

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, SOCIALES Y DE LA
COMUNICACIÓN

Investigación sobre la concepción de la población general acerca del cáncer de mama/seno en mujeres y hombres.

Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social

Autora: Paula Rivero Yunta

Tutora: Laura Aguilera Ávila

Convocatoria de Junio



16

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es conocer las diferentes concepciones sobre el cáncer de mama tanto en mujeres como en hombres. Para ello, nos hemos centrado en el punto de vista de un total de 235 personas de la población general. La metodología utilizada fue una encuesta de elaboración propia titulada “Género y salud”. Los resultados obtenidos muestran la imagen que poseen los participantes acerca del cáncer, y en especial del cáncer de mama. Hemos analizado los conocimientos que tienen sobre la existencia de este tipo de enfermedad en hombres y además, también, hemos estudiado la opinión sobre las consecuencias sociales y psicológicas y el impacto en la salud que supone ser diagnosticado de cáncer de mama.

Palabras clave: cáncer, cáncer de mama, cáncer de mama en hombres.

ABSTRACT

The purpose of this research is to know the different concepts about breast cancer in woman and men. To do this, we have focused on the point of view of 235 from the general population. The methodology used was a survey constructed by the main researcher entitled “Género y salud”. The results obtained show the image that participants have about cancer, in particular breast cancer. We have analyzed the knowledge they have about the existence of this type of disease in men and in addition, we have studied the opinion on the social and psychological consequences and the impact on health opinions that is supposed to be diagnosed of breast cancer.

Key words: cancer, breast cancer, breast cancer in men.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Desigualdad.....	6
1.1.1. Desigualdad en salud.....	6
1.1.2. Género.....	8
1.1.3. Desigualdad de género en salud.....	11
1.2. Trabajo Social y salud.	13
1.2.1. Trabajo Social Sanitario.....	17
1.3. El cáncer y el Trabajo Social.	21
1.3.1. Cáncer de mama..	24
1.3.2. Cáncer de mama/seno en hombres.....	27
2. OBJETIVOS	29
2.1. Objetivo general.....	28
2.2. Objetivos específicos.....	28
3. METODOLOGÍA	28
3.1. Técnica e instrumento.....	29
3.2. Muestra.....	29
3.3. Procedimiento.....	30
4. RESULTADOS	30
4.1. Características socio-demográficas.....	31
4.2. La enfermedad a nivel general: cáncer.....	33
4.3. La enfermedad a nivel específico: cáncer de mama/seno.....	34
4.4. Consecuencias del cáncer de mama/seno.....	36
4.5. Cáncer de mama/seno en hombres.....	38
4.6. Percepción de riesgo de sufrir cáncer de mama/seno según sexo.....	39
5. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN	40
6. CONCLUSIONES	48
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXO I: CUESTIONARIO	53

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos del cáncer, siguiendo a Bayo, García Mato, Lluch y Valentín (2006), nos referimos a una enfermedad que tiene lugar en las células, cuando estas empiezan a dividirse más de lo necesario y sin control alguno creando de esta manera tumores que pueden ser de naturaleza benigna o maligna. Cuando los tumores pertenecen al segundo tipo, estaríamos hablando de tumores cancerígenos. Con el paso de los años, esta enfermedad se ha ido convirtiendo en una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Wilkinson y Pickett, 2009). La Red Española de Registros de Cáncer (2014) afirma que en el año 2014 el cáncer de colon y recto tuvo mayor número de personas diagnosticadas, seguido por el cáncer de próstata. Además, en tercer y cuarto puesto estuvieron el cáncer de pulmón y el cáncer de mama/seno respectivamente. Este último tipo de cáncer supone casi el 30% del total de los casos de diagnóstico de cáncer en mujeres, convirtiéndose en la mayor causa de muerte para ellas en España (AECC, 2013).

Al tratarse de una enfermedad de gran importancia dada su prevalencia y mortalidad, y considerando que hay aspectos de ella que aún no se conocen lo suficiente, ha surgido un gran interés en realizar este trabajo de investigación. Se ha llevado a cabo con el objetivo de concretar en la medida de lo posible cuáles son las concepciones sobre el cáncer, y en particular el de mama/seno, que tiene la población general encuestada y se ha hecho especial hincapié en la existencia de este tipo de cáncer en los hombres.

Esta investigación está dividida en diferentes partes: el marco teórico, basado en la revisión bibliográfica y en donde están recogidos todos los conceptos entorno a los cuales gira el estudio y en los cuales está fundamentado el mismo; los objetivos de la

investigación, que están clasificados en objetivo general y objetivos específicos; la metodología, que está dividida en tres partes: técnica e instrumento, muestra y procedimiento; los resultados de la investigación, que han sido recogidos de manera cuantitativa a través de una encuesta; el análisis y discusión de dichos resultados; la conclusión, donde se enunciarán los aspectos más relevantes de la investigación; las referencias bibliográficas y por último un anexo en el que se encuentra el cuestionario de elaboración propia creado exclusivamente para esta investigación.

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Desigualdad

La desigualdad atañe a la existencia de diversas oportunidades en lo que se refiere al acceso, posesión, control y uso de recursos, derivado de diferentes condiciones, contextos y trayectorias.

Para Excequiel Ander-Egg (1984: 23), la desigualdad es *el resultado de la diferencia en valoración, reconocimientos, privilegios, en situaciones de derechos y deberes, ingresos o bienes de las personas en la sociedad. La desigualdad en un supuesto de la estructura social vertical. Pero además, la desigualdad compromete la dignidad de la persona, promueve que sienta vergüenza y genera violencia.* (Deaton, 2003)

1.1.1 Desigualdad en salud

Antes de hablar de la desigualdad en salud como tal, Aguado et al (2008) remarca el origen de ella en las desigualdades que se encuentran en la sociedad de carácter político, económico y social. También explica que en todas partes del mundo se dan desigualdades sociales en salud, saliendo peor parados los inmigrantes, las mujeres y aquellas personas que pertenecen a las clases sociales menos favorecidas.

Ahora bien, la desigualdad en salud se refiere a los recursos y oportunidades que tienen las personas en relación con la salud según su clase social, género, territorio o etnia. (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004)

La OMS aporta su definición de inequidad o desigualdad en salud y afirma que

se trata de desigualdades de salud entre personas de un mismo país o entre distintos países, y las cuales se pueden evitar. Estas desigualdades serían en resultado de las demás desigualdades en las propias sociedades y en entre diferentes sociedades.

Las condiciones sociales y económicas y los efectos que produce entre la población, determinan el riesgo que esta tiene de enfermarse y las medidas que se aplicarán para evitar que esto suceda o, en su defecto, para su tratamiento.

Así mismo, también se pronuncian acerca de la desigualdad en salud Aguado, Rohlf, Sarmiento, y Márquez (2011), y explican que las desigualdades sociales en la salud hacen referencia a la falta de equidad que existe en la distribución de la salud, según los factores contextuales en los que se constituyen las sociedades y el grado de injusticia que tienen. Explican que entre estos factores hay que hacer especial hincapié en el nivel de ingresos, la ocupación, el nivel de estudios, el sexo, la ubicación territorial (urbana o rural), el lugar de origen o la etnia. Aunque se conozca a la perfección que estos factores son determinantes sociales de la salud, en la mayoría de los casos en los que se habla de desigualdades sociales, se aborda solamente el factor socioeconómico y sus determinantes, y se hace especial referencia a las injusticias que derivan de una jerarquía de clase o de la privación material.

Healthy People 2020 (2016), por su parte, aporta que la desigualdad en salud afecta en su mayoría a personas que tienen grandes obstáculos sociales y económicos para la salud en función de su grupo racial o étnico, religión, estatus socio-económico, el género, la edad o la salud mental, cognitiva, sensorial, o discapacidad física, orientación sexual o identidad de género, ubicación geográfica u otras características históricas vinculadas a la discriminación o exclusión social.

Como explica Braveman (2014), cuando hablamos de desigualdad en salud también nos estamos refiriendo a los derechos humanos (principios de no discriminación e igualdad), pues para frenar este tipo de desigualdad, todos los países deberían incluir en sus políticas aquellas que garanticen estos principios y prohibir aquellas que supongan la discriminación a determinados grupos sociales.

En España el estudio de las desigualdades sociales en lo que respecta al cáncer está considerado uno de los mayores retos de la salud pública, en donde existen lagunas en cuanto al conocimiento del problema (excepto en el área del uso de servicios preventivos para los cánceres específicos de la mujer, mama y cuello uterino). Hay una escasez en la investigación en varios aspectos de la enfermedad y también en estudios que hablen sobre los ejes de desigualdad diferentes del socioeconómico. Otro aspecto menos investigado en relación a las desigualdades y el cáncer es la desigualdad según el género. Esto es un problema ya que este tipo de investigaciones son necesarias para caracterizar el problema, conocer las causas y saber hasta qué punto se puede modificar. (Aguado, Rohlf, Sarmiento y Márquez, 2011)

1.1.2. Género

Cuando hablamos de género, nos referimos a una construcción social más que de una realidad biológica. La OMS lo define como el conjunto de conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que toda sociedad considera que corresponde según se trate de una mujer o de un hombre. Las diferentes funciones y comportamientos que se han establecido pueden llegar a generar desigualdades de género, lo que se considera como diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen a uno de los dos grupos. Así mismo, las desigualdades entre ellos pueden

llegar a generar inequidades en dos aspectos: en el estado de salud de las personas y en el acceso a la atención sanitaria.

Para Rohlfs (s.f.: 6) el género implica el abanico de normas socioculturales que determinan las expectativas, comportamientos y roles, así como las desigualdades estructurales del acceso a los recursos entre mujeres y hombres.

Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà (2004: 3) también hablan sobre el género y destacan que:

El género se define como un constructo social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres, y por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el ser hombre o ser mujer. El concepto de género es relacional: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades.

