos	11 10
Positivos	4	4	Servicios de salud	1 1
Familiares	3	3		
Económicos	2	2		

Las categorías de aspectos clínicos o relacionados con temas médicos tienen un gran impacto en ambos grupos, el lenguaje médico está conformado por cognemas como quimioterapia, enfermedad, metástasis, exámenes, cirugía o tratamiento, mismas que fueron las más mencionadas por las participantes de Colombia, apareciendo en un 27 %. En las mujeres mexicanas, se tuvo una asociación similar, ellas relacionaron el cáncer de mama con palabras como tratamiento y quimioterapia³ que representaron la mayor frecuencia de repetición, similar a los hallazgos reportados en la literatura sobre el imaginario alrededor del fenómeno del cáncer de mama y su tratamiento, asociado a la ansiedad que las mujeres presentan durante dicho proceso²⁸.

La atención médica, a pesar de que es similar a la categoría de aspectos médicos, es importante señalar que, a partir de los significados otorgados por las mujeres de México, se encontraron diferencias, las cuales se deben principalmente a temas de atención, como lo es la oportunidad, la cual hace referencia a la importancia de tener una atención médica de manera correcta y oportuna, en tiempo y forma ante la posibilidad de tener cáncer de mama. Otro cognema fue la falta de atención, en lo que se reconoce la importancia que tiene la decisión de buscar atención, la valoración propiamente dicha, diagnóstico y tratamiento oportuno en una enfermedad crónica, con altas tasas de incidencia y mortalidad, que resulta claro para las mujeres que los resultados catastróficos pueden ser evitados, a continuación se presenta la explicación de la participante 7: *"Falta de atención*

oportuna porque siendo algo tan sencillo de detectar, no todas las mujeres se atienden a tiempo” p.7

Llama la atención este tipo de respuesta por la condición de estas mujeres, las cuales no han experimentado proceso de estos en su persona, pero probablemente alguna persona cercana sí, o debido a la construcción sociocultural, en la que se otorga de manera colectiva ese significado²⁹. De acuerdo a esto, se puede decir que existe un reconcomiendo de la necesidad de atención (en términos de enfermedad) lo cual se da como resultado de las experiencias propias y/o de otros en el uso de servicios de salud, así como la interacción con las creencias y valores³⁰.

La prevención se ubica entre los primeros lugares de aparición en las mujeres de México, allí se incluyeron términos como: Examen para prevenir, mala prevención, desconocimiento, lo cual permite identificar que hay una relación de la ocurrencia de la enfermedad con aspectos comportamentales de las mujeres, basadas en sus conocimientos, o constructos relacionados con el miedo al cáncer de mama. Lo cual es considerado como factor fundamental para hacerse una valoración y poder detectar a tiempo. En este sentido, se cita lo expresado por la participante 3: *“Muchas mujeres desconocen cómo detectar el cáncer de mama y no tiene idea de lo mortal que puede llegar a ser” p.3*

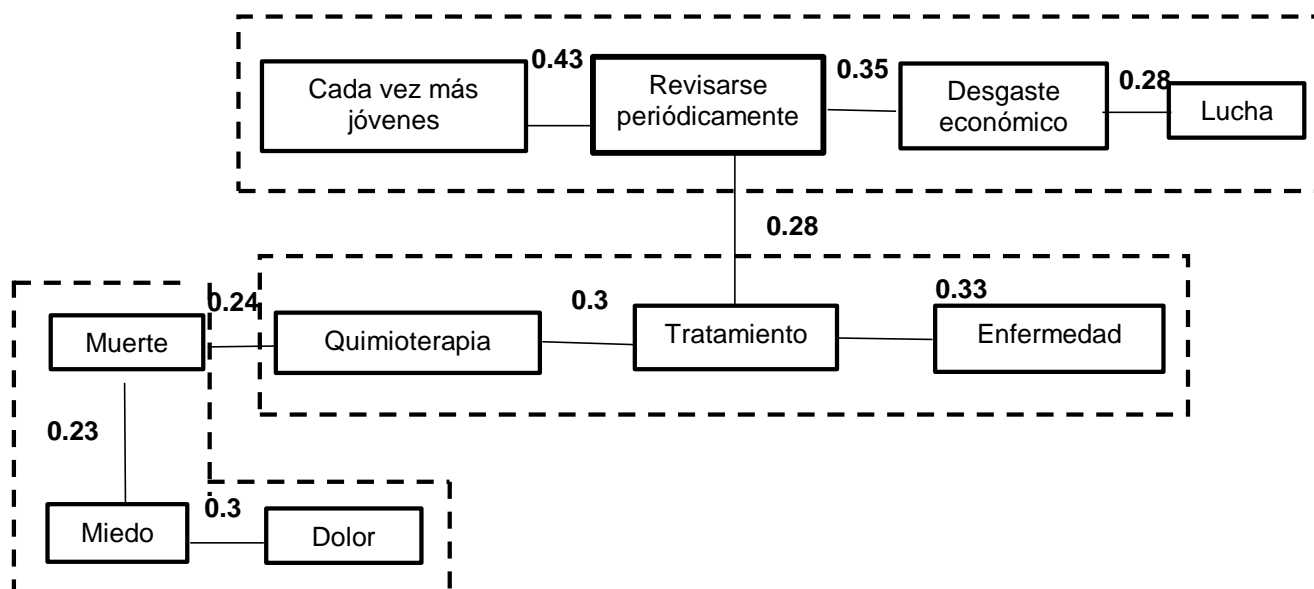
Además, la alta incidencia de la enfermedad en la población de estudio, permite que las mujeres tengan un conocimiento sobre la vivencia de una mujer con dicha patología y a través de las campañas masivas, que otorgan un conocimiento y se desarrollan creencias sobre aspectos de prevención y detección temprana²⁹.