Por tanto, el enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres». Una visión de género, lejos de olvidar a los hombres, los incluye como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres.

Además, la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en

la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004: 3)

La OMS (2015) establece que es importante integrar las perspectivas de género en la salud pública pues en la fase de desarrollo de políticas y programas significaría tener en cuenta las diferentes necesidades que tiene cada género, hombres y mujeres. El principal objetivo sería lograr la igualdad de género. Incorporar una perspectiva de género en la salud pública implicaría abordar y conocer más a fondo la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios para conseguir así una mejora en la eficiencia, cobertura y equidad en los programas que se realizan.

También la OMS (2015), adentrándose más en el concepto de la salud pública basada en el género, establece que empieza por tener constancia de las diferencias que existen entre hombres y mujeres, para así poder determinar en qué se diferencian los resultados, las experiencias y los riesgos sanitarios que se dan entre los dos sexos y actuar de la manera que corresponda. Es un hecho que en la mayor parte de las sociedades, el hombre tiene mayor estatus social que la mujer, por lo que podemos decir que existen relaciones de poder desiguales. Ellas tienen más dificultad para acceder a los recursos y controlar los mismos, y menos peso que ellos a la hora de tomar decisiones. Así, se le ha restado importancia a la salud de la mujer que siempre se ha centrado en su mayoría en los problemas que se sufren durante el embarazo y el parto. Este enfoque sirve para entender los problemas sanitarios que se dan en las mujeres y saber así la manera adecuada de tratarlas. Un ejemplo de ello es que a día de hoy se sabe que la enfermedad cardiovascular es una causa importante de mortalidad en mujeres.

1.1.3. Desigualdad de género en salud

El Instituto Canario de Igualdad (s.f.) reconoce las diferencias de salud entre hombres y mujeres, y establece que estas están relacionadas con causas biológicas pero también con factores de construcción social. Las conductas, que son consideradas generalmente masculinas, como las conductas dominantes, competitivas, excluyentes de lo emocional, tienen efectos negativos en la salud (normalmente, los hombres no admiten que tienen un malestar físico, recurren tarde a los servicios sanitarios y así desarrollan en mayor medida conductas de riesgo). Además, en las mujeres, las conductas consideradas generalmente femeninas, como la subordinación social y el desempeño de múltiples funciones como puede ser el rol de cuidadora y trabajadora dentro y fuera del hogar, también afectan de manera negativa a la salud. (en algunos casos aparecen problemas osteoarticulares, depresiones, somatizaciones, violencia de género...)

Además, el Instituto Canario de Igualdad (s.f.) también remarca la existencia de un déficit de investigación médica con mujeres, ya que aunque ellas presentan una mayor esperanza de vida que los hombres y tienen peor salud a lo largo de sus vidas, la percepción del estado de salud y de la atención sanitaria prestada a los hombres es más óptima que en el caso de las mujeres. Esto, junto con la situación económica actual refleja las pobres condiciones de vida que tienen las mujeres mayores (siempre dependiendo del grupo de mujeres al que estemos estudiando). Una buena intervención en el ámbito de la salud conllevará la atención de los factores biológicos, psicológicos, subjetivos, sociales, culturales, demográficos, laborales, políticos y económicos. Todo ello porque la salud no solo implica el tratamiento de las enfermedades sino también la prevención y el cuidado integral de las personas. Por ello, aplicar el enfoque

biopsicosocial y el enfoque de género sería lo adecuado en estos casos. (Instituto Canario de Igualdad, s.f.)

Los autores Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà (2004) afirman que la realidad de las mujeres es diferente de la realidad de los hombres. Ellas, a pesar de haberse integrado en el mercado laboral siguen realizando las mismas tareas domésticas y de cuidado de la familia, y aún así sufren desigualdades en el medio laboral. También son diferentes en el ámbito biológico, ya que tienen diferentes sistemas genitourinarios, genética, hormonas, metabolismo... Por ejemplo, a las mujeres les afectan enfermedades relacionadas con el parto y el embarazo que a los hombres no le van a aparecer.

Sin embargo, Matud et al. (2010: 6) explica que en los últimos estudios realizados, las diferencias entre la salud de mujeres y hombres *suelen ser mínimas y, cuando las hay, su magnitud y dirección dependen, entre otras variables, del síntoma y/o del indicador de salud que se analice, de la fase del ciclo vital, del grupo étnico e el país.* Y además, afirma que *frente a la consideración tradicional de que las diferencias de género en salud eran consecuencia directa de las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, los estudios actuales han mostrado la relevancia de los factores psicosociales.*

Aunque la mayoría de los estudios coinciden en que el desempleo ejerce una influencia negativa en la salud, y que las ‘amas de casa’ suelen declarar peor salud que las empleadas, la situación varía entre países y clases sociales. Independientemente, la jubilación produce un peor estado de salud en ambos sexos.

Para concluir, Aguado et al (2008: 15): *Hoy día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales.*

1.2. Trabajo Social y salud

El Trabajo Social se ocupa de contribuir a aumentar el bienestar social de personas, grupos, y comunidades a través de la resolución de problemas sociales y a potenciar de la autonomía e independencia de las personas a la hora de hacer frente a los mismos. (Fernández, 2009)

Esta disciplina se ejerce en diferentes ámbitos. Uno de ellos es el de la salud, definida por Monrós (2012) como la actividad que se encarga de los aspectos psico-sociales de la persona, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que inciden en el mantenimiento de la salud y en la aparición de las enfermedades de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando para conseguir potenciar el carácter social que tiene la medicina.

En el plano individual y familiar del ámbito sanitario, la integración de un trabajador social supone una aportación de alternativas o soluciones para las dificultades y problemas sociales que pueden surgir cuando aparece y se desarrolla una enfermedad, todo ello con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la aparición de una enfermedad y por tanto pérdida de la salud, estableciendo así un sistema en el que participen los pacientes y/o familiares en la atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.

La asistencia que se le proporciona al paciente debe concebirse desde la perspectiva de asistencia integral, lo que quiere decir que se actuará desde la primera parte, la detección de un riesgo social, hasta la finalización o derivación de la problemática planteada. Esta estará integrada en un plan de intervención cuyos objetivos concretos están orientados a actuar sobre las circunstancias sociales, familiares y redes de apoyo, haciendo especial hincapié en el uso correcto de los recursos humanos y materiales disponibles.

El Trabajo Social no siempre jugó un papel tan importante como hoy en el ámbito de la salud. El Consejo General del Trabajo Social (s.f.) aporta su visión acerca esto añadiendo que desde hace unos años hasta ahora, es habitual la presencia de profesionales del Trabajo Social (tanto diplomados como graduados) en los equipos multidisciplinares que trabajan en el ámbito de la salud. Nos remontamos al año 1978 para explicar un hito histórico fundamental e importante para lo que atañe este trabajo: la Organización Mundial de la Salud decide adoptar un cambio en el concepto de la salud para pasar de entenderla como una ausencia de enfermedad, para definirla como un bienestar no solo físico, sino que también lo es psíquico y social. Esto supuso el desarrollo de nuevos paradigmas en la atención a la salud de las personas, acentuar el carácter social de las disciplinas sanitarias y el carácter interdisciplinar de las intervenciones en salud. Así, el Trabajo Social incluyó la interdisciplinariedad como la profesión de referencia para la parte social de este nuevo concepto de salud que se había generado. Por ello, todos los países asumen esta nueva concepción de la salud y organizan las estructuras y sistemas sanitarios en base a ella para así poder lograr una mejor atención y de calidad.

Para Arias (2009: 342), la salud *es una de las principales capacidades universalmente valoradas y la enfermedad, una condición que restringe la expansión de las libertades.*

La salud, además, posee un carácter biopsicosocial que debe formar parte de las políticas de salud pública y comunitaria. Es la medicina la que deja que el trabajador o trabajadora social pueda conocer los síntomas de una enfermedad y su causalidad. Pero no trabaja con ellas, sino con las consecuencias sociales que implican estas en la vida diaria de la persona, así como en sus relaciones interpersonales, desvinculación de su entorno, aislamiento social, carencias económicas, incapacidad, agotamiento de su cuidador, entre otras. Este carácter biopsicosocial ya mencionado necesita que se trabaje de manera interdisciplinar. Es fundamental para el trabajador o trabajadora social que conozca las funciones y áreas de los otros profesionales para así poder brindar unas respuestas globales en base a las aportaciones que proporciona la medicina, (Fernández García y Ponce de León, 2014).

La OMS define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social de una persona (no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades) y es, junto con la enfermería y la farmacia, la base de las ciencias de la salud. Sus objetivos se centran en prevenir enfermedades, promover y conservar la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, atender y curar a los enfermos, evitar la muerte y en el caso contrario, encontrar una muerte tranquila. La salud es, entonces, un indicador primordial de las condiciones de vida de las personas, (Laparra, 2015).

Algunos de los factores determinantes de la salud son el estatus, el bienestar psicológico, la capacidad de integración social, junto con el estrés en épocas tempranas, que tiene repercusiones a lo largo de toda la vida de la persona, (Wilkinson y Pickett, 2009).

Además de tener una estrecha relación con la salud, el Trabajo Social también la tiene con la disciplina de la Medicina. Fernández y Ponce de León (2014), afirman que los orígenes del Trabajo Social están ligados a la medicina (una ciencia que está muy vinculada a mejorar el bienestar y la salud de las personas), teniendo como referencia a Mary Richmond, quien realizó en sus comienzos labores ligadas a la asistencia en los hospitales. Así mismo, el Trabajo Social le cogió prestada a la Medicina la metodología de diagnóstico, tratamiento, seguimiento, supervisión y evaluación. Gracias a esto, existe una consideración en el tratamiento de las enfermedades que tiene que ver con los factores sociales.

Pero lo que realmente atañe al Trabajo Social en la Medicina, y aún siguiendo a los mismos autores, es la Medicina Social. Se trata de un elemento más de la medicina que complementa las actuaciones médicas con otras proyecciones que potencian su eficacia, aportando una visión general específica según las circunstancias determinadas de la zona geográfica en la que se esté, tratando la salud y la enfermedad de manera relacional con la vida de la persona. Además, se preocupa por la salud de los individuos relacionándola con sus grupos sociales y su familia. El usuario deja de ser un caso clínico y pasa a ser un objeto biopsicosocial que posee una serie de características sociales, culturales, económicas, políticas y psicológicas variables que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales del trabajo social en el momento de proyectar su

intervención desde una visión holística de los factores que influyen en la enfermedad. (Fernández y Ponce de León, 2014).

Fernández y Rondón (2011, citado en Fernández y Ponce de León, 2014) hacen especial hincapié en la diferencia de la Medicina y el Trabajo Social: la Medicina se centra en los síntomas y las manifestaciones clínicas de la enfermedad, y el Trabajo Social lo hace en el desarrollo de las potencialidades y en los problemas derivados de las relaciones sociales.

Incluso con la existencia de todas estas diferencias que existen entre el Trabajo Social y la Medicina, estas dos disciplinas se unen en cuatro bases que unidas, dan lugar a una mejor atención y una mayor calidad de vida del paciente. Estas son: médico, agente activo; sujeto, agente pasivo; enfermedad, vínculo entre paciente y médico; y trabajador social, como nexo entre paciente, médico, familia, comunidad y recursos sociales. (Fernández y Ponce de León, 2014)

1.2.1. Trabajo Social Sanitario

Cada día existen más trabajadores/as sociales que ejercen su profesión en el área de la salud, ya sea en hospitales o centros de salud, así como asociaciones que traten con pacientes que sufren alguna enfermedad, como en residencias, centros de día, etc.

El Consejo General del Trabajo Social (s.f.) define el Trabajo Social Sanitario como aquel ejercicio profesional que se distancia del de otros entornos porque está caracterizado por ejercer de forma cotidiana las funciones de ayuda y apoyo a personas y sus familiares que se encuentran en situaciones de pérdida de salud. Dirigen así sus

intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, estableciendo como base de su práctica asistencial una mayor autonomía y recuperación de la salud garantizando así que las personas pueden tomar decisiones de manera responsable y respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que cada persona precise respetando las situaciones específicas de cada quién.

Monrós y Zafra (2012: 11) afirman que *una de las primeras referencia científica sobre el Trabajo Social Sanitario la encontramos en la obra de Mary E. Richmond “El Diagnóstico Social” de 1917.*

El Dr. Cabot fue un innovador en su época puesto que apostó por una medicina centrada en el enfermo más que en la enfermedad, e impulsó los estudios sobre los aspectos sociales en la práctica de la medicina, defendiendo la estrecha colaboración entre los médicos y los trabajadores sociales. Su argumentación giraba en torno a que si bien el médico (en su caso psiquiatra) era quien conocía el estado físico y mental de los pacientes, también era un gran desconocedor de las circunstancias personales que lo rodeaban y de las consecuencias que ésta relación le ocasionaban. En su argumentación afirmaba que el trabajador social disponía de la información más completa, puesto que además de conocer la información sanitaria, era el que investigaba el entorno del paciente: la historia familiar, las condiciones sanitarias, las circunstancias financieras y laborales, etc. Su intervención permitiría realizar un tratamiento a fondo eficaz, puesto que aportaba al diagnóstico clínico, el conocimiento de las circunstancias que condicionaban el tratamiento y la recuperación del paciente. Esta es la esencia del trabajo

social sanitario. (Monrós y Zafra, 2012: 11)

Cuando el Consejo General del Trabajo Social (s.f.) habla sobre el Trabajo Social Sanitario afirma lo necesario que es darle importancia dentro del conjunto de profesiones sanitarias, ya que se encargará de garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios de salud, así como el desarrollo el adecuado funcionamiento y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y establecer la consolidación de la atención integral y multiprofesional ofrecida por la Sanidad Española.

Monrós y Zafra (2012) establecen una definición del trabajador social sanitario y lo consideran como el profesional que forma parte del equipo multidisciplinar, que conoce las carencias y necesidades sociales que aparecen durante el proceso de una enfermedad, que identifica las redes familiares y sociales y promueve el uso de los recursos que están disponibles, que realiza acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones sanitarias.

Estos trabajadores sociales sanitarios, según Monrós y Zafra (2012), realizan las siguientes funciones en dicho ámbito:

- La atención directa de pacientes, para complementar el diagnóstico de salud, con el social y que tiene su punto culminante en la gestión de casos, hasta funciones de planificación o definición de estrategias preventivas del riesgo social.

- Promoción de la autonomía del paciente y su familia.
- Inserción social.
- Docencia a nuevos profesionales de trabajo social y a otros profesionales del ámbito sanitario, para que incorporen la visión social que los diagnósticos y la resolución de los problemas deben tener. Desarrollo de proyectos de investigación para la comprensión e interpretación de los factores psicosociales que inciden en la calidad de salud de los individuos, grupos o comunidades. Las investigaciones también se dirigen al análisis de los procesos sociales emergentes y sus posibles consecuencias respecto de la salud de la población.
- Orientar las actitudes y comportamientos de los grupos sociales respecto de la salud y la enfermedad: demanda y utilización real de los servicios sanitarios.
- Niveles de adecuación de los servicios existentes, según los principios de eficacia, eficiencia y calidad. De entre sus actividades cabe destacar las funciones de coordinación que ejercen en el ámbito social para la activación, si procede, de recursos o de estrategias sociales que contribuyen en muchos casos como instrumentos sinérgicos a mejorar la perspectiva asistencial y los resultados en salud de los pacientes, favoreciendo su autonomía y bienestar.
- La mediación, actuando como catalizador y favoreciendo la cooperación de las partes implicadas en los posibles conflictos, que se presentan en el entorno de los pacientes, con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo.
- La prevención y el fomento de la salud a través de programas preventivos, aplicando la estrategia de detección de riesgo, identificando a las personas en riesgo social para cada programa.

Monrós y Zafra (2012) sentencian que los procesos del Trabajo Social Sanitario son:

- El método de trabajo social de casos, el Casework.
- El método de trabajo social de grupo, el groupwork.
- El método de trabajo social comunitario, community Work.
- El método del trabajo social de familia.
- La planificación del alta sanitaria.

En la gran cantidad de ocasiones, los pacientes son atendidos multidisciplinariamente, es decir, tanto por trabajadores sociales sanitarios como por otros profesionales de otros ámbitos de manera simultánea. Esto implica que los profesionales tienen que trabajar en equipo y realizar tareas conjuntas.

En definitiva, el trabajador social sanitario es un elemento muy importante en el diagnóstico y plan terapéutico de los problemas de salud de las personas y sus familiares que surgen durante las enfermedades. Para el quehacer sanitario ha supuesto una mayor visión de complejidad de lo social, fundamental para tratar de manera integral las dificultades en salud (Monrós y Zafra, 2012).

1.3. Cáncer y Trabajo Social

Como explican Wilkinson y Pickett (2009), la sociedad se ha visto sometida a una evolución en sus circunstancias y en el ámbito económico, a la vez que lo han hecho las enfermedades que sufrimos y las causas de salud y enfermedad. Por ello, en la historia de la humanidad, llegó un punto en el que las enfermedades infecciosas dejaron de ser el principal causante de las muertes, y ocuparon su lugar las patologías crónicas como el

cáncer y las cardiopatías. A esto se le llamó transición epidemiológica.

La OMS (2015) define el cáncer como:

Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. Los principales tipos de cáncer son pulmonar, hepático, gástrico, colorrectal, mamario y de esófago.

Por otro lado, Bayo, García Mato, Lluch y Valentín (2006) definen esta enfermedad como aquella que afecta a las células, la unidad básica de nuestro cuerpo para vivir, y que se trata de la división de células anormales sin control. Esto es porque las células se dividen más de lo necesario (en el ciclo celular). Al producirse más células de las habituales se forman los tumores, que pueden ser benignos o malignos. Los benignos no son cancerígenos, pero los malignos sí. En estos tumores malignos, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar otros tumores, denominado metástasis.

El cáncer es una enfermedad de los genes, pues son ellos los que guían a las células y les dicen qué pasos deben seguir. La célula en cuanto tiene ocasión se divide en dos, dejando dos células con genes idénticos de la célula madre. Todos estamos formados por células, las cuales tienen la capacidad de duplicarse, aunque sea invadiendo el espacio de otras. Esta división debe darse en un momento concreto, cuando sea necesario y en la cantidad justa. Los genes, dentro del ciclo celular, son un sujeto de control y seguridad para que la producción de las células no se pase del límite. El cáncer sucede cuando estos mecanismos de control y seguridad y da paso a la proliferación celular. Esto puede suceder de manera rápida o lenta, por lo que hay algunos tipos de cánceres que tardan años en gestarse. Sea como sea, una vez aparece el cáncer, las células afectadas obtienen el poder de diseminarse, abandonan el tumor y se dirigen a otros lugares del cuerpo humano ramificando el cáncer en estos y produciendo así una metástasis. (Cubedo, Valerio y De La Serna, 2007)

Además, la AECC (2013) denomina el cáncer como *una división incontrolada de células, que con el tiempo dará lugar a un tumor o nódulo.*

Cuando una persona recibe un diagnóstico de cáncer, no solo tiene impacto en su salud, sino que también genera grandes cambios a nivel psicológico y social. Aparecen varios factores ligados a la enfermedad con los cuales la persona nunca antes había tenido que lidiar. Pueden ser problemas en su movilidad física, en su situación laboral y en su relación familiar y personal. Es aquí donde se abre paso el Trabajo Social. (AECC, 2013)

Siguiendo a Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014), el trabajador o trabajadora social entra en juego cuando los problemas sociales y económicos empiezan a aparecer, para así cubrir las necesidades de la persona. Para ello existen recursos y ayudas sociales a las que se puede acceder a través de ayuntamientos, centros de servicios sociales, hospitales, AECC, etc. También, el trabajador o trabajadora social ayudará a la persona a resolver cuestiones que tengan que ver con la solicitud de incapacidad laboral y la solicitud del grado de discapacidad, el derecho a una pensión y diversos trámites que tienen que ver con el futuro de la familia. Además de todo esto, muchas veces los usuarios llegarán a un punto en su enfermedad en la que no pueden realizar actividades de la vida diaria por sí mismos. Desde los ayuntamientos se podrá tramitar el servicio de ayuda a domicilio (SAD), y desde Centros de la Seguridad Social o Cruz Roja existe la posibilidad de solicitar la Teleasistencia Domiciliaria, que permita a la persona comunicarse las 24 horas del día con un centro de atención especializada que pueda ayudarle a solventar los problemas que vayan surgiendo.