Los hallazgos sobre relación de la enfermedad y el desconocimiento sobre las técnicas y acciones preventivas específicas con el cáncer de mama también fueron identificados en mujeres de países Latinoamericanos como Colombia y Argentina, donde se resalta un alto desconocimiento del autoexamen y de su importancia³¹, así como la baja percepción de riesgo de padecer cáncer de mama, esto identificado a partir del significado atribuido al cognema de prevenir el cual está dado más por la búsqueda de atención en el momento que se percatan de algún síntoma y no antes del mismo³².

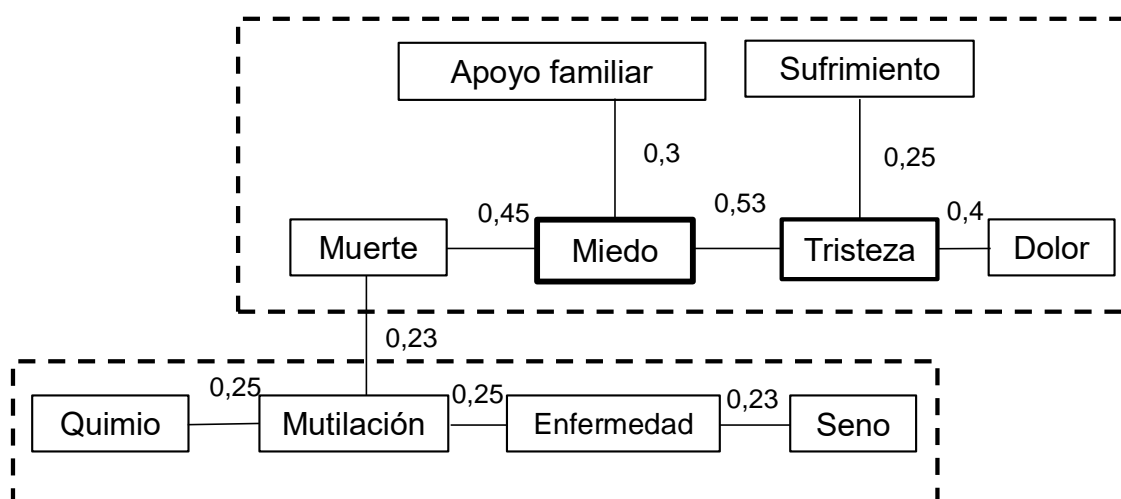
Continuando con el aspecto de la prevención, en el Esquema1 se puede observar que, en la estructura de la representación social sobre el cáncer de mama en las mujeres mexicanas, esta categoría conforma la centralidad del significado de la enfermedad, a través del cognema: Revisarse periódicamente. lo cual es resultado de esos procesos de socialización en los que las mujeres están inmersas, como se mencionó anteriormente por la proximidad con alguna persona que tuviera la enfermedad, o por las estrategias de educación en salud, en las que se difunde la importancia de los exámenes periódicos, en los que se incluye el autoexamen y/o exploraciones clínicas para detectar de manera oportuna alguna anomalía⁸, estrategias promovidas desde la OMS debido al impacto positivo que estas tienen en la lucha contra el cáncer de mama y sus consecuencias³³.