1.3.1. Cáncer de mama

La mama es el órgano que principalmente se encarga de producir leche durante la lactancia y el que más cambios sufre desde el nacimiento hasta la edad adulta. Eso es así porque crecen en la pubertad y se ven influenciadas por el ciclo menstrual; más tarde en la menopausia gran parte de la glándula mamaria se deteriora y la sustituye la grasa. Así mismo:

Contiene vasos sanguíneos cuya función es proporcionar sangre a la glándula, y vasos linfáticos, encargados de recoger la linfa (líquido que se produce en los distintos órganos). Los vasos linfáticos confluyen en pequeñas formaciones

redondeadas denominadas ganglios linfáticos, que pueden encontrar en múltiples localizaciones del organismo. Cerca de la mama forman agrupaciones en la axila y a los dos lados del esternón. (Eguino, García Álvarez y Yélamos, 2014: 9)

Los autores Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014) explican que la mama puede sufrir alteraciones a lo largo de toda la vida de la persona, y estas alteraciones pueden ser de dos tipos: tanto benignas como malignas. La mayoría de estas alteraciones están provocadas por alteraciones benignas, y si precisan tratamiento, este será conservador y poco agresivo. Pero por el contrario, si hablamos de lesiones malignas, podemos hablar de cáncer de mama.

También estos autores, Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014), proponen esta clasificación por tipos de cáncer de mama:

- Carcinoma lobular: Tiene lugar en las células de los lobulillos
- Carcinoma ductual: Procede de las células que revisten los conductos de drenaje de la leche.
- Otros tipos menos frecuentes son el medular, coloide y tubular.

Se desconocen con exactitud los factores que determinan la aparición del cáncer de mama, pero se han determinado una serie de factores que podrían incrementar su riesgo. Pero, poseer un mayor riesgo para sufrir cáncer de mama no quiere decir que necesariamente vayamos a padecer la enfermedad en algún momento de nuestra vida., sino que existe una predisposición a desarrollarla.

Pese a eso, Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014) dicen que, los factores para desarrollar cáncer de mama son los personales y los externos, y dentro de cada uno podemos encontrar diferentes factores.

Factores personales, donde encontramos aspectos genéticos y hormonales, algunas enfermedades benignas de la mama y la edad.

- Factores genéticos: Entre el 5% y 10% de los casos de cáncer de mama son de carácter hereditario. En este tipo, se ha encontrado una mutación genética hereditaria de los genes BRCA1 y BRCA2. Los tumores de mama hereditarios se diferencian de los demás tumores por una edad temprana de aparición, antecedentes de otros tumores y una historia familiar de cáncer de mama y/u ovario.
- Factores hormonales: Los factores de riesgo hormonales son la primera regla a edades tempranas, la menopausia tardía, la ausencia de embarazo, el primer embarazo después de los 30.
- Algunas enfermedades benignas: La mayoría de las enfermedades benignas no se suelen convertir en malignas, pero aquellas con componentes proliferativos sí.
- Edad: El cáncer de mama puede aparecer a cualquier edad pero el riesgo aumenta con la edad.

Factores externos relacionados con el estilo de vida.

- Dieta con poco contenido en fibra y rica en grasas animales y sedentarismo: Una dieta rica en fibra puede proteger contra diversos tumores malignos. Se recomienda llevar una dieta sana y equilibrada y hacer ejercicio.

- Tabaquismo: No existe relación directa entre el consumo de tabaco y este tipo de tumor, pero lo que sí es cierto es que deteriora la salud y que es mejor dejar de fumar.
- Alcohol: Consumir alcohol de manera habitual y en grandes cantidades aumenta el riesgo.

Según la información que proporciona la Red Española de Registros de Cáncer (2014), también llamada Redecan, en 2014 el cáncer de colon y recto fue el más frecuente, seguido por el cáncer de próstata, el cáncer de pulmón, y el de mama. Además, la AECC (2013) expresa que el cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, constituyendo un 28,5% del total de los tumores. Se ha convertido en la causa principal de muerte para ellas, aunque la mortalidad está estancada debido a los avances y la detección precoz en este sector.

1.3.2. Cáncer de mama/seno en hombres

Aunque gran parte de la población lo desconozca, los hombres también sufren este tipo de cáncer, concretamente menos de un 1% del conjunto de personas que lo padecen, cifra que está aumentando con el tiempo. (AECC, 2013)

Los factores de riesgo a la hora de que un hombre sufra un cáncer de seno son:

- Según el **NCI**: La exposición a la radiación; las concentraciones altas de estrógeno y los antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Según la **AECC**: Antecedentes familiares, existencia de mutaciones del gen BRCA2; la exposición a radiaciones ionizantes y a situaciones de hiperestrogenismo como la cirrosis o el síndrome de Klinefelter.

El tratamiento es similar al que siguen las mujeres con cáncer de mama, y la prevalencia de supervivencia también.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Conocer las diferentes concepciones de la población general sobre el cáncer y el cáncer de mama/seno.

2.2. Objetivos específicos

- Valorar la imagen que tiene la población general sobre el cáncer de mama/seno.
- Analizar qué conocimientos tiene la población general sobre la existencia del cáncer de mama/seno en hombres.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación es de carácter descriptivo ya que pretende describir una realidad observando, midiendo y recopilando la información y los datos que están disponibles. En este caso, busca describir la concepción que tiene la población general sobre el cáncer de seno/mama en hombres.

Así mismo, se utiliza una metodología cuantitativa puesto que la técnica utilizada para la recogida de información ha sido la encuesta y el instrumento escogido un cuestionario de elaboración propia.

3.1. Técnica e instrumento

La técnica utilizada para esta investigación ha sido la de obtención y elaboración de datos, es decir, la encuesta. Algunas de las ventajas de esta técnica son, entre otras, la posibilidad de planificar lo que se quiere saber, no dejar por el camino los puntos más importantes, ahorrar tiempo y el anonimato, factor que facilita la sinceridad de la persona que responde.

Por ello, a la hora de recabar toda la información se ha usado como instrumento un cuestionario de elaboración propia, titulado “Género y Salud”, que tiene como finalidad acercarse a la concepción que tiene la población general sobre el cáncer y el cáncer de mama/seno, pero sobre todo acerca de este tipo de enfermedad en hombres. Está constituido por trece preguntas cortas, con dos o más respuestas posibles a elegir, en las que se busca clarificar qué pensamientos tienen las personas participantes sobre el cáncer, sus consecuencias, ya sean sociales, psicológicas o vitales en sí y la posibilidad de que los hombres también puedan sufrir cáncer de mama/seno. Ha sido proporcionado a los participantes de manera online para que pudiesen realizarlo en cualquier momento, de una manera rápida y fácil, y así mismo recoger la información sincera de todos ellos.

Este cuestionario se encuentra íntegro en el anexo I.

3.2. Muestra

La muestra escogida para elaborar esta investigación no se ha elegido previamente sino que por el contrario ha sido seleccionada de manera aleatoria, sin excluir o incluir a nadie en particular. Cuenta con la participación de 235 personas, dentro de las cuales encontramos una distinción en cuatro intervalos de edad: menos de 18 años, entre 18 y 35 años, entre 36 y 53 años y más de 53 años. Así mismo, la media

de edad de las personas que han respondido la encuesta se encuentra dentro del intervalo de edad de entre 18 y 35 años.

3.3. Procedimiento

Para recoger la información sobre la concepción de la población general acerca del cáncer de mama/seno en hombres, elaboré un cuestionario titulado “Género y salud”. Dicho cuestionario es bastante conciso y aparecen de manera directa los aspectos que me parecía importante estudiar. Una vez tuve claro todo lo que quería formular, accedí a la plataforma Google y a través de los formularios de Google, plasmé dichas cuestiones y las difundí en mis redes sociales. Conseguí todas las respuestas al cuestionario enviando el enlace que iba directo al mismo, vía whatsapp y Facebook, tanto a familiares como a amigos y estos a la vez reenviándoselo a sus conocidos. Al tratarse de una investigación que busca saber la concepción de la población general, no fue necesario excluir a ninguna persona a la hora de conseguir la información que se precisaba, y por ello se accedió a ella de una manera más sencilla y en un margen de dos días.

4. RESULTADOS

En este apartado se encuentran los resultados del cuestionario de elaboración propia “Género y Salud” que se ha realizado en Santa Cruz de Tenerife a un total de 235 personas de la población general.

Dichos resultados han sido divididos en seis partes:

1. Características socio-demográficas.
2. La enfermedad a nivel general: cáncer.

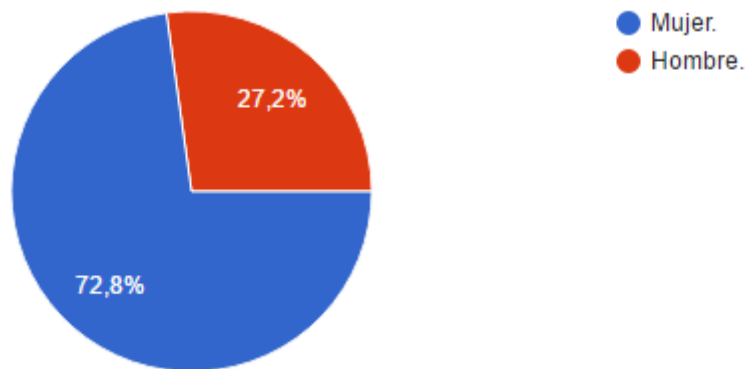
3. La enfermedad a nivel específico: cáncer de mama/seno.
4. Consecuencias del cáncer de mama/seno.
5. Cáncer de mama/seno en hombres.
6. Percepción de riesgo de sufrir cáncer de mama/seno según sexo.

Todos los gráficos en los que están plasmadas las respuestas que están presentadas a continuación han sido elaboradas por la plataforma Google, a través de Formularios Google.

4.1. Características socio-demográficas.

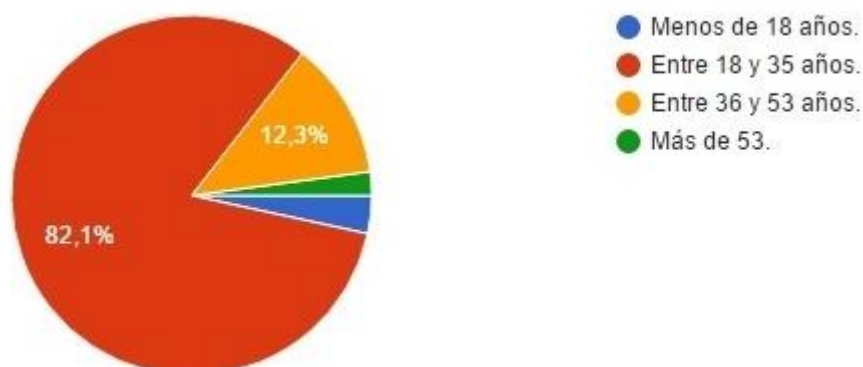
En primer lugar, encontramos las características socio-demográficas de la muestra obtenida en el estudio: el sexo, la edad y el nivel de estudios.

Gráfico 1: Sexo de la muestra.



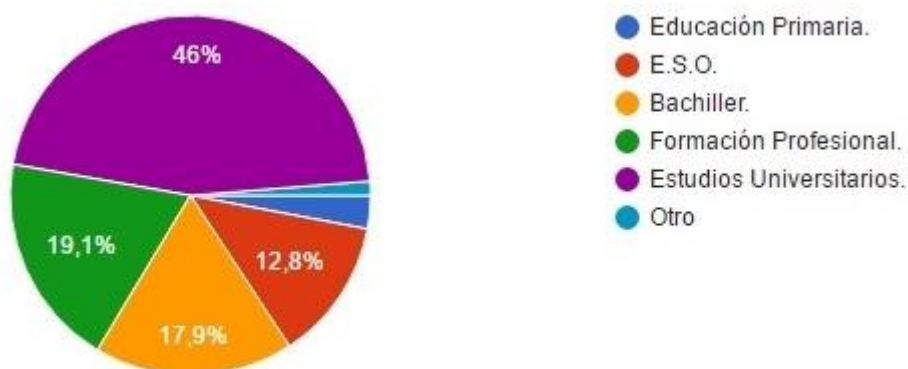
El gráfico 1 refleja que la muestra recogida está formada principalmente por mujeres, concretamente el 72,8%. Así mismo, los hombres componen el 27,2% de la misma. Por lo tanto, se puede afirmar que más de la mitad de las respuestas a esta encuesta han sido respondidas por mujeres, salvo las dos últimas preguntas que están divididas según el sexo de la persona que responde.

Gráfico 2: Edad de la muestra.



Si nos fijamos en el gráfico 2, no existe paridad con respecto a la edad puesto que la mayor parte de la muestra se encuentra dentro del intervalo de entre los 18 y 35 años (82,1%), seguido del intervalo de entre 36 y 53 años (12,3%), y por último menos de 18 y más de 53 años que suponen muy bajos porcentajes dentro del total. Por lo tanto, el peso de los resultados de este cuestionario cae en las personas de entre 18 y 35 años.

Gráfico 3: Nivel de estudios de la muestra.



Además de esto, el gráfico 3 muestra el nivel de estudios que tiene la muestra. El 46% de las personas que han respondido la encuesta poseen o están cursando estudios

universitarios, seguidas del 19,1% de ellas que son titulados en Formación Profesional. Le siguen de muy cerca aquellas personas que cursan o han cursado bachillerato, que corresponde al 17,9% y aquellas que han realizado la E.S.O, un 12,8%. Más distanciadas están las opciones de Educación Primaria (3%), y Otros (1,3%).

4.2. La enfermedad a nivel general: cáncer.

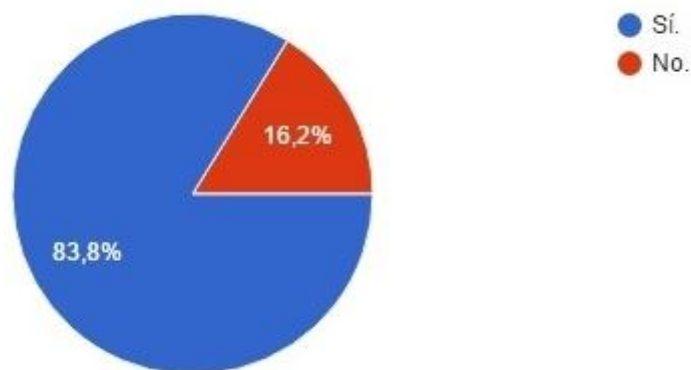
Tras dejar claras las características de la muestra en la que se basa este estudio, se valorarán los demás aspectos. Al tratarse de una investigación que busca recopilar las ideas que tiene la población sobre el cáncer de mama/seno, las preguntas girarán primero en torno al concepto de la enfermedad a nivel general y posteriormente se centrarán en lo específico.

Gráfico 4: Respuesta a la pregunta: ¿Sabes qué es el cáncer?



En primer lugar, según el gráfico 4, casi el total de la muestra (un 98,7% de las personas que han respondido) afirman que sí conocen lo que es y en qué consiste la enfermedad del cáncer. Las respuestas a este ítem facilitarán que el resto de las preguntas puedan contestarse desde el mínimo conocimiento de la misma.

Gráfico 5: Respuesta a la pregunta: ¿Has tenido alguna experiencia (ya sea propia, de conocidos, familiares o amigos) cercana al cáncer?



Buscando saber si este conocimiento se debe a que las personas encuestadas han vivido de cerca un caso de cáncer, se les hizo la pregunta de “¿Has tenido alguna experiencia (ya sea propia, de conocidos, familiares o amigos) cercana al cáncer?”. A la cual el 83,8%, un porcentaje muy elevado, contestó que sí. Por el contrario del 16,2% de la muestra negó haber tenido cerca ningún conocido, familiar o amigo que estuviese pasando por esta enfermedad y por lo tanto lo que conoce de la misma se debe a otros factores. Todo ello está reflejado en el gráfico 5.

4.3. La enfermedad a nivel específico: cáncer de mama/seno.

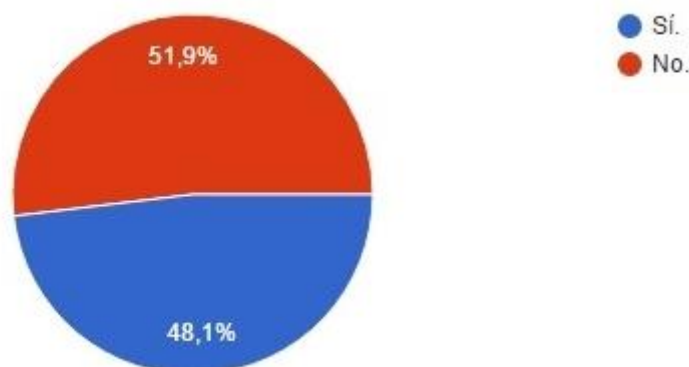
Una vez abordado el tema del cáncer como una enfermedad en sí misma, el cuestionario pasa a centrarse en el objetivo general de este trabajo de investigación; el cáncer de mama/seno. Se realizó una pregunta parecida a la del gráfico 4 pero en vez de hacer hincapié solamente en el cáncer, se habló ya del cáncer de mama/seno. En esta cuestión, descrita en el gráfico 6, otra vez un altísimo porcentaje de la muestra, un 96,2%, afirma que sí tiene conocimiento sobre este tipo de cáncer. Esto, al contrario del 3,8% que niega conocerlo.

Gráfico 6: Respuesta a la pregunta: ¿Sabes qué es/conoces el cáncer de mama/seno?



Tras esta pregunta, se realiza la siguiente: “¿Has tenido alguna experiencia (propia, de conocidos, familiares o amigos) cercana al cáncer de mama/seno?” Hasta ahora, en las anteriores cuestiones ha habido grandes diferencias entre los porcentajes de respuesta de las personas que forman parte de la muestra. Pero en esta en concreto no es así. En el gráfico 7 se puede ver que más de la mitad de la muestra, un 51,9%, niega que alguien de su entorno haya sufrido este tipo de cáncer (lo que no quiere decir que de cualquier otro tipo sí). Por el contrario, y muy cerca de este, está el 48,1% que afirma conocer de cerca este tipo de cáncer puesto que lo ha visto en su entorno.

Gráfico 7: Respuesta a la pregunta: ¿Has tenido alguna experiencia (propia, de conocidos, familiares o amigos) cercana al cáncer de mama/seno?