Es importante también tener en cuenta los aspectos de la periferia, para este caso serían los términos como muerte, miedo y dolor, que como se mencionó en la descripción de las categorías, fueron las más mencionadas, sin embargo, no es indicativo de que correspondan a la centralidad de la representación social, por el contrario, estas demuestran la relación de los aspectos culturales con la construcción que se tiene del cáncer, generando conductas, así como la toma de decisiones²⁶.

El Esquema 2 es la representación gráfica del concepto del cáncer de mama para la muestra de mujeres estudiadas en Colombia. En este caso los aspectos negativos determinaron la centralidad de este significado, en los que el miedo fue el elemento central, relacionado con la muerte y tristeza, sin embargo, se observa como destacan el apoyo familiar como estrategia de afrontamiento por parte de las mujeres, aún sin tener experiencia con la enfermedad.



Esquema 1. Grafo de la representación social del cáncer de mama obtenido de la muestra de mujeres estudiadas en Guadalajara, México.



Esquema 2. Grafo sobre la representación social del cáncer de mama obtenido de la muestra de mujeres estudiadas en Pereira, Colombia.

Las categorías que contienen cognemas relacionados con el aspecto físico, para las mujeres de México, no fue una de las más representativas, sin embargo, se mencionaron aspectos como: Calvicie, sin pechos, mutilación, fueron los que llamaron la atención, lo cual está directamente relacionado con los ideales corporales de los sujetos para ser aceptados y valorados en una sociedad¹⁴.

Caso contrario y que se consideró muy relevante para las mujeres de Colombia fue el aspecto físico, la estética corporal, que coinciden con el otro grupo en cuanto a las palabras, sin embargo, la frecuencia de evocación fue mayor para las colombianas, generando la identificación de la categoría de aspectos físicos propiamente dichos. En esta se agruparon términos como: Mutilación, senos, aumento de tamaño, deterioro físico, caída de cabello, las cuales representaron el 16% de las palabras mencionadas. Demostrando que para ellas y el contexto en el que se desempeñan, se da gran importancia al cuerpo, específicamente a las mamas como elemento estético y erótico³⁴ además de ser un elemento central en la construcción de la identidad femenina, así como para cumplir funciones como amamantar³⁵.

Una diferencia importante entre las participantes de ambos países fue identificada en los aspectos relacionados con la familia, en México la categoría de familia emergió en función de la experiencia cercana relacionada con alguna pérdida familiar como consecuencia de la enfermedad (*"Mi mamá murió de cáncer de mama" p.12*), siendo la experiencia un "parteaguas" definitivo para el significado que atribuyen las participantes a este fenómeno de interés²⁹. Por otro lado, se pone en evidencia como la enfermedad impacta las diversas esperas de las personas, no solo la física, también la emocional y de relaciones sociales, donde se resaltan las consecuencias para las relaciones de pareja, poniendo en evidencia como las experiencias cercanas impactan la manera de construir un concepto y las conductas frente a este. Basados en este significado se destacan aspectos socioculturales arraigados como lo son los estereotipos de género, en los que la mujer es vista como persona de atracción, con un énfasis en el aspecto físico y en los cambios presentados, afectando su autoestima e incluso la vida sexual, que por su condición impacta en la vida cotidiana de su núcleo familiar, en las que la pareja pasa a desempeñar un papel importante como apoyo, cambiando sus funciones y rutinas dentro del hogar^{36,37}. Con respecto a esto, la participante 8 explica: *"Perder el marido porque algunas personas al padecer esta enfermedad, el primero en huir es el marido" p.8*

El sufrimiento por la pérdida de un familiar, o por la noticia de la enfermedad durante el proceso de diagnóstico y/o tratamiento del cáncer de mama, lacera fuertemente la relación familiar en la que el dolor causado es determinante para el significado, dada la experiencia de la enfermedad³⁸. La familia y sus vínculos afectivos, son factores socioculturales determinantes en la interacción, puesto que pueden influir positiva o negativamente en los procesos de enfermedad, debido a ello es importante tener una cohesión y que la relación que guarden los miembros de la familia sea a través de un vínculo afectivo bien establecido³⁸. En este estudio, las mujeres libres de enfermedad identificaron la importancia del papel de la familia, durante dichos procesos, los significados fueron similares a la literatura. (*"la enfermedad no es solo del que la padece, sino de toda la familia, pues viven el cáncer con sus familias" p.4*).

En los aspectos relacionados con la economía, o los recursos económicos fueron manifestados en muy pocos casos, solamente 2 veces en las mujeres mexicanas, quienes explicaron que: No tener dinero, para poder llevar a cabo de manera adecuada el proceso de atención, así como: El desgaste económico, que la enfermedad causa.