4.4. Consecuencias del cáncer de mama/seno.

Tras tener claros los conceptos de cáncer y cáncer de mama/seno, el cuestionario pasa a centrarse en las consecuencias que este tipo de cáncer puede dejar en la población, tanto a nivel vital, como psicológico y social.

En cuanto a las consecuencias que puede producir el cáncer de mama/seno en la población que la sufre, se encuentra la muerte. Según el gráfico 8, el 94,9% está de acuerdo en que el cáncer de mama/seno es una enfermedad que con su desarrollo, puede conducir en la muerte. Pero un bajo 5,1% de la muestra opina que esta problemática no necesariamente desemboca en la muerte sino que por el contrario, las personas que lo atraviesan se curan.

Gráfico 8: Respuesta a la pregunta: ¿Crees que el cáncer de mama/seno puede causar la muerte?



Por otro lado, existen también las consecuencias psicológicas que pueden llegar a producir recibir un diagnóstico de cáncer de mama/seno. En el gráfico 9 se plantea la pregunta de si la población cree que este tipo de cáncer produce efectos en el ámbito psicológico. Otra vez, casi el total de la muestra (un 96,6% de ella) está de acuerdo en que sí se producen consecuencias psicológicas. Un 2,1% prefiere no contestar y el 1,3% considera que las consecuencias psicológicas, en ese caso, no existen.

Gráfico 9: Respuesta a la pregunta: ¿Crees que el cáncer de mama/seno, además de causar efectos en la salud, puede causarlos en otros ámbitos como el psicológico?

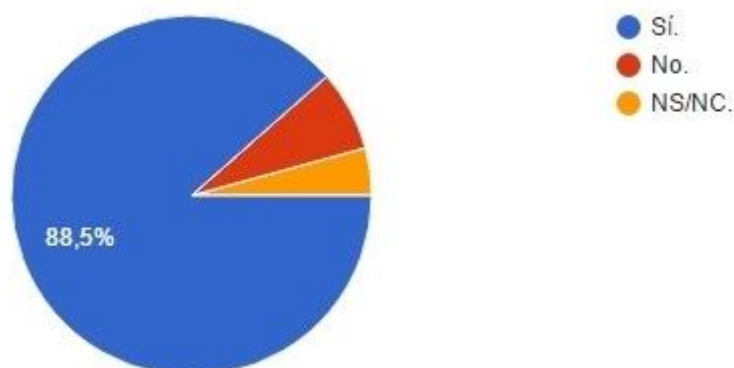


El porcentaje de respuestas afirmativas es mayor al del gráfico 8 que pregunta sobre la mortalidad de la enfermedad.

En último lugar en cuanto a las consecuencias que la muestra encuestada cree que puede producir el cáncer de mama/seno, se encuentran las consecuencias sociales. Según el gráfico 10, y tras la pregunta “¿Crees que el cáncer de mama/seno, además de causar efectos en la salud, puede causarlos en otros ámbitos como el social?”, vuelve a darse un gran porcentaje de respuestas afirmativas. Un 88,5% de la muestra cree que sí existen consecuencias sociales para todas esas personas que atraviesan un cáncer de mama/seno, al contrario que el 7,2% que cree que no las hay. El 4,3% restante de la muestra prefiere no contestar.

Pese a que el porcentaje de personas encuestadas que afirma que las consecuencias sociales en esta enfermedad están presentes es muy alto, es más bajo en comparación con los gráficos en los que se preguntaba por las consecuencias psicológicas y vitales.

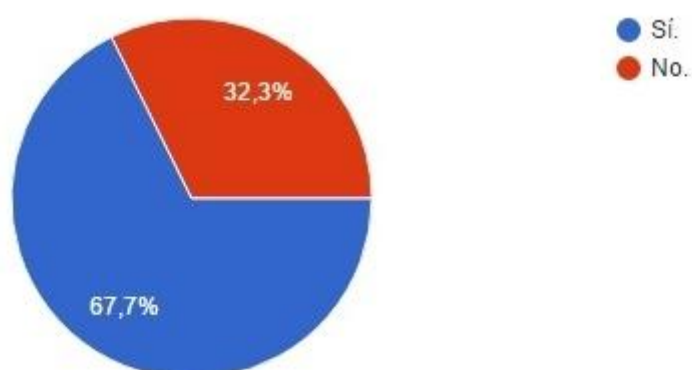
Gráfico 10: Respuesta a la pregunta: ¿Crees que el cáncer de mama/seno, además de causar efectos en la salud, puede causarlos en otros ámbitos como el social?



4.5. Cáncer de mama/seno en hombres.

El objetivo general de este estudio es conocer las diferentes concepciones que tiene la población sobre el cáncer de mama/seno. Es un hecho que menos del 1% de las personas que sufren un cáncer de mama/seno son hombres, y en torno a ello giran bastantes aspectos de esta investigación. Por lo tanto, se le pregunta a la muestra si cree que este tipo de cáncer, el de mama/seno, también puede ser una enfermedad que padezcan los hombres. Es en el gráfico 11 donde se reflejan las respuestas.

Gráfico 11: Respuesta a la pregunta: ¿Crees que el cáncer de mama/seno también afecta a hombres?



En las respuestas a “¿Crees que el cáncer de mama también afecta a hombres?”,

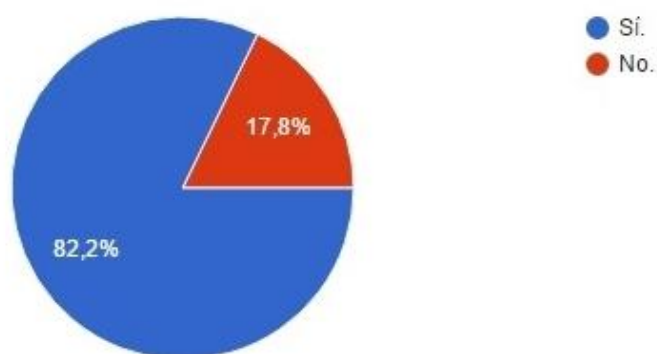
la mayoría de las personas que forman parte de la muestra responden que sí creen que el cáncer de mama/seno afecta por igual a hombres y mujeres, en concreto un 67,7%. Por el contrario, el 32,3% restante, no está de acuerdo y opina que los hombres no tienen posibilidades de pasar por este tipo de cáncer.

Por lo tanto, este ítem indica que más de la mitad de la muestra encuestada es consciente de que el cáncer de mama/seno es una enfermedad que se puede dar tanto en mujeres como en hombres.

4.6. Percepción de riesgo de sufrir cáncer de mama/seno según sexo.

Para finalizar, el cuestionario enuncia dos preguntas cuyo contenido es el mismo pero difieren en que una está dirigida a las mujeres y la otra a los hombres. La cuestión busca saber si la persona que responde considera que exista la posibilidad de que en un futuro pueda ser diagnosticada con cáncer de mama/seno.

Gráfico 12: Respuesta a la pregunta: Solo si eres mujer, responde, ¿consideras que existe la posibilidad de que en un futuro puedas ser diagnosticada con cáncer de mama/seno?

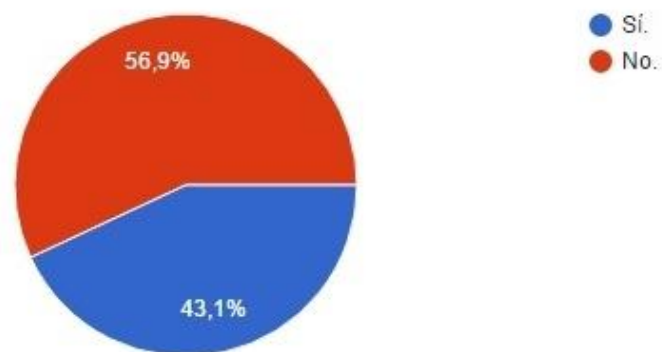


Según el gráfico 12, la mayoría de las mujeres encuestadas, el 82,2% de ellas, creen que existe la posibilidad de que en un futuro (aunque no necesariamente) puedan

ser diagnosticadas de cáncer de mama ya sea por factores externos o personales. Por el contrario, un 17,8% de la muestra correspondiente a las mujeres, opina que no corren riesgo en cuanto a sufrir esta enfermedad y deciden contestar que no.

En el caso de los hombres, las respuestas están más igualadas. El gráfico 13 señala que la mayoría, el 56,9% de la muestra, opina que no corren riesgo de sufrir un cáncer de mama/seno alguna vez en su vida. No opina de la misma forma el 43,1%, que considera esa posibilidad.

Gráfico 13: Respuesta a la pregunta: Solo si eres hombre, responde, ¿consideras que existe la posibilidad de que en un futuro puedas ser diagnosticada con cáncer de mama/seno?



5. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y DISCUSIÓN

Este apartado contiene el análisis y discusión de los datos obtenidos en relación con el marco teórico que podemos encontrar en el primer punto de esta investigación.

Antes que nada, cabe destacar las características socio-demográficas de la muestra.

Encontramos que la mayoría de ella está formada por mujeres (el 72,8%), las cuales constituyen el sexo que generalmente y en la mayoría de los casos sufre cáncer de mama/seno. Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2013) entre las personas que son diagnosticadas de cáncer de mama, en el 99% de los casos se trata de mujeres. El 1% restante son hombres.

Además del sexo, también se preguntó por la edad y el nivel de estudios. Gran parte de la población encuestada se encuentra en el intervalo de edad de entre 18 y 35 años (el 82,1%), seguido por las personas de entre 35 y 53 años (12,3%). El resto de intervalos, menos de 18 años y más de 53 años, casi no han participado en la encuesta. Por lo tanto, y aunque la población de entre 35 y 53 años también haya respondido a las diversas cuestiones, se podría decir que los resultados están prácticamente basados en los pensamientos de personas de entre 18 y 35 años.

En cuanto al nivel de estudios, el perfil está más distribuido entre las diferentes alternativas. Si bien es verdad que en la mayoría de ellos han cursado o están cursando estudios universitarios (46%), existen bastantes personas tituladas o que cursan Formación Profesional (19,1%), bachillerato (17,9%), E.S.O., (12,8%) o Educación Primaria (3%).

Por lo tanto, podríamos afirmar que se trata de una muestra en la cual la mayoría de los participantes son mujeres, con una edad media dentro del intervalo de 18 y 35 años y cuyos estudios en su mayoría son universitarios pero no se descarta ninguna de las demás opciones.

Este estudio gira en torno al cáncer de mama/seno, pero antes de adentrarnos en esta tipología de la enfermedad, es necesario dejar claras varias cuestiones.

El cáncer es definido por la Asociación Española Contra el Cáncer (2013) como *una división incontrolada de células, que con el tiempo dará lugar a un tumor o nódulo.*

Como bien explican Wilkinson y Pickett (2009), las enfermedades que sufre la población han ido evolucionando con el paso del tiempo. Una de ellas el cáncer, ya que desbancó, junto a otras, a las enfermedades infecciosas como principal causa de muerte.

El cáncer es una afección que a día de hoy se puede ver en cualquier parte pues no distingue de sexo, edad o categoría social, y por lo tanto no sorprende que el 98,7% de los participantes encuestados sepan lo que es y de qué se trata. El hecho de conocer qué es el cáncer no quiere decir que necesariamente la persona lo haya vivido en su entorno. Pese a esto, la gran mayoría de los participantes (el 83,8%) afirma que sabe de esta enfermedad porque ha tenido experiencias cercanas a ella, ya sean propias, de conocidos o familiares.

Según Redecan (2014), la Red Española de Registros de Cáncer, en el año 2014 en España el cáncer de mama/seno fue el cuarto más frecuente, detrás del cáncer de colon y recto, próstata, y pulmón. A su vez, la AECC (2013) explica que es el cáncer que más sufren las mujeres, suponiendo un 28,5% de todos los cánceres femeninos. Por todo ello, es lógico que el 96,2% de los participantes afirmen que conocen este tipo de cáncer. Sin embargo, solo el 48,1% de ellos responde haber tenido alguna experiencia cercana a este tipo de afección. Hoy en día se destinan muchos recursos a la prevención del cáncer de mama y se podría presuponer que el porcentaje restante de los participantes conoce este fenómeno por lo concienciada y comprometida que está la sociedad en general con que se sepa que existe y que se puede prevenir.

Pero es la Organización Mundial de la Salud (2015) quien va más allá y explica que a lo largo de los años se le ha restado importancia a la salud general de la mujer, centrándose mayoritariamente en los problemas que estas presentan durante el embarazo, en el parto y en este tipo de cáncer (el de mama). Así, ha surgido del enfoque de la salud pública basada en el género, la cual esta organización afirma que parte del reconocimiento de las diferencias establecidas entre un género y otro.

Por otro lado, el Instituto Canario de Igualdad (s.f.) afirma que una buena intervención en el ámbito de la salud conllevará la atención de los factores biológicos, psicológicos, subjetivos, sociales, culturales, demográficos, laborales, políticos y económicos ya que la salud no solo implica que se trate y cure la enfermedad, sino también la prevención y el cuidado integral de las personas. Dada la importancia que tienen estos factores, este estudio escoge analizar el impacto para la salud y consecuencias a nivel psicológico y social por los que pasa la persona cuando recibe un diagnóstico de cáncer de mama/seno.

Con respecto al impacto en la salud en el cáncer de mama, el 94,9% de los participantes creen que el cáncer de mama/seno puede causar la muerte a quienes lo padecen. No están desencaminados ya que la AECC (2013) afirma que en 2011 esta tipología de cáncer fue considerada la primera causa de muerte para las mujeres. También es cierto que con el paso de los años y el avance en la investigación y detección precoz de este tipo de afección, la mortalidad no se ha incrementado.

La Asociación Española Contra el Cáncer (2013) asegura que en un 30% de las personas que tienen cáncer aparecen alteraciones cognitivas o psicológicas como consecuencia del mismo. En la misma línea, el 96,6% de los encuestados cree que

padecer cáncer, además de causar efectos en la salud, puede causarlos también a nivel psicológico.

Por último con respecto a las consecuencias, las de carácter social. Como ya hemos dicho, en el momento que una persona recibe el diagnóstico de cáncer su vida cambia totalmente. Como explican Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014), en esta instancia aparecen una serie de problemas sociales y económicos y con ellos la figura del trabajador o trabajadora social, que se va a encargar de cubrir las necesidades que se hayan presentado a raíz del diagnóstico. Estaríamos hablando del trabajador social sanitario, quien el Consejo General de Trabajo Social (s.f.) afirma que dirige sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, estableciendo como base de su práctica asistencial una mayor autonomía y recuperación de la salud garantizando así que las personas pueden tomar decisiones de manera responsable y respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que cada persona precise respetando las situaciones específicas de cada quién.

Cuando se pregunta a los participantes si creen que existen consecuencias sociales para las personas que padecen cáncer de mama, vuelve a haber un gran porcentaje de personas que responde afirmativamente (88,5%). Aunque sea un porcentaje bastante alto, podemos apreciar que es un porcentaje menor que el que se establece cuando preguntamos a la muestra por las consecuencias psicológicas o por la mortalidad (casi un 10% menos que en ambos casos).

Por lo tanto, podríamos afirmar que la mayoría de las personas que han participado en la encuesta están de acuerdo en que se producen impactos en la salud o vitales, psicológicos y sociales cuando se diagnostica un cáncer de mama/seno, pero en

el caso de este último no está tan claro. Es decir, entre los participantes se conoce o se valora más otra serie de consecuencias antes que las sociales.

En los resultados anteriores, parece que la población participante tiene muy claras las respuestas a las preguntas que se les han realizado ya sea porque han tenido que convivir con el cáncer o bien porque están informados. Pero cuando se le pregunta por la existencia del cáncer de mama/seno en hombres, la cuestión varía un poco.

Como ya hemos dicho, solo un 1% de los casos de cáncer de mama/seno son padecidos por hombres.

Según el National Cancer Institute (s.f), el cáncer de mama en hombres aparece por la exposición a la radiación, las concentraciones altas de estrógeno y los antecedentes familiares de cáncer de mama. Por su parte la AECC (2013) señala la causalidad de la aparición del cáncer de mama/seno en ellos por antecedentes familiares, existencia de mutaciones del gen BRCA2, la exposición a radiaciones ionizantes y a situaciones de hiperestrogenismo como la cirrosis o el síndrome de Klinefelter.

Esto para la mayoría de la población general es algo desconocido, ya que los casos son muy escasos. Para hacernos una idea, la Asociación Española Contra el Cáncer de la provincia de Santa Cruz de Tenerife solo atiende a un usuario con cáncer de mama/seno; el resto de personas con este tipo de cáncer que se benefician de los servicios de la organización son mujeres.

Por eso, cuando se pregunta a los participantes si cree que el cáncer de mama/seno también puede afectar a los hombres, el 32,3% de ellos responde que no. Aunque sigue siendo mayor el porcentaje de personas que responde que sí (67,7%), es

llamativo ver que casi un tercio de la muestra no lo sabe.

En relación a esto, y para finalizar la encuesta, se realizan dos preguntas: se pregunta por separado a mujeres y hombres sobre su percepción de riesgo de sufrir cáncer de mama en un futuro. Los resultados difieren en que la gran mayoría de las mujeres (el 82,2%) considera que es probable que un futuro aparezca esta afección, y la mayoría de los hombres (el 56,9%) cree que no lo padecerá.

Es posible que las mujeres participantes hayan respondido de manera afirmativa por el simple hecho de ser mujer, ya que este tipo de cáncer es el que más las afecta, o quizá porque cumplen alguno de los factores de riesgo que favorecen su aparición. Eguino, García Álvarez y Yélamos (2014) establecen que los factores para desarrollar cáncer de mama son los personales (donde encontramos aspectos genéticos y hormonales, algunas enfermedades benignas de la mama y la edad) y los externos (relacionados con el estilo de vida).

Con respecto a ellos, cabe la posibilidad de que la mayoría de los hombres respondiesen con una negativa a esta última pregunta porque es una enfermedad que solo afecta a hombres en 1 de cada 100 casos de cáncer de mama/seno. Esto es totalmente lógico ya que por lo general no pensamos que una afección de este tipo nos pueda ser diagnosticada a nosotros mismos, y menos cuando tiene una prevalencia tan baja en su propio sexo.

El sexo es el conjunto de individuos que comparten la misma condición orgánica, mientras que el género está considerado como un constructo social que

incluye la cultura, los roles y los comportamientos sociales que distinguen a los hombres de las mujeres. El hecho de que a lo largo de los años hayan sido las mujeres las que en casi su totalidad hayan sufrido cáncer de mama, ha hecho que tanto la cultura, como los roles y comportamientos sociales de la mujer en la sociedad (que es quien construye a las personas según sean de un sexo u otro) hayan “hecho suyo” el cáncer de mama (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004). Para el 32,3% de la muestra que los hombres padezcan este tipo de afección no es una realidad. Es decir, muchas personas no están al tanto de ello y lo desconocen totalmente. Esto es así, además de porque existe una baja prevalencia, porque entre todas las cosas que la sociedad presupone que tiene que ser una mujer, también se encuentra el padecer cáncer de mama. Se da por hecho que son ellas las únicas personas sobre las que recae el peso de esta enfermedad y se excluye a los hombres. Esto lo podemos ver en todas las campañas de prevención que se colocan tanto en folletos y carteles como en la televisión, o en el día mundial del cáncer de mama. En ninguna de ellas se hace referencia a los hombres, que pese a que formen un 1% de los afectados por este cáncer, también están incluidos.

Por lo tanto, podemos presuponer que la salud de los hombres y las mujeres es desigual en cuanto a que los factores sociales establecen diferencias injustas, pero también evitables (Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004).