Se destaca que para estas mujeres también se asoció el cáncer de mama con aspectos positivos, entre los que se mencionaron cognemas tales como: Lucha, afrontamiento, oportunidad, esperanza, lo cual se explicó de las siguientes maneras: *“Es una forma me medir mi fortaleza al estar frente a esa situación”* p.23 y *“Esperanza porque con buen tratamiento es curable”* p.16.

Estas posturas y significados son coincidentes con diversos estudios, donde se plantean resultados similares a los antes mencionados, además de la adaptación emocional, control y calidad de vida³⁹.

Conclusiones

En este estudio prevalecieron los constructos de aspectos negativos en mujeres con palabras dirigidas a tragedia, sentimientos negativos incluso palabras de repudio hacia la enfermedad. Dichos significados responden a la experiencia del cáncer de mama, los conocimientos obtenidos y la información de los programas de prevención. Este resultado fue igual en ambos grupos, destacando esta similitud a pesar de las diferencias en cuanto a contexto y aspectos sociohistóricos. Por otra parte, los aspectos culturales son factores determinantes en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama, donde la comunicación asertiva con el profesional de la salud y la toma de decisiones funge como parte determinante en dichos procesos. Es posible que la falta de información contribuya a la representación social negativa del cáncer para darles significados sobre su salud, mientras que la alta frecuencia de términos clínicos es otro elemento común a los dos grupos, pero se evidenció la poca evocación a la prevención de la enfermedad.

Es de suma importancia darle a la sociedad las herramientas y conocimientos suficientes para obtener mejores resultados en la planeación de programas de prevención y educativos sobre la enfermedad y modificar la perspectiva sobre este grave problema de salud pública. Lo cual se puede lograr a través de este estudio, donde se demostró la influencia de estrategias educativas sobre el significado, sin embargo, se destacan algunos vacíos importantes de conocimientos, que permitan a las personas empoderarse de los procesos de autoexamen que permitan una detección oportuna de la enfermedad.

Agradecimientos y conflictos de interés

Agradecimientos a la Univesidad de Guadalajara y a la Fundación Universitaria del Área Andina, seccional Pereira por permitir la realización del estudio, además del interés presentado por los resultados. También agradecemos de manera especial a las mujeres que participaron, por su disposición y honestidad en cada una de las fases del estudio, para obtener información útil que apoye estrategias en salud pública. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2015;136(5):E359-86. disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842>
2. Knaul FM, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Dantés H, Romieu I, Torres

- G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública de México. 2009;51:s138-40. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800002
3. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015;65(2):87-108. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651787>
4. Ríos PR, Rivera AG, Cervantes FS, Martínez PM. Tendencia de la mortalidad por cáncer en México: 1990-2012. Evid Med Invest Salud. 2015;8(1):5-15. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2015/eo151b.pdf>
5. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública de México [Internet]. 2009 [citado 26 de septiembre de 2018];51(2). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4882>
6. Sanchez JD. OPS/OMS | Cáncer de mama [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
7. Gómez Dantés H, Lewis S, Torres Sánchez L, López Carrillo L. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad [Internet]. México; 2009. Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/El%20cancer%20de%20ma%20en%20America%20Latina.pdf>
8. Secretaría de Salud. Cubos dinámicos-Defunciones (mortalidad) [Internet]. 2016 [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html
9. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Pública de México [Internet]. 7 de marzo de 2009 [citado 26 de septiembre de 2018];51(0). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4889>
10. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, Guzmán ÉL, et al. Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. 1 de abril de 2016;20(2):52-60. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.003>
11. Pedraza AM, Pollán M, Pastor-Barriuso R, Cabanes A. Disparities in breast cancer mortality trends in a middle income country. Breast Cancer Research and Treatment. agosto de 2012;134(3):1199-207. DOI:[10.1007/s10549-012-2026-4](https://doi.org/10.1007/s10549-012-2026-4)
12. Medina AM. Representaciones del Cáncer en Estudiantes de Medicina: Implicaciones para la Práctica y la Enseñanza. Rev salud pública, Rev salud pública. septiembre de 2007;9:369-79. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/422/42219062005.pdf>
13. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica. 2016;19(1):5-Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
14. Giraldo Mora CV, Arango Rojas ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. Invest Educ Enferm. 2009;27(2):101-200. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04.pdf>
15. Triguero Veloz Guimaráes MC. Las representaciones sociales: herramientas para el diagnóstico de necesidades de salud. Av enferm. 1997;15(1-2):114-23.
16. Moscovici S. Social Representations: Essays in Social Psychology. NYU Press; 2001. 321 p.

17. Jodelet D, Guerrero Tapia A. Develando la cultura: estudios en representaciones sociales [Internet]. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2000 [citado 26 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=dpO5AAAAIAAJ>
18. García Rodríguez J, Ortiz Álvarez L, Rodríguez Cumbreira E. Características de la representación social del cáncer de mama en mujeres premenopáusicas. *tecnosalud* 2016. 2016. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04.pdf>
19. Mendieta Izquierdo G. Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Rev Investigaciones Andina*. 2015;17(30):1148-50. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>
20. Pérez-Luco Arenas R, Lagos Gutiérrez L, Mardones Barrera R, Sáez Ardura F. Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teórica y emergente. *Revista Internacional de Comunicación*. 2017;(39):18. Disponible en <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/68886>
21. Bernard HR. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. 6th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018. 725 p.
22. Abric J-C. *Prácticas sociales y representaciones* [Internet]. Ciudad de México: México: Ediciones Coyoacán; 2001. Disponible en: http://www.academia.edu/4035650/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales_y_Repr_esentaciones
23. Torres López TM, Munguía Cortés JA, Pozos Radillo BE, Aguilera Velasco M de los Á. Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*. 2010;42(3):154-61. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425005.pdf>
24. Minayo MC. Etapa de análisis o tratamiento del material. En: *El desafío del conocimiento Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires; 1995. p. 163-207.
25. Smith JJ. Using ANTHOPAC 3.5 and a Spreadsheet to Compute a Free-List Salience Index. *CAM*. octubre de 1993;5(3):1-3.
26. Rateau P, Lo Monaco G. The Theory of Social Representations: Conceptual approaches, fields of application and methods. *CES Psicología*. junio de 2013;6(1):22-42. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100002
27. Giraldo-Mora CV. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Rev salud pública, Rev salud pública*. agosto de 2009;11:514-25. Disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/36393/1/37089-158410-1-PB.pdf>
28. Ribeiro-Accioly ACL, Férez-Carneiro T, Magalhães AS. Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio cualitativo en mujeres en el estado de Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 3 de febrero de 2017;35(1):106. Disponible en <https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79949625007/index.html>
29. Kern de Castro E, Moro L. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet]. 11 de enero de 2013 [citado 26 de septiembre de 2018];9(2-3). Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40916>
30. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. *Revista de Salud Pública*. mayo de 2008;10(2):332-42. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200014
31. Del Toro Rubio M, Peinado Valencia L, Díaz Pérez A. Conocimientos y Prácticas sobre el Autoexamen Mamario en Mujeres de Cartagena De Indias (Bol. – Col). *Ciencia e innovación en salud*. 2014;2(1):6. Disponible en

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/70>

32. Ponce M. La prevención del cáncer de cuello de útero y de mama en servicios de salud y organizaciones no gubernamentales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud Colectiva. 5 de agosto de 2013;9(2):215. Disponible en

<https://www.redalyc.org/pdf/731/73129415007.pdf>

33. WHO (World Health Organization). Control del cáncer: aplicación de los conocimientos: guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. 2007. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43690/9789243546995_spa.pdf;jsessionid=5526692F955AD12FB7C0B393421488F6?sequence=1

34. Giraldo Mora CV, Arango Roja ME. Efectos de las representaciones sociales de las mamas sobre la prevención del cáncer mamario en un grupo de mujeres colombianas. Feminismo/s. 2011;(18):249-70. Disponible en <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25503>

35. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar D, Vásquez Munive M. Significado social atribuido a los senos y su influencia en el autocuidado en jóvenes universitarias. Medicina UPB. 2016;35(1):9-16. Disponible en

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/1590/159047933002/html/index.html>

36. Moreno-López SL, Lara-Medina FU, Alvarado-Aguilar S. Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. GAMO. 1 de enero de 2014;13(1):47-52.

37. Aguilar González CN. Dimensiones psicológicas entre parejas que enfrentan cáncer. :10. Disponible en [http://www.incan-](http://www.incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20Psc%20Aguilar.pdf)

[mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20Psc%20Aguilar.pdf](http://www.incan-mexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Art.%20Psc%20Aguilar.pdf)

38. Díaz V, Ruiz M, Flórez C, Urrea Y, Córdoba V, Arbeláez C, et al. Impacto familiar del diagnóstico de muerte inminente. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2013;5(2):81-94. Disponible en

<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/19686>

39. Palacios-Espinosa, X. X, Lizarazo, A. M. AM, Moreno, K. S. KS, Ospino, J. D. JD. El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana. 4 de septiembre de 2015;33(3):455-79. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a08.pdf>