En definitiva, y siguiendo las ideas de Aguado, Rohlf, Sarmiento y Márquez, (2011), en España hay un déficit de investigación con respecto a las desigualdades sociales en lo que respecta al cáncer (excepto en el área del uso de servicios preventivos para los cánceres específicos de la mujer, mama y cuello uterino). También lo hay sobre el cáncer de mama/seno en hombres pues se ha comprobado a la hora de realizar el

marco teórico de este trabajo. De esta manera se puede presuponer que mientras no se avance en el estudio de ambos campos, que están estrechamente relacionados, no se podrá llegar a tener una opinión clara y bien formada sobre su conjunto.

6. CONCLUSIONES

La conclusión final de este informe es que casi la totalidad de la muestra encuestada tiene conocimientos tanto del cáncer en general como del cáncer de mama/seno, así como de las consecuencias e impacto que tienen en la salud, en el ámbito psicológico y en el ámbito social. Pero, aunque un porcentaje elevado de los participantes afirman que el cáncer de mama/seno llega a producir consecuencias e impacto en el ámbito social de la persona, resalta el hecho de que es más bajo que en el resto de aspectos (salud y ámbito psicológico) por lo que podemos suponer que una pequeña parte de la población encuestada no tiene claro que este ámbito sufra alteraciones en el proceso de la enfermedad o le da más importancia al resto.

En cuanto a la concepción que tiene la población general encuestada acerca de la existencia del cáncer de mama/seno en hombres, concluimos que más de la mitad de la misma está al tanto de que es una enfermedad que puede afectar tanto a mujeres como a hombres, existiendo aún así una tercio de la muestra que desconoce este fenómeno.

Es cierto que los hombres que padecen cáncer de mama/seno son pocos y suponen el 1% del total de diagnósticos de este tipo de cáncer (el 99% restante son mujeres), y puede que esta sea la razón por la cual exista una tercio de los participantes que ignore que suceda. Pero aunque la prevalencia es baja, los casos existen.

Pese a que el Instituto Canario de Igualdad resalte la existencia de un déficit de investigación médica con mujeres, a la hora de revisar la bibliografía para concretar el

marco teórico de esta investigación me he encontrado con la dificultad de que existen muy pocas investigaciones y datos acerca del cáncer de mama/seno en hombres. Es cierto que su prevalencia no es ni de lejos tan alta como en las mujeres, y que las secuelas psicológicas y físicas (sobre todo, aunque existen muchas más) que deja atravesar un cáncer de esta índole son más severas en ellas, pero es necesario que también se estudie y avance en este sector para poder tener una visión global de la enfermedad en la que, aunque no sea igual, son partícipes tanto ellas como ellos.

Es por ello que considero que la disciplina del Trabajo Social, más concretamente al Trabajo Social Sanitario, podría potenciar una de las funciones de los trabajadores sociales sanitarios que señalan Monrós y Zafra (2012): la prevención y el fomento de la salud a través de programas preventivos, aplicando la estrategia de detección de riesgo e identificando a las personas en riesgo social para cada programa. En este caso, mejorar la prevención del cáncer de mama/seno dándole especial importancia al hecho de que a los hombres también les atañe y que forman parte de los grupos de riesgo, incluyéndoles, no excluyéndoles. Haciéndoles más partícipes de esta problemática y de su realidad. De esta manera se podría evitar que si en algún momento un hombre tiene cáncer de mama/seno, no le de importancia creyendo que no le puede suceder a él, o presuponga que se trata de otra patología, o incluso se avergüence porque crea que es algo que solamente puede afectar al sexo opuesto. Pues, como bien indica Deaton (2003), la desigualdad afecta a la dignidad de la persona, produce que se avergüence y propicia violencia.

Personalmente, me decanté por este tema para mi Trabajo de Fin de Grado porque el Trabajo Social en el área de la Salud es, sin duda alguna, el que más me

interesa. Haber tenido la posibilidad de realizar mis prácticas externas en la Asociación Española Contra el Cáncer y aprender de la excelente profesional que es la persona que fue mi tutora externa, marcó un antes y un después en mí tanto a nivel personal como en cuanto a mis expectativas a nivel profesional.

Para terminar, una cita de Aguado et al (2008:21) que considero completamente acertada y adecuada para las circunstancias de este estudio: *Hoy día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales.*

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, J., Rohlf, I., Sarmiento, V. y Márquez, S. (2011). Investigación sobre las desigualdades en la incidencia, mortalidad, prevención y atención del cáncer en España. *Medicina Clínica*. Vol. 136, Nº 2, 73-78
- Aguado, M., Álvarez-Dardet, C., Álvarez, M., Bolívar, J., Cruz, C., Daponte, A., Delgado, A., Escobar, A., Fernández, A., García-Calvente, M., Mateo, I., García-Gil, C., Maroto, G., Márquez, S., Moya, M., Ocaña-Riola, M., Ruiz, M., Sánchez-Cantalejo, C., Solano, A., Torres, J., Viciano, F., y Villegas, R. (2008). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN_1)* p.127-143. Recuperado de: http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/INDESAN_1.pdf
- Ander-Egg, E. (1984). *Diccionario del Trabajo Social*. Barcelona: El ateneo.
- Arias, S. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 341-348.
- Asociación Española Contra el Cáncer (2013). Aecc.es. Recuperado de: <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>
- Bayo, J., García Mato, J., Lluch, A. y Valentín, V. (2006). *Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer.
- Borrell, C., García-Calvente, M., & Martí-Boscà, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 18-(1), 2-6.
- Braveman, P. (2014). What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Report*. Jan-Feb; 129(Suppl 2): 5–8
- Consejo General de Trabajo Social (s.f.). *La Especialización en las Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>
- Cubedo, R., Valerio, M., y De La Serna, J. (2007). *Cáncer, 101 preguntas esenciales para los enfermos y sus familias*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Deaton, A. (2003). Health, Inequality, and Economic Development. *Journal of Economic Literature, American Economic Association*. 41(1), 113-158.
- Eguino, A., García Álvarez, G., y Yélamos, C. (2014). *Cáncer de mama. Una guía práctica*. Madrid: Grupo Editorial Entheos.
- Fernández, T., y coord. (2009). *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2014). *Nociones Básicas del Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas, S.A.
- Healthy People 2020 (2016). HealthyPeople.gov. Recuperado de: <http://www.healthypeople.gov/2020/about/disparitiesAbout.aspx>.
- Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias (2015). www.gobiernodecanarias.org. Recuperado de: http://www.gobiernodecanarias.org/igualdad/temas/salud_genero.html
- Laparra, M. (coord), García de Eulate, T., Lasterra, M., Zugasti, N., García, A.,

- Damonti, P., Anaut, S., Pérez Eransus, B., Martínez Virto, L., Lasheras, R. y Azcona, P. (2015). *La desigualdad y la exclusión que se nos queda*. Barcelona: Edicions Bellaterra S.L.
- Matud, M., Bethencourt, J., Ibáñez, I., López Curbelo, M., Gomà, M., Aguilera, L., Matud, M. y Grande, J. (2010). Roles de género y salud de mujeres y hombres. *Análisis y Modificación de Conducta*. 36, Nº153, 37-48.
 - Monrós, M. J. y Zafra, E. (Coords.) (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Valencia: Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
 - National Cancer Institute. Cancer.gov. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/>
 - Organización Mundial de la Salud (2015). Who.int. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1
 - Red Española de Registros de Cáncer (2016). Redecan.org. Recuperado en: <http://redecan.org/>
 - Rohlf, I. (s.f.) Msssi.gob.es. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/09modulo_08.pdf
 - Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publicaciones, S.L.

ANEXO I: CUESTIONARIO

GÉNERO Y SALUD

El presente cuestionario ha sido elaborado con el objetivo de averiguar la concepción de la población general sobre el cáncer de mama/seno tanto en mujeres como en hombres, para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social acerca de la desigualdad de género en salud.

No existen respuestas correctas o incorrectas, ya que es un cuestionario que busca valorar tu opinión. Por ello, te animo a responder con total libertad las siguientes cuestiones. Así mismo, las respuestas a esta encuesta son de carácter anónimo y su única finalidad es investigadora.

1. Sexo:
 - Hombre
 - Mujer
2. Edad:
 - Menos de 18 años
 - Entre 18 y 35 años
 - Entre 35 y 53 años
 - Más de 53 años
3. Nivel de estudios:
 - Sin estudios
 - Educación Primaria
 - Educación Secundaria
 - Bachillerato

- Estudios Universitarios
 - Otros
4. ¿Sabes qué es/conoces el cáncer?
- Sí
 - No
5. ¿Has tenido alguna experiencia cercana al cáncer?
- Sí
 - No
6. ¿Sabes qué es/conoces el cáncer de mama/seno?
- Sí
 - No
7. ¿Has tenido alguna experiencia cercana al cáncer de mama/seno?
- Sí
 - No
8. ¿Crees que el cáncer de mama causa la muerte?
- Sí
 - No
9. ¿Crees que el cáncer de mama/seno, además de causar efectos en la salud, puede causarlos en otros ámbitos como el psicológico?
- Sí
 - No
 - NS/NC
10. ¿Crees que el cáncer de mama/seno, además de causar efectos en la salud, puede causarlos en otros ámbitos como el social?
- Sí

- No
 - NS/NC
11. ¿Crees que el cáncer de mama/seno afecta también a hombres?
- Sí
 - No
12. Si eres mujer, ¿consideras que existe la posibilidad de que en un futuro puedas ser diagnosticada con cáncer de mama/seno?
- Sí
 - No
13. Si eres hombre, ¿consideras que existe la posibilidad de que en un futuro puedas ser diagnosticado con cáncer de mama/seno?
- Sí
 - No

Muchas gracias por tu tiempo y colaboración.

Paula Rivero Yunta

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna