

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA



**EL CÁNCER Y EL ENFERMO DE CÁNCER: SU REPRESENTACIÓN SOCIAL EN
EL PERSONAL SANITARIO**

DOCTORANDA

Ángela Piqueras Espallargas

DIRECTORAS

Dña. M^a Amparo Benedito Monleón

Dña. Lucía Inmaculada Llinares Insa

ABRIL 2017

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**EL CÁNCER Y EL ENFERMO DE CÁNCER: SU REPRESENTACIÓN SOCIAL EN
EL PERSONAL SANITARIO**

DOCTORANDA

Ángela Piqueras Espallargas

DIRECTORAS

Dña. M^a Amparo Benedito Monleón

Dña. Lucía Inmaculada Llinares Insa

ABRIL 2017

A mi abuela Lola que cuidó de mí, curó mis heridas, me robó mil millones de sonrisas y construyó un segundo hogar para mí en su corazón.

AGRADECIMIENTOS

Probablemente, desde el inicio de mi carrera como enfermera, tuve claro que querría, en algún momento determinado por la posesión de ese bien tan preciado que es el *tiempo libre*, hacer una tesis doctoral. Mientras llegaba dicho momento se cruzó en mi camino la posibilidad de hacer un máster universitario y, fue ese cruce de caminos el que me llevó a conocer a quienes sin duda alguna me ayudarían a recorrer el viaje, largo viaje, de la realización de este trabajo de investigación, mis directoras de tesis, Doña M^a Amparo Benedito Monleón y Doña Lucía Inmaculada Llinares Insa.

No entraré en describir la cantidad de obstáculos que me encontré a lo largo del recorrido que, puedo asegurar fueron casi infinitos, pero si me gustaría explicar que ante cada uno de ellos mis directoras me ayudaron a superarlos. Entiendo que todos los doctorandos agradecen a sus directoras, sin embargo yo quiero AGRADECER. En mayúsculas y mil veces. GRACIAS. Gracias porque ha sido una experiencia fascinante y GRACIAS porque me he sentido acompañada a lo largo de todo el recorrido y decir TODO significan muchos años. Gracias por vuestra eficacia y vuestra paciencia, por enseñarme los pormenores de lo que significa investigar, por escuchar mis temores y saber reconfortarme con palabras amables cuando no era capaz de vislumbrar el final del camino. GRACIAS.

En segundo lugar querría agradecer al Hospital General Universitario de Valencia el hacer posible que pudiera recoger parte de la muestra, una parte importante, la de los profesionales sanitarios. Gracias a todos aquellos enfermeros, médicos, auxiliares de enfermería y demás profesionales que se tomaron la molestia de perder unos minutos de su tiempo para poder hacer realidad este trabajo. Es necesario que Enfermería investigue porque los conocimientos que se adquieren en el proceso de investigar sientan las bases de futuras mejoras en el cuidado de los pacientes. Así pues, gracias.

Por supuesto, gracias a Ana, Irene, María, Patricia, Sara y Sheila, mis amigas enfermeras. Me apoyaron e hicieron que en los momentos de flaqueza sintiera que estaba haciendo algo importante y que debía continuar con fuerzas renovadas. Gracias. Os quiero.

Gracias a mis padres, Felipe y Lola, y a mi hermana Lucia. Ellos no estuvieron presentes mientras recogía la muestra ni mientras escribía cada una de las páginas de este trabajo, pero mi constancia es fruto de su perseverancia, de su educación, de su amor, de sus oídos que tanto me han escuchado y de sus hombros sobre los que tantas veces he llorado. Si soy como soy, es por vosotros, no me cabe la menor duda. Os quiero, tanto y tan de veras....

Querría agradecer a Santiago, mi marido, las horas que se sentó a mi lado a dictar números, revisar cuestionarios, traducir artículos. Por cuidar de nuestros hijos cuando yo estaba sentada frente al ordenador y sobre todo, por ceder el tiempo que debía dedicarle a él y le dediqué a la investigación. Gracias mi amor, sin duda alguna este trabajo se ha hecho realidad porque tú me cediste tu tiempo libre... durante mucho tiempo. Te quiero.

Y, por último, me gustaría agradecer a mis dos pedacitos de cielo, Marcos y Álvaro. Vosotros no habéis buscado artículos ni revisado bibliografía alguna pero hacéis que quiera ser mejor persona, mejor profesional y eso, sin duda alguna, me ha llevado a concluir la Tesis y poder escribir FIN. Es un sueño hecho realidad levantarme por las noches, ir a vuestra habitación y poder quedarme mirando como dormís, en silencio. Sois la cura de todos mis males. Mis pequeños enfermeros.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
--------------------	---

PRIMERA PARTE: EL MARCO TEÓRICO

SECCIÓN PRIMERA: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO DE CÁNCER Y DE SU PATOLOGÍA

1. CAPÍTULO UNO: El cáncer	19
1.1. Perspectiva histórica del cáncer.....	20
1.2. El concepto de cáncer	24
1.3. El cáncer en cifras.....	27
1.4. Avances científicos en la enfermedad oncológica.....	32
2. CAPÍTULO DOS: Enfermería y cuidados enfermeros.....	41
2.1. Modelos de enfermería	42
2.2. Cuidados oncológicos.....	46
3. CAPÍTULO TRES: Representación social	60
3.1. Modelos de representación social.	63
3.1.1. Serge Moscovici.	63
3.1.2. Autores contemporáneos.	66
3.1.2.1. Escuela clásica.	66
3.1.2.1.1. Denise Jodelet.....	67

3.1.2.1.2. <i>M^a Auxiliadora Banchs</i>	69
3.1.2.1.3. <i>Tomás Ibáñez</i>	70
3.1.2.1.4. <i>Darío Páez</i>	72
3.1.2.2. <i>Escuela Aix-en-Provence</i>	73
3.1.2.2.1. <i>Jean-Claude Abric</i>	74
3.1.2.3. <i>Escuela de Ginebra</i>	76
3.1.2.3.1. <i>Willem Doise</i>	76
3.2. Elementos componentes de la representación social.....	77
3.3. Clarificación conceptual.....	78
3.3.1. Imagen social.....	78
3.3.2. Estereotipo.....	79
3.3.3. Prejuicio.....	80
3.3.4. Discriminación.....	81
4. CAPÍTULO CUATRO: Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad.....	86
4.1. Representaciones sociales del binomio salud-enfermedad.....	87
4.2. Trabajos sobre representaciones sociales de determinadas enfermedades.....	89
5. CAPÍTULO CINCO: Representaciones sociales de cáncer.....	99

SEGUNDA PARTE: LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

SECCIÓN SEGUNDA: EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

6. CAPÍTULO SEIS: El planteamiento de la investigación empírica.....	113
6.1. Los objetivos.....	113
6.2. Las hipótesis.	114
6.3. La descripción de la muestra.	116
6.4. La descripción de los instrumentos.	125
6.4.1. La entrevista semiestructurada: C.R.S.C.	126
6.5. El procedimiento de análisis.....	135

SECCIÓN TERCERA: LOS RESULTADOS

7. CAPÍTULO SIETE: La representación social del enfermo oncológico y del cáncer en la población general.	143
7.1. Percepción de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.	143
7.1.1 Análisis del concepto de cáncer.....	144
7.1.2 Análisis del concepto de enfermo de cáncer.	153
7.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.	160
7.1.4. Gravedad de la enfermedad.	164
7.1.5. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	165
7.2. Percepción de las causas de la enfermedad oncológica.....	171

7.2.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	176
7.3. Percepción de las consecuencias de la enfermedad oncológica.	178
7.3.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	182
7.4. Percepción de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.....	184
7.4.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	186
7.5. Percepción de patología prevenible.....	189
7.5.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	198
7.6. Percepción de patología amenazante y controlable.....	200
7.6.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	204
7.7. Percepción de los tratamientos de la enfermedad oncológica.	205
7.7.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	212
7.8. Percepción de ser una enfermedad que se trasmite y se contagia.	214
7.8.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	215
7.9. Percepción de los grupos de riesgo.....	216
7.9.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	228
7.10. Percepción de los rasgos de personalidad.....	229
7.10.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	237
7.11. La actitud ante la enfermedad y el enfermo.	238
7.11.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	240
7.12. Percepción de información sobre la enfermedad.....	240
7.12.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.....	243

8. CAPÍTULO OCHO: Las diferencias intercategoriales en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.....	247
8.1. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del sexo.....	248
8.2. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de vivir en pareja.....	254
8.3. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de la edad.....	258
8.4. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del nivel de estudios.	268
8.5. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener creencias religiosas.....	285
8.6. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener relación directa con enfermos de cáncer.	291
8.7. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del tipo de relación con el enfermo oncológico.	300
9. CAPÍTULO NUEVE: La representación social del cáncer y del enfermo oncológico de los profesionales sanitarios y su diferencia con la población no sanitaria.....	321
9.1. Percepción de los profesionales sanitarios de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.	322
9.1.1 Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de cáncer.	322
9.1.2 Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de enfermo de cáncer.	332
9.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.....	339
9.1.4. Gravedad de la enfermedad.....	343
9.2. Percepción de los profesionales sanitarios de las causas de la enfermedad oncológica.	345

9.3. Percepción de los profesionales sanitarios de las consecuencias de la enfermedad oncológica.....	351
9.4. Percepción de los profesionales sanitarios de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.....	356
9.5. Percepción de los profesionales sanitarios de patología prevenible.....	358
9.6. Percepción de los profesionales sanitarios de patología amenazante y controlable....	368
9.7. Percepción de los profesionales sanitarios de los tratamientos de la enfermedad oncológica.....	371
9.8. Percepción de los profesionales sanitarios de ser una enfermedad que se trasmite y se contagia.....	378
9.9. Percepción de los profesionales sanitarios de los grupos de riesgo.	379
9.10. Percepción de los profesionales sanitarios de los rasgos de personalidad.	390
9.11. La actitud de los profesionales sanitarios ante la enfermedad y el enfermo.	398
9.12. Percepción de los profesionales sanitarios de información sobre la enfermedad.....	400
9.13. Percepción de los profesionales sanitarios de ser el cáncer una de las enfermedades más peligrosas.....	402
9.14. Percepción de los profesionales sanitarios de las emociones y sentimientos que genera el cáncer.....	412
9.15. Percepción de los profesionales sanitarios de las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.	418
9.16. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario.	425

9.17. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos.	437
9.18. Aplicabilidad en enfermería oncológica.	448

SECCIÓN CUARTA: REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL ENFERMO ONCOLÓGICO Y EL CÁNCER COMO ENFERMEDAD. INTERVENCIÓN ENFERMERA

10. CAPÍTULO DIEZ: Intervención enfermera	464
10.1. Los agentes implicados.	465
10.1.1. Pacientes y cuidadores.	465
10.1.2. Personal sanitario.	469
10. 2. La intervención enfermera en la representación social del enfermo oncológico y del cáncer.	471

SECCIÓN QUINTA: LA DISCUSIÓN Y LAS CONCLUSIONES

11. CAPÍTULO ONCE: Las discusiones y las conclusiones.	483
11.1. Descripción de la representación social del enfermo oncológico y su patología en la población de la Comunidad Valenciana.	483
11.2. Análisis de las diferencias entre el personal sanitario y la población general en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.	495
11.3. Conclusiones finales.	502

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	509
ANEXOS	533

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades más graves de la actualidad debido a su elevada prevalencia, incidencia y tasa de mortalidad. El cáncer es la causa directa de un mayor número de defunciones incluso en comparación con las producidas por causas externas de morbilidad, como puedan ser los accidentes de tráfico de vehículos de motor, los suicidios y las agresiones.

A pesar de que constantemente la sociedad se hace eco de noticias esperanzadoras relacionadas con nuevas líneas de investigación para curar un tumor cancerígeno concreto o el uso de técnicas altamente especializadas, como la cirugía microscópica, capaces de extirpar tumores y preservar la mayor cantidad posible de tejido sano, o los avances en células madre provenientes de médula ósea, de cordón umbilical o de torrente sanguíneo que en algunos casos puede actuar directamente contra el tumor, lo cierto es que la tasa de mortalidad que conlleva implícito el cáncer es por sí sola suficiente para que la enfermedad oncológica produzca un gran temor entre la población.

Aunque, no sólo se trata de la cantidad de víctimas, el miedo que produce el cáncer va más allá. Se trata del temor que suscita el propio proceso de la enfermedad. Unas veces ese proceso es corto, muy corto, puesto que desde que se diagnostica hasta que se produce el fallecimiento de la persona, el tiempo que discurre es escaso y eso atemoriza mucho. Otras veces el tiempo entre el principio y el final se dilata, pero las personas deben someterse a largos tratamientos cruentos, como la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, que conllevan importantes consecuencias y efectos secundarios, que, en ocasiones, pueden resultar tan aterradores como la propia muerte. Algunos de estos efectos son visibles, como la alopecia transitoria que producen ciertos fármacos quimioterápicos, las quemaduras generadas por la radioterapia o las amputaciones de miembros visibles que se llevan a cabo con la

cirugía. Otras consecuencias y efectos secundarios no son tan visibles, pero no por ello son menos temidos, como es el caso de las náuseas, la astenia, la resección de órganos internos como el colon, el páncreas o el hígado y, sobre todo, el más temido de todos ellos, el dolor.

Este proceso por el que debe pasar la mayoría de los pacientes oncológicos, ha quedado ampliamente demostrado que no sólo les afecta a nivel físico, sino también a nivel psicosocial.

Como se indicaba en líneas anteriores, las personas afectas de cáncer sienten miedo. Y se podrían diferenciar dos tipos de miedo. Por un lado, el miedo a los aspectos conocidos del cáncer, los mencionados tratamientos y algunos de sus efectos secundarios. Por otro lado, el miedo a lo desconocido, a la incertidumbre que conlleva el propio proceso de la enfermedad y al a veces incierto pronóstico: ¿tendré dolor?, ¿Me tendrán que amputar el pecho? Si es así, ¿la gente se dará cuenta?, ¿Le seguiré gustando a mi pareja?, ¿Saldré de la operación?, ¿Veré crecer a mis hijos?, ¿Me moriré?

Al miedo, se le unen otro tipo de sentimientos como la tristeza, la depresión, la desesperanza y la angustia, entre otros, que sienten los enfermos oncológicos pero también su círculo más próximo: familiares y amigos.

Amigos y familiares sienten las mismas preocupaciones que los enfermos de cáncer. A menudo sienten tristeza, miedo, desesperanza, angustia, y también se preguntan: ¿Se morirá?, ¿Saldrá de la operación?, ¿Superará que le resequen el colon?, ¿Se acostumbrará a las bolsas de colostomía? ... Es por ello que el cáncer no sólo afecta a los pacientes a nivel físico y psicológico, sino también a nivel social y familiar.

Además de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares, en la persona afecta de cáncer también se pueden producir cambios en otros aspectos, como el económico o el espiritual, ya que, en ocasiones, como consecuencia de tratamientos o de la propia

enfermedad, la persona debe dejar de trabajar, dejando de percibir los mismos ingresos económicos y esto repercute en la posición socioeconómica de todo el núcleo familiar. A nivel espiritual, también se pueden producir cambios, como dejar de tener fe en las creencias propias o, todo lo contrario, abrazar una fe de la que antes se carecía. En ocasiones, como consecuencia directa de la enfermedad se hace imposible seguir practicando determinados ritos religiosos o asistir a celebraciones u oficios.

Todos estos cambios que se producen en los pacientes oncológicos y en su círculo más próximo, generan una serie de necesidades específicas, como consecuencia de la patología que padecen y de los tratamientos a los que se ven sometidos, que hace especialmente necesaria la atención de profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular.

Una de las primeras finalidades del personal de enfermería, que es el núcleo central de las tareas que componen el rol enfermero, es la de identificar y cubrir las necesidades de los pacientes y sus familias utilizando para ello sus conocimientos profesionales, habilidades y competencias.

Son varios los modelos enfermeros que indican cómo debe desempeñarse el rol enfermero y cómo deben ser cubiertas las necesidades de los pacientes. El abanico de modelos es grande y abarca desde el Modelo Naturalista de Florence Nightingale, pasando por el Modelo de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson o el Modelo de Interrelación de Hildegard Peplau.

Cada uno de estos modelos parte de una base teórica diferente, y propone unas funciones, unos cuidados y una metodología de los cuidados que difiere de modelo a modelo. Sin embargo, el metaparadigma enfermero que han desarrollado todos esos modelos parte de cuatro conceptos globales que son comunes a todos ellos: la persona, el entorno, los cuidados enfermeros y el concepto de salud.

Además del metaparadigma enfermero, que indudablemente influye en el comportamiento de los enfermeros, existe un contexto más general, que no sólo afecta a los profesionales de enfermería, sino que afecta y condiciona las creencias y la conducta de todas las personas que forman parte de una misma sociedad y que por tanto influirá tanto en pacientes, como familiares así como en los profesionales sanitarios.

Estas variables que afectan a todos los miembros de una misma sociedad son entes culturales e intangibles. Se trata de creencias y valores que modifican las actitudes y las maneras de actuar de todas las personas que conforman una misma sociedad y que, por tanto también afectan a los enfermeros. Estas creencias, denominadas representaciones sociales, son constructos socialmente contruidos, capaces de afectar, de manera sustancial, la forma de cuidado que los profesionales sanitarios proporcionan a sus pacientes.

La representación social es la visión que se tiene de un objeto en concreto (en este caso la enfermedad oncológica o un enfermo de cáncer), y que se ve afectado además de por la cultura, grupo o clase social al que pertenece el sujeto que la percibe, por las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida.

De esta manera, cuando la sociedad en general y los profesionales sanitarios en particular escuchan la palabra ‘cáncer’ o ‘enfermo oncológico’, rápidamente generan una idea concreta de lo que significa dicha enfermedad y de cómo son, cómo piensan, cómo actúan y cómo sienten los pacientes que la padecen. Esto es, la palabra cáncer o enfermo de cáncer evoca una representación social concreta del fenómeno al que se está haciendo referencia.

Así pues, dentro del campo de la sanidad, la representación social que tienen pacientes, familiares, amigos y profesionales sanitarios del enfermo oncológico y del cáncer resulta crucial ya que afectará a sus formas de actuar y explicará muchos de sus sentimientos y temores.

Los profesionales sanitarios deben atender a los pacientes oncológicos y su núcleo más próximo -familiares y amigos-, y este trabajo resulta, en muchos de los casos dificultoso, ya que todos ellos se encuentran condicionados por la representación social que la sociedad a la que pertenecen ha conformado entorno al cáncer y al enfermo de cáncer y que la mayor parte de las veces contribuye a llenarles de temor, ansiedad, depresión y desasosiego. Por ello, la comunicación entre el personal sanitario y la persona enferma de cáncer y con su familia se complica. La información no llega a entenderse adecuadamente debido a la rigidez de los esquemas mentales previos a la misma y esto a menudo dificulta la interacción.

Por otro lado, tampoco puede olvidarse que los profesionales sanitarios, en tanto en que son miembros activos de la misma sociedad a la que pertenecen los enfermos oncológicos con los que trabajan y sus familias, también están afectados por las representaciones sociales que sobre el cáncer y los enfermos oncológicos ha generado la sociedad que comparten.

Esta imagen preestablecida que poseen los profesionales sanitarios en tanto que miembros de una sociedad, afecta la forma en cómo perciben a los enfermos oncológicos y condiciona sus comportamientos, pudiendo hacerlos, en algunos casos, menos profesionales, bien por teñirlos de paternalismo o bien por desarrollar mecanismos de defensa con objeto de no involucrarse con pacientes a los que de antemano consideran sentenciados.

Por lo tanto, estudiar la representación social que sobre el cáncer y los enfermos oncológicos posee la población en general y los profesionales sanitarios en particular, ayudaría a entender los comportamientos de unos y otros. El análisis de las representaciones sociales y su posterior modificación podría contribuir a que esta enfermedad fuera vivida de forma menos dramática y más adaptativa por parte de todos los miembros de la sociedad implicados en la misma.

De igual manera que sucedió en los años ochenta con el SIDA, conocer las creencias que posee la sociedad ayuda a afrontar de manera más funcional la enfermedad, a convivir con ella y, de alguna manera, a aprender a prevenirla. Ayuda, también, a comprender al enfermo y a explicar aspectos como su identidad deteriorada o la falta de implicación y compromiso con el tratamiento, entre otras.

A pesar del evidente interés del tema, y aunque existen algunos estudios que analizan las representaciones sociales del cáncer, estos trabajos se centran en aspectos muy concretos de algunos tipos de cáncer y no existen apenas trabajos que analicen la representación social del cáncer en la población en general y en el personal sanitario en particular.

Esta falta de trabajos específicos, unido a la importancia de la patología implicada así como el aumento en la casuística, es lo que justifica el presente trabajo.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo de investigación es analizar la representación social que poseen del enfermo oncológico y de su enfermedad, la población en general y los profesionales sanitarios que trabajan con ellos en particular (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos), y realizar así, una aproximación a la misma.

Con el fin de cumplir el objetivo marcado, este trabajo se estructura en dos partes: el marco teórico y la investigación empírica.

En el marco teórico se analizan, estructuran y presentan las aportaciones teóricas y empíricas que sustentan la investigación acerca de la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer.

Este contenido se organiza en una única sección, la sección primera, que recibe el nombre de *Fundamentación teórica de la representación social del enfermo de cáncer y de su*

patología. Esta primera sección se ha dividido en los siguientes cinco capítulos: *El cáncer*; *Enfermería y cuidados enfermeros*; *Representación social*; *Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad* y, por último, *Representaciones sociales de cáncer*.

El **capítulo uno** (*El cáncer*) está dedicado al cáncer en la sociedad actual. Revisa el estado actual de la enfermedad, sus aportaciones sociales, recursos y asociaciones que existen con la finalidad de poseer una visión global y veraz del cáncer en la actualidad. Para ello comienza con un resumen sobre la perspectiva histórica del cáncer, a continuación define el concepto cáncer y se enumeran algunos agentes carcinógenos, analiza brevemente los tratamientos empleados en la actualidad, expone datos actualizados sobre la gravedad de la patología y la mortalidad que ciertos tipos de tumores malignos producen. Continúa realizando un breve repaso de algunas asociaciones y organizaciones importantes que se encuentran inmersas, en la actualidad, en una lucha activa contra la enfermedad oncológica y, concluye con una breve revisión de los avances más actuales que se han producido sobre el tema.

El **capítulo dos** (*Enfermería y cuidados enfermeros*) se centra en la profesión enfermera. Para ello analiza los modelos enfermeros más importantes para la profesión desde la perspectiva de los cuidados enfermeros para, a continuación, centrarse en los cuidados enfermeros en los pacientes oncológicos desde el punto de vista del Proceso de Atención de Enfermería.

El **capítulo tres** (*Representación social*) se centra en la representación social. En ella destaca tanto su concepto como los modelos teóricos que la fundamentan, los elementos que la componen, las teorías que dan cuenta de ella y, por último, se explican brevemente

procesos colindantes a la representación social tales como la imagen social, los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

El **capítulo cuatro** (*Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad*), presenta el análisis de trabajos científicos que exponen representaciones sociales sobre otras patologías distintas del cáncer, como la enfermedad mental, el VIH, y la drogadicción.

El **capítulo cinco** (*Representaciones sociales de cáncer*) se centra en los trabajos que existen en la actualidad al respecto de la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer.

Con el fin de presentar una estructura que clarifique el contenido de la investigación empírica, esta parte se estructura en cuatro secciones.

En la **sección segunda**, que consta de un único capítulo, el **capítulo seis: el planteamiento de la investigación empírica**, se presentan los objetivos y las hipótesis, una descripción de la muestra de estudio, se esboza el proceso de diseño y elaboración del instrumento empleado, la aplicación de dicho instrumento y la técnica empleada para el análisis de los datos conseguidos.

En la **sección tercera** se muestran los resultados obtenidos tras analizar a la población general y a la población sanitaria, y consta de tres capítulos: en el **capítulo siete** se presenta la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en la población general a partir del análisis de las áreas temáticas: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas de la enfermedad; consecuencias de la enfermedad; durabilidad y cronicidad; prevención de la enfermedad oncológica; amenaza y percepción de control; tratamiento de la enfermedad; transmisión y contagio; grupos de riesgo; rasgos de personalidad; actitud ante la enfermedad y el enfermo y, por último, información sobre la enfermedad.

En el **capítulo ocho**, se realiza un análisis de las diferencias intercategoriales en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico, tales como sexo, vivir en pareja, edad, nivel de estudios, en función de tener creencias religiosas, en función de tener relación directa con enfermos de cáncer y, en función del tipo de relación con el enfermo oncológico.

En el **capítulo nueve** se presenta la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en la población sanitaria (médicos, enfermeros, psicólogos y auxiliares de enfermería) a partir del análisis de las áreas temáticas: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas de la enfermedad; consecuencias de la enfermedad; durabilidad y cronicidad; prevención de la enfermedad oncológica; amenaza y percepción de control; tratamiento de la enfermedad; transmisión y contagio; grupos de riesgo; rasgos de personalidad; actitud ante la enfermedad y el enfermo, información sobre la enfermedad, el cáncer como una de las enfermedades más peligrosas de la actualidad, emociones y sentimientos que se generan ante la enfermedad oncológica, conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad de cáncer, diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario y, en último lugar, diferencias intercategoriales más importantes en función de ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos.

En la **sección cuarta**, que consta de un único capítulo, el **capítulo diez**, se indica la intervención enfermera a realizar ante la representación social del enfermo oncológico y del cáncer obtenida en el presente trabajo de investigación.

En la **quinta y última sección**, que también consta de un único capítulo, el **capítulo once: la discusión y las conclusiones**, se comentan las conclusiones a las que se llega después de los resultados obtenidos y se discuten a la luz de la literatura sobre el tema.

PRIMERA PARTE

EL MARCO TEÓRICO

SECCIÓN PRIMERA

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO DE CÁNCER Y DE SU PATOLOGÍA

CAPÍTULO UNO: El cáncer.

CAPÍTULO DOS: Enfermería y cuidados enfermeros.

CAPÍTULO TRES: Representación social.

CAPÍTULO CUATRO: Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad.

CAPÍTULO CINCO: Representaciones sociales de cáncer.

1. CAPÍTULO UNO: El cáncer

1.1. Perspectiva histórica del cáncer.

1.2. El concepto de cáncer.

1.3. El cáncer en cifras.

1.4. Avances científicos en la enfermedad oncológica.

1. CAPÍTULO UNO: El cáncer

El cáncer es, sin duda alguna, una de las enfermedades más graves de la actualidad, siendo la segunda causa de muerte en España, tan sólo por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio, según últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, a fecha 3 de marzo del 2017).

Debido a la elevada morbilidad y mortalidad que produce la enfermedad oncológica, numerosas son las investigaciones científicas que se están llevando a cabo con la finalidad, entre otras, de reducir el número de casos nuevos y el número de defunciones.

Sin embargo, las investigaciones realizadas sobre el cáncer a lo largo de la historia no fueron siempre acerca de la prevención de la enfermedad y el tratamiento de la misma cuando ésta ya estaba instaurada. Los científicos tuvieron en primer lugar que descubrirla, seguidamente conocer su etiología, averiguar cómo y por dónde se producía su diseminación para ser así capaces de tratarla. El tratamiento fue en un principio con métodos arcaicos que fueron evolucionando con el paso del tiempo hasta llegar a los múltiples tratamientos punteros que existen en la actualidad.

Estos avances, que se han estado produciendo en torno a la enfermedad oncológica y a los enfermos que la padecen, serán analizados en el siguiente punto, con la finalidad de poder entender porqué el cáncer afecta a las personas mucho más allá de las consecuencias físicas que de él se derivan; esto es, se pretende analizar el impacto psicosocial que produce esta enfermedad.

El capítulo será estructurado de la siguiente manera: tras detallar algunos datos sobre la enfermedad oncológica, se pasará a definir el concepto de cáncer según los conocimientos que se poseen en la actualidad. A continuación, se analizará la morbimortalidad que la dolencia produce en la sociedad española y, en último lugar, se indicarán algunas de las

investigaciones científicas que se han desarrollado en los últimos tiempos y que han arrojado un halo de luz sobre la temible enfermedad.

1.1. Perspectiva histórica del cáncer.

Gracias a los descubrimientos arqueológicos y a los análisis realizados por la paleopatología, se sabe que existen evidencias de posibles lesiones compatibles con la enfermedad oncológica desde la época en la que habitaba en la tierra el Homo Sapiens, hace aproximadamente unos 150.000 años (Salaverry, 2013; Goerk). Aunque no fue hasta los siglos V-IV a.C que apareció por primera vez el término *carcinoma* en los escritos hipocráticos, usándose para denominar a los tumores que se producían como consecuencia de un desequilibrio en los humores. Resulta bastante interesante el hecho que en esta misma época ya conocieran el cáncer de mama, quedando evidencia escrita en los escritos hipocráticos:

En las mamas se producen unas tumoraciones duras, de tamaño mayor o menor, que no supuran y que se van haciendo cada vez más duras; después crecen a partir de ellas unos cánceres (karkinos), primero ocultos, los cuales por el hecho de que van a desarrollarse como cánceres (karkinos), tienen una boca rabiosa y todo lo comen con rabia. (Hipócrates citado en Salaverry, 2013, p. 139).

Entre el siglo I a.C y el siglo III d. C, varios fueron los hitos que se produjeron en la historia de la oncología, siendo, por un lado, la descripción de la superficie de los tumores cancerígenos y la participación de los ganglios auxiliares en el cáncer de mama por Aulo Cornelio Celso (25 a.C. -50 d. C.) y, por el otro lado, la primera clasificación de los tumores que trascendían a la superficie del cuerpo en benignos y malignos por Galeno de Pérgamo (129-210/216). Y, aunque la manera de tratar los tumores en esta época era básicamente

mediante medidas dietéticas, para el cáncer de mama Galeno ya recomendaba la cirugía. Sin embargo, llama la atención que no fue hasta los siglos XIII y XIV que los cirujanos se dieron cuenta que debían extirpar de forma completa el tumor y para ello lo cauterizaban tras eliminarlo.

A partir de los siglos XVI y XVII, la cirugía fue tomando protagonismo entre los médicos italianos, de tal manera, que Marco Aurelio Severino (1580-1656) recomendó, por primera vez, que en el cáncer de mama en la mujer, se extirpasen los ganglios auxiliares afectados, que ya habían sido descritos por Celso unos 1500 años antes.

No obstante, a pesar de los descubrimientos acaecidos, costó mucho tiempo que la extirpación de manera quirúrgica del cáncer tomase el protagonismo que tiene. Fue la publicación de *De corporis humani fabrica libri septem* de Andrea Vesalio (1514-1564) la que lo logró, ya que en dicha obra aparecían ilustraciones con grabados en madera de la estructura del cuerpo humano y de disecciones. Al descubrir a la medicina como era verdaderamente el cuerpo humano, Vesalio estableció los fundamentos de la cirugía.

Durante el siglo XVIII, y tras la descripción de Vesalio, la costumbre de extirpar el cáncer de mama ya estaba extendida a pesar de que no se había descubierto aún la anestesia y los médicos lo consideraban un tratamiento atroz.

En este mismo siglo se descubrió el tumor que produce en la actualidad la tasa de mortalidad más elevada en cuanto al cáncer se trata, ya que el médico francés Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) descubrió en 1810 el cáncer de pulmón durante una disección. Y es que hacía ya más de doscientos años que Jean Nicot (1530-1600) había obtenido tabaco de Portugal y había puesto de moda el hábito de fumar en la corte francesa (1560). Aunque no fue hasta 1933 cuando Everts Ambrose Graham (1883-1975) extirpó, por primera vez en la historia, un pulmón completo afectado por el cáncer.

Ya en el siglo XIX, los médicos quisieron realizar una clasificación de los tumores sin obtener resultados satisfactorios. No fue hasta 1858, cuando Rudolf Virchow (1821-1902) realizó el hallazgo decisivo al descubrir que una célula procede de otra célula y que, por consiguiente, la procedencia de las células cancerosas se debía investigar en las células normales.

Una vez fue descubierto el cáncer, se supo que podían crecer tumores en distintos órganos del cuerpo humano, que estos tumores podían ser benignos o malignos y que se podían diseminar a lo largo del organismo, que éstos se podían tratar de múltiples formas y que la cirugía era una de ellas, tratamiento que, por otro lado, había sido mejorado con el paso de los siglos y, sobre todo, a raíz de las revelaciones realizadas por Vesalio; los descubrimientos al respecto del cáncer se fueron sucediendo más rápidamente. Algunos de estos fueron la introducción del éter y el cloroformo como anestésicos consiguiendo una nueva óptica a la cirugía del cáncer. O, el descubrimiento en 1895, de los Rayos X por el profesor de física Wilhelm Konrad Röntgen (1845-1923), que revolucionó la medicina y abrió las puertas a los descubrimientos que sucederían a continuación. Como el hecho de poder diagnosticar y visionar tumores óseos o el primer tratamiento anticanceroso con radiaciones X por Tage Sjögren (1859-1939) y Thor Stenbeck (1864-1914). Mientras que a Guido Holzkecht (1872-1931) se le atribuyó el diagnóstico del primer cáncer de estómago con medios radiológicos y Gösta Forssell (1876-1950) fue pionero en la radioterapia.

En 1926, Johannes Fibiger (1867-1928), descubrió el ciclo de la *Spiroptera neoplásica* en la formación de tumores cancerosos en el estómago de ratones. Cuarenta años más tarde, Peyton Rous (1879-1970) descubrió los virus cancerígenos.

Durante esta época, los médicos se dieron cuenta de la importancia de dictaminar de manera temprana el cáncer, ya que cuanto antes se realizaba el diagnóstico y se iniciaba el tratamiento, mayor era la probabilidad de curación.

Ya a finales del siglo XX, Renato Dulbecco (1914-2012), David Baltimore (1938-actualidad) y Howard Martin Temin (1934-1994), establecieron las bases para comprender cómo los virus pueden originar graves tumores en los seres humanos, como por ejemplo el virus del papiloma humano causante del cáncer de útero; mientras que Harold Elliot Varmus (1939-actualidad) y John Michael Bishop (1936-actualidad), descubrieron que los oncogenes no eran productos inoculados por determinados virus en las células humanas, sino que formaban parte de su dotación genética y que los virus que los poseían los habían adquirido en su contacto con células humanas.

Y los descubrimientos han continuado sucediéndose desde Bishop hasta el día de hoy. En la Tabla 1.1.1 se clasifican algunos de los hitos más importantes en la historia de la enfermedad oncológica, desde el descubrimiento de los que pudieron ser los primeros tumores en humanos hasta los avances realizados en el siglo XX.

Tabla 1.1.1

Clasificación de descubrimientos en oncología

AUTOR	AÑO	SUCESO
	150.000 años a.C (Homo Sapiens)	Descubrimiento de improntas óseas compatibles con tumores.
	Siglos V-IV a.C	Aparece el término <i>carcinoma</i> en los escritos hipocráticos
Aulo Cornelio Celso (25 a.C-50 d.C)		Descripción de la superficie de los tumores. Participación de los ganglios auxiliares en el cáncer de mama.
Galeno de Pérgamo (129-210/216).		Clasificación de los tumores en benignos y malignos Cirugía en el cáncer de mama
	S. XIII-XIV	Resección quirúrgica del tumor
Marco Aurelio Severino (1580-1656)		Extirpación de los ganglios auxiliares afectados en el cáncer de mama
Percivall Pott (1714-1788)	1775	Relaciona polvo de carbón y cáncer de escroto en los deshollinadores

Johannes Peter Müller (1801-1858)		Descubre el carácter desordenado de las células del cáncer
Gaspard Laurent Bayle (1774-1816)	1810	Descubre el cáncer de pulmón
Rudolf Virchow (1821-1902)	1858	Teoría celular. Las células cancerosas provienen de otras células. <i>Omnis cellula ex cellula</i> (toda célula proviene de otra célula)
Tage Sjögren (1859-1939) y Thor Stenbeck (1864-1914)		Tratamiento anticanceroso con radiaciones X
Guido Holzkecht (1872-1931)		Diagnosticó el primer cáncer de estómago con radiaciones
Gösta Forssell (1876-1950)		Radioterapia
Peyton Rous (1879-1970)	1911	Descubrimiento de la teoría viral del origen del cáncer
Johannes Fibiger (1867-1928)	1926	Descubrimiento del ciclo de la <i>Spiroptera neoplásica</i>
Evarts Ambrose Graham (1883-1975)	1933	Resección quirúrgica de un pulmón con cáncer
Charles Brenton Huggins (1901-1997)		Terapia para el cáncer de próstata
Renato Dulbecco (1914-2012), David Baltimore (1938-actualidad) y Howard Martin Temin (1934-1994)	Finales s.XX	Participación de los virus en la formación de tumores
Harold Elliot Varmus (1939-actualidad) y John Michael Bishop (1936-actualidad)		Descubrimiento que son los oncogenes.

Nota: Fuente: Elaboración propia

1.2. El concepto de cáncer.

Hoy se sabe que las células del organismo se crean para desempeñar una función determinada y se eliminan según patrones del código genético y, cuando esto no se produce, dichas células dejan de estar controladas, produciéndose una proliferación de las mismas y terminando por formar masas que son diferentes al resto del tejido donde se originaron. Es lo que recibe el nombre de tumor o neoplasia.

Sin embargo, no todos los tumores que se originan en el organismo son malignos. Reciben el nombre de tumores benignos aquellos que no poseen la capacidad de invadir ni destruir otros tejidos. Son tumores malignos o cancerosos aquellos que tienen la capacidad de penetrar en los tejidos adyacentes y desordenarlos o exterminarlos. Es la capacidad que tienen los tumores malignos de desprender células que migran a otros tejidos del cuerpo humano mediante la sangre o la linfa y que tienen la habilidad de generar tumores parecidos al primitivo, lo que les confiere mayor agresividad.

No obstante, la carcinogénesis, es decir, el proceso mediante el cual células normales del organismo terminan convirtiéndose en células cancerígenas, pasa por diferentes fases y dura años; siendo la herencia genética y/o los agentes carcinógenos los encargados de que se produzca dicha transformación en las células.

Se consideran agentes externos o carcinógenos aquellos agentes con capacidad para producir un cambio celular y, tras un lapso de tiempo indefinido, un cáncer. Alcohol, amianto, arsénico, benceno, cadmio, hidrocarburos clorados, mercurio, níquel, plomo, radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes, tabaco y virus del papiloma humano, son algunos de los carcinógenos más conocidos. Estos agentes se pueden clasificar en tres grandes grupos, carcinógenos físicos, como las radiaciones ionizantes, las radiaciones no ionizantes y el radón; carcinógenos químicos, como el arsénico o el asbesto y, por último, carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por parásitos, bacterias o virus.

Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2016), el 40% de los cánceres se producen como consecuencia del contacto con agentes externos como el tabaco y el alcohol; mientras que aproximadamente el 60% restante de los cánceres que se producen, se desconoce la causa desencadenante. Sin embargo, y teniendo en cuenta que un porcentaje importante de los cánceres se producen por la acción de agentes carcinógenos y por ende, casi todos prevenibles, la Organización Mundial de la Salud estima que un porcentaje mayoritario del 30% de las muertes producidas como consecuencia de un cáncer se podrían evitar modificando o evitando ciertos factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, las dietas no saludables o la exposición a determinadas radiaciones (OMS, s.f).

Pero, como bien se indica en líneas anteriores, no siempre están presentes dichos factores en las personas aquejadas de la enfermedad, esto es, existen causas desencadenantes

aun no identificadas, siendo éste uno de los motivos por el que el cáncer es considerado una dolencia tan peligrosa que produce tanto temor.

No obstante, si la prevención que indica la OMS no funciona, por una u otra causa, y aparece la enfermedad oncológica, los tratamientos que existen en la actualidad para combatir el cáncer son múltiples, variados y cada vez más efectivos.

Si se fija la atención en los tres tratamientos más conocidos -cirugía, quimioterapia y radioterapia- se observa que la variedad de tratamientos al respecto de cada uno de ellos es muy amplia.

En primer lugar, en la **cirugía oncológica** -cuyo propósito primordial es extirpar un tumor mediante una operación- en función del objetivo principal que desee conseguir el facultativo, se puede hablar de cirugía preventiva o profiláctica, de cirugía diagnóstica, de cirugía del estadiaje, de cirugía radical, de cirugía citorreductora, de cirugía paliativa o, por último, de cirugía reparadora. Además, para tratar ciertas lesiones específicas se cuenta con la crioterapia o criocirugía y con la cirugía con láser (AECC, 2015).

En segundo lugar, la **quimioterapia**, que es uno de los tratamientos más utilizados contra el cáncer, incluye gran número de fármacos; siendo algunas de las categorías más utilizadas los agentes alquilantes, los derivados del platino, los antimetabolitos, los agentes que interaccionan con las topoisomerasas, los agentes que interaccionan con los microtúbulos, la miscelánea y, por último, agentes empleados por vía oral.

Y, en tercer lugar, la **radioterapia**, cuya finalidad principal es tratar la enfermedad oncológica con radiaciones, es un tipo de tratamiento que tan sólo se utiliza a nivel local o loco-regional y puede ser externa o interna (braquiterapia).

Además, estos tres tratamientos pueden utilizarse de manera asociada y reciben el nombre de quimioterapia de inducción o neoadyuvante cuando primero se administra la quimioterapia y luego la radioterapia o la cirugía; quimioterapia concomitante cuando la quimioterapia y la radioterapia se emplean de manera simultánea y quimioterapia adyuvante o complementaria a otro tratamiento.

1.3. El cáncer en cifras.

Según datos publicados por la Asociación Española Contra el Cáncer en el Informe Anual del año 2012, en España se diagnostica aproximadamente 200.000 nuevos casos de cáncer cada año, siendo 25 millones las personas que están afectadas de dicha enfermedad en todo el mundo (AECC, 2012). Cifra que, por otro lado, la Organización Mundial de la Salud prevé que aumentará, llegando a suponer el 45% de la mortalidad a nivel mundial en el año 2030, ya que dicha Organización estima que se llegará a 11,5 millones de muertes por cáncer en el mencionado año (BBC Salud, 2012).

Si bien el cáncer es una enfermedad grave, no es la primera causa de muerte a nivel mundial, sino la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades cardiovasculares en la mayoría de los países desarrollados y, los datos epidemiológicos muestran que en los países en vías de desarrollo también se está siguiendo esta tendencia.

Si se observa la Tabla 1.3.1 de López (2010), donde se compara el porcentaje total de muertes según causa entre distintos países, se puede comprobar que en países desarrollados como EEUU y España la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares y la segunda los tumores mientras que en países menos desarrollados, como Perú, la primera causa de muerte son las enfermedades infectocontagiosas, la segunda las enfermedades cardiovasculares y ya en tercer lugar, se encuentran los tumores.

Tabla 1.3.1

Porcentaje total de muertes según causa en distintos países

Porcentaje total de muertes	Japón	EE.UU	España	Perú
Enfermedades infectocontagiosas	1,4	1,5	1,2	20,3
Enfermedades cardiovasculares	38,0	46,2	40,7	11,9
Tumores	26,5	24,2	23,9	6,9
Accidentes	3,7	4,5	5,6	4,8
Otros capítulos	34,1	28,1	28,6	57,0

Nota: López, J. M. (2010). Historia de la medicina universal. Ayuntamiento de Valencia: Delegación de Cultura. Romeu Imprenta s.l.

No obstante, si se analizan las causas de mortalidad en España de los últimos cien años, se observa que se ha producido un cambio en las causas de mortalidad. Las enfermedades infectocontagiosas suponían la primera causa de muerte pero, con los avances en medicina y los cambios en los hábitos de vida que se han ido produciendo a lo largo de los años, las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos y los accidentes de tráfico se han convertido en problemas epidemiológicos más importantes, desplazando a las enfermedades infecciosas de los primeros puestos.

La Tabla 1.3.2 muestra los porcentajes del total de muertes según causa de muerte en España (López Piñero, 2010).

Tabla 1.3.2

Porcentaje total de muertes en España

	1901	1920	1940	1960	1990
Enfermedades infectocontagiosas	52,1	53,2	38,3	13,9	1,2
Enfermedades cardiovasculares	14,4	17,6	25,0	34,1	40,7
Tumores	1,5	2,7	3,9	13,7	23,9
Accidentes	1,5	1,6	9,0	4,2	5,6
Otros capítulos	30,5	24,8	23,7	30,5	28,6

Nota: López, J. M. (2010). Historia de la medicina universal. Ayuntamiento de Valencia: Delegación de Cultura. Romeu Imprenta s.l.

Como se puede observar en la Tabla 1.3.2, en 1901 las enfermedades infectocontagiosas suponían la primera causa de muerte en España, las enfermedades cardiovasculares la segunda y los tumores la tercera junto con los accidentes. En 1960 las enfermedades cardiovasculares ya ocupaban la primera posición, las enfermedades infectocontagiosas habían sido relegadas a la segunda y los tumores suponían la tercera causa de muerte en España. En 1990, las enfermedades cardiovasculares continuaban ocupando la primera posición que mantendrán hasta el día de hoy, pero los tumores pasaron a la segunda, los accidentes a la tercera posición y las enfermedades infectocontagiosas ocuparon ya la cuarta posición.

Este cambio en las causas de la mortalidad a lo largo de estos cien años se debe, como se indica en líneas anteriores, a los avances en medicina y al cambio en los hábitos de vida. Por un lado, los avances en la detección y control de las enfermedades infectocontagiosas han resultado más eficaces que los esfuerzos en el control de los tumores o en la prevención de otros problemas sociales como son los accidentes de tráfico. Y por el otro lado, los cambios en los hábitos de vida como el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol o las dietas poco saludables han ayudado tanto a que las enfermedades cardiovasculares ocupen la primera posición como a que los tumores ocupen la segunda, por relaciones de sobra conocidas como lo son el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón o la hipercolesterolemia, la obesidad y el sedentarismo con el infarto agudo de miocardio.

Si se fija la atención solamente en los tumores como causa de muerte, del total de afectados por el cáncer en España en el año 2015, el número total de defunciones a causa de un tumor (últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística a fecha 3 de marzo del año 2017) fue de 111.381, de los cuales 67.723 defunciones fueron de varones y 43.658 de mujeres. Los tumores que más óbitos produjeron fueron, en primer lugar, el tumor maligno que afecta a tráquea, bronquios y pulmón, siendo el número de muertes bastante superior en

hombres que en mujeres, 17.259 frente a 4.366. En segundo lugar, el de colon con 11.526 decesos y en tercer y cuarto lugar el de páncreas y el de mama con 6.406 y 6.310 muertes respectivamente. Por el contrario, los tumores in situ fueron los que menos fallecimientos produjeron con una cifra total de 11 óbitos.

Si, por otro lado, se comparan estas cifras con las defunciones que se produjeron en España los 7 años precedentes (período 2009-2015) según datos del Instituto Nacional de Estadística, se observa que el número de defunciones, en casi la mitad de los tumores, ha disminuido en el último año aunque, los años anteriores, en casi todos los tumores aumentaron las cifras.

Tabla 1.3.3

Número de muertes según tipo de tumor y año

TIPO DE TUMORES	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015
Tumor maligno de labio, de cavidad bucal y de faringe	2.154	2.277	2.317	2.275	2.459	2.340	2.325
Tumor maligno del esófago	1.770	1.808	1.875	1.788	1.798	1.834	1.931
Tumor maligno del estómago	5.696	5.851	5.606	5.682	5.626	5.534	5.506
Tumor maligno del colon	10.846	11.241	11.687	11.768	11.850	11.797	11.526
Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano	3.392	3.642	3.695	3.836	3.750	3.679	3.854
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	4.610	4.767	4.916	5.016	5.082	5.055	5.044
Tumor maligno del páncreas	5.242	5.716	5.812	5.976	6.039	6.287	6.406
Otros tumores malignos digestivos	2.265	2.331	2.365	2.433	2.410	2.478	2.446
Tumor maligno de la laringe	1.473	1.506	1.524	1.480	1.364	1.310	1.314
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	20.425	20.755	21.097	21.511	21.689	21.270	21.625
Otros tumores malignos respiratorios e intratorácicos	527	498	570	559	522	498	497
Tumores malignos del hueso y de los cartílagos articulares	260	313	306	301	290	315	330
Melanoma maligno de la piel	864	975	927	936	987	1.059	1.080
Otros tumores malignos de la piel y de los tejidos blandos	1.204	1.248	1.322	1.409	1.344	1.382	1.424
Tumor maligno de la mama	6.200	6.371	6.399	6.375	6.589	6.325	6.310
Tumor maligno del cuello del útero	643	667	679	667	640	590	659
Tumor maligno de otras partes del útero	1.371	1.489	1.613	1.509	1.664	1.601	1.610
Tumor maligno del ovario	1.815	1.943	1.916	1.887	1.873	1.956	1.960
Tumores malignos de otros genitales femeninos	501	474	530	531	549	555	539

Tumor maligno de la próstata	5.522	5.875	6.034	6.045	5.787	5.863	5.757
Tumores malignos de otros órganos genitales masculinos	144	194	178	160	173	193	176
Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal	1.832	1.934	1.923	2.052	2.091	2.043	2.181
Tumor maligno de la vejiga	4.732	4.936	5.085	5.253	5.153	4.800	4.799
Otros tumores malignos de las vías urinarias	386	454	541	583	702	874	1.143
Tumor maligno del encéfalo	2.508	2.636	2.777	2.909	2.862	2.833	2.884
Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos	599	644	659	655	673	635	617
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	6.992	5.002	5.038	4.941	4.869	4.846	4.798
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, excepto leucemia	4.460	4.487	4.735	4.819	4.832	4.928	4.863
Leucemia	3.084	3.273	3.306	3.531	3.469	3.389	3.591
Tumores in situ	9	8	9	9	9	7	11
Tumores benignos	443	582	512	610	594	625	582
Síndrome mielodisplásico	843	868	904	982	1.037	1.015	1.081
Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido	2.320	2.455	2.484	2.505	2.245	2.362	2.512

Nota: Fuente: Elaboración propia

Aun teniendo en cuenta que el número de muertes descendió en algunos tumores durante el año 2015, estas cifras tienen un significado escalofriante para la sociedad en general y los afectados en particular que, sin conocer estos datos exactos, saben que la enfermedad de cáncer afecta a un volumen importante de la población española.

Por otro lado, los datos ofrecidos muestran que el cáncer es una de las enfermedades del presente siglo que más impacto social tienen. Y lo es, además de por los efectos físicos que produce en las personas afectadas, también por su morbilidad y tasa de mortalidad asociadas a él, ya que la dolencia oncológica afecta a un porcentaje considerable de la población, en el que debe incluirse no sólo al enfermo en sí, sino también a su núcleo más próximo, familiares y amigos íntimos, y también al personal que trabaja con este tipo de personas, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos y demás profesionales de la salud.

1.4. Avances científicos en la enfermedad oncológica.

Como se indicaba en puntos anteriores, los descubrimientos, en cuanto al cáncer se refieren, han continuado a lo largo del tiempo, siendo muchos los trabajos que se publican con los nuevos tratamientos encontrados, los nuevos tipos de cáncer, etc. como es el caso de la molécula encontrada, la interleuquina-11, como diana potencial para las terapias contra el cáncer que identificaron investigadores australianos y cuyo descubrimiento fue publicado en la edición digital temprana de *Cancer Cell*.

Sin embargo, y a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades cuyos estudios están casi exclusivamente financiados por las farmacéuticas; el estudio sobre el cáncer, debido a múltiples factores como la demanda social y la relevancia que tiene en la sociedad actual, también es abordado por diferentes organizaciones. Así, la Asociación Española Contra el Cáncer, también financia proyectos, como por ejemplo, *la eliminación de las células madre cancerosas y neuroblastomas infantiles* del Instituto de Biomedicina de Sevilla o la investigación referente a *las nuevas estrategias para tratar el cáncer de mama positivo para HER-2* de Vall d'Hebròn Instituto de Oncología (Barcelona) en coordinación con la Fundación de Investigación del Cáncer de Salamanca.

No obstante, las organizaciones no sólo financian proyectos sino que poseen un compromiso firme en la lucha contra el cáncer como la mencionada Asociación Española Contra el Cáncer, que además de emplear recursos en subvencionar proyectos de investigación, tanto a grupos como a investigadores individuales; informa y difunde información sobre la realidad y la investigación presente contra el cáncer mediante congresos, seminarios, cursos y ponencias, entre otras cosas.

Aunque, ésta no es la única asociación, también existen otras como la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA) que fue creada para reunir a

profesionales españoles para investigar el cáncer en todos los aspectos; la Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (FEFOC) que contribuye a la educación pública y a la información de cáncer y da soporte a la formación continuada de los profesionales de la salud; mientras que la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), es una asociación científica cuya intención esencial es inducir el estudio y la investigación del cáncer y pretender la homologación de principios clínico-terapéuticos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad neoplásica y, por último, pero no por ello menos importante, la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO) que fue fundada con el propósito de congregarse a los enfermeros que trabajan con pacientes que tienen cáncer, compartiendo y aumentando los conocimientos acerca de la enfermería oncológica. Éstas, son sólo algunas de las muchas asociaciones que existen a propósito del cáncer.

Otras que también merecen una mención especial son la Asociación de Mujeres Afectadas por el Cáncer de Mama de Elche (AMACMEC); la Asociación de Padres de Niños con Cáncer de la Comunidad Valenciana (ASPAÑION) y SOLC que es una Asociación que proporciona soporte y ayuda en el tratamiento global del cáncer.

Por otro lado, algunas publicaciones de los medios de comunicación informan de noticias alentadoras al respecto del cáncer. Como por ejemplo, un estudio financiado por el Instituto Nacional del Cáncer (NIH) que indicó un aumento de la supervivencia en hombres con cáncer de próstata metastásico que percibían quimioterapia docetaxel desde el comienzo del tratamiento hormonal (INC, 2013); la inclusión en el calendario vacunal de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano a las niñas con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años, que sirve como método de prevención ante el cáncer de cuello uterino, engrosando así la lista de recursos para prevenirlo; un estudio que indica que la sigmoidoscopia disminuye los índices de casos nuevos y de muertes por cáncer colorectal (INC, 2012); o, la creación del primer quirófano oncológico del mundo dotado con un navegador que permite guiar en

tiempo real la radioterapia intraoperatoria, permitiendo a los facultativos oncológicos interactuar en tiempo real con los tejidos del paciente, tanto los tejidos sanos como los enfermos (ABC salud, 2013).

Journal of the National Cancer Institute publicaba que la División de Epidemiología del Cáncer y Genética del Instituto Nacional del Cáncer, en Bethesda (EE.UU) había analizado los datos del estudio ‘Environment and Genetics in Lung Cancer Etiology’ (Europa Press, 2014) donde los resultados apuntaban a que retrasar el primer cigarrillo del día se podría asociar a tener un menor riesgo de padecer cáncer de pulmón; y, aunque los datos no son concluyentes puesto que se necesitan estudios prospectivos, estos resultados podrían ser útiles en el descubrimiento del cáncer de pulmón y el planteamiento de proyectos para abandonar el hábito tabáquico.

Y, recientemente se publicaba la noticia que por primera vez, en el Hospital General Universitario de Valencia, inmediatamente después de haber realizado una doble mastectomía, se habían reconstruido mediante microcirugía ambas mamas en una mujer afectada de cáncer (20 minutos, 2016).

Igual de importante es saber curar como saber prevenir, por ello, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, lanzaba en junio de 2014 una campaña de detección precoz del cáncer de mama y de colon, explicando qué signos y síntomas deben encender la alarma para acudir al médico y, qué hábitos de vida saludable se deben llevar para evitar el riesgo de padecer los mencionados cánceres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Son solo algunas acciones que ayudan a controlar la aparición de esta enfermedad.

Otros datos importantes son los que ofrecía el científico Joan Massagué, Premio Príncipe de Asturias de Investigación en 2004, puesto que aseguraba hace unos meses, en la

Conferencia *Ciencia y cáncer: conquistar la metástasis*, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander, que en medio siglo, el cáncer estará tan controlado como lo están ahora las infecciones. Explicaba que aunque existen cánceres muy letales, aproximadamente un 60% de los cánceres que se diagnostican terminan con buenos resultados y se curan el 95% de ellos (Gómez, 2014).

Además, la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO) participa en el proyecto CanCon. El propósito es la confección de la *Guía Europea para el Control Integral del Cáncer* que ayude a los gobiernos de los estados miembros en el manejo y adecuación de las políticas de cáncer dentro de sus programas nacionales de salud pública. En el año 2015 pretendían que estuviera elaborado un boceto de esta guía, que estaría dividida en: detección precoz del cáncer: supervivencia y rehabilitación; cuidado del cáncer en atención primaria; y atención integral del cáncer.

Mientras que por su parte, el Instituto de Investigación Sanitaria Incliva gestiona ensayos clínicos, destacando los desarrollados por el Servicio de Oncología Médica y Hematología. Siendo éstos sólo algunos de los grupos de investigación, el grupo de investigación de tumores del Sistema Nervioso Central, en cáncer colorrectal y nuevos desarrollos terapéuticos en tumores sólidos y biología en cáncer de mama, entre otros.

Y, sin duda alguna, la noticia que se publicaba en la revista americana *Oncotarget* no deja de ser cuanto menos esperanzadora; ya que los resultados de una nueva investigación apuntan que se ha encontrado un modo diferente de frenar el cáncer de mama con células madre. Los científicos de la Universidad de Santiago de Compostela y del Hospital de Jove (Gijón), observaron que las células madre mesenquimales del cérvix uterino no sólo inhiben la reproducción de las células tumorales sino que también impulsan su apoptosis (ABC, 2014).

A pesar de que, como se ve, en la actualidad no todos los datos son negativos, esta enfermedad sigue generando sentimientos negativos de diversos tipos. Miedo, ansiedad, depresión, pena, lástima,...son algunas de las sensaciones e ideas que suscita el cáncer en la sociedad actual.

Existen creencias acerca del cáncer que no coinciden del todo con la realidad pero que la población las asume como verdaderas. Estas ideas no probadas en torno al cáncer generan inseguridades y miedos.

Cuando se escuchan las palabras ‘enfermo de cáncer’, se configura en la mente, casi de manera instantánea, una idea concreta de lo que significa serlo. Y se va más allá. Se piensa en pocos segundos a qué tratamientos será sometido el paciente, los efectos secundarios que derivarán de esos tratamientos, cómo se sentirá el enfermo e incluso cómo será su carácter tras haber sido diagnosticado. En definitiva, al escuchar la expresión ‘enfermo de cáncer’ se activa una representación social del enfermo oncológico y del cáncer que influirá de manera relevante en cómo va a ser vivida esa realidad.

Esta imagen que, en muchos de los casos no coincide con la realidad, y los efectos que ella provoca, es lo que se pretende analizar en la presente investigación. Ya que esta forma de conocimiento elaborado socialmente, obtiene una lectura de la realidad y predispone a tomar una determinada posición en relación a ella. Así pues, estas ideas, que desde la psicología social se han denominado *representaciones sociales* operan condicionando la conducta.

Estas representaciones sociales contribuyen a formar una idea de cómo son los enfermos de cáncer. La persona que termina de recibir el diagnóstico, inevitablemente evoca en su mente esa imagen de ‘enfermo de cáncer’ y siente que ya forma parte de ese grupo no-real que su mente y la sociedad a la que pertenece han contribuido a crear y asume, de forma casi automática e inconsciente todos los atributos que caracterizan a ese grupo. De esta forma

y casi sin darse cuenta, la representación social de los enfermos de cáncer a cerca de otros enfermos, se convierte para el enfermo recién diagnosticado en su grupo de pertenencia. Y, de este modo, pasa a verse a sí mismo y a comprender y a actuar en la realidad como miembro de este grupo social. Y esto no sólo le ocurre al enfermo. Las personas que rodean al paciente oncológico, familiares, amigos y profesionales sanitarios, sienten la misma necesidad de identificar el grupo social al que pertenece el enfermo de cáncer y actuar con él teniendo en cuenta ese lugar de pertenencia. Esta forma de identificación opera una distorsión en la identidad del paciente, que deja de verse como una persona con su propia individualidad y pasa a autoperibirse como miembro de un colectivo de enfermos con unos atributos determinados que asume como propios y, por tanto, cambia su identidad individual por una identidad colectiva deteriorada y que no coincide necesariamente con la realidad, si no con las creencias socialmente construidas.

Por ello, parece importante mejorar el conocimiento de la sociedad sobre las representaciones sociales del cáncer. La información y el conocimiento hacen libres a las personas y las libran de sus miedos y temores. Sería deseable que la representación social que se genera sobre esta enfermedad fuera un poco menos sesgada, menos catastrofista y más ajustada a la realidad

2. CAPÍTULO DOS: Enfermería y cuidados enfermeros

2.1. Modelos de enfermería.

2.2. Cuidados oncológicos.

2. CAPÍTULO DOS: Enfermería y cuidados enfermeros.

La relación enfermo-enfermero es un tándem inseparable que ha sobrevivido a lo largo del tiempo y parece predestinado a seguir perpetuándose. El vínculo entre el paciente y el enfermero se genera en el mismo momento en que la persona tiene unas necesidades derivadas de la enfermedad que padece que deben ser satisfechas y no puede, o no sabe, cómo cubrirlas por sí mismo. Por ese motivo recurre a profesionales sanitarios -en este caso a los enfermeros- que gracias a sus conocimientos, habilidades y destrezas están preparados para dar cobertura a esas necesidades.

Aunque este vínculo enfermero-paciente, que en ocasiones es en sí mismo sanador, se produce con indiferencia de la patología que padezca, es cierto que en determinadas enfermedades, por su gravedad, incidencia, prevalencia o por el temor que suscitan, la vinculación paciente-enfermero se hace aún más necesaria. La enfermedad oncológica es un claro ejemplo de ello.

Los enfermos oncológicos generan una serie de necesidades específicas, como consecuencia de la patología que padecen y los tratamientos a los que se ven sometidos, que hacen especialmente necesaria la atención enfermera, siendo una de las finalidades de los enfermeros que trabajan con este tipo de pacientes identificar dichas necesidades para intentar cubrirlas, utilizando para ello el cuerpo de conocimientos profesionales, habilidades y competencias que poseen y que conforman las herramientas necesarias para desempeñar adecuadamente el rol enfermero.

Son varios los modelos enfermeros que indican cómo debe desempeñarse el rol enfermero para poder así cubrir adecuadamente las necesidades de los enfermos (en este caso oncológicos). Cada uno de estos modelos parte de presupuestos diferentes y entre ellos se podrían destacar, desde el modelo naturalista de Florence Nightingale, pasando por el modelo

de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson o el modelo de interrelación de Hildegarde Peplau. A continuación se realizará un breve análisis de los modelos enfermeros más influyentes.

2.1. Modelos de enfermería.

Modelos enfermeros hay muchos, sin embargo, fue a partir de Florence Nightingale (1820-1910), considerada pionera de la enfermería moderna, que se habló de *cuidados enfermeros* dentro de un marco conceptual profesional.

Nightingale, en un intento de explicar que la enfermería consistía en mucho más que la rutina de administrar tratamientos pautados por los facultativos la definió del siguiente modo:

No sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas... (...) debe significar el uso adecuado de aire fresco, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la adecuada selección y administración de dietas... y todo ello con el menor gasto de energía vital para el paciente. (Citado por Hernández, Gallego, Alcaraz y González, 1997, p. 26).

Para Nightingale, el enfermero era la persona encargada de manipular el medio ambiente para beneficiar la salud del paciente. Este novedoso pensamiento es el que le llevó a revolucionar el cuidado de la enfermería a nivel mundial, mediante la aplicación de intervenciones sobre el entorno, tales como la iluminación de las habitaciones de hospital (para aprovechar los efectos beneficiosos de la luz solar), o la maximización de la higiene del enfermero, el paciente y el entorno (para contribuir al bienestar), entre otros cuidados.

A partir de este momento, varios fueron los trabajos que definieron, desde un marco conceptual enfermero, qué son y en qué consisten los cuidados de enfermería. Se revisarán a

continuación los Modelos de Virginia Henderson y Dorothea Orem que, junto con el ya mencionado de Florence Nightingale, son los más referenciados en la literatura.

Virginia Henderson (1897-1996) afirmaba que:

La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. (Citado por Alba et al., p. 18).

Influenciada por la Teoría de Necesidades del psicólogo Abraham Maslow (1908-1970), Henderson estimaba que los seres humanos tienen 14 necesidades que deben satisfacer. Estas necesidades son: necesidad de respirar; de eliminar; de moverse y mantener una buena postura; de dormir y descansar; necesidad de vestirse y desvestirse; de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales; de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos; necesidad de evitar los peligros; de comunicarse; necesidades según las creencias y valores; necesidad de ocuparse para realizarse; de recrearse y, por último, necesidad de aprender. Es labor del enfermero ayudar a la persona a satisfacer estas necesidades cuando ésta no puede o no sabe como cubrirlas.

Por otro lado, **Dorothea Orem** (1914-2007) desarrolló la *Teoría General del Autocuidado* y que engloba 3 subcategorías relacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de sistemas de enfermería.

Esta teoría explica, en un primer momento, qué es el autocuidado y qué requisitos deben poseer los individuos para poder desarrollarlo. A continuación, describe qué genera el

déficit del autocuidado, para continuar detallando cómo los enfermeros pueden ayudar a estos individuos mediante la teoría de sistemas de enfermería.

Para Orem (1993), el autocuidado era “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar” (citado por Olivella-Fernández, Bastidas-Sánchez y Castiblanco-Amaya, 2012, p. 56), puesto que todos los individuos tienen capacidad para cuidarse, capacidad que han adquirido con el paso de los años. Para ello, se deben cumplir una serie de requisitos, como la ingesta suficiente de agua y alimentos, equilibrio entre descanso y actividades o entre la comunicación con los demás y la soledad. Este proceso, recibe el nombre de *teoría del autocuidado*.

Cuando este autocuidado no se produce, como consecuencia de una enfermedad o de una lesión, aparece lo que Orem denominó *teoría del déficit de autocuidado*. Será, el propio enfermero, mediante su *teoría de los sistemas de enfermería* quien ayudará a recuperar el autocuidado.

Para ello, enfermería cuenta con tres sistemas: **sistema compensatorio**, donde el enfermero realiza los cuidados al paciente ya que éste no los puede realizar; **sistema parcialmente compensatorio**, donde los profesionales de la enfermería realizan cuidados con el apoyo del paciente, y, por último, el **sistema de apoyo educativo**, donde el enfermero enseña al paciente a cubrir necesidades.

Para Orem, el objetivo de la enfermería era “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” (citado por Navarro y Castro, 2010, p. 5).

No obstante, como se indica al principio del capítulo, varias fueron las investigadoras que definieron, desde un marco conceptual enfermero, qué son y en qué consisten los cuidados de enfermería, además de las ya citadas. La Tabla 2.1.1 enuncia algunas de estas teóricas y sus teorías y modelos.

Tabla 2.1.1

Teorías y modelos de enfermería y sus autoras

AUTORAS	TEORÍAS Y MODELOS	AÑO PUBLICACIÓN
Hildegarde Peplau	Teoría del Entorno	1952
Faye Abdellah	Teoría de Tipología de los Problemas de Enfermería	1960
Ida Orlando	Teoría del Proceso Deliberativo	1961
Lydia Hall	Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación	1962
Ernestine Wiedenbach	Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica	1964
Myra Levine	Modelo de Conservación	1966
Dorothy Johnson	Modelo de Sistemas Conductuales	1969
Martha Rogers	Modelo de los Seres Humanos Unitarios	1970
Imogene King	Teoría del Logro de Metas	1971
Betty Neuman	Modelo de Sistemas	1972
Callista Roy	Modelo de Adaptación	1976
Madeleine Leininger	Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales	1978
Jean Watson	Teoría del Cuidado Humano	1979
Evelyn Adam	Modelo Conceptual de Enfermería	1980
Joan Riel-Sisca	Modelo de Interaccionismo Simbólico	1980
Rosemary Rizzo Parse	Teoría del Desarrollo Humano	1981
Joyce Fitzpatrick	Modelo de la Perspectiva de Vida	1982
Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain	Teoría de Modelación del Rol	1983
Kathryn Barnard	Modelo de Interacción Padre-Hijo	1983
Patricia Benner	Modelo del Aprendiz al Experto	1984
Ramona Mercer	Teoría del Talento para el Papel Materno	1985
Margaret Newman	Teoría de la Salud	1986

Nota: Fuente: Elaboración propia

De todas estas teorías y modelos, debido a la gran importancia que le otorgaron a los cuidados enfermeros a la hora de desarrollar su modelo o su teoría, cabe destacar el Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación de Lydia Hall, la Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica de Ernestine Wiedenbach, la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de

los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger y la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

De este modo, para **Lydia Hall** (1962) -que basó su modelo en las Ciencias de la Conducta- el cuidado era un campo de acción exclusivo de la enfermería, mientras que la curación correspondía a profesionales de diversas disciplinas.

Wiedenbach (1964), al igual que ocurriera con Virginia Henderson, se centró en las necesidades de los pacientes, siendo un objetivo importante para esta autora saber diferenciar cuándo necesitaba ayuda el paciente.

Para **Madeleine Leininger** (1978), los cuidados eran el eje principal de la atención enfermera. Los cuidados incluían acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la facilitación de individuos o grupos que tenían necesidades que eran previsibles o evidentes.

Por último, **Watson** (1979), consideró que la profesión enfermera se debía dedicar a la promoción de la salud y restauración de la misma, prevención de la enfermedad y aplicación de cuidados enfermeros. En cuanto a los pacientes, eran personas que necesitaban unos cuidados holísticos por parte de los enfermeros.

2.2. Cuidados oncológicos.

Los cuidados prestados por el personal de enfermería, varían en función del tipo de persona con la que interactúen y la patología o problema de salud que presente, entre otras variables.

De este modo, no se prestarán los mismos cuidados a una persona con hábitos de vida poco saludables, que a una persona que padezca una cardiopatía congénita, a una persona intervenida quirúrgicamente que a un paciente oncológico. Si bien la adaptación de los cuidados enfermeros debe ser individualizada en todos los casos, cuando se trata de enfermos

oncológicos esta necesidad de individualización es si cabe aun mayor, ya que debido a las características de la enfermedad y a las atenciones que precisa el paciente oncológico, necesita un cuidado muy específico, adaptado no solo a cada persona, sino también a cada estadio por los que pasa cada paciente y a cada contextualización.

Por consiguiente, si se centra la atención en oncología, cabría afirmar que cada enfermo de cáncer tiene unas necesidades propias e inherentes a su persona, siendo uno de los objetivos principales de su atención sanitaria, identificar estas necesidades para seguidamente intentar cubrirlas. Siempre respetando las elecciones de las personas y no vulnerando, de este modo, el Principio Bioético de Autonomía.

Por otra parte, no debe olvidarse que el enfermo de cáncer debe poder recibir apoyo, tratamiento y cuidados desde un planteamiento bio-psico-social. Dicho de otro modo, en oncología no sólo es importante lo que le sucede al organismo cuando se enfrenta a un tumor maligno. También es de vital importancia la manera en la que afronta la persona la enfermedad; qué sentimientos, conductas o pensamientos se desencadenan como consecuencia de ésta y, de qué recursos sociales dispone para poder superarla, aprender a vivir con ella o, en última instancia, morir con dignidad. Es decir, el paciente oncológico debe recibir atención en tres niveles distintos.

A **nivel físico**, el paciente oncológico sufre una serie de cambios como por ejemplo los que se producen en la imagen física, por la alopecia transitoria que producen ciertos fármacos, la astenia y debilidad como consecuencia de los tratamientos a los que se somete ya sean médicos, quirúrgicos o farmacológicos, y el dolor que produce la enfermedad en el organismo son algunos de los ejemplos más conocidos.

A **nivel psicológico**, el enfermo suele pasar por diferentes fases, como negación, ira, negociación, depresión o aceptación. También es frecuente el sentimiento de culpabilidad y

la sensación de incertidumbre frente al futuro. La desesperanza, la tristeza y el miedo son otros de los sentimientos recurrentes en este tipo de pacientes.

A **nivel social**, el enfermo afecto de cáncer, frecuentemente, sufre cambios de rol como consecuencia de efectos secundarios de los tratamientos a los que se ve sometido. Es probable que no pueda desempeñar su labor profesional debiendo cambiar de trabajo o que incluso ya no pueda trabajar, dejando de esta manera de aportar un ingreso económico a la familia. O, los cambios que experimente su cuerpo le impidan tener hijos, realizar ciertos hobbies, conducir un vehículo,... en consecuencia, se producen una serie de acontecimientos que hacen variar su vida a nivel social.

Así pues, a modo de resumen, se puede decir que el paciente de cáncer sufre una serie de cambios a nivel físico, psíquico y social como consecuencia de la enfermedad que padece y de los tratamientos a los que se ve sometido, sean de la naturaleza que sean. Esto, origina una serie de necesidades que deben ser satisfechas por los profesionales de la salud que trabajen con él, debiendo estar el trabajo en equipo a la base de los cuidados que precisarán estas personas.

El enfermero, como integrante de un Equipo Multidisciplinar, procurará servicios enfermeros a lo largo de todo el curso evolutivo de la enfermedad, desde la fase de la prevención, hasta los cuidados paliativos del paciente en fase terminal.

Como se indicaba en puntos anteriores, para procurar dichos servicios, deberán identificar en primer lugar las necesidades no satisfechas de los pacientes. Para ello deben tenerse en cuenta diversas variables que condicionarán estas necesidades.

Por un lado, hay que evaluar los aspectos psicosociales, de los cuales derivan otras necesidades del enfermo oncológico que así mismo deben ser atendidas por los enfermeros: las ideas irracionales, los miedos y temores que posee el enfermo en relación al cáncer, y cuyo

origen hay que encontrarlo en las representaciones sociales que sobre esta enfermedad genera cada cultura.

Las representaciones sociales sobre el cáncer y el enfermo oncológico pueden ser fuente de disfunciones. Por ello, analizarlas y conocerlas es un método que permite atender y entender mejor las necesidades que el paciente tiene debido a estas construcciones sociales, que en ocasiones suponen una carga emocional adicional que puede hacer que el enfermo viva, aún con más angustia, la enfermedad oncológica.

Por otro lado, y como indican la mayoría de trabajos, las enfermeras y enfermeros deberán detectar las necesidades de los enfermos, pudiendo utilizar para ello el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que “es el método científico por el cual el enfermero identifica los problemas y/o necesidades afectadas con el objetivo de satisfacerles o estimularles al individuo, grupo o familia.”. (Ortega, de la Cuesta y Días, 1999, p. 165), mediante el cual se prestan cuidados de forma sistemática, racional y estandarizada y que consta de 5 etapas o fases que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. A continuación se desarrollarán brevemente cada una de ellas.

La **valoración** es la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería y es el procedimiento organizado de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente no sólo teniendo en cuenta los aspectos físicos de éste, sino también los psicológicos, sociales y espirituales.

La valoración a su vez, consta de varias etapas: recolección de los datos, validación de los datos, organización de los datos y registro de la valoración.

La **recolección de datos** se realiza aplicando distintas técnicas. Por un lado la entrevista enfermera, por otro la observación y por el otro la exploración física mediante las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación.

Toda la información recopilada en la etapa de recolección de datos deberá ser organizada, siendo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, los métodos más empleados para organizar la información obtenida en la valoración.

Si se centra la atención en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon se deduce que se puede obtener la información de una manera organizada y sistemática lo que facilitará la formulación de los diagnósticos enfermeros. Los 11 patrones funcionales son: patrón percepción de la salud, patrón nutricional-metabólico, patrón eliminación, patrón actividad-ejercicio, patrón sueño-descanso, patrón cognitivo-perceptivo, patrón autopercepción-autoconcepto, patrón rol-relaciones, patrón sexualidad-reproducción, patrón adaptación-tolerancia al estrés y, por último, patrón valores-creencias.

Las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson ya se enunciaron en líneas anteriores: necesidad de respirar; de eliminar; de moverse y mantener una buena postura; de dormir y descansar; necesidad de vestirse y desvestirse; de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales; de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos; necesidad de evitar los peligros; de comunicarse; necesidades según las creencias y valores; necesidad de ocuparse para realizarse; de recrearse y necesidad de aprender.

La segunda etapa o fase del Proceso de Atención de Enfermería es la de **Diagnóstico**. Según la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA) el *diagnóstico enfermero* se define de la siguiente manera:

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual el enfermero es responsable. (Citado por Lemache, 2015, p.17-18).

El objetivo principal del diagnóstico es la de guiar las etapas de planificación, ejecución y evaluación de los cuidados enfermeros.

Para poder formular un diagnóstico, el enfermero deberá analizar en primer lugar, la información recopilada en la fase de valoración.

La fase de **planificación** se inicia tras la formulación del diagnóstico enfermero. Dicha fase consta, a su vez, de varias etapas. En primer lugar se deberán determinar prioridades, puesto que no todos los problemas de salud detectados tendrán la misma prioridad. En segundo lugar se deberán establecer los resultados que se desean obtener, y esto se realizará teniendo en cuenta la taxonomía NOC y, en tercer y último lugar, se seleccionarán las actividades enfermeras que se van a desarrollar para obtener los resultados que se han pautado, utilizando en este caso la taxonomía NIC.

Atkinson y Murray indicaron al respecto de la planificación que:

Durante el proceso de establecimiento de prioridades, siempre que es posible, el enfermero y el paciente determinan, en conjunto, cuáles de los problemas que se identificaron durante la fase de valoración necesitan atención inmediata y cuáles pueden ser tratados en un momento posterior. Además, la determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería, de manera que los problemas más importantes o amenazadores para la vida sean tratados antes que los menos críticos. Establecer prioridades no significa que un problema tenga que ser totalmente resuelto antes de considerar los otros dos. A menudo es posible abordarlos de forma simultánea. A veces, reducir la gravedad de un problema ayuda a eliminar los otros; por ejemplo, cuando se elimina el dolor intenso se corrige la respiración ineficaz. (Citado por Roldán y Fernández, 1999, p. 87).

Una vez planificadas las actividades a desarrollar para obtener los resultados esperados en relación a los problemas de salud detectados, se procederá a poner en marcha *la*

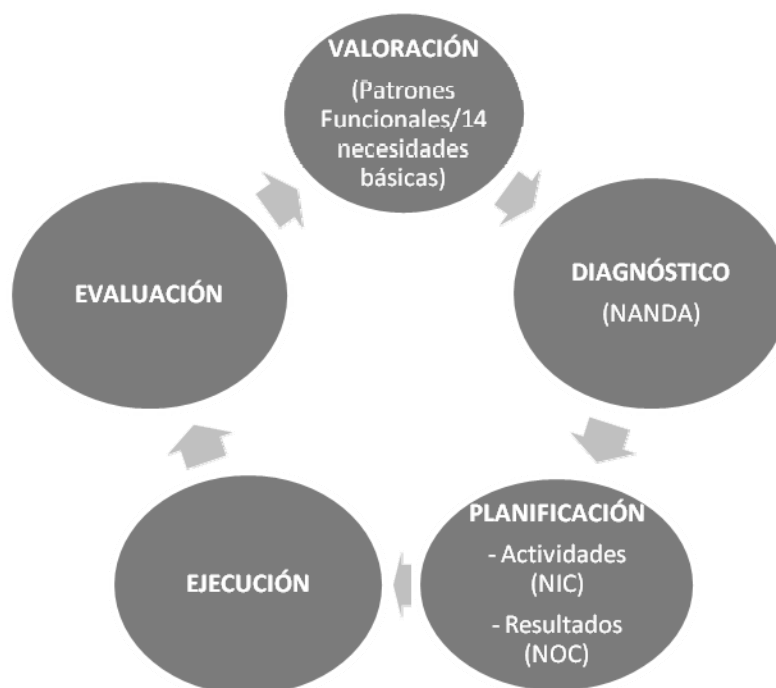
cuarta etapa del Proceso de Atención de Enfermería: la **ejecución**. Esta etapa consiste en poner en práctica las actividades NIC, es decir, procurar cuidados enfermeros.

La quinta y última etapa del Proceso de Atención de Enfermería *es la **evaluación***. Roldán y Fernández la definieron como: “proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados”. (1999).

A continuación, en la siguiente Figura se muestra un diagrama que muestra el Proceso de Atención de Enfermería de forma esquemática.

Figura 2.2.1

Diagrama Proceso de Atención de Enfermería



A continuación se expone brevemente, con objeto de clarificar los conceptos, un ejemplo de Proceso de Atención de Enfermería.

Al realizar la valoración (primera fase del Proceso de Atención de Enfermería) a un paciente oncológico que ingresa por primera vez en el Hospital de Día con el objetivo de transfundirle sangre y que recibió 1 semana antes metotrexato como tratamiento

quimioterápico, se descubre que como consecuencia del mismo ha desarrollado mucositis en la cavidad oral, es decir, tiene inflamada la mucosa de la boca. Siendo el diagnóstico enfermero correcto para este problema detectado ‘deterioro de la mucosa oral’ (segunda fase del PAE).

Una vez identificado el problema que tiene el paciente oncológico, y tras haberle puesto una etiqueta diagnóstica (deterioro de la mucosa oral), el enfermero planificará (tercera fase del PAE) una serie de actividades encaminadas a resolver el problema identificado. Algunas de las actividades enfermeras que se realizarían (ejecución, cuarta etapa del PAE) para restablecer la salud de la boca y que están codificadas por la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulechek, Butcher, Dochterman y Wagner, 2013) serían:

- Monitorizar el estado de la boca del paciente, incluidas las características de las anomalías.
- Controlar los cambios del gusto, la deglución, la calidad de la voz y la comodidad.
- Determinar la frecuencia necesaria para el cuidado oral, animando al paciente o a su familia para participar en la programación o ayudar con el cuidado oral, según se precise.
- Administrar colutorios al paciente.
- Administrar medicamentos, si es necesario.
- Desaconsejar el hábito de fumar y de mascar tabaco.
- Desaconsejar el consumo de alcohol.
- Explicar la importancia de una ingesta nutricional adecuada.
- Aconsejar que se eviten los alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros.
- Animar a los pacientes a aumentar la ingesta de agua.

- Instruir a los pacientes sobre los signos y síntomas de estomatitis incluyendo cuando informar al médico.

Para evaluar (quinta etapa del PAE) los resultados obtenidos tras realizar las actividades de enfermería planificadas, se puntuaría del 1 al 5 una serie de indicadores, dónde 1 significaría ‘gravemente comprometido’, 2 ‘sustancialmente comprometido’, 3 ‘moderadamente comprometido’, 4 ‘levemente comprometido’ y 5 ‘no comprometido’; siendo algunos de estos indicadores (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2013): limpieza de la boca, humedad labial, humedad de la mucosa oral y de la lengua, color de las mucosas, integridad de la mucosa oral, integridad de la lengua, integridad de las encías, sangrado, dolor y lesiones en la mucosa oral.

De esta forma, el análisis de las representaciones sociales, junto al análisis de las necesidades, mediante el Proceso de Atención de Enfermería, son dos instrumentos validos para poder objetivar y atender mejor las necesidades del enfermo oncológico.

Para que estos cuidados que deben proporcionar los enfermeros (y el resto de profesionales sanitarios) sean lo más precisos y adecuados posible a cada paciente, resulta crucial que la imagen que posean los profesionales que traten a este tipo de pacientes sea realista, es decir, no posean un concepto deteriorado del cáncer y del enfermo de cáncer; puesto que existe un contexto general en el que se encuentran inmersas las personas y del que puede sustraerse que influye en ellas con independencia de que sean pacientes, familiares o profesionales, se trata de algo cultural. Son creencias y valores que modifican las actitudes y las maneras de actuar y también la forma de cuidar. De todas esas variables (psicosociales) hay una que hace referencia a como es percibida o entendida una determinada realidad, se trata de la representación social.

La representación social es la visión que se tiene de un objeto en concreto (cáncer, enfermo de cáncer) teniendo en cuenta además de la cultura, grupo o clase social, las

experiencias vividas y los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida. De esta manera, cuando la sociedad en general y los profesionales sanitarios en particular escuchan las palabras ‘cáncer’ o ‘enfermo oncológico’, rápidamente se genera una imagen concreta de lo que significa dicha enfermedad y con qué tipo de sujeto interactúan. Esto es, se crea una representación social.

Esta representación social condiciona la actuación del personal sanitario, por ello, debe ser construida a partir de datos científicamente contrastados y demostrados donde no intervengan sentimientos derivados de vivencias ni opiniones personales puesto que, en función de la representación social que posean dichos profesionales sobre el cáncer y el paciente de cáncer, los cuidados que van a desarrollar pueden verse afectados, pudiendo llegar a ser, en algunos casos, poco acertados.

Ésta imagen preestablecida del personal sanitario sobre lo que significa tener cáncer, puede tener como resultado una atención más displicente y fría con un tipo de enfermo que se puede entender como ‘sentenciado’, o todo lo contrario, una atención más paternalista debido al final trágico que se cree se va a desenlazar.

Por todo ello, resulta fundamental que la población general y los profesionales de la salud en particular posean información –real y veraz- del cáncer y del enfermo de cáncer.

3. CAPÍTULO TRES: Representación social

3.1. Modelos de representación social.

3.1.1. Serge Moscovici.

3.1.2. Autores contemporáneos.

3.1.2.1. Escuela clásica.

3.1.2.1.1. Denise Jodelet.

3.1.2.1.2. M^a Auxiliadora Banchs.

3.1.2.1.3. Tomás Ibáñez.

3.1.2.1.4. Darío Páez.

3.1.2.2. Escuela Aix-en-Provence.

3.1.2.2.1. Jean-Claude Abric.

3.1.2.3. Escuela de Ginebra.

3.1.2.3.1. Willem Doise.

3.2. Elementos componentes de la representación social.

3.3. Clarificación conceptual.

3.3.1. Imagen social.

3.3.2. Estereotipo.

3.3.3. Prejuicio.

3.3.4. *Discriminación.*

3. CAPÍTULO TRES: Representación social

En la actualidad existen múltiples modelos que tratan de explicar lo que son las representaciones sociales. Esto es debido a que se trata de un fenómeno relativamente complejo y difícil de estudiar.

Según varios autores, el primero que sistematizó y planteó un modelo sobre representación social fue Serge Moscovici. El resto de autores, como es el caso de Denise Jodelet, Darío Páez, María Auxiliadora Banchs y Tomás Ibáñez entre otros, lo que hicieron fue desarrollar y/o modificar -al menos en parte- la teoría iniciada por Moscovici. Por consiguiente, cada uno de los principales modelos ha dado lugar a diferentes definiciones, siendo algunas de ellas revisadas a continuación.

Denise Jodelet (1983) afirmaba, en relación a las representaciones lo siguiente:

El concepto de representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generalizados y funcionales marcados socialmente. De manera más amplia, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal. En tanto tales, presentan características específicas en el plano de la organización de los contenidos de las operaciones mentales y de la lógica. El marcaje social de los contenidos o de los procesos debe referirse a las condiciones en las cuales emergen las representaciones, a las comunicaciones en las cuales ellas circulan, a las funciones que ellas sirven en interacción con el mundo y con los otros. (Citado por Banchs, 1986, p. 27).

Mary Jane Spink (1993) afirmaba que “... las representaciones sociales, en tanto que producciones mentales, son a la vez la expresión de la permanencia cultural y el solar de la multiplicidad y diversidad” (citado por Rodríguez y García, 2007, p. 226).

Para la brasileña Ángela Arruda (1998) se podría afirmar que:

Las representaciones sociales constituyen una especie de fotosíntesis cognitiva: metabolizan la luz que el mundo proyecta bajo la forma de novedades que nos iluminan (u ofuscan) transformándola en energía. Ésta se incorpora a nuestro pensamiento/percepción de este mundo, y las devolvemos a él como entendimiento pero también como juicios, definiciones, clasificaciones[...] estoy convencida de que es en ellas que residen nuestras oportunidades de transformar, o, cuando menos, de entender las dificultades para la transformación del pensamiento social. (Citada por Rodríguez y García, 2007, p. 229).

Carugati y Palmanori, en 1999, planteaban, a cerca de las representaciones sociales, que:

(...) las representaciones sociales son un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones sobre puntos particulares, emitidos por el “coro colectivo” de aquí o allí, durante una charla o conversación. “Coro colectivo” del que se quiera o no cada uno forma parte. Se podría hablar de “opinión pública”, pero de hecho estas proposiciones, reacciones, evaluaciones se organizan de modo muy distinto según las culturas, las clases y los grupos en el interior de cada cultura. Se trata pues de universos de opiniones bien organizados y compartidas por categorías o grupos de individuos. (Citada por Perera, 1999, p.8).

Di Giacomo (1981) se refería a las representaciones sociales como “...modelos imaginarios de categorías de evaluación, categorización y de explicación de las relaciones entre objetos sociales, particularmente entre grupos que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción...” (citado por Perera, 1999, p.10).

Así pues, la representación social es una ‘preparación para la acción’ porque guía el comportamiento y porque remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Las representaciones sociales le proporcionan sentido al comportamiento y lo integran en la red de relaciones sociales donde está ligado a su objeto y, al mismo tiempo, proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones.

No obstante, la descripción que dan los autores arriba citados (Jodelet, Spink, Arruda, Carugati, Palmanori y Di Giacomo) de la representación social, no es un concepto fácil de definir ni de comprender, debido, entre otras cosas, a la ardua evolución que ha sufrido a lo largo del tiempo y, sobre todo, por la abstracción del constructo que representa. Podría afirmarse, tal y como ya enunciaba Moscovici en 1979 que “Si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, es difícil captar el concepto...” (citado por Perera, 2003, p.8).

Puesto que se trata de un concepto muy abstracto que ha evolucionado con el tiempo, parece conveniente realizar un análisis más detallado de algunas de las definiciones que diversos autores han dado del mismo y de los marcos contextuales que las han originado.

Por ello, en este capítulo se comenzará analizando algunos de estos modelos. Se comenzará con el modelo del psicólogo Serge Moscovici, considerado por muchos autores el precursor de la teoría de las representaciones sociales tal y como se indicó en líneas anteriores. También se realizará una breve síntesis de los desarrollos posteriores realizados

por Denise Jodelet, María Auxiliadora Banchs, Tomás Ibáñez, Darío Páez, Jean-Cloude Abric y Willen Doise, autores pertenecientes a tres líneas de investigación de las representaciones sociales (Escuela Clásica, Escuela Aix-en-Provence y Escuela de Ginebra). A posteriori se expondrán los elementos componentes de la representación social y se finalizará explicando brevemente procesos colindantes a la representación social tales como la imagen social, los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

3.1. Modelos de representación social.

3.1.1. Serge Moscovici.

Serge Moscovici (1925-2014) es considerado por muchos autores el padre de la teoría de las representaciones sociales. Desde que publicara su Tesis Doctoral, en 1961, *La Psychoanalyse son image et son public (El Psicoanálisis, su imagen y su público)*, cuyo tema central era la representación que tenía la sociedad francesa del psicoanálisis, empezaron a desarrollarse trabajos de investigación que se habían basado en el modelo de representaciones sociales que Moscovici presentó en su Tesis Doctoral, a pesar de que en ese trabajo, Moscovici no tuvo la intención de presentar la teoría terminada (Banchs, 1986).

Pero no sólo ese es el motivo por el que Moscovici es considerado el padre de la teoría de las representaciones sociales, sino también porque en 1979, cuando se realizó el primer coloquio internacional sobre lo mencionado, él tuvo un papel relevante.

Moscovici estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social y a partir de sus elaboraciones propuso una teoría cuyo objeto de estudio era el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1986).

No obstante, Serge Moscovici (1979) no aportó una definición definitiva de la representación social, puesto que opinaba que la definición cerrada disminuía su alcance conceptual. Es decir, consideraba que si no se dejaba totalmente acotado el concepto y, por el contrario, optaba por aportar aproximaciones, cada vez se hacía más fácil comprender el concepto (citado por Perera, 2003). Probablemente por ello, en 1979 definió la representación social de la siguiente manera:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos...es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de la imaginación...son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. (Citado por Perera, 2003, p.10).

Mientras que en 1981 completó la definición de la siguiente manera:

Por representaciones sociales nosotros entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común. (Moscovici, citado por Perera, 2003, p.10).

De esta forma, la representación social es un modo de comunicación entre las personas. Una manera de entenderse los unos con los otros ya que, cuando surge en una

conversación la figura de un banquero, una bibliotecaria o un enfermo oncológico, todas las personas que formen parte de esa conversación, es más, todas las personas integrantes de una sociedad concreta, tendrán ideas o hipótesis semejantes sobre sus gustos, aficiones e incluso rasgos físicos, de personalidad y sentimientos. De este modo, al compartir la misma visión sobre el objeto de la conversación, es más fácil el entendimiento entre ellos.

Si se continúa analizando la definición de Moscovici (1961/1979), se puede leer que:

(...) Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el “coro” colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. (Citado por Sánchez, 2010, p.26).

Moscovici afirmaba, pues, que una representación social es el producto de una serie de circunstancias que suceden en un momento determinado y son analizadas por un grupo de personas determinadas. Siendo significativo para la representación del elemento, el origen de estas personas. Así pues las representaciones sociales varían en función de la clase social, cultura o grupo al que se pertenezca. Es la visión que se tiene de un objeto en concreto, teniendo en cuenta, además de las variables antes citadas, las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida. Dicho de otro modo, esta visión que se posee sobre un elemento concreto, por ejemplo un enfermo de cáncer, que es diferente en función de la cultura de pertenencia y las experiencias vivenciales, configura representaciones sociales diversas sobre el mismo objeto.

3.1.2. Autores contemporáneos.

Serge Moscovici realizó una revisión crítica de su obra y en 1976 publicó la segunda edición en la que se presentaban diferencias significativas en referencia a su primera edición. Estas revisiones recogían trabajos de seguidores suyos y se sirvió de las ideas de estos autores que siguieron su misma línea. Fueron llamados Moscovicianos. Entre éstos se encuentran Denise Jodelet, Tomás Ibáñez, Darío Páez y María Auxiliadora Banchs que también realizaron estudios sobre las representaciones sociales.

Según Pereira de Sá, estos autores forman parte de una de las líneas o corrientes de investigación de las representaciones sociales que se han ido estableciendo con el paso del tiempo. Según este autor, esta corriente recibe el nombre de *escuela clásica* siendo su máximo representante Denise Jodelet. La segunda corriente, *escuela de Aix-en-Provence* fue desarrollada por Jean Claude Abric y la tercera y última corriente, *escuela de Ginebra*, por Willem Doise (citado por Araya, 2002).

A continuación, se expondrán brevemente las ideas principales sobre cada una de estas tres escuelas.

3.1.2.1. Escuela clásica.

Fue desarrollada por Denise Jodelet y estaba muy en consonancia con la Teoría de Serge Moscovici. Utilizan la entrevista en profundidad y el análisis de contenido como técnicas cualitativas (Pereira de Sá, 1998, citado por Araya, 2002).

A continuación se explicarán brevemente las aportaciones que realizaron los autores que forman parte de la escuela clásica a la teoría de las representaciones sociales.

3.1.2.1.1. Denise Jodelet.

Las aportaciones de la Dra. Denise Jodelet -autora de la *escuela clásica*- resultan especialmente relevantes para el presente trabajo, puesto que entre sus investigaciones predomina la teoría de las representaciones sociales con aplicaciones en el campo de la salud y el medio ambiente.

En referencia a la teoría de las representaciones sociales, tras haberla reformulado en varias ocasiones, en el año 2000 enunció de nuevo el concepto y lo enriqueció. En concreto, explicaba al respecto del mismo que:

Las representaciones sociales conciernen al conocimiento de sentido común que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas de percepción, construcciones con estatus de teoría ingenua, que sirven de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad; sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y en las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida. (Jodelet, citada por Perera, 2005, p.51).

Resulta importante aclarar que, además de que los individuos utilizan las representaciones sociales para entender el mundo, las relaciones con otras personas y consigo mismos, éstas orientan sus comportamientos. Dicho de otra manera, un aspecto destacado de las representaciones sociales es que no se limitan al campo de lo mental, sino que también tienen consecuencias en la práctica, puesto que las personas entienden e interpretan sus

situaciones de modo particular, se organizan en función de sus propias representaciones y sus conductas también están afectadas por las representaciones. Por ello, resulta tan importante su análisis y su entendimiento en temas tan relevantes para la población como las enfermedades graves. Cuanto más grave es una enfermedad, más peso en la conducta del enfermo y de su entorno puede tener la representación social de esa enfermedad.

Si bien es cierto que las representaciones sociales tienen un peso importante en la vivencia de todas las enfermedades graves, en la enfermedad oncológica, debido, entre otras cosas, a la tasa de mortalidad que produce, las consecuencias que tiene en la vida de las personas y la alarma social que despierta, el peso de las representaciones sociales parece ser aún más relevante.

Por ello, resulta fundamental conocer las representaciones sociales que sobre el cáncer y el enfermo de cáncer posee tanto el enfermo como su entorno familiar, sus amigos y el personal sanitario que lo cuida, ya que estas representaciones sociales serán las que, en gran medida, guíen y den razón de sus conductas, conductas que no siempre son adaptativas y que puede ser deseable modificar.

Para el personal sanitario, es importante entender y comprender que a la base de las conductas adaptativas y mal adaptativas de los enfermos oncológicos y sus familias se encuentran las representaciones sociales y que, por tanto, el análisis de estas puede ser crucial para entender y modificar las conductas de los enfermos o de sus familiares. Por otra parte, las representaciones sociales de los propios profesionales de la salud también condicionan en parte las conductas y las actitudes de sus enfermos ante la enfermedad.

Dicho de otro modo, el abordaje de las representaciones sociales posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994, citado

por Araya, 2002). Siendo esto también aplicable a la interacción que mantienen el personal sanitario con los enfermos de cáncer y sus familias.

3.1.2.1.2. M^a Auxiliadora Banchs.

Otra autora que forma parte de la *escuela clásica* es M^a Auxiliadora Banchs, Doctora en Psicología Social de Procesos de Grupo, de la Educación y de la Formación de Conocimientos.

Para ella las representaciones sociales son:

En dos palabras, son un fenómeno histórico, cultural y social del mundo de vida contemporáneo. En tanto que tales, su carácter histórico cultural, implica por un lado que ellas no surgen de la nada, sino que están ancladas en una cultura, con sus saberes populares, mitos, tradiciones, y por lo tanto responden a las características particulares de cada tradición histórica cultural. Es por ello que Ivana Marková (1996) resalta los vínculos entre las teorías socio-culturales del conocimiento y las representaciones sociales. Son por tanto un fenómeno social, esto es, se construyen en un espacio social específico teniendo dos formas de determinación, la central (en términos de las características de la sociedad global) y la lateral (en términos de las características de los submundos o grupos específicos desde los cuales se construyen esas representaciones). El hecho de que sean histórico-sociales implica necesariamente que son modificables, cambiantes. Ahora bien, en tanto que conocimiento popular, del sentido común, del mundo de hoy, esas representaciones están permanentemente entremezclándose, cambiando, asimilando novedades. Y es esto, particularmente, el interés que motivó a Moscovici, captarlas en su proceso de emergencia, de transformación, de mezcla de saberes; y evidenciar que el conocimiento que nos

orienta en la vida cotidiana no es ni mejor ni peor que el científico, ambos se retroalimentan, y la persona se construye a sí misma entre los demás en las relaciones que establece con su mundo. Genera una identidad en la que internaliza ese otro generalizado de Mead, que representa las normas, valores, creencias de su grupo y de su sociedad. (Banchs, 1999, p. 3).

Dicho de otro modo, Banchs opinaba que las representaciones sociales parten de la cultura y la sociedad de pertenencia y en éstas influye por un lado, tradiciones, mitos, creencias y saberes populares, y por el otro, la sociedad de pertenencia no sólo teniendo en cuenta el concepto *sociedad* como sociedad global (sociedad valenciana), sino también como grupo específico (médicos). Estos dos conceptos -la cultura y la sociedad- cambian y se modifican y, en consecuencia, hacen cambiar la representación social.

Resulta significativo que mientras Jodelet hablaba de ‘grupos’, Banchs puntualiza la definición de representación social hablando de sociedad; y va más allá, pues hila un poco más fino en su definición, diferenciando entre sociedad global y grupo específico.

3.1.2.1.3. Tomás Ibáñez.

Dentro del contexto de *escuela clásica*, también resalta el investigador en Psicología Social, Tomás Ibáñez, especialidad de la que fuera Catedrático en la Universidad Autónoma de Barcelona; ya que resulta importante la definición que realizó del concepto de construcción social de la realidad implicada en la conceptualización de las representaciones sociales (Araya, 2002). En este sentido, Ibáñez (1988) destacó que:

La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se

transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. Es tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración...La representación social constituye en parte el objeto que representa. No es el reflejo interior, es decir, situado en la cabeza de los sujetos, de una realidad exterior, sino que es un factor constituido de la propia realidad....La representación social es un proceso de construcción de la realidad y debemos entender esta afirmación en un doble sentido: primero, en el sentido de que las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen pues a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, en el sentido de que las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Es porque la representación social construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, en parte, realmente tal y como aparece a través de su representación social. (Citado por Araya, 2002, p. 30).

En resumen, las representaciones sociales son entidades que tienen vida propia. Por un lado, por el hecho de nacer las personas dentro de una sociedad concreta, una cultura concreta, poseen unas representaciones sociales concretas que las dan por supuestas igual que ocurre con los campos, los edificios, las montañas o los ríos, y no las cuestionan. Por el otro lado, las personas, como consecuencia de procesos como el entendimiento y el aprendizaje cambian sus realidades y, esto a su vez modifica las representaciones sociales que poseen. Se puede pertenecer a una sociedad concreta, tener una cultura histórica concreta pero, las

experiencias vividas o los estudios que se adquieren al desarrollar una profesión específica, cambian esas representaciones que se poseían previamente.

De las palabras de Ibáñez se deduce que aun estando de acuerdo con las definiciones de Denise Jodelet y de M^a Auxiliadora Banchs, en referencia a que las representaciones sociales parten de la cultura y la sociedad de pertenencia y en éstas influye por un lado, tradiciones, mitos, creencias y saberes populares, y por el otro, la sociedad de pertenencia; Ibáñez ahonda en lo mencionado y explica que procesos como el entendimiento y el aprendizaje cambian las realidades de los sujetos y, en consecuencia, las representaciones sociales que poseían antes de adquirir dichos aprendizajes.

3.1.2.1.4. Darío Páez.

Si se continúan analizando los estudios sobre representaciones sociales que realizaron ciertos autores contemporáneos, a partir de la teoría de Serge Moscovici, resulta interesante analizar el modelo del Doctor en Psicología Darío Páez, otro de los autores que forma parte de la *escuela clásica*, la primera de las tres corrientes de investigación sobre representaciones sociales que se están analizando.

Al respecto de las representaciones sociales Páez (1992) afirma que:

(...) son sistemas de creencias de menor estabilidad y la mayor de las veces característicos de lo que llamamos “subculturas” que se forman al interior de una sociedad. Éstas emergen ante objetos o hechos sociales que exigen ser “normalizados” y transformados en algo conocido o bien explicar lo negativo. Las representaciones sociales son concebidas como discurso ideológico “no institucionalizado. (Citado por Alfonso, 2007).

Páez indicaba que las representaciones sociales surgen ante la presencia de objetos, hechos, procesos, que necesitan convertirse en algo conocido para la sociedad o, por lo menos, deben poder explicar aquellos aspectos negativos que surgen de los objetos, hechos, procesos, y que no se entienden. Además, indicó que las creencias ideológicas no tienen que derivar de una representación social, tan sólo aquellas que están en relación con situaciones de conflicto, como por ejemplo el cáncer.

Páez, a diferencia de sus compañeros de escuela (Jodelet, Banchs e Ibáñez), especificó que las representaciones sociales *nacían* cuando era necesario explicar ciertos objetos que eran considerados negativos por la sociedad y precisaban de una explicación, como por ejemplo la enfermedad oncológica. Es decir, enriqueció la teoría de las representaciones sociales iniciada por Moscovici aportando una explicación coherente a la pregunta de dónde surgen dichas representaciones.

3.1.2.2. Escuela Aix-en-Provence.

Al margen de lo elaborada que se encuentra la teoría de las representaciones sociales y las muchas investigaciones que se han centrado en ella de manos de diferentes autores (Páez, Jodelet, Banchs, Ibáñez), como se ha visto, se trata de una teoría relativamente joven ya que, como se señalaba en párrafos anteriores, muchos autores relacionan su nacimiento con la publicación de la Tesis Doctoral de Serge Moscovici en 1961, *La Psychoanalyse son image et son public*, y por tanto, el concepto está en constante evolución.

A continuación se revisarán las aportaciones realizadas a la teoría de las representaciones sociales de Jean-Claude Abric y que forma parte de la *Escuela Aix-en-Provence*.

Dicha Escuela se centra en procesos cognitivos y recurre a técnicas experimentales (Pereira de Sá, C., 1998, citado por Araya, 2002).

3.1.2.2.1. Jean-Claude Abric.

Jean-Claude Abric, profesor de psicología social y jefe durante una época de su vida del Laboratorio de Psicología Social de la Universidad de Aix-Marsella, desarrolló, en 1976 la teoría del núcleo central o esquema figurativo de las representaciones sociales.

Abric, con la elaboración de su teoría pretendía explicar ciertos conceptos sobre la teoría de las representaciones sociales elaborada por Moscovici que entendía, no habían sido clarificados de manera correcta en la versión original de la teoría, ya que las hipótesis de la teoría de Moscovici se analizaron en un laboratorio y de esta manera carecían de la aplicación práctica. Sobre el tema, Abric escribió en 2001 que:

En el trabajo de S. Moscovici (1961) que introduce la noción de representación social y funda todo un nuevo campo de estudio en Psicología Social, está la idea que las representaciones son guías para la acción. Uno de los primeros objetivos de los investigadores que, alrededor de Moscovici, intentaran difundir y utilizar esta noción en esa época, fue verificar experimentalmente esa característica esencial de las representaciones (...) se demuestra así el valor heurístico de la noción para comprender las interacciones sociales. Pero por más importantes que fuesen, los resultados experimentales podían ser criticados, sino discutidos, por el hecho de que sólo eran (...) observados en laboratorio (...). Para que nosotros, psicólogos que nos referimos a la teoría de las representaciones sociales, podamos aportar elementos de respuesta al estudio de esta cuestión, sería necesario todavía que la noción misma de representación sea aclarada y especificada. En particular que sean descubiertos los

mecanismos de funcionamiento de esas representaciones (...). Veremos en los dos primeros capítulos de esta obra, que este trabajo se ha iniciado ampliamente y que buen número de mecanismos que rigen el funcionamiento de las representaciones han sido desenmascarados. (p. 7-8).

Abrieu (2001) definió la teoría del núcleo central de la siguiente manera:

(...) Esto permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí. (...) La representación no es así un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa. Esta significación depende a la vez de factores contingentes (de «circunstancias», dice Flament) -naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación- y factores más generales que rebasan la situación misma: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales. (...) Es una *guía para la acción*, orienta las acciones y las relaciones sociales. (p. 5-6).

Y continuó explicando al respecto del núcleo central y del núcleo periférico:

Toda representación está organizada alrededor de un núcleo central. Este es el elemento fundamental de la representación puesto que a la vez determina la significación y la organización de la representación. (...) Los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central. Están en relación directa con él, es decir que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e

interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias. (Abric, 2001, p. 20 y 23).

Para el autor, las representaciones sociales dirigen los actos de las personas, donde factores como el contexto social, las ideologías y la historia de la persona influyen en el comportamiento y en la forma de interpretar la realidad.

Además, las representaciones sociales están compuestas por un núcleo central, que permanece inmutable y por los elementos periféricos, que se estructuran entorno al núcleo central.

3.1.2.3. Escuela de Ginebra.

El mayor representante de la mencionada escuela fue el Doctor en Psicología Social, profesor honorario de la Universidad de Ginebra y Presidente de la Asociación Europea de Psicología Social Experimental, Willem Doise, quien se concentró en la manera en que se producen y trascurren las representaciones sociales (Pereira de Sá, 1998, citado por Araya, 2002).

3.1.2.3.1. Willem Doise.

Doise, al respecto de las representaciones sociales, indicó que “las representaciones sociales constituyen principios generativos de tomas de postura que están ligadas a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en las relaciones” (citado por Perera, 2003). Ya que la corriente liderada por Doise y desarrollada en Suiza, daba importancia al «rol de la posición o inserción en las estructuras sociales en constitución de las representaciones» (Perera, 2003, p. 11).

Dicho de otro modo, Doise le otorgó mayor importancia al papel que juega la posición de las estructuras sociales en la formación de las representaciones sociales.

De esta forma y como puede verse tras repasar brevemente las aportaciones de todos estos autores, no se trata de definiciones contradictorias las unas respecto a las otras; más bien se trata de definiciones complementarias que ayudan a entender mejor el complejo constructo de la representación social. Es por ello que los autores comparten los elementos que componen las representaciones sociales y que se verán en el apartado siguiente.

3.2. Elementos componentes de la representación social.

Moscovici indicaba que existen tres ejes en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social, éstos son, la actitud, la información y el campo de la representación.

La **actitud**, primer componente de la representación social, es la posición más o menos propicia que se tiene hacia el objeto de la representación y que manifiesta la disposición evaluativa hacia el mencionado objeto. Se trata de uno de los elementos centrales de la representación (Mora, 2002).

Según Perera la actitud “imprime carácter dinámico a la representación y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma; dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección” (2003, p. 23).

El segundo componente de la representación social -la **información** sobre los objetos representados- es el cuerpo de sabiduría organizada que un determinado grupo posee acerca de un acontecimiento social o persona. Varía tanto en cantidad como en calidad según diferentes factores. Entre éstos, se encuentran las variables “inserción social” y “pertenencia

grupal”. Dónde se ubiquen los individuos dentro de la sociedad y de dónde provenga la información influye en el tipo de representación que se va a formar (Mora, 2002).

El tercer y último componente de la representación social, el **campo de la representación**, se refiere a la ordenación y jerarquización de los elementos que forman parte del contenido de la representación social; este campo se organiza en torno a un esquema o núcleo figurativo, que es la parte más estable de la representación. Según Mora (2002) el campo de representación designa el saber de “sentido común” y, por tanto, hace alusión a una forma de pensamiento social. Esta jerarquización y orden cambia de unos grupos sociales a otros, pero también cambia dentro de los grupos.

3.3. Clarificación conceptual.

Precisamente por ser el concepto de representación social abstracto y difícil de acotar puede ser confundido con ciertos conceptos con los que guarda algún tipo de similitud. Por ello, a continuación se mostrarán las definiciones de cada concepto cognitivo con los que se cree se podría confundir el término de representación social.

3.3.1. Imagen social.

La imagen social se utiliza normalmente como palabra sinónima de ‘representación social’. No obstante, una representación social es mucho más que su imagen ya que ésta forma parte de la primera. La imagen social forma parte del esquema cognitivo y social de los individuos y es utilizada para orientar las respuestas de actitud y las respuestas sociales ante determinados sujetos.

Mientras que la imagen social es la apariencia moral y física que sobre los demás proyecta un objeto y que lo caracterizan; la representación social es mucho más, puesto que implica valoraciones, actitudes, fenómenos, experiencias, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transferidos de generación en generación.

M^a Auxiliadora Banchs (1986), aunque también opinaba que es el concepto que más se utiliza como sinónimo de representaciones sociales, tomando como referencia las palabras de Denise Jodelet explicó al respecto que:

La representación no es un puro reflejo del mundo exterior, una huella impresa mecánicamente y anclada en la mente. No es una reproducción pasiva de un exterior en un interior, concebidos como radicalmente distintos, tal como podrían hacerlo pensar algunos usos de la noción imagen, que la reducen a la idea de ‘copia conforme’ suerte de ‘sensación mental’...los estudios sobre representaciones sociales emplean el término imagen en sentido completamente distintos, ya sea en el sentido de ‘figura’ ‘conjunto figurativo’... ya sea en sus acepciones que ponen en juego la intervención específicamente de lo imaginario...o de la imaginación. (p. 32).

3.3.2. Estereotipo.

Según Santoro (1977), la primera formulación del término ‘estereotipo’ la realizó Lippman en 1922, quien opinaba que “los estereotipos son representaciones o categorizaciones rígidas y falsas de la realidad, producidas por un pensamiento ilógico (...)” (citado por Suarez, Lacalle y Pérez, 2014, p. 257).

Se trata de un concepto articulador entre los procesos psicológicos y cognitivos, y los sociales, pues los estereotipos son suposiciones que tratan sobre grupos y a su vez se crean y

comparten en los grupos y entre los grupos dentro de una cultura. Son constructos cognitivos que aluden a los atributos personales de un grupo social. Estos rasgos se refieren sobre todo a la personalidad pero también a conductas de rol, características físicas y ocupacionales.

Los estereotipos pueden ser de varios tipos: *estereotipos culturales*, que dependen de las costumbres que se posean; *estereotipos sociales* que dependen de la clase social de pertenencia; *estereotipos raciales* que dependen del grupo étnico que formen parte y, por último, *estereotipos vinculados a la religión* que dependen de la religión que se profese.

Mientras que los estereotipos se caracterizan por su rigidez, las representaciones sociales lo hacen por su dinamismo (Mora, 2002) o, dicho de otro modo, “son categorías de atributos específicos a un grupo o género que se caracterizan por su rigidez. Las representaciones sociales al contrario se caracterizan por su dinamismo y se enriquecen y modifican constantemente en el diario comunicar e interactuar en sociedad” (Banchs, 1986, p.31).

3.3.3. Prejuicio.

La palabra prejuicio proviene del latín, concretamente de la palabra *praeiudicium* que significa “juicio previo”. Por consiguiente, se podría decir que el prejuicio es un juicio previo que no se basa en el análisis pormenorizado de las pruebas; son, pues, opiniones dogmáticas y desfavorables respecto a otros colectivos. La persona con prejuicios tiene una opinión definitiva y desfavorable hacia los grupos y, por ende, hacia los individuos por ser miembros de un grupo determinado; lo que supone que tiene una actitud negativa hacia el conjunto de personas determinado.

Este tipo de formas de pensar están unidas a la discriminación, suelen ser negativas y suelen incentivar la división entre las personas. La Inquisición, la esclavitud, el machismo, el racismo, el sexismo y la homofobia serían algunas de las ideologías surgidas a lo largo de la historia como consecuencia del prejuicio. Dichas ideologías se podrían englobar entorno a dos tipos de prejuicio, el social y el racial.

El psicólogo Gordon Allport definió en 1979 el prejuicio en su libro *The Nature of Prejudice* como:

Una actitud suspicaz u hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, por el simple hecho de pertenecer a dicho grupo, y a la que, a partir de esta pertenencia, se le presumen las mismas cualidades negativas que se adscriben a todo el grupo. (Citado por del Olmo, 2005, p. 14).

3.3.4. Discriminación.

La discriminación es el comportamiento dirigido contra los individuos objeto del prejuicio. Este comportamiento da trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etcétera. La discriminación puede ser positiva o negativa.

Es positiva cuando la base de la discriminación no es el prejuicio hacia un grupo o colectivo sino que intenta compensar algún problema o deficiencia que tenga la persona por ser considerada miembro de un determinado grupo social que es valorada como víctima.

Y, la discriminación es negativa cuando se produce un prejuicio a un determinado grupo por poseer unas características determinadas o bien, cuando se perjudica a un determinado grupo basándonos en un prejuicio, existiendo varios tipos de discriminación

negativa. Algunos de éstos serían: discriminación racial o étnica, religiosa, sexual, política, estética, por edad, nivel social y cultural, por discapacidad y, por último, discriminación por enfermedad.

4. CAPÍTULO CUATRO: Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad

4.1. Representaciones sociales del binomio salud-enfermedad.

4.2. Trabajos sobre representaciones sociales de determinadas enfermedades.

4. CAPÍTULO CUATRO: Representaciones sociales de salud y representaciones sociales de enfermedad

Una vez analizado el concepto *representación social* desde la perspectiva de varios autores, identificando sus elementos integrantes y los conceptos afines a la misma con los que es fácil confundirla, resulta interesante repasar los diversos conceptos sobre los que se han analizado sus representaciones sociales a lo largo del tiempo.

Desde el primer trabajo que analizaba la representación que tenía la sociedad francesa del psicoanálisis (Moscovici, 1961), se han analizado muchos y muy diversos temas, como por ejemplo las representaciones sociales de los roles sociales, la globalización, la migración, la economía, las funciones políticas o las enfermedades.

De la diversidad de temas que han tratado las representaciones sociales analizadas, resultan interesantes para la presente investigación los trabajos sobre las representaciones sociales de la salud y las representaciones sociales de la enfermedad y, de todas ellas, interesan de manera especial aquellos trabajos que analizan las representaciones sociales de la enfermedad oncológica.

Por tanto, en el presente capítulo se van a analizar algunos trabajos existentes sobre las representaciones sociales de salud y de enfermedad para, a continuación, centrarse, en el apartado siguiente, en las representaciones sociales que existen sobre el cáncer, el tema principal de la presente investigación.

4.1. Representaciones sociales del binomio salud-enfermedad.

Claudine Herzlich fue la primera autora en realizar una investigación específica sobre la representación social del binomio salud-enfermedad, en 1969. Ella lo definió de la siguiente manera:

Entenderemos por representación social de la salud y la enfermedad, la elaboración psicológica compleja en la cual se integran, en una imagen significativa, la experiencia de cada uno, los valores e informaciones que circulan en la sociedad. Su campo no es menos vasto: trata a la vez sobre los estados (los de salud y los de enfermedad) y sus criterios, sobre las personas (las enfermas, las saludables), sus comportamientos y sus roles. (Citada por Rodríguez y García, 2007, p. 233).

Los resultados que se obtuvieron a partir de las 80 entrevistas abiertas y cuya metodología era cualitativa, señalaron un punto de referencia importante como patrón para un conjunto de estudios sobre el tema que se realizaron a posteriori, ya que los científicos se percataron del interés que suscitaba analizar de qué manera actuaban estas representaciones (las de salud y las de enfermedad) en el campo de la medicina puesto que “el texto (de Herzlich) intenta evidenciar la importancia de las representaciones sociales para abordar múltiples aspectos a diferentes niveles en los procesos de salud-enfermedad” (Rodríguez y García, 2007, p. 233).

Ulteriormente, Herzlich se centró en conocer la congruencia de la salud y la enfermedad como elementos de estudio para las representaciones sociales y llegó a varias conclusiones que se revisarán a continuación brevemente.

En primer lugar, partiendo de la base del modelo médico que explicaba que la salud y la enfermedad eran estados orgánicos de las personas; para la autora, la enfermedad era mucho más: “es un evento desafortunado que amenaza o modifica[...] nuestra vida

individual, nuestra inserción social y por consiguiente el equilibrio colectivo” (Herzlich, citada por Rodríguez y García, 2007, p. 234). Es decir, la salud y la enfermedad no son solamente dos situaciones en las que se ve involucrado únicamente el organismo. Para la autora, estos dos estados, el de salud y el de enfermedad, interfieren en la vida de las personas y en la manera en que se relacionan con la sociedad que les rodea.

En segundo lugar, teniendo en cuenta los estudios antropológicos que se habían realizado sobre las sociedades en general, la enfermedad se tiende a vincular con causas sociales en todas las sociedades. Las representaciones de la enfermedad se arraigan en la memoria social e histórica (Herzlich citada por Rodríguez y García, 2007, p. 234). Como dijera Susan Sontag “la enfermedad es una metáfora; a través de nuestras concepciones de la enfermedad hablamos, de hecho, de otra cosa: de la sociedad y de nuestra relación con ella” (Herzlich citada por Rodríguez y García, 2007, p. 234).

En tercer y último lugar, la salud y la enfermedad forman un elemento importante de estudio para las representaciones sociales ya que en ellas se pueden comprender fácilmente las relaciones entre pensamiento científico y pensamiento social.

Además, la autora puso en evidencia que los grupos de personas que padecen una misma enfermedad (como pueda ser el cáncer, por ejemplo), crean un cuerpo de conocimientos sobre la misma a partir de la observación y la experiencia “infinitamente más fino” que el conocimiento médico-según opinión de Herzlich-y éste es el motivo por el que se puede establecer una “lógica social” que es contraria a la “lógica médica”.

4.2. Trabajos sobre representaciones sociales de determinadas enfermedades.

A partir de las investigaciones mencionadas en el anterior punto, otros trabajos continuaron estudiando la representación social de la salud y, sobretodo de ciertas enfermedades, convirtiéndose algunos de ellos en trabajos muy referenciados en la literatura.

Existen trabajos que analizan las representaciones sociales de dolencias determinadas y que justifican que la enfermedad es un proceso no normativo que puede desestructurar la vida de las personas y por ello es comprensible que surjan las representaciones sociales a nivel social. Algunas de las enfermedades cuyas representaciones sociales han sido mayormente objeto de estudio son: el VIH, las enfermedades mentales y estudios sobre drogadicción.

Existen múltiples trabajos que analizan las representaciones sociales existentes en una sociedad determinada sobre las drogas y/o las adicciones a las mismas, como por ejemplo el trabajo de Baeza y van-Der Hofstad que realizaron un ‘estudio de representación social de la droga en usuarios tratados con metadona’ (2003). Los autores pasaron un cuestionario a 122 sujetos del Programa de Mantenimiento con Metadona de la Cruz Roja de Alicante. El cuestionario, sobre la representación social de la droga, ya existía y fue modificado por los autores del trabajo *ad hoc*. Éste les mostró datos para extraer ciertas dimensiones de la representación social permitiendo a los autores llegar a varias conclusiones que se comentarán brevemente a continuación.

En primer lugar, el estudio mostró una representación social de la droga en usuarios tratados con metadona caracterizada por un entendimiento sobre las consecuencias del uso de drogas como rasgo central. En segundo lugar, el consumo de drogas formaba parte de una cultura entre personas jóvenes donde el consumo de la sustancia tóxica estaba vinculado a la diversión. En tercer y último lugar, los sujetos analizados consideraban externa a ellos

mismos la causa de su situación, es decir, no había dependido de ellos la entrada en el mundo de las drogas, sino de otras causas ajenas a ellos como la facilidad de su uso o que se podían encontrar en cualquier parte (Baeza y van-Der Hofstad, 2003).

Otro trabajo, en la misma línea que el trabajo de Baeza y van-Der Hofstad, fue el de Castellanos (2007) sobre la representación social de las drogas en reclusos de cárceles mexicanas, en el cual se entrevistaron, mediante entrevista semiestructurada, a 135 reclusos, 64% de los cuales resultó ser, en el momento de la entrevista, consumidor de drogas; el promedio de edad de inicio del consumo fue de 16 años y un 47% de ellos se encontraban intoxicados en el momento de cometer el delito.

La autora llegó a la conclusión que la representación social sobre el consumo de drogas se relacionaba con consecuencias de su uso, predominando la destrucción de la vida familiar, el deterioro físico y los problemas legales de la población entrevistada por un lado, y por el otro, la emergencia de escapar de una realidad que les angustiaba y la necesidad de formar parte de un grupo; siendo éstos últimos los dos motivos que tuvieron mayor importancia a la hora de consumir drogas (Castellanos, 2007).

En referencia a trabajos sobre la representación social del VIH también se encontraron bastantes debido a la importancia que adquirió el tema en la década de los ochenta-noventa sobre todo por el elevado número de muertes que ocasionó la enfermedad, por el poco conocimiento que se tenía de la misma y el miedo que causaba entre la población.

Este es el caso del trabajo escrito por Fátima Flores-Palacios y René Leyva-Flores (2003), quienes afirmaban, tal y como es conocido, que la información, aunque no es suficiente para cambiar hábitos de la conducta humana, sin la existencia de ésta el cambio de actitudes y hábitos en la conducta humana en general y en relación al sida en particular, no

sería posible. Afirmación realmente importante y que en el presente trabajo se ha subrayado en varios apartados.

Estas autoras explicaban que en 1980 algunos sectores de la población creyeron que el VIH se producía como un castigo divino. Y es que necesitaban dar una explicación al origen de la pandemia que se empezaba a generar ya que al existir tantas ideas erróneas acerca de la transmisión del VIH, si no se empezaba a dar información veraz al respecto, sería imposible parar la pandemia.

Las autoras realizaron una investigación no probabilística y transversal con la finalidad de analizar la representación social sobre el SIDA en 46 estudiantes mexicanos y concluyeron que la enfermedad del SIDA, en el grupo de sujetos entrevistados, se mostró como un elemento social de cierta complejidad relacionado con otras representaciones sociales entre las que se distinguieron la enfermedad, la sexualidad y la muerte. Es decir, los jóvenes entrevistados tenían claro que el VIH es una enfermedad que puede causar la muerte y que mantener relaciones sexuales de riesgo es una de las maneras mediante la cual se puede transmitir (Flores-Palacios y Leyva-Flores, 2003).

La población entrevistada opinó que todas las personas estaban igual de expuestas al VIH, es decir, no influían ni la clase social ni las preferencias sexuales en la transmisión de la enfermedad; aunque por otro lado, relacionaron el VIH con prostitutas, personas toxicómanas y homosexuales. Así pues, creían que si no formaban parte de ninguno de estos tres grupos, no podían contagiarse de la enfermedad, por consiguiente, este tipo de pensamientos podía tener consecuencias negativas directas en su prevención (Flores-Palacios y Leyva-Flores, 2003).

Por último, el estudio puso de manifiesto que, aunque importante, no era suficiente informar a la población:

En este estudio también se reafirma que no basta con que se les otorgue y maneje la información científica considerada necesaria para su protección; se debe, además, trabajar con mayor énfasis en la cuestión de la distancia con la cual se percibe, las valoraciones y aspectos moralizantes, las emociones ligadas al contexto de la sexualidad y el SIDA, que, entre otros son elementos que podrían contribuir a una mejor traducción entre los elementos cognitivos y las prácticas preventivas. (Flores-Palacios y Leyva-Flores, 2003, p. 630-631).

Además se debía trabajar más la cuestión de lo difícil que creían los sujetos entrevistados que era que uno mismo se contagiase (Flores-Palacios y Leyva-Flores, 2003).

Otro trabajo sobre la representación social del VIH es *Hiv illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes: A multi-site cross-cultural study*, realizado por Reynolds, *et al* en 2009.

Los autores, pasaron varias escalas a la población analizada, además de la necesaria para recoger los datos socio-demográficos y los datos que tenían que ver con la enfermedad. Éstas fueron el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (IPQ), la Escala de Gestión de Síntomas y el HAT-CV, que mide el funcionamiento general, la satisfacción con la vida, las preocupaciones con la salud, el dominio del VIH, las preocupaciones financieras y la revelación (Reynolds et al, 2009).

Del estudio se extrajeron varias conclusiones. En primer lugar, los resultados indicaron que el análisis de las representaciones de la enfermedad podía mejorar la comprensión de los síntomas que se debían vigilar, el manejo de la conducta y la calidad de vida entre las personas que vivían con el VIH (Reynolds et al, 2009).

En segundo lugar, también indicaron que la percepción de la gravedad, las consecuencias y la capacidad para controlar el VIH día a día se asociaban con la frecuencia y

la eficacia percibida de actividades de auto-cuidado y resultados de calidad de vida (Reynolds et al, 2009).

En tercer lugar, también sugirieron que la eficacia de las actividades de cuidado personal podía mediar entre la representación de la enfermedad y los resultados de la calidad de vida. Esto proporcionó una explicación sobre cómo representaciones de la enfermedad afectaban a los resultados en la calidad de la vida (Reynolds et al, 2009).

En cuarto lugar, los resultados mostraron que los individuos con un mayor sentido de control tenían más probabilidades de realizar más actividades de cuidado personal, encontrar que las actividades de auto-cuidado eran más eficaces e informar más de la calidad de vida; mientras que los individuos con menos control podían realizar menos actividades, percibían que las actividades realizadas eran menos eficaces en la calidad y la experiencia de vida era inferior.

En quinto y último lugar, los resultados de este estudio apoyaron un creciente cuerpo de investigación que demostró que los elementos del modelo de autorregulación daban lugar a estrategias de manejo de los síntomas que se asociaban con resultados positivos para la salud (Reynolds et al, 2009).

Los estudios sobre representaciones sociales de enfermedades mentales también son uno de los estudios tópicos más frecuentes sobre representación social que giran en torno al binomio salud-enfermedad, junto con el VIH y la drogadicción. De entre todos los trabajos sobre salud mental cabe destacar, según varios autores (Morant, 2006; Foster, 2001), el trabajo de la autora Denise Jodelet sobre la representación social del demente y su enajenación.

Inspirados en este estudio, múltiples trabajos analizaron la representación social de la enfermedad mental, como por ejemplo el que se realizó bajo el título *What is mental illness?*

Social representations of mental illness among British and French mental health professionals (Morant, 1995); en el cual se describieron las representaciones sociales de la enfermedad mental en los profesionales que trabajaban en el servicio de salud mental en Francia y Gran Bretaña.

En dicha investigación, se realizaron 60 entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajaban en servicios de salud mental británicos y franceses. La muestra incluyó psiquiatras, enfermeros especializados en salud mental, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas profesionales además de varios especialistas en educación (Morant, 1995).

Los resultados sugirieron que había una ambivalencia considerable en el desarrollo social de las representaciones sociales de la enfermedad mental en manos de profesionales de la salud mental. A pesar de esto, se identificaron algunas diferencias significativas entre los dos países en particular. Siendo el origen de estas diferencias el psicoanálisis en Francia por un lado, ya que tuvo una gran influencia entre los expertos en salud mental franceses y en la sociedad francesa en su conjunto, mientras que su impacto siempre fue mucho menos importante en Gran Bretaña. Por el otro lado, el uso de modelos psicológicos, sobre todo estilos de tratamiento cognitivos y cognitivo-conductuales fueron mucho más extendidos en Gran Bretaña que en Francia (Morant, 1995).

Estos hallazgos sugirieron que los profesionales de la salud francesa y británica utilizaban diferentes enfoques teóricos para mediar su comprensión de lo que, en un nivel fundamental, representaban de la misma manera (Morant, 1995).

Otro ejemplo de trabajo de investigación sobre las enfermedades mentales fue el realizado por Susana Marqués e Inmaculada Bartolomé en 2009 bajo el título *¿Cómo podemos encontrar nuevas intervenciones enfermeras?*

El objetivo del trabajo era reconocer y examinar las representaciones sociales de los usuarios de un centro de atención psicológica y social de Brasil sobre el fenómeno del tratamiento psiquiátrico. Para ello realizaron un estudio cualitativo, siendo la entrevista semiestructurada el método de recogida de datos (Marqués y Bartolomé, 2009).

Las autoras llegaron a varias conclusiones que se explican brevemente a continuación.

En primer lugar, las representaciones del tratamiento psiquiátrico estaban muy relacionadas con el uso del medicamento, siendo función del médico la de prescribir la medicación, la del equipo de enfermería cuidar y la función del psicólogo escuchar y conversar con los usuarios del mencionado centro (Marqués y Bartolomé, 2009).

En segundo lugar, las instituciones cerradas y la violencia fueron dos factores presentes en la representación social del tratamiento psiquiátrico (Marqués y Bartolomé, 2009).

En tercer y último lugar, las actividades y el trabajo perduran en el tiempo a través de las relaciones interpersonales, dando la posibilidad a los sujetos de tener mayor interacción social, reintegrando al enfermo mental a su medio (Marqués y Bartolomé, 2009).

5. CAPÍTULO CINCO: Representaciones sociales de cáncer

5. CAPÍTULO CINCO: Representaciones sociales de cáncer.

Como se ha podido observar en el punto anterior, los trabajos sobre representaciones sociales del VIH, de las enfermedades mentales y de la drogadicción son muy relevantes, siendo éstos seguidos de otras enfermedades igualmente importantes por su prevalencia y gravedad como es el caso de la enfermedad oncológica.

De los trabajos que analizan las representaciones sociales del cáncer, la mayoría se dedica al análisis de la representación social del cáncer asociado a un órgano concreto, siendo, sin embargo, la representación social del cáncer en general y la del enfermo oncológico mucho menos analizadas.

En referencia a este tipo de investigaciones se encontraron, por ejemplo, estudios de representación social de cáncer de mama, como el de Giraldo y Arango (2009) cuyo objetivo era comprender las representaciones sociales del cáncer de mama y su influencia en la prevención y el autocuidado en un grupo de mujeres de Medellín (Colombia).

Se trató de un estudio cualitativo que empleó, como técnica de recolección de datos, la entrevista semiestructurada. Éste duró 24 meses y se desarrolló entre los años 2006 y 2008. En cuanto a la muestra utilizada, fueron 19 mujeres entre 18 y 64 años no diagnosticadas de cáncer de mama donde se incluyeron mujeres de los 3 grupos étnicos que convivían en Colombia, prevaleciendo las mujeres de raza blanca.

Los resultados obtenidos revelaron por un lado, que el conocimiento sobre las prácticas de autocuidado era vago y escaso; el autoexamen, la mamografía y el examen clínico no se hacían o se realizaban sin la debida frecuencia. Y por el otro lado, que ante la posibilidad de padecer cáncer de mama, algunas mujeres verbalizaron su desorientación y escasa preparación para afrontarlo.

Las conclusiones obtenidas por las autoras fueron las siguientes: en primer lugar, las mujeres entrevistadas adoptaron una representación negativa del cáncer de mama que no favorecía la prevención y el autocuidado. En segundo lugar, el estudio puso de manifiesto la poca educación acerca del autocuidado y la prevención que poseía la población estudiada. Y en tercer y último lugar, a las autoras les intrigó que las mujeres del estudio, aunque no habían sido diagnosticadas de cáncer, describieron vívidamente sus preocupaciones frente a sus efectos (Giraldo y Arango, 2009).

Otro estudio de representación social del cáncer asociado a un órgano concreto, fue el realizado por Claes *et al* (2005), cuyo objetivo era, en primer lugar, evaluar las representaciones sociales de la angustia y la enfermedad un año después de haber recibido resultados predictivos positivos de las pruebas para cáncer de ovario con mutaciones BRCA1/2 en el contexto de un enfoque multidisciplinario. Y, en segundo lugar, delinear las variables pre-test que se asociaban con la angustia en el post-test.

Las conclusiones obtenidas en el estudio revelaron que no se encontraron niveles elevados de angustia clínica en la mayoría de los portadores del gen BRCA1/2, 1 año después de la noticia (Claes et al., 2005).

Otra investigación sería la que realizaron Rozema, Völlink y Lechner (2009) sobre las representaciones del cáncer de mama que analizaba el papel de las representaciones de la enfermedad en el afrontamiento y la salud de los pacientes tratados con cáncer de mama. Cuyo objetivo principal era examinar la relación de las representaciones cognitivas y emocionales del cáncer de mama mediante el modelo de sentido común de la cognición de la enfermedad con las estrategias de afrontamiento y la salud percibida de los pacientes que fueron tratados de cáncer de mama (Rozema, Völlink y Lechner, 2009).

Así pues, trabajos que relacionan representación social del cáncer con un órgano concreto no son difíciles de encontrar. Sin embargo, la representación que tiene la sociedad con respecto de la enfermedad oncológica en general y su enfermo en particular, ha tenido menos atención de los investigadores. No obstante, y a pesar de que no son muchos los trabajos existentes, cabría mencionar al menos tres de ellos por la relevancia de sus descubrimientos.

El primero es el que publicaron Conill y Lozano en 1988 en la revista *Psiquis* con el título *Estudio preliminar sobre la representación psicosocial del cáncer*. El objetivo del mismo era sondear actitudes, conocimientos, imagen social y medidas preventivas que con respecto al cáncer tenía la sociedad de entonces (Conill y Lozano, 1988). Para ello, los autores enviaron un cuestionario a una muestra de diferentes profesionales universitarios: psicólogos, arquitectos, farmacéuticos, abogados y médicos, todos ellos colegiados; con el fin de destacar los aspectos más relevantes que apuntaban los encuestados. La elección de la muestra se realizó de forma aleatoria y, del total de los 555 cuestionarios enviados, tan sólo fueron válidos 157, representando así el 28,2% de las encuestas enviadas (Conill y Lozano, 1988).

Los autores, de los resultados obtenidos, destacaron los siguientes aspectos: una perseverancia personal en la solución del problema ayudaría a superarlo; hablar con naturalidad del cáncer ayudaría a afrontar mejor la enfermedad; la enfermedad oncológica era vista por la sociedad como una enfermedad que estigmatizaba y, el hecho de informar a un paciente de cáncer de su dolencia debería quedar mediatizado por el propio paciente; así como la decisión de alargar la vida de un enfermo oncológico terminal debería ser tomada en función de la calidad de vida que se le ofreciera (Conill y Lozano, 1988).

Además creyeron que era interesante constatar en primer lugar, la importancia que tenía que los enfermos de cáncer aceptasen su enfermedad; en segundo lugar que el cáncer iba unido a dolor y muerte; en tercer lugar, que los médicos no deberían ser quienes decidieran informar al paciente de su enfermedad de manera unilateral, pues la decisión de informar o no también está ligada a ciertas circunstancias personales que probablemente tan sólo conozcan familiares y amigos; en cuarto lugar, se puso en evidencia que parecía conveniente alargar más de lo debido la vida de enfermos oncológicos en situación terminal; en quinto y último lugar, la calidad de la información que daban los medios de información de aquella época no era la adecuada.

Como conclusión de la representación social del enfermo que se extrae en este trabajo se deduce que resultaba importante para la población de la época de los 80 concienciar a la población con el desarrollo de campañas educativas respecto al cáncer. Además, señalaban el beneficio de formar un equipo multidisciplinar en el que las decisiones que se tuvieran que tomar fueran compartidas dada la dificultad de las variables que incidían en el enfermo y que complicaban su entorno social, familiar, económico, psicológico y clínico (Conill y Lozano, 1988).

Si bien el trabajo de Conill y Lozano resulta interesante, no es menos cierto que presenta algunas limitaciones. Así por ejemplo, los autores emplearon una muestra con un nivel educativo, social y económico elevado, no siendo representativo de la sociedad, además de no poder extrapolar dichos resultados a la realidad debido al tamaño tan reducido de la muestra. Por otro lado, aunque este trabajo tan sólo es un estudio preliminar sobre representación social, llama la atención que los autores considerasen que el cáncer es una enfermedad que era vista por la sociedad analizada como estigmatizante.

El segundo trabajo es el realizado por la Asociación Española Contra el Cáncer en el año 2012 y que recibe el nombre de *Oncobarómetro, percepción y conocimiento de factores de riesgo de un cáncer*. Se trata de una encuesta realizada en España sobre las percepciones y actitudes de la población con respecto del cáncer que, aun no siendo un trabajo sobre representación social del cáncer aporta información muy útil al respecto del presente trabajo.

En el estudio participaron 7.938 personas y fue realizado conjuntamente por el Observatorio del Cáncer AECC y el Instituto de Salud Carlos III.

La finalidad del estudio era conocer en qué medida la población estimaba el efecto de diferentes elementos de riesgo vinculados con estilos de vida (tabaco, uso de alcohol, exposición al sol, tipo de alimentación, peso y enfermedades de transmisión sexual), historia familiar de cáncer y aspectos ambientales (exposición a rayos X y otras radiaciones, estar en contacto con sustancias nocivas o tóxicas y contaminación atmosférica) en el desarrollo de un cáncer, así como determinar diferencias en la percepción de estos componentes, en función de características demográficas, socioeconómicas, de salud y de conocimientos y percepciones sobre la enfermedad (AECC, 2012).

De la representación social que se desprende en este trabajo puede concluirse que los encuestados percibieron en mayor medida el efecto del tabaco en el cáncer y en menor medida el correspondiente al peso, al tipo de alimentación y a las enfermedades de transmisión sexual. Los hombres mostraron, en general, una menor percepción de los factores de riesgo que las mujeres, mientras que el comportamiento en función de la edad y el nivel de estudios variaba en función del factor de riesgo estudiado. Sobresalía fundamentalmente la importancia de tener conocimientos relacionados con la enfermedad oncológica al fomentar una mayor percepción de los factores de riesgo. En particular, haber recibido sugerencias para prevenir el cáncer por parte de un profesional sanitario, el acceso a la información sobre

esta enfermedad y el conocimiento de síntomas de cáncer se traducían en una mayor conciencia sobre el efecto negativo de los factores de riesgo.

El tercer y último trabajo que se revisará lleva por título *El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social* (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010). El objetivo de este trabajo fue el análisis de la representación social del cáncer y de los enfermos oncológicos en la población española.

Para ello se entrevistaron a 200 sujetos. El método utilizado fue la realización de entrevistas estructuradas que contenían asociaciones libres de palabras ante términos estímulo y preguntas semicerradas. Las respuestas obtenidas fueron analizadas a partir de análisis descriptivos y análisis de contenido.

Los resultados indicaron que existía una representación social del cáncer y del enfermo oncológico y que parte de ella sufría variaciones en función de la pertenencia a determinadas categorías o grupos sociales.

Los resultados fueron relevantes en el contexto sanitario ya que dichos conocimientos permiten a los sanitarios analizar su comunicación con el paciente y poder llevar a cabo un trato diferenciado del enfermo de cáncer, no por su pertenencia social a un grupo de enfermos determinado, sino por sus peculiaridades personales, lo que incrementa la efectividad de la acción profesional (Llinares, Benedito y Piqueras, 2010).

La falta de más trabajos específicos que investigan la representación social al respecto del cáncer y su enfermo en una sociedad concreta, como pueda ser la valenciana, junto con otras causas como puedan ser la importancia de la patología implicada, así como el aumento en la incidencia y prevalencia, la mortalidad, la dificultad de diagnóstico en cierto tipo de tumores, entre otras, es lo que justifica la presente investigación.

De igual manera que sucedió en los años 80 con el SIDA, conocer las creencias que posee la sociedad ayuda a superar la enfermedad, a convivir con ella y a aprender a prevenirla. También ayuda a comprender al enfermo y a explicar aspectos como su identidad deteriorada o la falta de implicación y compromiso con el tratamiento, entre otras.

Es por ello que este trabajo pretende averiguar la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer. Cuantos más conocimientos se tengan de la imagen mental que posee la sociedad en general y los profesionales sanitarios en particular, más cerca se estará de tratar de la manera más correcta posible a este tipo de personas. Como se indicara en apartados anteriores la información hace libre a las personas, les libera de prejuicios y les permite afrontar la realidad de una manera diferente.

SEGUNDA PARTE

LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

SECCIÓN SEGUNDA

EL PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO SEIS: El planteamiento de la investigación empírica

6. CAPÍTULO SEIS: El planteamiento de la investigación empírica

6.1. Los objetivos.

6.2. Las hipótesis.

6.3. La descripción de la muestra.

6.4. La descripción de los instrumentos.

6.4.1. La entrevista semiestructurada: C.R.S.C

6.5. El procedimiento de análisis.

6. CAPÍTULO SEIS: El planteamiento de la investigación empírica.

6.1. Los objetivos.

El objetivo general del presente trabajo de investigación es identificar la representación social del cáncer de personas adultas en la Comunidad Valenciana para aumentar la comprensión del fenómeno y poder adoptar la conducta más apropiada en la acción enfermera a partir del análisis de la realidad concreta. Este objetivo general se concreta en dos objetivos específicos:

OBJETIVO 1. Describir la representación social del enfermo oncológico y su patología en la población de la Comunidad Valenciana.

Objetivo 1.1. Obtener una representación social del cáncer y del enfermo oncológico de la muestra general de la población que reside en la Comunidad Valenciana.

Objetivo 1.2. Describir las diferencias intercategoriales de la representación social del cáncer en función de la edad, el sexo, el nivel de estudios, vivencia en pareja, creencias religiosas, tener relación con el cáncer y el tipo de relación que la persona tiene con el enfermo oncológico.

OBJETIVO 2. Analizar si existen diferencias entre el personal sanitario y la población general en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

Objetivo 2.1. Obtener una representación social del cáncer y del enfermo oncológico del personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos).

Objetivo 2.2. Describir las diferencias intercategoriales de la representación social del cáncer en función de la pertenencia al grupo de personal sanitario o de población en general.

6.2. Las hipótesis.

A partir de lo expuesto en los objetivos, las hipótesis se describen desde la diferenciación por objetivos generales.

HIPÓTESIS 1: La existencia de una representación social concreta del cáncer y del enfermo de cáncer en la población general de la Comunidad Valenciana

En el marco teórico se caracteriza, por un lado, a la ‘representación social’ como una ‘preparación para la acción’ porque guía el comportamiento y porque remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Las representaciones sociales le proporcionan sentido al comportamiento y lo integran en la red de relaciones sociales donde está ligado a su objeto (cáncer, enfermo oncológico) y, al mismo tiempo, proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones. Las representaciones sociales varían en función de la clase social, cultura o grupo al que se pertenezca. Es la visión que se tiene de un objeto en concreto, teniendo en cuenta, además de las variables antes citadas, las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos a lo largo de la vida (Sánchez, 2010).

Por el otro lado, se caracteriza al cáncer como una de las enfermedades más graves de la actualidad, siendo la segunda causa de muerte en España (INE, 2017), y que más impacto social tiene. Y lo es, además de por los efectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales que produce en las personas afectadas, también por su morbilidad y tasa de mortalidad

asociadas a él. Ya que la dolencia oncológica afecta a un porcentaje considerable de la población, en el que debe incluirse no sólo al enfermo, sino también a su núcleo más próximo, familiares y amigos íntimos, y también al personal que trabaja con este tipo de personas, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos y demás profesionales de la salud.

Esta hipótesis se fundamenta, en primer lugar, en el trabajo de autores como Serge Moscovici, Denise Jodelet, M^a Auxiliadora Banchs, Tomás Ibáñez, Darío Páez, Jean-Claude Abric y Willem Doise que guían en el entendimiento de lo que significa la representación social y explican el impacto que produce en la sociedad conocer la representación social sobre un objeto concreto, como en este caso la enfermedad oncológica y el enfermo de cáncer.

En segundo lugar, se basa en los trabajos de Claudine Herzlich ya que los resultados que se obtuvieron a partir de la investigación específica sobre la representación social del binomio salud-enfermedad que realizó en 1969, señalaron un punto de referencia importante como patrón para un conjunto de estudios sobre el tema que se realizaron a posteriori, ya que los científicos se percataron del interés que suscitaba analizar de qué manera actuaban las representaciones de salud y de enfermedad en el campo de la medicina (Rodríguez y García, 2007).

HIPÓTESIS 2: La existencia de diferencias entre el personal sanitario y la población general en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer

Esta hipótesis parte de la consideración que el personal sanitario en general y los profesionales de enfermería en particular poseen una serie de conocimientos, habilidades y destrezas que les preparan para dar cobertura a las necesidades de los enfermos oncológicos y que, por consiguiente, el equipo de profesionales que trabajan con este tipo de pacientes poseen conocimientos sobre el cáncer basados en la evidencia científica que hacen que tengan

una representación social diferente de la que tiene la población general, ya que ésta no posee conocimientos sobre el cáncer basados en la evidencia científica.

M^a Auxiliadora Banchs opinaba que las representaciones sociales parten de la cultura y la sociedad de pertenencia y en éstas influye por un lado, tradiciones, mitos, creencias y saberes populares, y por el otro, la sociedad de pertenencia no sólo teniendo en cuenta el concepto *sociedad* como sociedad global (sociedad valenciana), sino también como grupo específico (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos). Estos dos conceptos - la cultura y la sociedad- cambian y se modifican y, en consecuencia, hacen cambiar la representación social (Banchs, M. A. 1999).

6.3. La descripción de la muestra.

La investigación que se presenta en esta Tesis Doctoral es un estudio descriptivo (Taylor y Bogdan, 1986). Las entrevistas fueron realizadas en el momento en el que los entrevistados dieron su consentimiento. Los participantes fueron informados tanto del estudio que se estaba realizando como de su carácter anónimo. Todos los sujetos participaron voluntariamente en el estudio.

El tipo de muestreo fue incidental no probabilístico; en concreto se optó por una muestra de hombres y mujeres en función de la edad, convivencia en pareja, nivel educativo, profesión y existencia y tipo de relación con el enfermo oncológico.

Posteriormente, y una vez delimitados los colectivos a estudiar, se llevó a cabo un muestreo por medio del que el investigador selecciona a los informantes siguiendo el criterio de voluntariedad. Junto a ello, este estudio respetó los criterios de rigor metodológico

propuestos por Guba y Lincoln (2002), que garantizan la validez y confiabilidad de la investigación cualitativa.

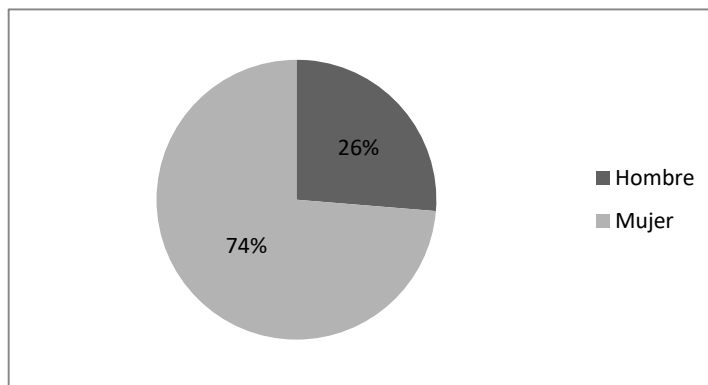
El universo al que pertenece la muestra de sujetos que participaron en la investigación estaba compuesta por personas pertenecientes a personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos) y a la población general, de ambos sexos y que residían en la provincia de Valencia. Todos ellos participaron de forma voluntaria en la investigación.

El muestreo se realizó en función de la existencia y tipo de relación de los sujetos entrevistados con el cáncer.

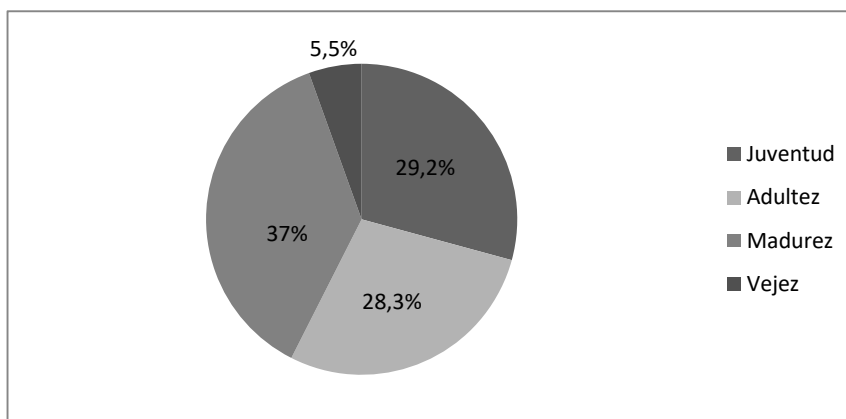
La muestra a partir de la cual se realizaron los análisis estaba compuesta por 619 sujetos que fueron entrevistados entre enero del 2008 y noviembre del 2013.

Las características de la muestra se describen a continuación a partir de los criterios de *sexo, edad, convivencia en pareja, nivel educativo, profesión, nacionalidad, creencias religiosas y existencia y tipo de relación con el enfermo oncológico*. Además, a los individuos que pertenecían al grupo de *personal sanitario* se les preguntó por la *existencia de una segunda profesión y tipo de sanidad en la que trabajaban*.

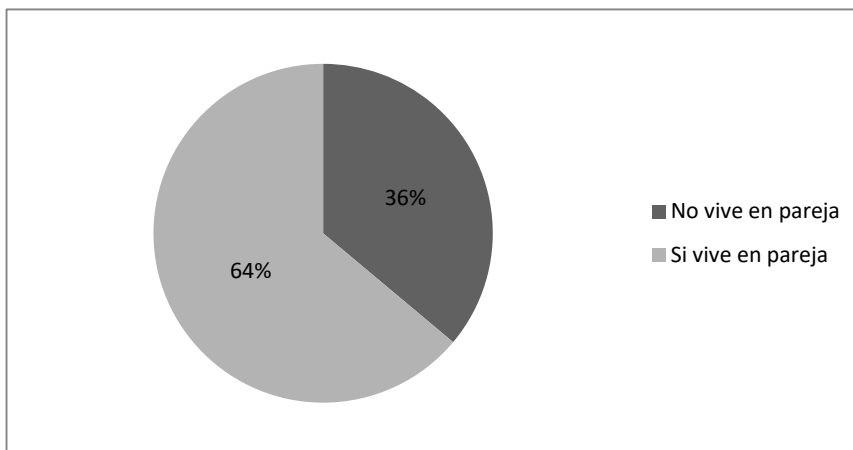
La muestra fue dividida, en primer lugar, en función del **sexo** y existía representación suficiente de cada uno de los géneros aunque, el porcentaje de mujeres era superior al de hombres.



La segunda variable analizada es la **edad**. Para ello se establecieron cuatro intervalos de edad: de 18 a 30 años (juventud); de 31 a 40 años (adulthood); de 41 a 60 años (madurez) y, por último, de 61 a 80 años (vejez). La mayoría de los encuestados tenían una edad comprendida entre los 41 y los 60 años. La media de edad era de 39,69 años.

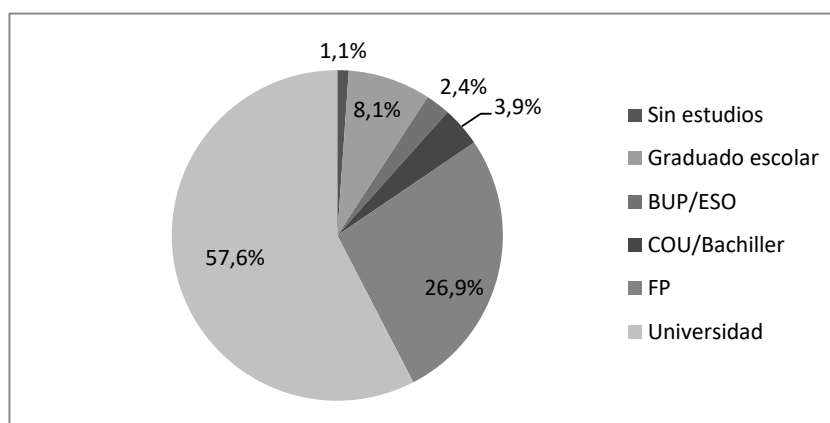


En relación a la **convivencia en pareja**, se les preguntó a los participantes de la investigación si vivían o no en pareja y más de la mitad respondieron afirmativamente.



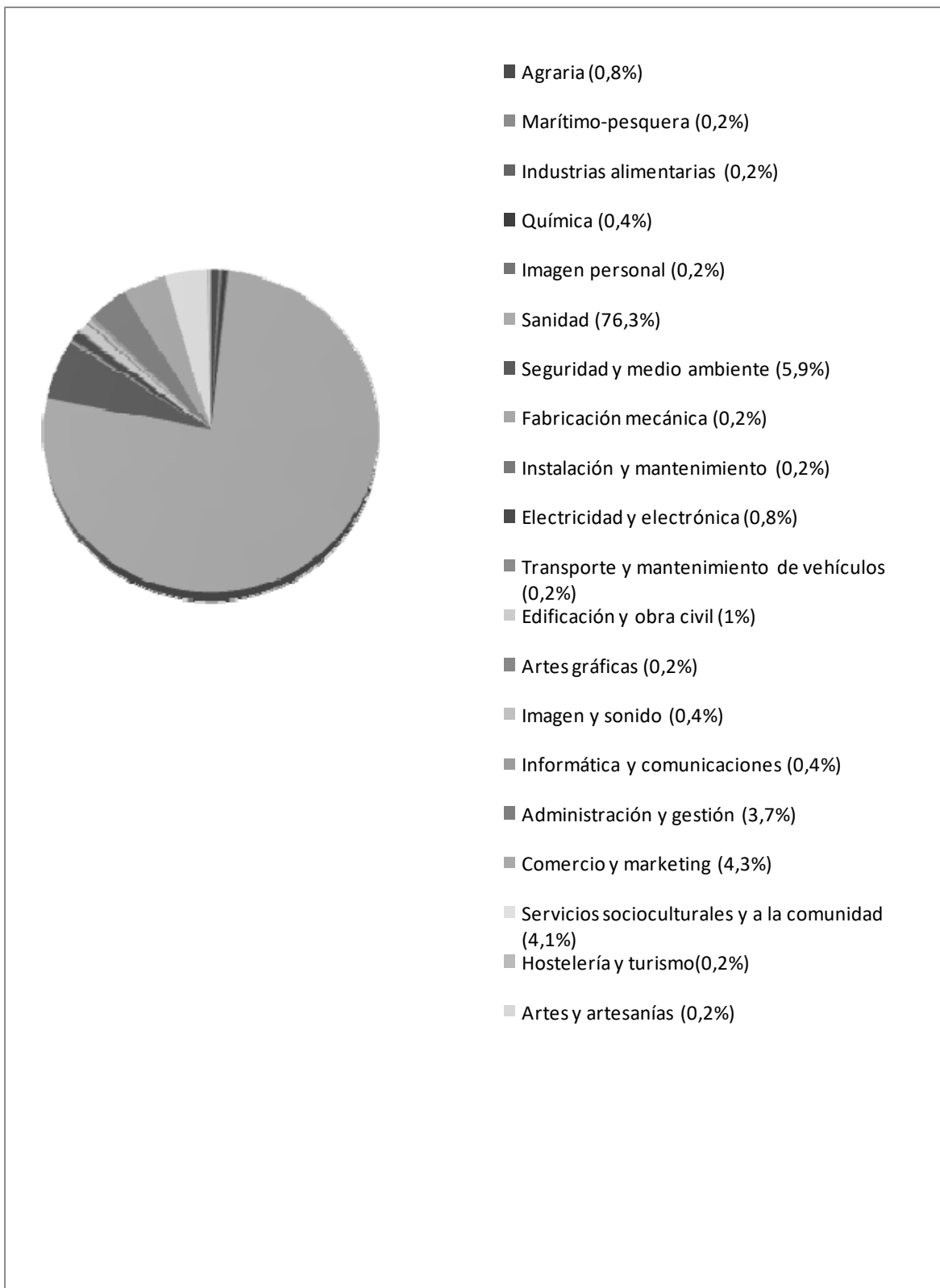
Por lo que respecta al **nivel educativo**, las categorías que se tuvieron en cuenta para tabular la muestra fueron cinco: sin estudios, Graduado Escolar, Formación Profesional, BUP/ESO, COU/Bachiller y, por último, estudios Universitarios.

Casi el 60% de los participantes tenían estudios Universitarios, seguido de F.P con un 26,9% y Graduado Escolar con un 8,1%. Llama la atención que tan sólo 7 personas de las 619 que participaron no tenían estudios. En cuanto a los estudios de B.U.P/E.S.O y C.O.U/Bachiller no se observan diferencias significativas entre sí.

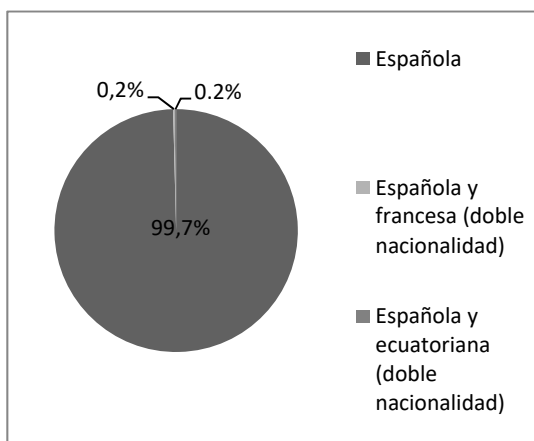


También se analizó la **profesión** de la muestra. Para ello, previamente se realizó una clasificación de las mismas tomando como referencia el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales del Instituto Nacional de las Cualificaciones (2008). Las familias profesionales son las siguientes: *agraria; marítimo-pesquera; industrias alimentarias; química; imagen personal; sanidad; seguridad y medio ambiente; fabricación mecánica; instalación y mantenimiento; electricidad y electrónica; energía y agua; transporte y mantenimiento de vehículos; industrias extractivas; edificación y obra civil; vidrio y cerámica; madera, mueble y corcho; textil, confección y piel; artes gráficas; imagen y sonido; informática y comunicaciones; administración y gestión; comercio y marketing; servicios socioculturales y a la comunidad; hostelería y turismo; actividades físicas y deportivas* y, por último, *artes y artesanías*.

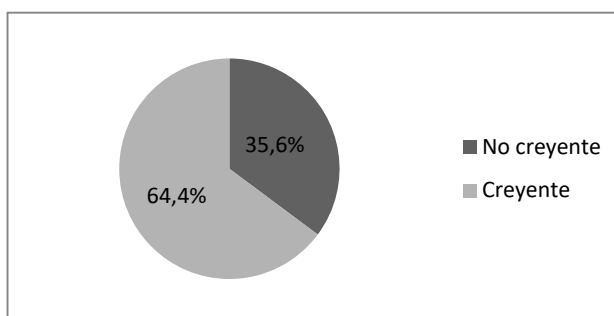
Casi un 80% de la muestra trabajaba en sanidad, siendo 125 participantes auxiliares de enfermería, 194 enfermeros y 35 médicos. Las otras familias profesionales más destacadas en el estudio fueron *seguridad y medio ambiente, administración y gestión, comercio y marketing* y *servicios socioculturales y a la comunidad* con unas frecuencias de 30, 19, 22 y 21 respectivamente.



En cuanto a la **nacionalidad** se refiere, la totalidad de la muestra era de nacionalidad española, habiendo dos encuestados de doble nacionalidad.

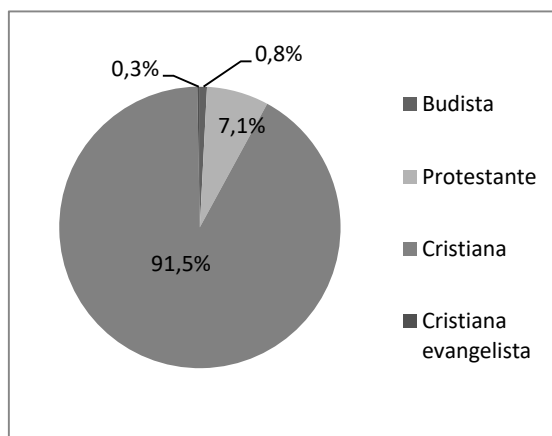


Se analizaron también las **creencias religiosas** de la muestra. Para ello a los sujetos se les preguntó en un primer momento si eran o no creyentes. Casi el 65% de la muestra respondió afirmativamente a dicha cuestión.

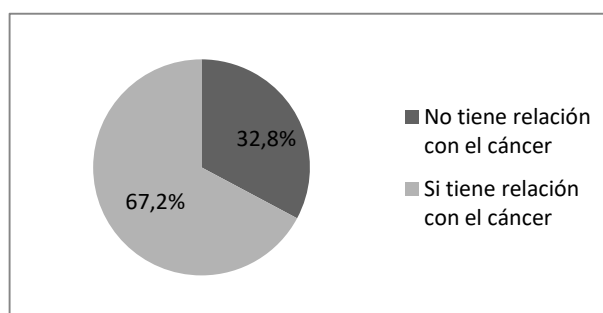


En los casos que el entrevistado afirmó ser creyente, se analizó también la **religión** que profesaba (fuera o no practicante). Las categorías que se obtuvieron fueron las siguientes: budista, protestante, cristiana y cristiana evangelista.

La religión mayoritaria fue la cristiana con una frecuencia de 335 seguida de la protestante con 26. En contraposición se encuentran la religión cristiana evangelista y la budista con una frecuencia de 1 y 3 respectivamente. Llama la atención que uno de los entrevistados indicó que profesaba dos religiones, la cristiana y la budista.

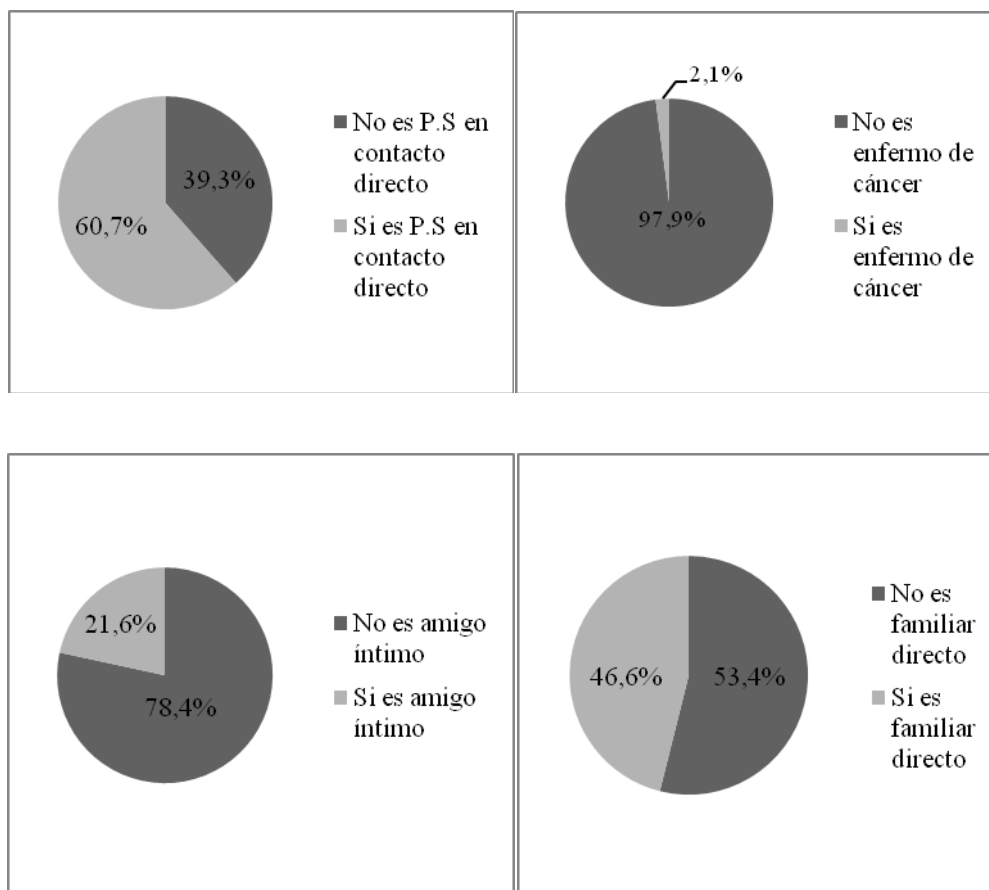


Seguidamente, se les preguntó a los sujetos si tenían o no **relación directa con el cáncer**. Más de la mitad de los participantes en la investigación respondió afirmativamente a dicha cuestión.



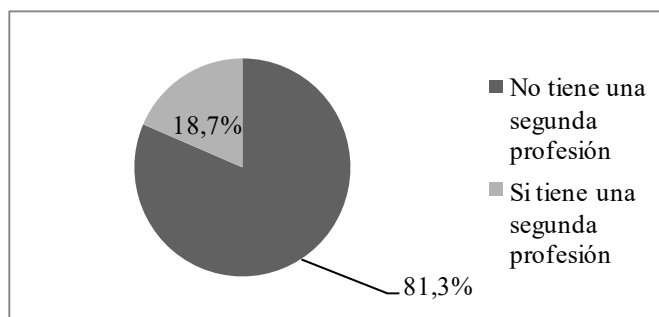
Finalmente, a aquellos sujetos que manifestaron tener relación con la enfermedad, se les pidió que especificaran que **tipo de relación tenían con el cáncer**, dándoles para ello cuatro categorías: profesional sanitario, amigo íntimo, familiar directo y enfermo de cáncer.

9 personas respondieron que eran (o habían sido) enfermos de cáncer, 198 eran familiares directos de un paciente oncológico, 92 eran amigos íntimos y, por último, 258 personas eran personal sanitario en contacto directo con este tipo de pacientes.



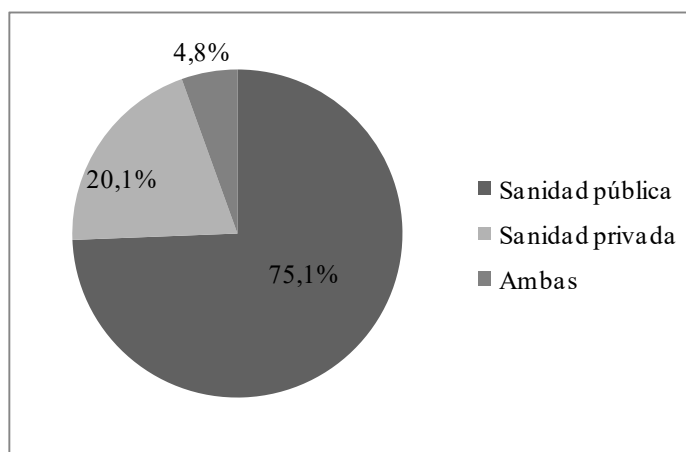
Como se explicaba al principio del capítulo, las características de la muestra perteneciente al grupo *personal sanitario* se describen a partir de dos criterios más que son: *existencia de una segunda profesión y tipo de sanidad en la que trabajan*.

En relación a tener una **segunda profesión**, un 18,7% de la población perteneciente al universo de *personal sanitario* respondió afirmativamente frente a un 81,3% que respondió no tener una segunda profesión.



Y, por lo que respecta al **tipo de sanidad en la que trabajaban**, al personal sanitario se les dio tres opciones, *pública, privada o ambas*.

Más del 75% de la muestra perteneciente al grupo de *personal sanitario* respondió que trabajaba en sanidad pública frente al 20,1% y 4,8% que respondieron que en sanidad privada y en ambas, respectivamente.



6.4. La descripción de los instrumentos.

Para la consecución de los objetivos de la investigación, en consonancia con la mayoría de los trabajos que abordan la temática de las representaciones sociales, se utilizó para la realización de la misma una metodología cualitativa. La metodología cualitativa es la que mejor se adapta a los objetivos de la investigación, las particularidades del hecho a estudiar y las exigencias de la teoría que lo asisten. Este tipo de metodología fue definida por Taylor y Bogdan (1986) como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p. 20).

Para la operativización de la metodología cualitativa de la investigación se utilizó como instrumento de recogida de datos la entrevista. La entrevista, definida por Bingham y Moore (1973) como conversación que está dirigida por un objetivo; es un método económico

y muy eficaz para conseguir la información que se desea. Así pues, la entrevista es un procedimiento de investigación científico que utiliza un método de investigación verbal para recoger información acerca del objetivo prefijado (Pinto y Grawitz, 1969).

Las entrevistas se pueden clasificar según diversos factores (Álvarez, 1984). Entre ellos se encuentra el grado de estructuración: estructurada, semiestructurada y abierta. La entrevista estructurada parte de unas preguntas establecidas. La entrevista semiestructurada pese a disponer de un guión previo, permite cierto grado de libertad durante la entrevista, como por ejemplo ampliar información. La entrevista abierta permite total libertad en el tratamiento de un tema. Utilizando dicho criterio, el tipo de entrevista que se empleó como instrumento de recogida de datos en el trabajo de investigación fue una entrevista estructurada.

La entrevista estructurada es aquella que parte de una secuencia ya fijada de preguntas. Éstas deben plantearse siempre en el mismo orden y utilizando los mismos términos. Además, se forman sobre la base de un formulario que ya está preparado y normalizado con anterioridad y donde se apuntan las respuestas del sujeto entrevistado, muchas de las cuales se encuentran predeterminadas en el guión ya que se les ofrecen a los entrevistados alternativas cerradas de respuestas. Posee las ventajas del cuestionario, que son la fácil objetivación y la cuantificación de los datos y, además, se consigue mayor motivación del entrevistado, lo que evita en mayor medida preguntas sin contestación o con contestaciones incompletas.

6.4.1. La entrevista semiestructurada: C.R.S.C.

A los usuarios se les administró una entrevista estructurada llamada Cuestionario Estructurado de la Representación Social del Cáncer (C.R.S.C) (Llinares, Benedito y

Piqueras, 2010) que solicitaba información sobre el enfermo oncológico y el cáncer. Dicho instrumento fue ampliado con preguntas específicas para la muestra de personal sanitario y se denominó CRSC (modificado). Junto a ello, también se incluyó un cuestionario sociodemográfico. En los Anexos I y II se presentan los instrumentos utilizados.

El diseño de la entrevista CRSC se llevó a cabo en tres fases. En la primera de ellas se llevó a cabo una entrevista en profundidad a diez personas mayores de edad, residentes en la Comunidad Valenciana que fueron escogidas a partir de un muestreo incidental (Andreu, 2001). Las preguntas pretendían conocer las áreas temáticas que contienen la representación social del enfermo oncológico y el cáncer.

En la segunda fase del estudio se llevó a cabo un análisis de las áreas temáticas que se habían tenido en cuenta en diferentes estudios sobre representaciones sociales vinculados a la salud y la enfermedad. Para ello se analizaron trabajos de otros investigadores sobre las representaciones sociales de diferentes enfermedades (por ejemplo, enfermedades mentales, infarto de miocardio, SIDA, diabetes, hipertensión, cefaleas, enfermedades de transmisión sexual, etc.). Una vez especificados los términos y tras consultar con varios expertos en Psicología Social y Psicología de la Salud, se seleccionaron, organizaron y definieron las áreas temáticas que constituirían la guía o índice de las distintas preguntas que compusieron la primera versión de la entrevista estructurada.

En la tercera fase del estudio se elaboró una entrevista estructurada a partir de los resultados obtenidos en las dos fases anteriores. Un reducido grupo de expertos multidisciplinar, compuesto por psicólogos, médicos y enfermeros, generó preguntas para cada una de las áreas. Estas preguntas dieron lugar a una primera versión del instrumento que fue testada con un grupo reducido de voluntarios con edades comprendidas entre 24 y 60 años. La mitad de los voluntarios eran profesionales de la salud (enfermeros). Las

profesiones de la otra mitad de los voluntarios no estaban relacionadas con la sanidad. De estos habían personas no relacionadas con el cáncer y otras personas que sí lo estaban (eran familiares de enfermos de cáncer o enfermos de cáncer).

A partir de estos datos se generó una segunda versión del instrumento que fue pasada para su revisión a un grupo de expertos formado por diferentes profesionales (médicos, psicólogos clínicos, biólogos, licenciados en farmacia, licenciados en periodismo, trabajadores sociales) así como a enfermos de cáncer y familiares de enfermos de cáncer que colaboraron en la modificación y perfeccionamiento del instrumento. Con las aportaciones sugerencias y modificaciones que estos profesionales realizaron sobre el instrumento, se confeccionó, tras sucesivas rectificaciones, la versión definitiva del mismo que volvió a ser testada en un grupo de 15 sujetos antes de su aplicación definitiva.

Una vez construido el instrumento definitivo y tras comprobar en el pase final que el pase del instrumento no presentaba problemas, el instrumento quedó finalmente configurado con un total de diez preguntas que se articulan entorno a doce áreas temáticas: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas; consecuencias; durabilidad y cronicidad; prevención; amenazante y percepción de control; tratamiento; transmisión y contagio; grupo de riesgo; rasgos de personalidad que caracterizan al enfermo oncológico; actitud ante la enfermedad y el enfermo y, en último lugar, información sobre la enfermedad.

La versión final del CRSC, que puede ser consultada en el Anexo I, es una entrevista semiestructurada que está compuesta por un total de 10 preguntas y que requiere entre 30 y 45 minutos para ser completada por cada sujeto. Este instrumento tiene dos partes: la primera recoge los datos de identificación personal y la segunda parte solicita información sobre la representación social del enfermo de cáncer y su enfermedad.

Las cuestiones que hacen referencia a los datos de identificación personal solicitan información sobre la edad, el sexo, la vida en pareja, el nivel de estudios, la profesión, sus creencias religiosas y la nacionalidad. Para concluir esta primera parte, se le pregunta a los sujetos si tienen relación directa con el enfermo de cáncer. En el caso de haber respondido afirmativamente se le pregunta por el tipo de relación que mantiene con el enfermo oncológico.

La segunda parte del cuestionario se centra en la identificación de la representación social del cáncer y del enfermo oncológico por medio de diez preguntas. La primera pregunta pide a los entrevistados que describan las palabras que les viene a la mente, sin orden de importancia, libre y espontáneamente, cuando leen las palabras ‘cáncer’ y ‘enfermo de cáncer’. En ella se pretende el análisis de la identidad de la enfermedad.

La pregunta número 2 de la entrevista está compuesta de 9 ítems que corresponden a las áreas temáticas *durabilidad/cronicidad*, *prevención*, *amenazante/percepción de control* y, por último, *transmisión/contagio*. Los sujetos entrevistados deben puntuar los ítems con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Por ejemplo, “*El cáncer es una enfermedad grave*”.

La pregunta número 3 consta de tres ítems que, al igual que la pregunta anterior, deben puntuarlos con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es: “*Me da miedo el cáncer*”. También consta de tres preguntas cerradas (por ejemplo, “*¿Cree que todos podemos tener cáncer?*”) donde se aceptan dos opciones de respuesta (sí/no). Esta pregunta solicita información sobre las áreas temáticas: *amenazante/percepción de control* y *grupo de riesgo*.

La pregunta número 4 de la entrevista estructurada solicita información sobre el área temática *grupo de riesgo*, donde se pide a los sujetos entrevistados que contesten una

pregunta cerrada (“¿A qué edad cree que se es más vulnerable al cáncer?”) donde se indican cinco opciones de respuesta: *niños, adolescentes, adultos, personas mayores y a cualquier edad*.

La pregunta número 5 solicita información sobre el área temática de *prevención* y está compuesta por una pregunta cerrada y una pregunta abierta. La pregunta cerrada ofrece dos opciones de respuesta (sí/no) y la pregunta es la siguiente: “¿En general, cree que el cáncer se puede prevenir?”. Una vez contestada, los sujetos deben indicar de qué modo se puede prevenir el cáncer (pregunta abierta).

La pregunta número 6 de la entrevista estructurada solicita información sobre el área temática *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*. Al igual que ocurre en la pregunta número 5, los sujetos deben contestar primero una pregunta cerrada (“¿Cree que los enfermos de cáncer tienen algún síntoma, característica o rasgo físico fácilmente identificable?”) que ofrece dos opciones de respuesta (sí/no) para luego contestar una pregunta de tipo abierta (“En caso afirmativo, por favor, indique cuales”).

La pregunta número 7 de la entrevista solicita información sobre el área temática *rasgos de personalidad*, está formada por un total de 20 adjetivos que pueden describir al enfermo de cáncer. Los entrevistados deben puntuarlos con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Sin embargo, si los sujetos consideran que alguno de estos adjetivos no describe al enfermo de cáncer, pueden marcar la casilla de *indiferente*. Los adjetivos son: *introvertido, activo, considerado, simpático, bueno, débil, divertido, eficaz, enfermo, generoso, sincero, honrado, impulsivo, intolerante, inútil, pesimista, profundo, resignado, triste y valiente*.

La pregunta 8 de la entrevista estructurada solicita información sobre las áreas temáticas de *consecuencias de la enfermedad, causas, actitud ante la enfermedad/enfermo e*

información sobre la enfermedad, donde los sujetos deben puntuar los diferentes ítems con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Un ejemplo de pregunta es la siguiente “*Tengo una actitud positiva hacia el cáncer*”.

La pregunta número 9 del cuestionario solicita información sobre el área temática *información sobre la enfermedad*. En ella se pregunta a los entrevistados dónde han obtenido mayoritariamente la información que tienen del cáncer. Las alternativas de respuesta son las siguientes: *amigos, conocidos o familiares; medios de comunicación; revistas especializadas; profesionales de la salud, artículos y libros científicos, formación académica; y otros (pregunta abierta)*.

El cuestionario concluye con la pregunta número 10 que solicita información sobre el área temática *tratamiento*. Es una pregunta abierta donde los sujetos que son entrevistados deben indicar los tratamientos que consideran más efectivos contra el cáncer.

Para la muestra de personal sanitario, el CRSC fue ampliado con algunas preguntas más que a la muestra general. Con respecto a las cuestiones que hacen referencia a los datos de identificación personal, al solicitarle información sobre la profesión, se le pide que especifique si es: *auxiliar de enfermería, diplomado/a en enfermería, médico*. Le sigue una pregunta abierta sobre la existencia de una segunda profesión. A continuación se pregunta al sujeto si trabaja en sanidad *pública, privada* o en *ambas*.

La segunda parte del cuestionario, al igual que ocurre con el CRSC, se centra en la exploración de la representación social del cáncer y del enfermo oncológico y consta de las mismas preguntas que el cuestionario original, pero se añaden tres más y hay alguna modificación en alguna de ellas.

Como se indicaba en el párrafo anterior, esta parte consta de 13 preguntas. A continuación, se pasan a detallar cada una de las preguntas en el mismo orden en el que aparecen en la entrevista estructurada que completaron los sujetos pertenecientes al grupo de *personal sanitario*.

La pregunta número 1 de la entrevista estructurada (área temática *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*) es una pregunta abierta donde se pide a los sujetos que escriban las tres enfermedades que le dan más miedo o que le parezcan más peligrosas.

La pregunta número 2 de la entrevista estructurada (área temática *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*) es una pregunta abierta donde se pide a los sujetos entrevistados que escriban las palabras que se les ocurra cuando leen las palabras *cáncer* y *enfermo de cáncer*.

La pregunta número 3 de la entrevista solicita información sobre el área temática *actitud ante la enfermedad/enfermo*. Es una pregunta abierta donde se le pide a la muestra que responda que sentiría si le dijeran, en una revisión rutinaria, que tiene cáncer.

La pregunta número 4 que solicita información sobre el área temática *actitud ante la enfermedad/enfermo*, es una pregunta abierta donde se le pregunta a los entrevistados cuales son las 3 primeras cosas que harían si les informaran, en una revisión rutinaria, que tienen cáncer.

La pregunta número 5 de la entrevista está compuesta de 9 ítems que solicita información sobre las áreas temáticas *durabilidad/cronicidad*, *prevención*, *amenazante/percepción de control* y, por último, *transmisión/contagio* (por ejemplo “*El cáncer es una enfermedad duradera*”). Los sujetos entrevistados, deben puntuar los ítems

con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo.

La pregunta número 6 consta de tres ítems que, al igual que la pregunta anterior, deben puntuarlos con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es “*El cáncer es una de las enfermedades más graves de nuestro tiempo*”. También consta de tres preguntas donde se aceptan dos opciones de respuesta (sí/no). Un ejemplo de pregunta es “*¿Cree que usted podría ser algún día enfermo de cáncer?*”. Si la última pregunta es contestada afirmativamente, los sujetos entrevistados deben contestar una pregunta abierta. La pregunta es la siguiente: “*¿Qué personas cree que tienen más riesgo de contraer esa enfermedad?*”. Las cuestiones de la pregunta número 6 del cuestionario pertenecen a las áreas temáticas de: *amenazante/percepción de control y grupo de riesgo*.

La pregunta número 7 de la entrevista estructurada solicita información sobre el área temática *grupo de riesgo*, donde se pide a los sujetos entrevistados que contesten una pregunta cerrada (*¿A qué edad cree que se es más vulnerable al cáncer?*) y donde se ofrecen cinco opciones de respuesta: *niños, adolescentes, adultos, personas mayores y a cualquier edad*.

La pregunta número 8 solicita información sobre el área temática de *prevención* y está compuesta por una pregunta cerrada (“*¿En general, cree que el cáncer se puede prevenir?*”) que ofrece dos opciones de respuesta (sí/no). Una vez contestada, los sujetos deben indicar de qué modo se puede prevenir el cáncer (pregunta abierta).

La pregunta número 9 de la entrevista estructurada solicita información sobre el área temática *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*. Al igual que ocurre en la pregunta número 8, los sujetos deben contestar primero una pregunta cerrada (“*¿Cree que*

los enfermos de cáncer tienen algún síntoma, característica o rasgo físico fácilmente identificable?”) que ofrece dos opciones de respuesta (sí/no) para luego contestar una pregunta de tipo abierta: “En *caso afirmativo, por favor, indique cuales*”.

La pregunta número 10 de la entrevista (área temática *rasgos de personalidad*), está formada por un total de 21 adjetivos que pueden describir al enfermo de cáncer, en vez de 20 adjetivos como ocurre en el cuestionario original. Como sucede con preguntas anteriores, los entrevistados deben puntuarlos con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Sin embargo, si los sujetos consideran que alguno de estos adjetivos no describe al enfermo de cáncer, pueden marcar la casilla de *indiferente*. Los adjetivos son: *activo, bueno, considerado, débil, divertido, eficaz, enfermo, extrovertido, generoso grave, honrado, impulsivo, intolerante, introvertido, inútil, pesimista, resignado, simpático, sincero, triste y valiente*.

La pregunta 11 de la entrevista estructurada solicita información sobre las áreas temáticas de *consecuencias de la enfermedad, causas, actitud ante la enfermedad/enfermo e información sobre la enfermedad*; donde los sujetos deben puntuar los diferentes ítems con una escala del 1 al 10, donde el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 indica totalmente de acuerdo. Un ejemplo de ítem es: “*Tengo una actitud positiva hacia el cáncer*”.

La pregunta número 12 del cuestionario (área temática *información sobre la enfermedad*) es una pregunta abierta donde se consulta a los entrevistados donde han obtenido mayoritariamente la información que tienen del cáncer. Se ofrecen varias alternativas de respuesta, en este caso, diferentes a las del instrumento original: *estudios profesionales y formación académica, medios de comunicación (televisión, periódicos, revistas, etc.), otros profesionales de la salud, artículos y libros científicos y libros y otros (a concretar)*

El cuestionario concluye con la pregunta número 13 que solicita información sobre el área temática *tratamiento*. Es una pregunta abierta donde los sujetos que son entrevistados deben indicar los tratamientos que consideran más efectivos contra el cáncer.

6.5. El procedimiento de análisis

Para describir la representación social del cáncer se llevaron a cabo análisis descriptivos. También se utilizó este tipo de análisis junto al orden de evocación en las preguntas en donde se solicitaba la asociación libre de palabras. De este modo se calcularon las medias de frecuencia y las medias de orden de aparición así como las medias generales de las dos medidas. Sobre estas medias generales se hicieron los cortes para determinar lo que es central y lo que es periférico. Por encima del 85% de la población se consideró que era información que correspondía al núcleo central de la representación social del cáncer y por debajo de ese corte al núcleo periférico.

En un segundo momento, y para el análisis de las diferencias más relevantes que presentan los diversos sectores de la muestra en las variables estudiadas en función de su pertenencia a distintos grupos o categorías sociales, se utilizó el Análisis de Varianza y pruebas t.

Para analizar las palabras que se obtuvieron por medio de la asociación libre de palabras se realizó un análisis de contenido temático. Para la creación de las categorías se tuvo en cuenta que debían reunir las siguientes características: exhaustividad, exclusión mutua, homogeneidad, pertinencia, objetividad y fidelidad y productividad (Fox, 1981). Las categorías en las que las palabras debían ser codificadas se explicó a los tres jueces. Cada juez trabajó de forma independiente para clasificar las palabras. La consistencia o fiabilidad del sistema de clasificación de las estrategias de búsqueda en esta investigación se obtuvo a

partir del acuerdo alcanzado entre dos jueces sobre la asignación de las unidades a las diversas categorías (Krippendorff, 1990). El valor de Kappa de Cohen es superior a 0.87 por lo que puede concluirse muy buena concordancia (Altman, 1991).

Posteriormente, y una vez ordenadas las palabras sobre el cáncer y el enfermo de cáncer en categorías definidas y operativizadas en el Sistema de Categorización de la Representación Social del Cáncer y del Enfermo de Cáncer (SISC-RSCyEC), el criterio de medida de las mismas fue su frecuencia y porcentaje de aparición.

Para profundizar en la diferencias intercategoriales se utilizaron el chi-cuadrado, las pruebas t y los anovas.

Todos los análisis estadísticos fueron analizados utilizando el paquete informático SPSS 22.

SECCIÓN TERCERA

LOS RESULTADOS

CAPÍTULO SIETE: La representación social del enfermo oncológico y del cáncer en la población general

CAPÍTULO OCHO: Las diferencias intercategoriales en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

CAPÍTULO NUEVE: La representación social del cáncer y del enfermo oncológico de los profesionales sanitarios y su diferencia con la población no sanitaria.

7. CAPÍTULO SIETE: La representación social del enfermo oncológico y del cáncer en la población general

7.1. Percepción de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.

7.1.1 Análisis del concepto de cáncer.

7.1.2 Análisis del concepto de enfermo de cáncer.

7.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.

7.1.4. Gravedad de la enfermedad.

7.1.5. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.2. Percepción de las causas de la enfermedad oncológica.

7.2.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.3. Percepción de las consecuencias de la enfermedad oncológica.

7.3.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.4. Percepción de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.

7.4.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.5. Percepción de patología prevenible.

7.5.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.6. Percepción de patología amenazante y controlable.

7.6.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica

7.7. Percepción de los tratamientos de la enfermedad oncológica.

7.7.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.8. Percepción de ser una enfermedad que se trasmite y se contagia.

7.8.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.9. Percepción de los grupos de riesgo.

7.9.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.10. Percepción de los rasgos de personalidad.

7.10.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.11. La actitud ante la enfermedad y el enfermo.

7.11.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7.12. Percepción de información sobre la enfermedad.

7.12.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

7. CAPÍTULO SIETE: La representación social del enfermo oncológico y del cáncer en la población general

En este capítulo se presenta una descripción de la distribución de las respuestas de los sujetos entrevistados con el fin de obtener una caracterización general de la muestra en términos de los diferentes aspectos que constituyen las representaciones sociales del enfermo de cáncer y de la enfermedad oncológica. La exposición se estructura en función de las doce áreas temáticas que estructuran la entrevista semiestructurada: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas; consecuencias; durabilidad/cronicidad; prevención; amenazante y percepción de control; tratamiento, transmisión/contagio, grupo de riesgo, rasgos de personalidad que caracterizan al enfermo oncológico, actitud ante la enfermedad/enfermo e información sobre la enfermedad.

Con el fin de presentar los resultados de forma sencilla y la cantidad de información que se presenta, en este trabajo se ha optado por presentar las tablas en los anexos. Así pues, las tablas AIII, AIV, AV, AVI, AVII, AVIII y AIX que incluyen las palabras y expresiones empleadas por los sujetos entrevistados se encuentran en los anexos III, IV, V, VI, VII, VIII y IX respectivamente.

7.1. Percepción de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.

La primera área temática que se analizó fue la de *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*, entendiendo como tal los rasgos propios del cáncer, las señales características de la dolencia y el peligro que implica la enfermedad. Para ello se formularon tres preguntas abiertas y un ítem cerrado. En primer lugar, se pidió a los entrevistados que escribiesen todas las palabras en las que pensaban cuando se mencionaban

las palabras ‘cáncer’ y ‘enfermo de cáncer’. En segundo lugar, se preguntó por la existencia de síntomas o rasgos físicos que identificaran al enfermo de cáncer en los casos que la respuesta al ítem anterior hubiera sido positiva.

7.1.1 Análisis del concepto de cáncer.

A los sujetos que fueron entrevistados se les pidió que enumerasen las palabras que les vinieran a la cabeza sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando leían la palabra *cáncer*. Con la muestra de 619 sujetos, las palabras recogidas fueron un total de 2.241 estructuradas según el Sistema de Categorización de la Representación Social del Cáncer (SISC-RSC) en cinco categorías: *identidad de la enfermedad*, *tipos de cáncer*, *causas*, *consecuencias* y *tratamientos*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 7.1.1.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.1.1.1.

Estructura de la categorización del concepto de cáncer

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Identidad de la enfermedad			Características propias del cáncer
	Definiciones		Descripciones de la enfermedad
	Calificaciones		Diferentes maneras de denominar la dolencia
	Asociaciones		Palabras o expresiones vinculadas al cáncer
		Asociaciones generales	Palabras o expresiones que se asocian a la enfermedad
		Asociaciones temporales	Palabras que se asocian con el espacio tiempo
		Asociaciones espaciales	Palabras que se asocian con lugares o entidades
		Asociaciones profesionales	Palabras que se asocian con profesionales sanitarios
		Avances científicos	Palabras que se asocian con el progreso oncológico
		Asociaciones con la dieta	Palabras que se asocian con la comida
Tipos de cáncer			Diferentes clases de tumores que se pueden encontrar
	Asociado a un órgano		Tumores que aparecen en

	concreto	órganos (mama, pulmón, etcétera)
Causas	No asociado a un órgano concreto	Diferentes formas de denominar a un tumor en términos generales
	Sustancias químicas y medio ambiente	Fundamento u origen del cáncer
	Genética	Ciertos componentes que pueden originar cáncer
	Agentes infecciosos	La herencia como causa de cáncer
Consecuencias	Tabaquismo	Microorganismos que pueden causar la enfermedad
	Consecuencias físicas	El nicotismo como origen del cáncer
	Consecuencias psicológicas	Las secuelas de la enfermedad
	Consecuencias sociales	Secuelas de la enfermedad en el cuerpo
	Sentimientos que genera	Secuelas de la enfermedad en la mente
Tratamientos		Secuelas de la enfermedad en el entorno del enfermo
	Términos genéricos	Sensaciones que produce el cáncer
	Tratamientos farmacológicos	Conjunto de medios para paliar o curar la dolencia
	Tratamientos médicos y psicológicos	Tratamientos a nivel general
	Tratamientos quirúrgicos	Medicamentos
		Tratamientos que pautan los facultativos y los psicólogos
		Procedimientos relacionados con la cirugía

La primera categoría recibió el nombre de *identidad de la enfermedad* y se entiende como tal las características propias de la enfermedad de cáncer, véase por ejemplo ‘enfermedad degenerativa’ o ‘cambio en las células’. Esta categoría fue subclasificada en tres grupos que recibieron el nombre de *definiciones, calificaciones y asociaciones*.

La primera subcategoría fue denominada *definiciones*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las propiedades generales del cáncer, como por ejemplo ‘enfermedad difícil de curar’ o ‘enfermedad dolorosa en todos los sentidos’. Se incluyeron un total de 162 definiciones. La Tabla AIII.1 que se encuentra en el anexo III recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *calificaciones*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar la dolencia, como por ejemplo ‘terrorífico’ o ‘peligroso’. Se incluyeron un total de 89 palabras o expresiones. En la Tabla AIII.2 que se encuentra situada en el anexo III están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *asociaciones*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se relacionaban de algún modo con la enfermedad oncológica como por ejemplo véase ‘jeringa’ o ‘IVO’. Fueron un total de 477 palabras o expresiones. Esta categoría fue dividida, a su vez, en las siguientes subcategorías: *asociaciones generales* donde se recogieron las palabras o expresiones que se asociaban a la enfermedad de un modo general; *asociaciones temporales* donde se agruparon aquellas palabras que se asociaban con el espacio tiempo; *asociaciones espaciales* donde se reunieron las palabras que se asociaban con lugares o entidades; *asociaciones profesionales* donde se congregaron las palabras que se asociaban con profesionales sanitarios; *avances científicos* donde se recogieron las palabras que se asociaban con el progreso en oncología; y, por último, *asociaciones con la dieta* donde se recogieron las palabras que se asociaban con la comida. Las Tablas que recogen las palabras de dichas subcategorías son la AIII.3, AIII.4, AIII.5, AIII.6, AIII.7 y AIII.8 respectivamente y también se encuentran en el anexo III.

En la segunda categoría, que fue llamada *tipos de cáncer*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a alguna manifestación de cáncer o hacían referencia a algún órgano afectado por el cáncer como por ejemplo ‘cáncer de mama’ o ‘metástasis’. Esta categoría fue a su vez dividida en dos subgrupos: *cáncer asociado a un órgano concreto* y *cáncer no asociado a un órgano concreto*.

La primera subcategoría fue denominada *cáncer asociado a un órgano concreto*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar los tumores que aparecen en los órganos del cuerpo humano como por ejemplo ‘de útero’. Se incluyeron un total de 22 palabras o expresiones. En la Tabla AIII.9 que se encuentra situada en el anexo III están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *cáncer no asociado a un órgano concreto* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados con la finalidad de denominar a la enfermedad de cáncer de un modo más general como por ejemplo ‘neoplasia’. Se incorporaron un total de 21 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AIII.10.

La tercera categoría fue denominada *causas*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se consideran como fundamento u origen del cáncer, como por ejemplo ‘contaminación’ o ‘bacterias’. Para ello se fundamentó en la clasificación que realiza el Instituto Nacional del Cáncer sobre las causas que pueden tener influencia en el riesgo de padecer la enfermedad. Dicho Instituto organiza las causas del cáncer en diez grupos; de ellos, sólo cuatro aparecen en la asociación libre de palabras: *sustancias químicas y medio ambiente, genética, agentes infecciosos y tabaquismo*. Se obtuvieron un total de 9 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AIII.11 del anexo III.

La cuarta categoría fue denominada *consecuencias*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas de la enfermedad de cáncer, como por ejemplo ‘astenia’, ‘calvicie’ o ‘estrés’. Fueron un total de 1300 palabras o expresiones que se dividieron en los siguientes subgrupos: *consecuencias físicas* donde se recogieron las palabras que trataban de reflejar las secuelas que deja el cáncer en el cuerpo

humano; *consecuencias psicológicas* donde se incluyeron todas las palabras que intentaban reflejar las secuelas que deja la dolencia en la psique de las personas enfermas; *consecuencias sociales* donde se englobaron aquellas palabras que pretendían evidenciar las secuelas que deja la enfermedad de cáncer en el entorno del enfermo; y, por último, *sentimientos que genera* donde se incorporaron aquellas palabras que intentaban reflejar las sensaciones que produce el cáncer en las personas. Las Tablas que recogen las palabras de dichas subcategorías son la AIII.12, AIII.13, AIII.14 y AIII.15 respectivamente y también se encuentran en el anexo III.

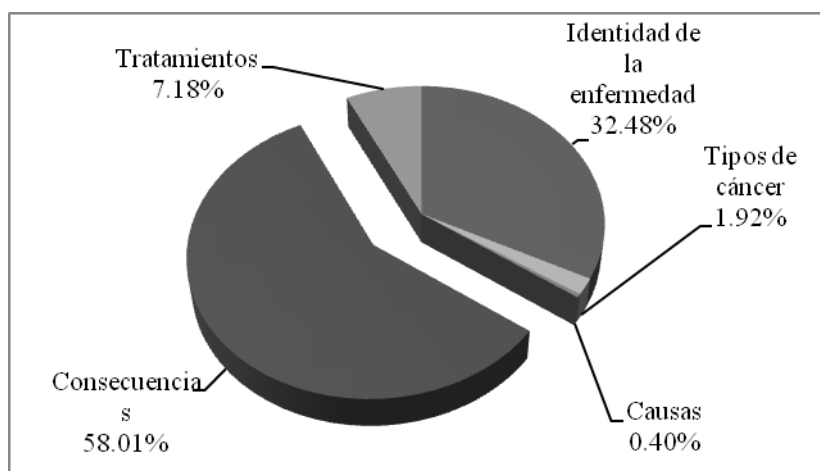
La quinta y última categoría fue denominada *tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de la enfermedad o de sus síntomas, véase por ejemplo ‘cirugía’, ‘vacunas’ o ‘tratamiento médico grave’. Se incorporaron un total de 161 palabras o expresiones. La categoría *tratamiento* fue a su vez dividida en cuatro subgrupos: *términos genéricos* donde se incorporaron las palabras o frases que tenían la finalidad de denominar los tratamientos de cáncer de un modo más general; *tratamientos farmacológicos* donde se incluyeron medicamentos; *tratamientos médicos y psicológicos* donde se adjuntaron los tratamientos que pautan los facultativos y los psicólogos y, por último, *tratamientos quirúrgicos* donde se introdujeron las palabras que hacían referencia a procedimientos relacionados con la cirugía. La Tabla que recoge dichas palabras es la AIII.16 y se encuentra ubicada en el anexo III.

En la Figura 7.1.1.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *identidad de la enfermedad*, supuso el 32.48% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar el cáncer. La segunda categoría denominada *tipos de cáncer* constituyó el 1.92% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la dolencia. La siguiente

categoría, *causas*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 0.40%, mientras que la siguiente categoría que se denominó *consecuencias* obtuvo el porcentaje más elevado ya que constituyó el 58.01% de los atributos. La quinta y última categoría, *tratamientos*, supuso el 7.18% del total.

Figura 7.1.1.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘cáncer’



La Tabla 7.1.1.2 muestra la distribución de frecuencias de las palabras o frases en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el cáncer. En ella puede observarse que las dos categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el cáncer fueron *identidad de la enfermedad* y *consecuencias*, con frecuencias de 728 y 1300 respectivamente. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron *tipos de cáncer* y *causas* con una frecuencia de aparición de 43 y 9 respectivamente. Así mismo, las subcategorías que más destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición fueron *sentimientos que genera*, *consecuencias físicas* y *asociaciones generales* con una frecuencia de aparición de 682, 515 y 395. Sin embargo, las subcategorías que menos despuntaron fueron las relativas a las *causas* con una frecuencia de aparición de 9.

Tabla 7.1.1.2.

Frecuencias de las categorías de primer orden, segundo orden y tercer orden del concepto de ‘cáncer’

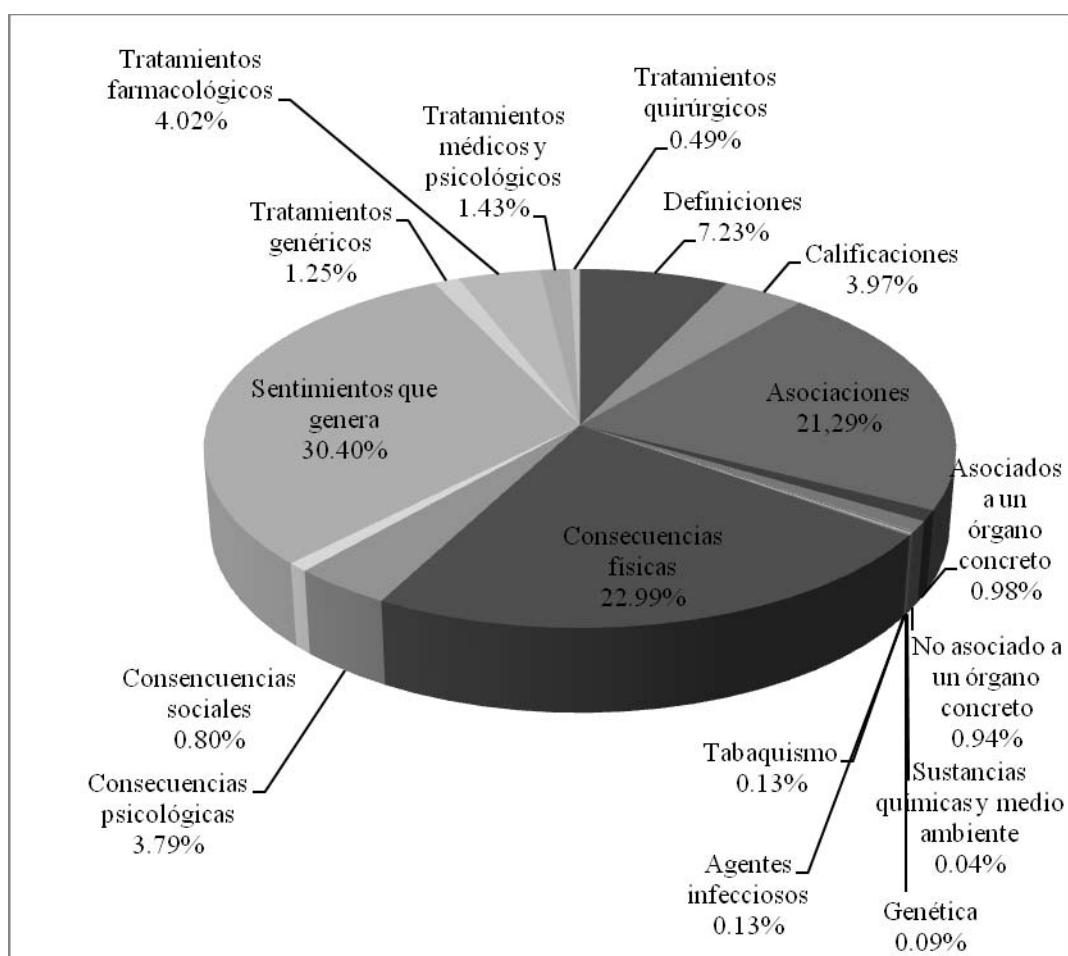
CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad			728
	Definiciones		162
	Calificaciones		89
	Asociaciones		477
		Asociaciones generales	395
		Asociaciones temporales	15
		Asociaciones espaciales	40
		Asociaciones profesionales	10
		Avances científicos	15
		Asociaciones con la dieta	2
Tipos de cáncer			43
	Asociados a un órgano concreto		22
	No asociado a un órgano concreto		21
Causas			9
	Sustancias químicas y medio ambiente		1
	Genética		2
	Agentes infecciosos		3
	Tabaquismo		3
Consecuencias			1300
	Consecuencias físicas		515
	Consecuencias psicológicas		85
	Consecuencias sociales		18
	Sentimientos que genera		682
Tratamientos			161
	Tratamientos genéricos		28
	Tratamientos farmacológicos		90
	Tratamientos médicos y psicológicos		32
	Tratamientos quirúrgicos		11

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 7.1.1.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *asociaciones*, *consecuencias físicas* y *sentimientos que genera* con porcentajes de 21.29%, 22.99% y 30.40% respectivamente. La categoría de segundo orden *asociaciones* forma parte de la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad*, mientras que las categorías de segundo orden *consecuencias*

físicas y *sentimientos que genera* forman parte de la categoría de primer orden *consecuencias*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *agentes infecciosos*, *tabaquismo*, *genética* y *sustancias químicas y medio ambiente* con porcentajes de 0.13%, 0.13%, 0.09% y 0.04% respectivamente. Las cuatro categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *causas*.

Figura 7.1.1.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘cáncer’



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *definiciones* destacó la palabra ‘enfermedad’ con una frecuencia de aparición de 126. De la categoría de segundo

orden *consecuencias físicas* sobresalieron las palabras ‘dolor’ y ‘muerte’ con frecuencias de 194 y 236 respectivamente. De la categoría *consecuencias psicológicas* despuntaron ‘ansiedad’ y ‘depresión’ con frecuencias de 30 y 38; mientras que en la categoría de segundo orden *sentimientos que genera* predominaron las palabras ‘angustia’, ‘esperanza’, ‘impotencia’, ‘incertidumbre’, ‘miedo’, ‘pena’, ‘sufrimiento’ y ‘tristeza’. De todas ellas las más repetidas fueron ‘miedo’ y ‘sufrimiento’ con frecuencias de aparición de 166 y 114 respectivamente. Por último, de la categoría *tratamientos genéricos* y de la categoría *tratamientos farmacológicos* destacaron las palabras ‘tratamientos/os’ y ‘quimioterapia’ con frecuencias de aparición de 24 y 83 respectivamente.

Cabe destacar que de las categorías de tercer orden también resaltaron ciertas palabras por su frecuencia de aparición como ‘familia’, ‘lucha’ y ‘superación’ con frecuencias de 34, 45 y 21 que se encuentran dentro de la categoría *asociaciones generales*. De la categoría de tercer orden *asociaciones espaciales* destacó la palabra ‘hospital/es’ con una frecuencia de aparición de 36. En la Tabla 7.1.1.3 aparecen las palabras y sus frecuencias.

Tabla 7.1.1.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad				
	Definiciones		Enfermedad	126
	Asociaciones			
		Asociaciones generales		
			Familia	34
			Lucha	45
			Superación	21
		Asociaciones espaciales		
			Hospital/es	36
Consecuencias				
	Consecuencias físicas			
			Dolor	194
			Muerte	236

Consecuencias psicológicas		
	Ansiedad	30
	Depresión	38
Sentimientos que genera		
	Angustia	33
	Esperanza	35
	Impotencia	28
	Incertidumbre	24
	Miedo	166
	Pena	21
	Sufrimiento	114
	Tristeza	52
Tratamientos		
Tratamientos genéricos		
	Tratamiento/os	24
Tratamientos farmacológicos		
	Quimioterapia	83

7.1.2 Análisis del concepto de enfermo de cáncer.

A los sujetos que fueron entrevistados se les pidió que enumerasen las palabras que les vinieran a la cabeza sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando leían la palabra *enfermo de cáncer*. Con la muestra de 619 sujetos, las palabras asociadas a recoger fueron un total de 1881 estructuradas según el Sistema de Categorización de la Representación Social del Enfermo de Cáncer (SISC-RSEC) en tres categorías: *identidad de la enfermedad/enfermo*, *consecuencias* y, por último, *tratamientos*. Al igual que en el caso anterior, en un segundo momento estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. Para la categorización de esta pregunta se procuró atender al contenido literal de los términos tal cual fueron pronunciados por los sujetos entrevistados. En la Tabla 7.1.2.1 se presentan las categorías obtenidas.

Tabla 7.1.2.1

Categorización del concepto de ‘enfermo de cáncer’

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Identidad de la enfermedad/enfermo	Definiciones	Características propias del cáncer y del enfermo de cáncer
	Asociaciones	Descripciones de la enfermedad de cáncer y del enfermo oncológico
	Diálogos interiores	Palabras o expresiones vinculadas al cáncer y su enfermo
Consecuencias	Consecuencias físicas	Pensamientos que se crean alrededor de la enfermedad y del enfermo
	Consecuencias psicológicas	Las secuelas de la enfermedad
	Sentimientos que genera	Secuelas de la enfermedad en el cuerpo
Tratamientos	Tratamientos farmacológicos	Secuelas de la enfermedad en la mente
	Tratamientos médicos	Sensaciones que produce el cáncer
	Tratamientos quirúrgicos	Conjunto de medios para paliar o curar la dolencia
		Medicamentos
		Tratamientos que pautan los facultativos
		Procedimientos relacionados con la cirugía

La primera categoría recibió el nombre de *identidad de la enfermedad/enfermo* y se entiende como tal las características propias de la enfermedad de cáncer y del enfermo de cáncer, véase por ejemplo ‘adulto’ o ‘encamado’. Esta categoría fue subclasificada en tres grupos que recibieron el nombre de *definiciones*, *asociaciones* y *diálogos interiores*.

La primera subcategoría fue denominada *definiciones*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las propiedades generales del cáncer y del enfermo de cáncer, como por ejemplo ‘condenado’ o ‘inmunodeprimido’. Se incluyeron un total de 173 definiciones. La Tabla AIV.1 que se encuentra en el anexo IV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *asociaciones*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas al cáncer y al enfermo de cáncer que utilizaron los sujetos entrevistados, como por ejemplo ‘anonimato’ o ‘asociaciones’. Se incluyeron un total de 298 palabras o expresiones. En la Tabla AIV.2 que se encuentra situada en el anexo IV están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *diálogos interiores*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras en calidad de pensamientos que se crean alrededor de la enfermedad y del enfermo oncológico, como por ejemplo véase ‘¿¿¿¿Qué será???? Vivir o morir’ o ‘que mala suerte’. Fueron un total de 78 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AIV.3 del anexo IV.

La segunda categoría fue denominada *consecuencias*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas de la enfermedad de cáncer que se producen en la persona que la padece, como por ejemplo ‘astenia’, ‘decaído’ o ‘malestar emocional’. La categoría fue dividida en las siguientes categorías de segundo orden: *consecuencias físicas*, *consecuencias psicológicas* y *sentimientos que genera*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *consecuencias físicas* y se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían alusión a las secuelas que deja la enfermedad de cáncer en el cuerpo de las personas enfermas, como por ejemplo ‘ojeroso’ o ‘muerto’. Fueron un total de 290 palabras o expresiones que se encuentran ubicadas en la Tabla AIV.4 del anexo IV.

La segunda subcategoría fue *consecuencias psicológicas*. En esta categoría de segundo orden se incorporaron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas que deja la dolencia en la mente de las personas como pueda ser ‘shock’ o

‘depresión’. Fueron un total de 63 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AIV.5.

La tercera categoría de segundo orden fue denominada *sentimientos que genera*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las sensaciones que produce el cáncer, como por ejemplo ‘inseguridad’ o ‘terror’. Se incluyeron un total de 874 definiciones. La Tabla AIV.6 que se encuentra en el anexo IV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría de segundo orden.

La última categoría fue denominada *tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia al conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de la enfermedad o de sus síntomas, véase por ejemplo ‘analítica’, ‘radioterapia’ o ‘goteros’. La categoría *tratamiento* fue a su vez dividida en tres subgrupos: *tratamientos farmacológicos*, *tratamientos médicos* y *tratamientos quirúrgicos*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos farmacológicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a medicamentos, como por ejemplo ‘morfina’ o ‘quimioterapia’. Se incluyeron un total de 76 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AIV.7 del anexo IV.

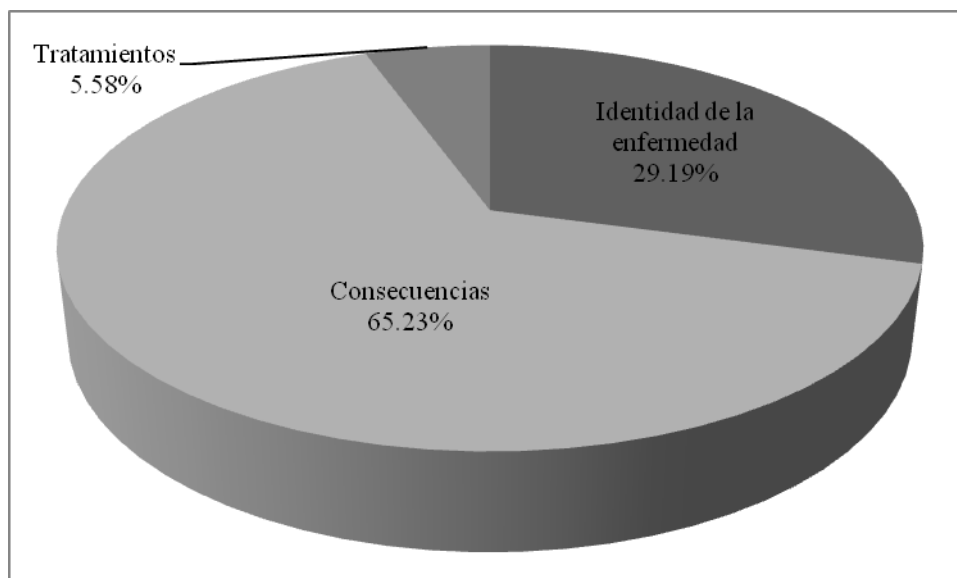
La segunda categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos médicos*. En ella se incorporaron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los tratamientos que son pautados por los facultativos, como pueda ser ‘radioterapia’ o ‘terapia’. Se incluyeron un total de 26 definiciones. La Tabla AIV.8 que se encuentra en el anexo IV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La tercera y última subcategoría fue denominada *tratamientos quirúrgicos* y se incluyeron todas las palabras que hacían referencia a procedimientos relacionados con la cirugía como por ejemplo ‘operación’. Se incorporaron un total de 3 palabras que se encuentran ubicadas en la Tabla AIV.9 del anexo IV.

En la Figura 7.1.2.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *identidad de la enfermedad*, supuso el 29.19% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar al enfermo de cáncer. La segunda categoría denominada *consecuencias* constituyó el 65.23% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar al enfermo, convirtiéndose en la categoría que obtuvo el porcentaje más elevado. Mientras que la categoría *tratamientos*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 5.58% del total.

Figura 7.1.2.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘enfermo de cáncer’



La Tabla 7.1.2.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el enfermo de cáncer. En ella puede observarse que la

categoría de primer orden que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar al enfermo de cáncer fue *consecuencias* con una frecuencia de 1227. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *tratamientos* con una frecuencia de aparición de 105. Destacar también, que la categoría de segundo orden que destacó sobre las demás fue *sentimientos que genera* con una frecuencia de aparición de 874; mientras que la categoría de segundo orden que menos despuntó fue *tratamientos quirúrgicos* con una frecuencia de aparición de 3.

Tabla 7.1.2.2.

Frecuencias de las categorías de primer orden y segundo orden del concepto de ‘enfermo de cáncer’

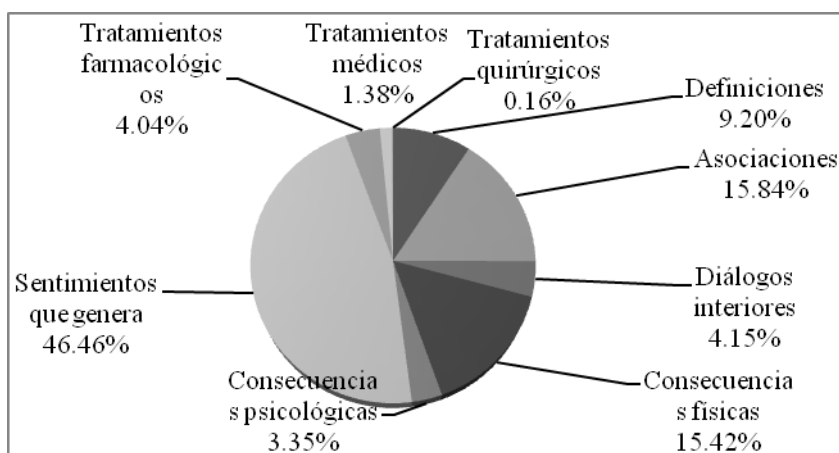
CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Identidad de la enfermedad		549
	Definiciones	173
	Asociaciones	298
	Diálogos interiores	78
Consecuencias		1227
	Consecuencias físicas	290
	Consecuencias psicológicas	63
	Sentimientos que genera	874
Tratamientos		105
	Tratamientos farmacológicos	76
	Tratamientos médicos	26
	Tratamientos quirúrgicos	3

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 7.1.2.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *sentimientos que genera*, *consecuencias físicas* y *asociaciones*, con porcentajes de 46.46%, 15.42% y 15.84% respectivamente. Las categorías de segundo orden *consecuencias físicas* y *sentimientos que genera* forman parte de la categoría de primer orden *consecuencias*, mientras que la categoría de segundo orden *asociaciones* forma parte de la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad*.

Resaltar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *tratamientos quirúrgicos* y *tratamientos médicos* con porcentajes de 0.16% y 1.38% respectivamente. Las dos categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *tratamientos*.

Figura 7.1.2.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘cáncer’



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *definiciones* destacó la palabra ‘luchador’ con una frecuencia de aparición de 25. De la categoría de segundo orden *asociaciones* destacaron las palabras ‘ayuda’, ‘familia’ y ‘hospital/es’ con unas frecuencias de 22, 49 y 23 respectivamente. De la categoría de segundo orden *consecuencias físicas* sobresalieron las palabras ‘dolor’ y ‘muerte’ con frecuencias de 103 y 61 respectivamente. De la categoría *consecuencias psicológicas* despuntó ‘depresión’ con una frecuencia de 40; mientras que en la categoría de segundo orden *sentimientos que genera* predominaron las palabras ‘ánimo’, ‘compasión’, ‘esperanza’, ‘fuerza’, ‘lástima’, ‘lucha’, ‘miedo’, ‘pena’, ‘sufrimiento’, ‘superación’ y ‘tristeza’. De todas ellas las más repetidas fueron ‘miedo’,

‘pena’ y ‘sufrimiento’ con frecuencias de aparición de 71, 61 y 65 respectivamente. Por último, de la categoría *tratamientos farmacológicos* destacaron las palabras ‘tratamiento/os’ y ‘quimioterapia’ con frecuencias de aparición de 24 y 36 respectivamente.

Tabla 7.1.2.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad			
	Definiciones	Luchador	25
	Asociaciones	Ayuda	22
		Familia	49
		Hospital/es	23
Consecuencias			
	Consecuencias físicas	Dolor	103
		Muerte	61
	Consecuencias psicológicas	Depresión	40
	Sentimientos que genera	Ánimo	25
		Compasión	20
		Esperanza	39
		Fuerza	26
		Lástima	33
		Lucha	42
		Miedo	71
		Pena	61
		Sufrimiento	65
		Superación	22
		Tristeza	73
Tratamientos			
	Tratamientos farmacológicos	Quimioterapia	36
		Tratamiento/s	24

7.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.

Junto al concepto de cáncer y enfermo de cáncer se les preguntó a los sujetos acerca de la creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos que fueran fácilmente identificables en el enfermo oncológico. La respuesta podía ser positiva o negativa. Como

puede observarse en la Tabla 7.1.3.1, un 67.8% de la población respondió negativamente a la pregunta. Esto indica que, en general, la mayor parte de la población consideraba que no era una enfermedad visible a priori ya que no era sencilla su identificación por medio de la apariencia física, por un lado, y por otro, que no era sencilla su identificación en uno mismo o en los demás por medio de algún síntoma físico. No obstante, llama la atención que un porcentaje elevado (32.2%) respondió que sí creían en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables en los enfermos oncológicos.

Tabla 7.1.3.1

Frecuencias y porcentajes de la creencia de síntomas, características o rasgos físicos

Población general	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	414	68.8
Con creencia	197	32.2

Posteriormente, se solicitó a los sujetos que habían considerado que existían síntomas, características o rasgos físicos que mostraban que la persona estaba enferma de cáncer, que indicaran algunos de ellos. Con la muestra de 619 sujetos, las palabras o expresiones asociadas a recoger fueron un total de 390. Para su análisis se llevó a cabo la categorización siguiente: *síntomas físicos*, *síntomas psicológicos* y *síntomas generales*. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos. En la Tabla 7.1.3.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.1.3.2.

Categorización de creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Síntomas físicos	Manifestaciones que se producen en el cuerpo como consecuencia del cáncer
Síntomas psicológicos	Manifestaciones que se producen en la mente como consecuencia del cáncer
Síntomas generales	Manifestaciones que se producen como consecuencia

La primera categoría recibió el nombre de *síntomas físicos* y se entiende como tal las manifestaciones que se producen en el cuerpo de las personas enfermas como consecuencia de la enfermedad de cáncer, véase por ejemplo ‘adelgazamiento’ o ‘demacrado’. Se incluyeron un total de 346 definiciones. La Tabla AV.1 que se encuentra en el anexo V recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

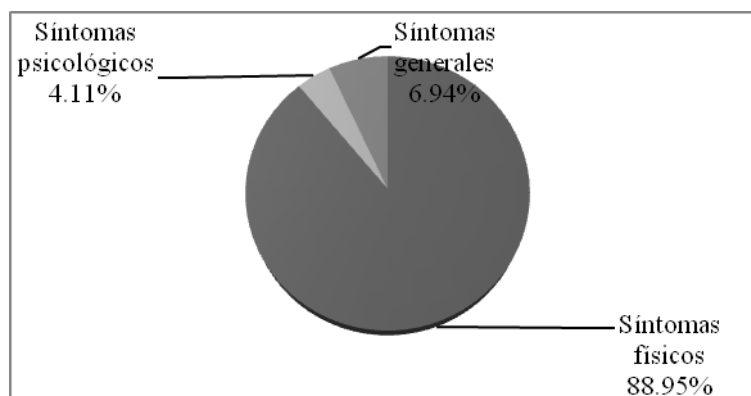
En la segunda categoría, que fue llamada *síntomas psicológicos*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a alguna manifestación de cáncer en la persona enferma a nivel de la mente como por ejemplo ‘melancolía’ o ‘tristeza’. Se incluyeron un total de 16 palabras o expresiones. En la Tabla AV.2 que se encuentra situada en el anexo V están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La tercera y última categoría fue denominada *síntomas generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se consideraban manifestaciones que se producen de un modo general como consecuencia del cáncer, como por ejemplo ‘secuelas de quimio’ o ‘sin vitalidad’. Se obtuvieron un total de 27 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AV.3 en el anexo V.

En la Figura 7.1.3.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *síntomas físicos*, supuso el 88.95% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar los síntomas, las características o los rasgos físicos del cáncer. La segunda categoría denominada *síntomas psicológicos*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que supuso el 4.11% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la dolencia. La última categoría, *síntomas generales*, obtuvo un porcentaje de 6.94% del total.

Figura 7.1.3.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden de ‘creencia de síntomas, características o rasgos físicos’



La Tabla 7.1.3.3 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el cáncer fue *síntomas físicos* con una frecuencia de 346. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *síntomas psicológicos* con una frecuencia de aparición de 16.

Tabla 7.1.3.3.

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de ‘síntomas, características o rasgos físicos’

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	FRECUENCIAS
Síntomas físicos	346
Síntomas psicológicos	16
Síntomas generales	27

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de las siguientes palabras: ‘caída del cabello/pelo’, ‘palidez’ y ‘pérdida peso’ con unas frecuencias de aparición de 21, 20 y 25 respectivamente y que pertenecen a la categoría de *síntomas físicos*. En la Tabla 7.1.3.4 aparecen las palabras y sus frecuencias.

Tabla 7.1.3.4

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Síntomas físicos		
	Caída del cabello/pelo	21
	Palidez	20
	Pérdida peso	25

7.1.4. Gravedad de la enfermedad.

Posteriormente se preguntó a los entrevistados por la gravedad de la enfermedad. Para valorar el factor *gravedad* se solicitó información acerca de si percibían el cáncer como una enfermedad grave (\bar{x} = 8.92; DT= 1.80). La Tabla 7.1.4.1 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En la Tabla se puede observar que un 90.6% de los sujetos entrevistados puntuaron el ítem con los máximos valores (7, 8, 9 y 10); es decir, parece que la población entrevistada estaba de acuerdo en considerar que el cáncer era una enfermedad grave. Tan sólo un 2.6% de la muestra consideró que el cáncer no era una enfermedad grave, dato que, a pesar de ser un porcentaje tan pequeño, no deja de resultar relevante en esta investigación. El 6.8% de los sujetos entrevistados le otorgaron valores medios, lo que indica que consideraban el cáncer como una enfermedad medianamente grave.

Tabla 7.1.4.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de gravedad de la enfermedad

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	5	0.8
2	2	0.3
3	9	1.5
4	3	0.5
5	29	4.7
6	10	1.6
7	46	7.5
8	68	11.1

9	63	10.3
10	379	61.7

Junto a ello, también se solicitó información a los entrevistados sobre si el cáncer era una de las enfermedades más graves de la actualidad en comparación con otras. Los resultados muestran que las personas consideraban que el cáncer era una de las enfermedades más graves (\bar{x} = 8.32; DT= 2.19). En la Tabla 7.1.4.2 se observa que un 81.6% de los sujetos entrevistados tenían la percepción que el cáncer era una de las enfermedades más graves en comparación con otras.

Tabla 7.1.4.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad más grave por comparación con otras

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	13	2.1
2	2	0.3
3	15	2.5
4	7	1.1
5	44	7.2
6	32	5.2
7	51	8.4
8	79	13.0
9	87	14.3
10	280	45.9

7.1.5. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Con respecto al concepto de *cáncer* cabe señalar que la población destacó expresiones o palabras que se incluyeron en la categoría de ‘sentimientos’ y que se encontraban vinculados sobre todo al miedo, al sufrimiento y a la tristeza; consecuencias físicas vinculadas al dolor y a la muerte y asociaciones con la vida, con la muerte y con el cambio de vida que supone sobre todo a raíz de su vinculación con los hospitales.

Así pues, los resultados muestran que el cáncer tenía una representación negativa; los adjetivos que lo calificaron lo juzgaron desde el lado más desfavorable. Esto generaba emociones negativas muy intensas como la tristeza, el miedo, el dolor y, en definitiva, el sufrimiento del que lo padecía y, diálogos internos de derrota y de palabras mal sonantes. Ahora bien, parece que había, en la representación social, una predisposición positiva a la lucha y a la superación. Era una enfermedad que se asociaba a órganos internos de las mujeres (por ejemplo, cáncer de mama) y de la que se destacaron las consecuencias específicas como la caída del pelo, la debilidad y el cansancio como ejemplo del mal estar general de la persona aunque sobre todo se destacaron el dolor y la muerte como consecuencias de la enfermedad. Para combatirla, la representación social incluyó mayoritariamente la quimioterapia como tratamiento farmacológico y, aunque se recogió la importancia de otros tratamientos, éste fue el más popular y asociado a la representación que se tenía de la enfermedad. Esto suponía la estancia, durante períodos largos de tiempo, en los hospitales en contacto con el personal sanitario esperando que los avances científicos proporcionasen un tratamiento adecuado para la prevención y la cura total de esta enfermedad. En ese contexto, parecía relevante el atender la necesidad del apoyo social para afrontar con éxito la enfermedad. Las causas, aunque eran consideradas en la representación mental de los entrevistados, no parecían ser muy relevantes en la representación social. Además, la mayor parte de la población consideraba que no era una enfermedad visible a priori ya que no era sencilla su identificación por medio de la apariencia física, es decir, no consideraban que se tratase de una enfermedad fácilmente identificable. No obstante, los síntomas físicos serían los que la población identificaba más fácilmente, tales como la pérdida de peso o de cabello.

En referencia al *enfermo de cáncer*, se puede indicar que los análisis muestran una representación social que se caracterizaba por relacionar, sobre todo, al enfermo de cáncer y

su patología con palabras o expresiones que hacían referencia a consecuencias de la enfermedad, sentimientos que generaba y que generaba asociaciones; en concreto, parece que se relacionaba con las consecuencias físicas que tenía el padecer la enfermedad y con emociones negativas (como el dolor, el sufrimiento o la pena) aunque también con predisposiciones de superación y fortaleza. En concreto, el enfermo de cáncer era aquella persona enferma o paciente, que estaba convaleciente y que debido a la enfermedad tenía consecuencias físicas específicas como la caída de pelo o la debilidad. Su posición de enfermo de cáncer le hacía relacionarse con el personal sanitario debido a sus múltiples hospitalizaciones; era una persona a la que se le sometía a múltiples tratamientos fueran éstos médicos, quirúrgicos y, sobre todo, farmacológicos. Esperaba que se realizasen avances sanitarios para que pudiera ser totalmente curable esta enfermedad y que pudiera prevenirse ya que en esos momentos se asociaba más a la muerte que a la curación. Esto generaba cogniciones negativas y requería el apoyo de la familia y de los amigos más cercanos para el adecuado afrontamiento de la enfermedad.

Además, la población consideraba la enfermedad de cáncer no solo como una enfermedad grave, sino como una de las enfermedades más graves de la actualidad.

A la luz de los resultados obtenidos sobre la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer, para llegar a una aquiescencia en referencia a la intervención que debería realizar el personal de enfermería con los enfermos oncológicos y su entorno más próximo, se analizó de manera pormenorizada la categoría *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*, analizando en profundidad las respuestas otorgadas por los sujetos entrevistados y encontrándose definiciones del cáncer del tipo: '*enfermedad de momento no curable*', '*enfermedad de un órgano no concreto*', '*enfermedad mortal*', '*el final muerte*', '*mal pronóstico*', '*poca probabilidad de curación*', '*R.I.P*', '*enfermedad incurable*', '*reproducción espontánea de células muertas*', '*sin remedio*', '*sin futuro*'.... No obstante,

había otro tipo de respuestas como por ejemplo *'cambio en las células'*, *'crecimiento descontrolado'*, *'enfermedad producida por activación celular con multiplicación incontrolada de dichas células que producen invasión de otros órganos. Alteración autorregulación inmunidad celular'*, entre otras.

Si se continúan analizando las respuestas dadas por los sujetos entrevistados se observa que en referencia a los síntomas físicos que padece el enfermo de cáncer, palabras recurrentes por muchos de los sujetos entrevistados fueron *'calvicie'*, *'alopecia'*, *'delgadez'*, *'pálido'*, *'adelgazamiento'*, *'agonía'*, *'nauseas'* y *'alopecia en quimio'*; aunque otros individuos se refirieron a los síntomas que produce la enfermedad como *'depende del tipo de cáncer, por ejemplo, cáncer de colon puede presentar rectorragia o pérdida de peso'*.

Con todo y con esto, si se estudia el concepto *cáncer* desde una perspectiva científica no es difícil adivinar que la mayoría de las personas entrevistadas poseían una idea de la enfermedad equivocada a pesar que cierto número de personas tenían una concepción bastante en consonancia con la realidad. Ya que si se fija la atención, por ejemplo, en la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) del cáncer se entiende que:

(...) 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 (2015).

Así pues, el cáncer es un conjunto de enfermedades que se producen debido al crecimiento descontrolado de células en alguna parte del organismo. Los factores de mortalidad y cronicidad no se pueden generalizar a todos los tipos de cáncer ya que, éstos

dependen de diferentes circunstancias como puedan ser un diagnóstico temprano y correcto, que el tratamiento sea específico del tipo de cáncer que se padece, la existencia de metástasis, estado del sistema inmunológico de la persona, tamaño del tumor y si hay o no invasión ganglionar, entre otras circunstancias.

En cuanto a los síntomas físicos que normalmente se producen como consecuencia de los efectos secundarios de los tratamientos, es cierto que se pueden producir todos los enumerados por los sujetos entrevistados y algunos más. A nivel digestivo xerostomía, náuseas y vómitos, oclusión intestinal, caquexia-anorexia, ascitis, disfagia y estreñimiento. A nivel respiratorio tos, hemoptisis, disnea, hipo y estertores. A nivel urogenital incontinencia urinaria, espasticidad del detrusor y hematuria. A nivel neurológico delirium, convulsiones y debilidad. A nivel psicológico y psiquiátrico insomnio, ansiedad, miedo y depresión (Porta, Gómez y Tuca, 2008). Estos síntomas también dependen de la coexistencia de varios factores como el tipo de quimioterapia utilizada. Y es que, parece que la población participante en la investigación entendiera que la quimioterapia es un tipo de fármaco como lo pueda ser el metamizol magnésico o el paracetamol y no es así. La quimioterapia es un tipo de tratamiento que engloba una variedad importante de fármacos como puedan ser Metotrexate, Doxorubicina, Bleomicina, Docetaxel o Cisplatino, entre muchos otros (Blasco e Inglés, 1997). Y, cada uno de estos fármacos posee unas propiedades diferentes, siendo, los efectos secundarios, también diferentes.

Además del tipo de quimioterapia, para la existencia de estos efectos secundarios, también influyen otros factores como la dosis y la duración del tratamiento o el uso concomitante con otro tipo de tratamientos como pueda ser la radioterapia.

Así pues, teniendo en cuenta que la información que tenía la población acerca del enfermo oncológico y la enfermedad de cáncer resultó no ser correcta del todo, se hace

necesaria la actuación por parte de los profesionales sanitarios cuya finalidad debería ser llevar a cabo acciones dirigidas a informar y formar a la población.

En estas líneas, los médicos oncólogos informan de los pormenores de la enfermedad a las personas con un diagnóstico positivo de cáncer que acuden a sus consultas, sin embargo, está demostrado que en el momento de recibir un diagnóstico de cáncer, los pacientes tan sólo son capaces de retener el 20% de la información escuchada (Lucio, 2015). Por ello, en países como Reino Unido, dentro del modelo de asistencia al enfermo oncológico, existe una figura que se denomina ‘enfermero gestor de casos’, cuya labor consiste en convertirse en el referente para este tipo de pacientes (Lucio, 2015). Este modelo de enfermeros confiere con ellos una entrevista en el momento del diagnóstico, les vuelven a explicar en qué consisten los tratamientos y los posibles efectos adversos y conciertan las citas sucesivas, entre otras acciones.

Si bien es cierto que desde Atención Primaria, en las consultas de enfermería se debe informar a la población acerca de la prevención de enfermedades y fomento de la salud mediante estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015), quizá sea necesaria la presencia de profesionales de la enfermería formados en oncología para poder atender a éste tipo de pacientes pudiendo cubrir sus necesidades. Es por ello que en España, en hospitales como Vall d’Hebron de Barcelona tienen implantada la figura del enfermero gestor de casos (Lucio, 2015).

La representación social del término parece indicar que sería necesario proporcionar información y formación al respecto de qué es el cáncer, cuáles son sus causas y consecuencias, que tipos de tratamientos existen en la actualidad y los síntomas, características o rasgos físicos que lo caracterizan; siendo el personal de enfermería el

encargado ideal de realizar dichas acciones por su carácter casi omnipresente en todo el proceso de la enfermedad de cáncer.

7.2. Percepción de las causas de la enfermedad oncológica.

En cuanto a las *causas* que se relacionan con la enfermedad oncológica, la entrevista preguntaba si el cáncer se relacionaba *con un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; infecciones o gérmenes; condiciones climáticas; herencia genética; predisposición del organismo; estilo de vida insano; causas ambientales; el azar, la mala suerte; la ansiedad, la cólera, el estrés; problemas de pareja o familiares* y, por último, *situaciones críticas como la pérdida de un familiar*. La Tabla 7.2.1 muestra la distribución de porcentajes.

Tabla 7.2.1

Distribución de porcentajes de las *causas* relacionadas con el cáncer

Causa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Castigo divino	95.8	1.8	0.8	0.3	0.2	0.2	0.2	---	0.2	0.5
Mal de ojo, brujería, vudú	96.8	2.0	0.5	0.2	0.2	0.2	---	---	---	0.2
Infecciones o gérmenes	49.2	4.2	5.4	6.1	10.5	8.1	4.2	5.4	2.9	3.5
Condiciones climáticas	75.0	7.4	4.6	3.9	3.9	0.9	1.4	1.0	0.2	1.5
Herencia genética	3.9	1.2	2.3	3.3	11.5	8.1	13.7	19.1	9.2	27.8
Predisposición del organismo	5.6	0.5	2.3	3.5	11.8	11.9	10.6	19.7	10.6	23.5
Estilo de vida insano	7.1	0.7	0.8	2.3	10.4	8.1	12.7	16.5	15.7	25.6
Causas ambientales	16.1	2.3	4.3	1.8	11.9	7.9	12.3	16.6	10.8	16.1
El azar, la mala suerte	63.5	3.9	3.2	1.5	6.4	3.2	4.2	4.9	3.4	5.8
La ansiedad, la cólera, el estrés	41.2	6.7	6.7	5.9	10.1	6.9	6.2	6.4	3.9	6.2
Problemas de pareja o familiares	69.2	7.3	5.3	3.7	4.8	1.7	2.5	2.8	0.5	2.2
Situaciones críticas como la pérdida de un familiar	67.6	6.3	4.7	4.8	7.0	1.8	4.0	1.5	0.7	1.7

La primera causa que se analizó en este factor fue *el castigo divino*. Los sujetos entrevistados no consideraban que ésta fuera una causa de cáncer ($\square=1.13$; $DT=0.84$). El 95.8% de los sujetos entrevistados estaban totalmente en desacuerdo en que una de las causas de la enfermedad oncológica fuera un castigo divino.

La siguiente causa que se analizó fue *el mal de ojo, la brujería, el vudú*. Las personas que fueron entrevistadas coincidieron en no considerar que ésta fuera una causa de enfermedad oncológica ($\bar{x}=1.06$; $DT=0.50$) ya que un 96.8% de los sujetos contestaron que no estaban de acuerdo en que la causa del cáncer fuera el mal de ojo, la brujería o el vudú.

A continuación, se observa que la siguiente causa, *infecciones o gérmenes*, tampoco fue considerada por los entrevistados como posible causa del cáncer ($\bar{x}=3.34$; $DT=2.82$). El 58.8% del total de los sujetos contestaron que no estaban de acuerdo en considerar las infecciones o los gérmenes como causa de enfermedad oncológica.

La cuarta causa analizada fue *condiciones climáticas* como lluvia, nieve, frío, calor, entre otras. En la Tabla 7.2.1 se observa que un 87.1% de los entrevistados no estaban de acuerdo en relacionar el cáncer con esta variable ($\bar{x}=1.79$; $DT=1.78$).

La quinta causa que se analizó fue *herencia genética*. Las personas entrevistadas coincidieron en considerar que ésta era una causa de cáncer ($\bar{x}=7.41$; $DT=2.41$). El 69.8% de la población estaba de acuerdo con que una de las causas del cáncer fuera la herencia genética.

Con respecto a la causa *predisposición del organismo*, los resultados obtenidos muestran que ésta era una causa de enfermedad oncológica ($\bar{x}=7.20$; $DT=2.48$), ya que un 64.4% de las personas respondieron con las máximas puntuaciones, lo que indica que estaban de acuerdo con que el cáncer se relacionaba con la predisposición del organismo.

La séptima causa analizada fue *estilo de vida insano*. Los sujetos entrevistados consideraban, en su mayoría, que el estilo de vida insano se relacionaba con el cáncer ($\bar{x}=7.40$; $DT=2.55$). El 70.5% de la población entrevistada respondió con las máximas puntuaciones.

La siguiente causa que se analizó fue *causas ambientales*. Las personas que fueron entrevistadas coincidieron, en un porcentaje elevado, en considerar que ésta era una causa de enfermedad oncológica ($\bar{x}=6.24$; $DT=3.04$) ya que un 55.8% de los sujetos contestaron que estaban de acuerdo en que la causa del cáncer fuera el medio ambiente.

Con respecto a ser la causa del cáncer *el azar y/o la mala suerte*, los sujetos entrevistados coincidieron en no considerar esta causa como motivo de la enfermedad oncológica ($\bar{x}=2.95$; $DT=3.01$). Más del 70% de los sujetos entrevistados pensaban que estas dos variables no se relacionaban con el cáncer.

La décima causa que se analizó fue *la ansiedad, la cólera o el estrés*. Las personas entrevistadas parecían coincidir en relacionar poco el cáncer con esta causa ($\bar{x}=3.80$; $DT=3.028$) ya que el 54.6% de los sujetos respondieron que estaban en desacuerdo con que el cáncer se relacionase con la ansiedad, la cólera o el estrés.

Con respecto a la causa *problemas de pareja o familiares* las personas entrevistadas estaban totalmente en desacuerdo en relacionar el cáncer con los problemas de pareja o familiares ($\bar{x}=2.15$; $DT=2.20$), puesto que un 81.8% señaló el ítem con las puntuaciones más bajas.

La última categoría que se analizó fue *situaciones críticas como la pérdida de un familiar*. Los sujetos entrevistados no consideraban que ésta fuera una causa de cáncer ($\bar{x}=2.22$; $DT=2.17$) ya que el 67.6% de los sujetos entrevistados estaban totalmente en desacuerdo con que el cáncer se relacionase con situaciones críticas.

Posteriormente se solicitó información a los entrevistados sobre la existencia de alguna opción que no se hubiera mencionado. Las palabras recogidas fueron un total de 29. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, ciñéndose, en este caso, a las clasificaciones del *Instituto Nacional de Cáncer* (NCI, 2015).

Dicho Instituto organiza las causas del cáncer en varios grupos; de ellos, sólo cinco aparecen en la asociación libre de palabras del presente trabajo de investigación: *sustancias químicas y medio ambiente*, *hormonas*, *radiación*, *tabaquismo* y, por último, *causas no catalogables*. En la Tabla 7.2.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.2.2

Categorización del concepto ‘causas’

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Sustancias químicas y medio ambiente	Elementos químicos y del entorno como posibles causas de la enfermedad oncológica
Hormonas	Productos que secretan ciertas glándulas del organismo
Radiación	Partículas materiales como fundamento u origen del cáncer
Tabaquismo	Nicotismo como causa de la dolencia
Causas no catalogables	Palabras no clasificadas en las anteriores categorías por no tener elementos en común

Un primer bloque de contenido aglutinaría aquellas palabras que se incluyeron en la categoría *sustancias químicas y medio ambiente*. En la Tabla AVI.1 que se encuentra en el anexo VI se muestran las palabras que pertenecen a dicha categoría y su frecuencia de aparición. Se incluyeron un total de 7 palabras como por ejemplo ‘contaminación’ o ‘productos químicos’. Supone un 24.13% del total de las causas de cáncer que los sujetos entrevistados señalaron.

Un segundo bloque lo formarían aquellas palabras que se incluyeron en la categoría *hormonas*. Como se observa en la Tabla AVI.2, en esta categoría se incluyó un total de 1 palabra (‘tratamientos anticonceptivos’). Conforman un porcentaje total de 3.44%.

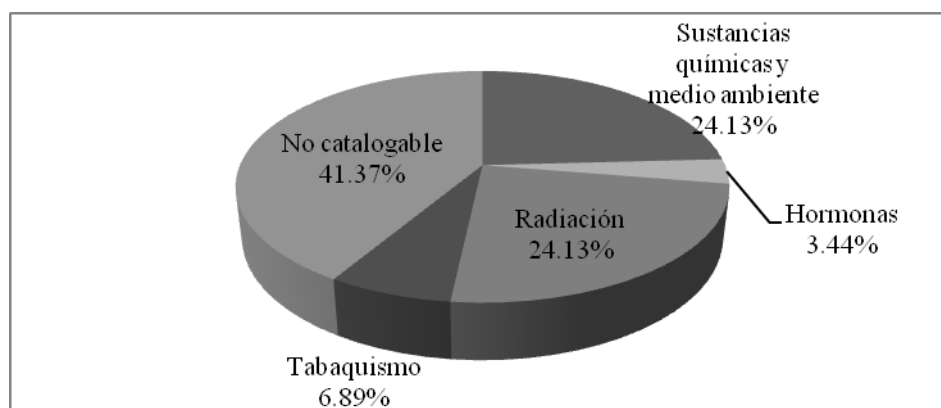
El tercer bloque de contenido aglutina aquellas palabras que se encuentran incluidas en la categoría de *radiación* (Tabla AVI.3), como por ejemplo ‘radiaciones’, suponiendo un porcentaje total de 24.13%.

El cuarto bloque lo formarían aquellas palabras que se incluyeron dentro de la categoría *tabaquismo* como por ejemplo ‘tabaco’. Como puede observarse en la tabla AVI.4, en esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia al tabaquismo como causa de cáncer. Se incluyeron un total de 2 palabras que suponen un 6.89% del total.

El quinto y último bloque agrupa aquellas palabras que se encuentran en la categoría *causas no catalogables*, suponiendo un 41.37% del total de las categorías. Como puede observarse en la tabla AVI.5, en esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que no se podían catalogar dentro de las categorías anteriores. Se incluyeron un total de 12 palabras como por ejemplo ‘edad’ o ‘el desamor hacia uno mismo’.

En la Figura 7.2.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *sustancias químicas y medio ambiente*, supuso el 24.13% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar las causas del cáncer. La segunda categoría denominada *hormonas*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 3.44% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar las causas de la dolencia. La siguiente categoría, *radiación*, constituyó el 24.13% y la categoría que se denominó *tabaquismo* obtuvo un porcentaje de 6.89% del total de los atributos. La quinta y última categoría, *no catalogable*, supuso el porcentaje más elevado con un 41.37% del total de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar las causas de la enfermedad oncológica.

Figura 7.2.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘causas’

La Tabla 7.2.3 muestra la distribución de frecuencias de las categorías elaboradas sobre las causas de cáncer. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las causas de cáncer fue *causas no catalogables* con una frecuencia de 12. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *hormonas* con una frecuencia de aparición de 1.

Tabla 7.2.3

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de ‘causas’

CATEGORÍAS PRINCIPALES	FRECUENCIAS
Sustancias químicas y medio ambiente	7
Hormonas	1
Radiación	7
Tabaquismo	2
Causas no catalogables	12

7.2.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Al realizar el análisis del área temática *causas* se puede observar que los sujetos entrevistados, en rasgos generales, poseían una visión realista sobre cuáles son las causas que pueden provocar la enfermedad de cáncer. Esto es debido a que descartaban casi por completo como posibles causas de la enfermedad el castigo divino o el azar y la mala suerte y,

sin embargo, aceptaban que la herencia genética o el estilo de vida insano y la predisposición del organismo podían llevar a desarrollar un cáncer.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), de entre las posibles causas que influyen en el desarrollo de un cáncer se encuentran los agentes externos y los factores genéticos. El 75-80% de los cánceres son debidos a la acción de los factores genéticos en el organismo provocando una mutación celular. Como agentes externos se considera, por ejemplo, al alcohol y al tabaco. Puesto que son externos, la mayoría pueden modificarse; de ahí la importancia de la prevención con respecto a los hábitos de vida saludables. En segundo lugar, se encuentra la predisposición genética para desarrollar cierto tipo de cánceres; no obstante, esto ocurre en un porcentaje bastante inferior. Y, en tercer lugar, están los agentes biológicos. Como agente biológico se entienden las infecciones provocadas por virus, bacterias o parásitos que significan un 18% del total de los cánceres; por ejemplo, el cáncer de cuello de útero cuyo agente es el Virus del Papiloma Humano (Castro-Jiménez, Vera-Cala y Posso-Valencia, 2006) o el cáncer gástrico asociado al *helicobacter pylori* (Madrazo, 2009).

En las consultas de enfermería, ya sean de atención primaria o atención secundaria, es importante que la población adquiera ciertos conocimientos (como por ejemplo, cuáles son las posibles causas de la enfermedad de cáncer, cómo se pueden evitar ciertos comportamientos perjudiciales para la salud o dónde acudir ante la ignorancia de si ciertas actitudes pueden desencadenar en la aparición de un tumor) ya que el conocimiento de ellas permite poder elegir si llevarlas a cabo en la vida cotidiana o no y, con ellas, la probabilidad de desarrollar dicha enfermedad. Tal y como ocurriera con el VIH en la década de los ochenta, la adquisición de conocimientos permite, por un lado, evitar ciertas actitudes de riesgo que pueden desencadenar un cáncer; y, por el otro, permite perder el miedo irracional que se experimenta ante lo desconocido.

7.3. Percepción de las consecuencias de la enfermedad oncológica.

Para analizar las *consecuencias de la enfermedad* se formularon dos preguntas. A los sujetos se les preguntó, en primer lugar, si consideraban que después de la terapia el enfermo de cáncer podía llevar una vida normal. Los sujetos debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el enfermo de cáncer no podía llevar una vida normal y la puntuación de 10 significaba que podía llevar una vida totalmente normal. Los resultados mostraron que la población consideraba que el enfermo de cáncer después de la enfermedad podía llevar una vida bastante normal (\bar{x} = 7.44; DT = 2.22).

La Tabla 7.3.1 muestra el análisis de las frecuencias y los porcentajes. En ella se puede observar que un 69.9% de la población respondió con las máximas puntuaciones, es decir, que pensaban en ese momento que tras la terapia se podía restablecer la normalidad. Mientras que un 5.9% de los sujetos entrevistados respondieron con las puntuaciones más bajas, es decir, que pensaban que no se podía conseguir volver a la normalidad tras el tratamiento. Sin embargo, resulta significativo que el 24.2% respondieron que era posible reponer la normalidad tras el fin de la terapia pero tan sólo en parte, puesto que respondieron con las puntuaciones intermedias.

Tabla 7.3.1

Distribución de frecuencias y porcentajes en la percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se es enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	16	2.7
2	3	0.5
3	16	2.7
4	16	2.7
5	69	11.6
6	59	9.9
7	88	14.8
8	120	20.2

9	65	10.9
10	143	24.0

En segundo lugar, se preguntó a la población entrevistada si esta enfermedad tenía consecuencias a lo largo de toda la vida. En caso que contestaran afirmativamente, se les solicitaba que indicasen que tipo de consecuencias. Los resultados muestran que la población consideraba que el padecer cáncer tenía consecuencias a lo largo de la vida (\bar{x} = 8.93; DT= 1.45). La Tabla 7.3.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En ella se observa que el 92.3% de los sujetos entrevistados respondieron con las máximas puntuaciones (7, 8, 9 y 10), es decir, que consideraban que sí había consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer. Estos resultados contrastan con el 0.7% de la población que respondió que no había consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo oncológico. Tan sólo un 7% creía que había consecuencias en parte.

Tabla 7.3.2

Distribución de frecuencias y porcentajes en la consideración de la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se es enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
2	1	0.2
3	3	0.5
5	20	3.3
6	22	3.7
7	47	7.8
8	92	15.4
9	100	16.7
10	314	52.4

En cuanto al tipo de consecuencias que tiene el ser enfermo de cáncer, la entrevista preguntaba por si existían consecuencias en la *vida familiar*, en el *aspecto afectivo/sexual*, en la *vida laboral*, en el *aspecto físico*, en las *relaciones sociales*, en el *ocio*, en la *forma de*

pensar y en la *personalidad*. La Tabla 7.3.3 muestra la distribución de frecuencias y de porcentajes de cada una de estas categorías.

Tabla 7.3.3.

Distribución de frecuencias y porcentajes de las consecuencias

	Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje		Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
Vida familiar	1	2	0.3	Aspecto afectivo/sexual	1	25	4.1
	2	4	0.7		2	11	1.8
	3	2	0.3		3	4	0.7
	4	7	1.1		4	13	2.1
	5	23	3.8		5	44	7.2
	6	18	2.9		6	35	5.7
	7	46	7.5		7	54	8.9
	8	94	15.4		8	72	11.8
	9	74	12.1		9	85	13.9
	10	342	55.9		10	267	43.8
Vida laboral	1	30	4.9	Aspecto físico	1	11	1.8
	2	6	1.0		2	5	0.8
	3	12	2.0		3	4	0.7
	4	9	1.5		4	4	0.7
	5	64	10.5		5	48	7.9
	6	25	4.1		6	37	6.1
	7	55	9.0		7	66	10.8
	8	93	15.3		8	97	15.9
	9	76	12.5		9	73	11.9
	10	239	39.2		10	266	43.5
Relaciones sociales	1	27	4.4	Ocio	1	34	5.6
	2	13	2.1		2	8	1.3
	3	7	1.2		3	20	3.3
	4	12	2.0		4	23	3.8
	5	61	10.0		5	74	12.2
	6	47	7.7		6	42	6.9
	7	75	12.3		7	70	11.5
	8	83	13.7		8	79	13.0
	9	71	11.7		9	63	10.4
	10	212	34.9		10	195	32.1
Formas de pensar	1	19	3.1	Personalidad	1	32	5.2
	2	4	0.7		2	6	1.0
	3	6	1.0		3	17	2.8
	4	6	1.0		4	7	1.1
	5	31	5.1		5	59	9.7
	6	27	4.4		6	50	8.2
	7	42	6.9		7	51	8.4
	8	70	11.5		8	69	11.3
	9	96	15.7		9	79	13.0
	10	309	50.7		10	240	39.3

Con respecto a las consecuencias en la *vida familiar*, los resultados muestran que las personas consideraban que el padecer cáncer tenía bastantes consecuencias en la vida familiar (\bar{x} = 8.87; DT= 1.67). Un 90.9% de la población estaba de acuerdo con que el cáncer afectaba a la vida familiar frente a un 1.3% de la población que puntuó con los valores más bajos.

Con relación a las consecuencias en la *vida afectivo/sexual*, los resultados obtenidos muestran que la población entrevistada estimaba que el sufrir cáncer tenía bastantes consecuencias en la vida afectivo/sexual (\bar{x} = 8.08; DT= 2.45). Un 78.4% de la población estaba de acuerdo con que el cáncer afectaba a la vida afectivo/sexual frente a un 6.6% de los sujetos que puntuaron con los valores más bajos.

En cuanto a las consecuencias en la *vida laboral*, los resultados revelan que los sujetos entrevistados consideraban que el padecer la enfermedad de cáncer afectaba seriamente a la vida laboral (\bar{x} = 7.86; DT= 2.53). Un 76% de los sujetos entrevistados estaban de acuerdo con que el cáncer afectaba a la vida laboral en confrontación con un 7.9% que pensaba que no se generaba ningún tipo de problema laboral.

Con respecto a las consecuencias en el *aspecto físico*, los resultados obtenidos desvelan que la población entrevistada opinaba que sí se producían consecuencias en el aspecto físico como resultado de padecer la enfermedad de cáncer (\bar{x} = 8.29; DT= 2.07). Un 43.5% de los sujetos entrevistados estaban totalmente de acuerdo con que el cáncer afectaba totalmente a las personas en el aspecto físico. Sólo el 3.3% de la población entrevistada creía que no se veía afectado este aspecto.

En cuanto a las consecuencias en las *relaciones sociales* los resultados exponen que las personas entrevistadas, en su mayor parte, estaban de acuerdo en considerar que el cáncer afectaba a las personas en las relaciones sociales (\bar{x} = 7.66; DT= 2.51). La Tabla 7.3.3

muestra que un 72.6% estaba de acuerdo en considerar que la enfermedad oncológica afectaba a las relaciones sociales mientras que un 7.7% no estaba de acuerdo con tal aseveración.

En relación a las consecuencias en el *ocio* los resultados evidencian que las personas consideraban que el padecer cáncer tenía bastantes consecuencias en el ocio (\bar{x} = 7.34; DT= 2.66). Un 67% de los sujetos entrevistados pensaban que estar enfermo de cáncer afectaba o producía cambios sustanciales en la vivencia del ocio. Ahora bien, un porcentaje elevado de la población entrevistada (10.2%) creía que esta enfermedad no provocaba diferencias en el ocio.

Con respecto a las consecuencias en la *forma de pensar* los resultados muestran que la población entrevistada estimaba que el padecer la dolencia producía suficientes consecuencias en la forma de pensar (\bar{x} = 8.51; DT= 2.19). Un 50.7% respondió que estaba totalmente de acuerdo con que el cáncer afectaba a las personas en la forma de pensar. Resulta interesante que tan sólo un 4.8% de los sujetos puntuaron el ítem con los valores más bajos.

Finalmente, en relación a las consecuencias en la *personalidad* los resultados enseñan que la muestra entrevistada consideraba que el sufrir la enfermedad oncológica conllevaba consecuencias en la personalidad (\bar{x} = 7.77; DT= 2.60). Un 72% de los sujetos respondieron que estaban de acuerdo con que el cáncer generaba cambios en la personalidad mientras que un 9% consideraba que los cambios en la personalidad eran mínimos.

7.3.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Los resultados obtenidos parecen mostrar una representación social del cáncer que se caracterizaba por considerar que tras la terapia, los enfermos de cáncer, podían restablecer relativamente la normalidad en sus vidas. Sin embargo, éstas se verían afectadas, sobre todo,

por consecuencias y cambios de tipo familiar, del aspecto físico y de la forma de pensar. Con mayor variabilidad también se puede señalar que la representación social caracterizaba la vida de los enfermos de cáncer como con cambios en las relaciones afectivo/sexuales, en el aspecto laboral, en las relaciones sociales, en el ocio y en la personalidad.

Siguiendo estas líneas de investigación, la Universidad de los Pacientes (s.f) muestra la necesidad de crear infraestructuras y programas adecuados para que este tipo de personas puedan afrontar los problemas que vayan surgiendo como consecuencia de haber superado una enfermedad oncológica. Se pone de manifiesto, pues, la necesidad de diseñar planes de seguimiento una vez terminadas las visitas de control rutinarias. Además, la atención psicológica y emocional que demandan los pacientes de cáncer hace necesaria la formación de equipos multidisciplinares donde se pueda atender a estas personas desde un punto de vista holístico. En dicho equipo la figura del enfermero es de vital importancia puesto que sería el nexo de unión entre el paciente y los demás profesionales que formarían parte del equipo multidisciplinar.

Cada persona tiene una serie de necesidades que deben ser cubiertas a nivel individual, familiar y de la comunidad (MSSSI, 2015). Hay personas quienes necesitan realizar rehabilitación, quienes necesitan ayuda psicológica en las relaciones familiares y de pareja, otros que necesitan ayuda de asociaciones de pacientes,... El enfermero es el personal sanitario encargado de identificar las necesidades de cada persona para después cubrirlas mediante acciones propias o mediante la remisión al profesional correspondiente. Rol que está muy desarrollado en uno de los principales modelos de la profesión: el modelo de *cuidados de las catorce necesidades* de Virginia Henderson. En este modelo, las personas son quienes satisfacen sus propias necesidades cuando tienen el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (Citado por Alba et al., 2010, p. 18) y, cuando esto no sucede, es el enfermero quien cubre dichas necesidades.

7.4. Percepción de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.

La siguiente área temática que se analizó fue *durabilidad/cronicidad*. Para analizar si el cáncer es una enfermedad que se extienden en el tiempo, que se caracteriza por diferentes y sucesivos ciclos de recaídas y remisiones y que tiende a avanzar agravándose, se les preguntó a los sujetos, en primer lugar, si consideraban que el cáncer era una enfermedad duradera. Los sujetos debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no era una enfermedad duradera y la puntuación de 10 significaba que el cáncer si era una enfermedad que se dilataba en el tiempo. Los resultados mostraron que el cáncer era considerada una enfermedad duradera (\bar{x} = 7.23; DT= 2.38).

La Tabla 7.4.1 muestra el análisis de las frecuencias y de los porcentajes. En ella se observa la variabilidad de la muestra ya que las puntuaciones están repartidas entre la escala. Aún con todo se observa que, en su mayor parte, las puntuaciones se concentran en los valores más elevados (64%). Esto indica que, en general, la población consideraba que el cáncer era una enfermedad de difícil curación y, que, por tanto, duraba toda la vida.

Tabla 7.4.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad duradera

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	17	2.8
2	8	1.3
3	14	2.3
4	28	4.6
5	102	16.9
6	49	8.1
7	82	13.6
8	86	14.2
9	69	11.4
10	150	24.8

El segundo ítem preguntaba a los sujetos entrevistados si pensaban que el cáncer era una enfermedad que se cronificaba. Como sucedía en el ítem anterior, debían valorarlo mediante una escala del 1 al 10, donde 1 significaba *totalmente en desacuerdo* y 10 *totalmente de acuerdo*. En esta pregunta se obtuvieron puntuaciones medias cercanas a 5 (\bar{x} = 5.91; DT= 2.95). En la Tabla 7.4.2 se observa que el 24.9% de los sujetos entrevistados puntuaron el ítem con los valores más bajos (1, 2 y 3), lo que indica que no opinaban que se tratase de una enfermedad crónica; frente a un 45.6% de los sujetos que valoraron el ítem con las puntuaciones más altas (7, 8, 9 y 10); lo que significa que consideraban al cáncer como una enfermedad crónica. Llama la atención el porcentaje de sujetos que puntuaron el ítem con los valores intermedios (4, 5 y 6), considerando que el cáncer era una enfermedad crónica en parte solamente (29.7%).

Tabla 7.4.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad crónica

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	78	13.1
2	20	3.4
3	50	8.4
4	27	4.5
5	100	16.8
6	50	8.4
7	62	10.4
8	62	10.4
9	58	9.7
10	90	15.1

El último ítem que se valoró en este apartado fue el que solicitaba información sobre si tenía cura la patología oncológica. Los resultados mostraron que gran parte de la misma podía curarse (\bar{x} = 6.31; DT= 2.36). La Tabla 7.4.3 muestra que un 47.6% de la población entrevistada pensaba que el cáncer era una enfermedad que se curaba. Un 10.9% de la

población entrevistada opinaba que se trataba de una enfermedad incurable. No obstante, parece interesante que un 41.6% de los sujetos creyeran que el cáncer tan sólo se curaba en ciertos casos. Así pues, se puede decir que la población tenía una representación de la enfermedad que se caracterizaba por considerar que era relativamente curable aunque muy pocos pensaran que tenía una curación total (11.8%) y también muy pocos señalaron que se trataba de una enfermedad que no tenía cura (5.6%).

Tabla 7.4.3

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad que se cura

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	34	5.6
2	7	1.2
3	25	4.1
4	30	5.0
5	150	24.8
6	71	11.8
7	87	14.4
8	85	14.1
9	44	7.3
10	71	11.8

7.4.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

A modo de resumen se puede indicar que los resultados muestran que el cáncer era considerada una enfermedad duradera; además, los sujetos entrevistados tenían la percepción que se tratase de una enfermedad que tenía una cura relativa y que era parcialmente crónica. Sin embargo, la evolución de la enfermedad dependía de múltiples factores que interaccionaban entre sí.

Si en primer lugar se investigan los conocimientos científicos que se poseen en relación a la cronicidad/durabilidad de la enfermedad, se observa que el uso de tecnologías

terapéuticas está consiguiendo lo que ya ocurriera en 1921 con el descubrimiento de la insulina (Alleyme, 1996). Una enfermedad considerada hasta el momento mortal se esté convirtiendo en una enfermedad crónica. Ya que con el uso de terapias más modernas parece que algunos pacientes tienen más probabilidades de morir con la enfermedad oncológica que morir de la enfermedad oncológica. Se trata, por un lado de las moléculas pequeñas de blanco específico como por ejemplo el sunitinib y el sorafenib para el carcinoma renal; y por el otro, de la biotecnología como por ejemplo el Interferón alfa para el melanoma maligno (Lage y Crombet, 2011).

En segundo lugar, lo que se sabe a nivel científico en cuanto a la curación del cáncer, es que según el Instituto Nacional de Cáncer (NIH, 2014) no es lo mismo cura que remisión. El primer término hace referencia a la desaparición *para siempre* de la enfermedad, mientras que el segundo término se refiere a la disminución de los síntomas y signos, pudiendo ser esta parcial o completa. La remisión no garantiza no padecer una recaída en un tiempo indeterminado, la curación sí. De igual manera ocurre con la posibilidad que aparezcan efectos secundarios a largo plazo como consecuencia de los tratamientos a los que se ven sometidos los pacientes. Por consiguiente, en el cáncer no es adecuado hablar de curación sino de remisión. No obstante, los factores que influyen en un buen pronóstico son: el tipo de tumor, donde se encuentre localizado, si existe metástasis o no, la edad del paciente y su estado funcional.

A la luz de los resultados obtenidos se puede afirmar que la población general posee una información bastante veraz al respecto del área temática *durabilidad y cronicidad*. No obstante, se hace necesario que la población continúe recibiendo información verídica y actualizada al respecto del cáncer puesto que, como se indicaba anteriormente, los avances en medicina están siendo muy rápidos. Deben ser los profesionales de la salud quienes dispongan esta información al alcance de la población mediante programas de educación para

la salud, campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otras acciones. Es por esto que desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se realizan campañas contra el cáncer, como la que realizaron durante el año 2014 para la detección precoz del cáncer de mama y de colon (MSSSI, 2014); asociaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer también realizan campañas como la realizada en febrero del 2015 bajo el título “*Foro Contra el Cáncer. Cáncer: Tratamientos y cuidados para todos y en todos los momentos de la enfermedad*”. Sin embargo, dichas campañas resultan insuficientes ya que se hace necesaria mayor actuación por parte de los profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular. Algunas sociedades como la Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO), por su parte, tienen entre sus objetivos:

Fomentar un *enfoque interdisciplinar* en la asistencia a enfermos con cáncer. Las enfermeras/os deben contribuir a la promoción de la salud y la prevención del cáncer. *La promoción de la salud y la educación no son exclusivas de la Atención Primaria. Continúa con los propios enfermos de cáncer en cualquier ámbito*”. (2015).

La SEEO pone de manifiesto que la enfermería tiene la responsabilidad de adquirir las habilidades, las actitudes y los conocimientos necesarios para administrar cuidados de calidad; y requiere de conocimientos para llevar hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de un cáncer. El enfermero debe informar a la población sobre el cáncer, su prevención y su tratamiento. Desde la investigación que se presenta, se observa la necesidad de trabajar, de incidir en la educación sanitaria de los pacientes. Averiguar que conocimientos posee la población y aunar esfuerzos con otros profesionales sanitarios para que los conocimientos de las personas aumenten conforme progresen los avances de la ciencia.

7.5. Percepción de patología prevenible.

Como *prevención* se entiende la disposición y la preparación que se realiza de manera anticipada para evitar la enfermedad de cáncer (RAE). El área temática de *prevención* se analizó mediante dos preguntas cerradas y una pregunta abierta. En primer lugar, se les formuló a los sujetos entrevistados una pregunta donde debían contestar si creían que, en general, el cáncer se podía prevenir. En la Tabla 7.5.1 se puede observar que un 60.3% de los sujetos entrevistados creían que la patología oncológica sí que se podía prevenir, frente a un 39.7% de los sujetos que señalaron que no se podía prevenir la enfermedad de cáncer.

Tabla 7.5.1.

Distribución de frecuencias y porcentajes de creencia en la prevención del cáncer

Población general	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	239	39.7
Con creencia	363	60.3

Para profundizar sobre el tema se les realizó una segunda pregunta en la que se les solicitó la misma información pero con una escala de respuesta del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no se podía prevenir y la puntuación de 10 significaba que el cáncer sí se podía prevenir. Los resultados mostraron que se podía prevenir en parte (\bar{x} = 6.26; DT= 2.58). La Tabla 7.5.2 muestra el análisis de frecuencias y porcentajes. En ella se puede observar que, en general, los sujetos entrevistados opinaban que si se podía prevenir la enfermedad, ya que un total de 291 sujetos (48.1%) puntuaron el ítem con los valores más elevados (7, 8, 9 y 10). No obstante, 227 individuos (37.4%) puntuaron con valores intermedios el ítem (4, 5 y 6), significando que no siempre se podía prevenir. 88

sujetos (14.5%) puntuaron con los valores más bajos (1, 2 y 3); es decir, que opinaban que la enfermedad de cáncer no se podía prevenir.

Tabla 7.5.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad que se puede prevenir

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	39	6.4
2	15	2.5
3	34	5.6
4	41	6.8
5	133	21.9
6	53	8.7
7	78	12.9
8	78	12.9
9	44	7.3
10	91	15.0

Finalmente, se complementó la percepción arriba descrita con una cuestión de tipo cualitativo. Se les preguntó a los sujetos que hubieran respondido afirmativamente a la cuestión anterior y que, por tanto, consideraran que se podía prevenir el cáncer, de qué modo se podía prevenir dicha enfermedad. Las palabras recogidas fueron un total de 716. Al igual que en las categorizaciones anteriores, en la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, basándose en la clasificación previa de la Sociedad Española de Oncología Médica (Del Barco y Vidal, s.f). A partir de dicha clasificación, se estructuraron en 3 categorías: *prevención primaria*, *prevención secundaria* y *asociaciones generales*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 7.5.3 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.5.3

Categorización del concepto de prevención

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS
Prevención primaria		Reducción de la incidencia de cáncer mediante promoción de salud
	No tabaquismo	No consumo de tabaco
	Peso corporal saludable y ejercicio físico	Mantenimiento de peso corporal sano y realización de deporte
	Dieta saludable	Alimentación adecuada
	No consumo alcohol	No ingesta de bebidas alcohólicas
	No tomar rayos Ultravioleta	Actitud de protección frente a los rayos UV
	Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	Actitud vigilante ante sustancias nocivas en el trabajo y en el entorno de la vivienda
	Programas de vacunación	Cumplimiento del calendario vacunal autonómico
	Educación sanitaria	Informar a la población al respecto del cáncer
	Términos generales	Palabras usadas para referirse en rasgos generales a la prevención primaria
Prevención Secundaria		Detección temprana de casos nuevos de cáncer
	Detección precoz	Detección en estadios poco avanzados
	Tratamientos médicos y quirúrgicos	Medicamentos y cirugía
Asociaciones generales		Palabras o expresiones que se asocian a la prevención

La primera categoría recibió el nombre de *prevención primaria* y se entiende como tal la reducción de la incidencia del cáncer mediante promoción de la salud, véase por ejemplo ‘vigilar el peso’ o ‘alimentación adecuada’. Esta categoría fue subclasificada en nueve grupos que recibieron el nombre de *no tabaquismo*, *peso corporal saludable y ejercicio físico*, *dieta saludable*, *no consumo de alcohol*, *no tomar rayos Ultravioleta*, *protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral*, *programas de vacunación*, *educación sanitaria* y, por último, *términos generales*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *no tabaquismo*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que

pretendía reunir las medidas preventivas del abandono del hábito tabáquico, como por ejemplo ‘abandono tabaco’ o ‘abstinencia tabaco’. Se incluyeron un total de 63 definiciones. La Tabla AVII.1 que se encuentra en el anexo VII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda categoría de segundo orden fue denominada *peso corporal saludable y ejercicio físico*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de unificar las medidas de prevención relacionadas con el deporte y el peso saludable, como por ejemplo ‘ejercicio físico’ o ‘vigilar el peso’. Se incluyeron un total de 37 palabras o expresiones. En la Tabla AVII.2 que se encuentra situada en el anexo VII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera categoría de segundo orden fue denominada *dieta saludable*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de prevención la comida sana, como por ejemplo véase ‘alimentación alcalina’ o ‘alimentos sanos’. Fueron un total de 86 palabras o expresiones. La Tabla AVII.3 que se encuentra en el anexo VII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La cuarta categoría de segundo orden fue denominada *no consumo de alcohol*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar como medida de prevención el abandono del hábito enólico como por ejemplo ‘sin beber alcohol’. Se incluyeron un total de 22 palabras o expresiones. En la Tabla AVII.4 que se encuentra situada en el anexo VII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La quinta categoría de segundo orden fue denominada *no tomar rayos ultravioleta* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados con la finalidad de denominar como medida preventiva no tomar el sol o tomarlo con protección, como por

ejemplo ‘tomar poco el sol’ o ‘protección solar’. Se incorporaron un total de 15 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AVII.5.

La sexta categoría de segundo orden fue denominada *protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los métodos de prevención frente a posibles sustancias cancerosas que se puedan encontrar en el lugar de trabajo o en el medio ambiente, como por ejemplo ‘evitando exposición a agentes cancerígenos’ o ‘evitar lugares o zonas contaminadas’. Se incluyeron un total de 15 definiciones. La Tabla AVII.6 que se encuentra en el anexo VII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La séptima categoría de segundo orden fue denominada *programas de vacunación*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas a las vacunas como método de prevención, como por ejemplo ‘vacunas papiloma’. Se incluyeron un total de 7 palabras o expresiones. En la Tabla AVII.7 que se encuentra situada en el anexo VII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta subcategoría.

La octava categoría de segundo orden fue denominada *educación sanitaria*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de referirse al adiestramiento que debe recibir la población con respecto a los métodos de prevención, como por ejemplo ‘educar en hábitos saludables desde la infancia’. Se incluyeron un total de 4 palabras o expresiones. En la Tabla AVII.8 que se encuentra situada en el anexo VII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La novena y última categoría de segundo orden fue denominada *términos generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que o bien eran métodos de prevención más generalistas o eran la combinación de varios métodos preventivos diferentes,

como por ejemplo véase ‘adoptando un estilo de vida saludable’ o ‘dejando de fumar y beber’. Fueron un total de 207 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AVII.9 del anexo VII.

La segunda categoría fue denominada *prevención secundaria*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a los métodos empleados para diagnosticar de la manera más precoz posible el cáncer, una vez éste ya se ha instaurado en el cuerpo de la persona, como por ejemplo ‘acudir regularmente al ginecólogo’, ‘análisis de prevención’ o ‘técnicas preventivas adecuadas a edad y sexo’. La categoría fue dividida en los siguientes subgrupos: *detección precoz* y *asociaciones generales*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *detección precoz*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las medidas para un diagnóstico raudo, como por ejemplo ‘tomando medidas preventivas’. Se incluyeron un total de 229 definiciones. La Tabla AVII.10 que se encuentra en el anexo VII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos médicos y quirúrgicos*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de prevención métodos relacionados con los facultativos y con la cirugía como por ejemplo véase ‘cirugía’ o ‘tratamiento farmacológico’. Fueron un total de 7 palabras o expresiones. La Tabla AVII.11 que se encuentra en el anexo VII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

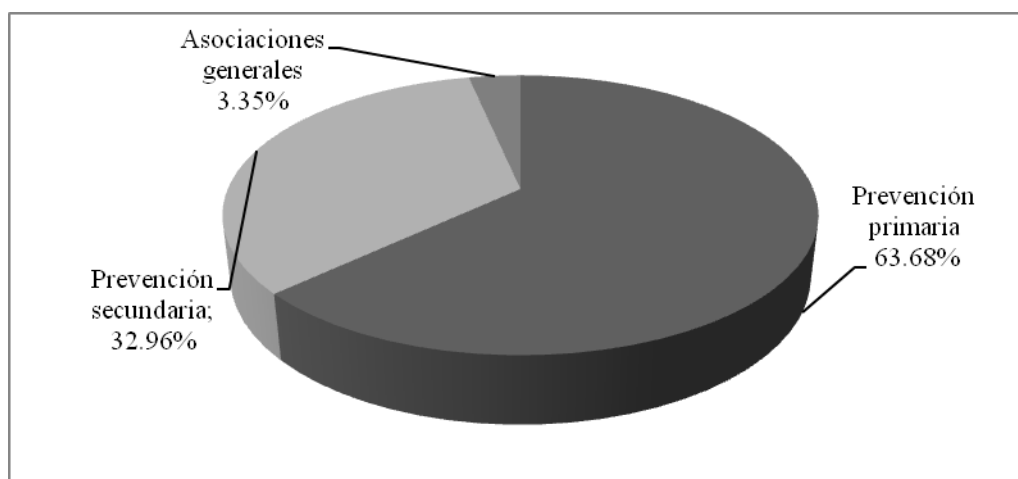
La tercera y última categoría fue denominada *asociaciones generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que no pudieron ser catalogadas en las anteriores categorías por su variabilidad, como por ejemplo ‘buen humor’ o ‘cultivando la fe’.

Se obtuvieron un total de 24 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AVII.12 en el anexo VII.

En la Figura 7.5.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *prevención primaria*, supuso el 63.68% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar la prevención. La segunda categoría denominada *prevención secundaria* constituyó el 32.96% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la prevención. La tercera y última categoría, *asociaciones generales*, supuso el 3.35% del total de los atributos.

Figura 7.5.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto ‘prevención’



La Tabla 7.5.4 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre la prevención. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar la prevención del cáncer fue *prevención primaria* con una frecuencia de 456. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *asociaciones generales* con una frecuencia de aparición de 24.

Tabla 7.5.4

Frecuencias de las categorías de primer orden y segundo orden del concepto de ‘prevención’

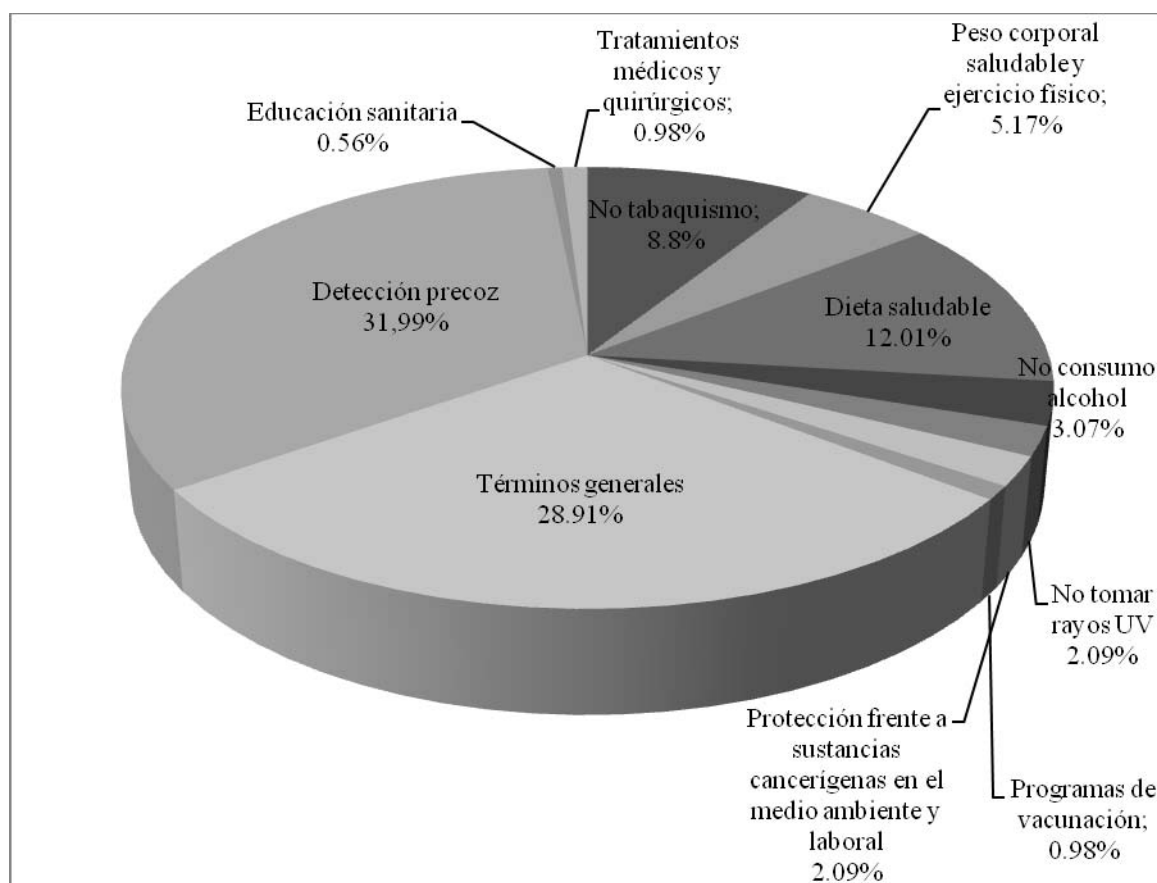
CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Prevención primaria		456
	No tabaquismo	63
	Peso corporal saludable y ejercicio físico	37
	Dieta saludable	86
	No consumo alcohol	22
	No tomar rayos Ultravioleta	15
	Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	15
	Programas de vacunación	7
	Educación sanitaria	4
	Términos generales	207
Prevención secundaria		236
	Detección precoz	229
	Tratamientos médicos y quirúrgicos	7
Asociaciones generales		24

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 7.5.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *términos generales* y *detección precoz* con porcentajes de 28.91% y 31.99% respectivamente. La categoría de segundo orden *términos generales* forma parte de la categoría de primer orden *prevención primaria*, mientras que la categoría de segundo orden *detección precoz* forma parte de la categoría de primer orden *prevención secundaria*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *programas de vacunación*, *educación sanitaria* y *tratamientos médicos y quirúrgicos* con porcentajes de 0.98%, 0.56% y 0.98% respectivamente. La categoría de segundo orden *tratamientos médicos y quirúrgicos* forma parte de la categoría de primer orden *prevención secundaria*, mientras que las subcategorías *programas de*

vacunación y educación sanitaria forman parte de la categoría de primer orden *prevención primaria*.

Figura 7.5.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘prevención’



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *no tabaquismo* destacó la palabra ‘no fumar’ con una frecuencia de aparición de 39, y, de la categoría de segundo orden *términos generales* destacaron las palabras ‘hábitos de vida saludable’ y ‘vida sana’ con unas frecuencias de aparición de 33 y 21 respectivamente. La Tabla 7.5.5 muestra la distribución de las frecuencias.

Tabla 7.5.5

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Prevención primaria			
	No tabaquismo	No fumar	39
	Términos generales	Hábitos de vida saludables	33
		Vida sana	21

7.5.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Los resultados obtenidos muestran una representación social del cáncer como una patología que se podía prevenir en parte, modificando ciertos estilos de vida (como por ejemplo no fumando, realizando ejercicio físico o evitando el consumo de alcohol). Si se continúa analizando en profundidad la categoría de *prevención* se observa que, para los sujetos entrevistados es más importante la prevención primaria; es decir, modificar conductas del día a día que es posible que puedan desencadenar un cáncer a largo plazo como pueda ser el hábito tabáquico para el cáncer de pulmón o el hábito enólico para el cáncer de hígado.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La prevención es un componente esencial de todos los planes de control del cáncer ya que puede evitar el 40% aproximadamente de todas las muertes que provoca”. (OMS, 2007).

La prevención primaria en el cáncer está dirigida a reducir el número de casos nuevos por medio de modificaciones en los factores de riesgo que se relacionan con su desarrollo. La prevención secundaria pretende diagnosticar la patología antes de que se manifieste de forma clínica, para poder dar un tratamiento de forma precoz que pueda mejorar su pronóstico (Boyle, *et al.* citado por Marzo-Castillejo, *et al.*, 2005).

La Asociación Española Contra el Cáncer (2015), plantea que la prevención en oncología tiene dos objetivos primordiales. El primero de ellos es disminuir la incidencia, es decir, que hayan menos casos nuevos de enfermos de cáncer ya que un porcentaje muy elevado de los cánceres que se producen son debidos a factores externos que podrían ser evitados (tabaquismo, exposición inadecuada al sol). El segundo de ellos es disminuir la mortalidad ya que cuando se diagnostica un cáncer en un estadio no muy avanzado, los tratamientos que se deben administrar son más sencillos y eficaces (screening de cáncer de mama y de cáncer de próstata). El primer objetivo es responsabilidad de Atención Primaria, el segundo de ellos de Atención Secundaria.

Mientras que es labor del enfermero de Atención Primaria informar y formar a la población sobre hábitos de vida saludables mediante programas de *educación para la salud*; la población que recibe dicha información y formación debe reunir una serie de requisitos como son la toma de conciencia del riesgo que supone mantener ciertos hábitos nocivos para la salud, la toma de decisión de querer cambiar dichos hábitos y el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo (AECC, 2015).

El enfermero de Atención Primaria, desde los programas de educación para la salud, debe incentivar el abandono del hábito tabáquico (art. 12 Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco). Para ello, en muchos Centros de Salud, se cuenta con la consulta de deshabituación tabáquica que es responsabilidad del personal de enfermería (Conserjería de Sanidad Universal y Salud Pública, s.f).

La alimentación sana y equilibrada, la realización de ejercicio físico como hábitos de vida saludables y métodos de prevención de cierto tipo de enfermedades como el consabido cáncer también son responsabilidad del enfermero de Atención Primaria; la enfermería en

determinados programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad-como por ejemplo *la supervisión de la salud infantil*- debe proporcionar información al respecto a la población con la que trabaja.

En cuanto a la exposición inadecuada al sol, en Atención Primaria se realizan campañas de prevención del cáncer de piel; en ellas se explica que factor de protección es apropiado en la crema solar, que horas son las de mayor riesgo de exposición al sol, que signos debemos vigilar ante la presencia de ciertas manchas, etcétera (Conserjería de Sanidad Universal y Salud Pública, s.f).

Desde Atención Secundaria se pueden realizar acciones para diagnosticar de manera temprana la enfermedad oncológica (MSSSI, 2015). Por ejemplo, las mamografías, las citologías, el análisis del PSA y el test de sangre oculta en heces permiten diagnosticar un cáncer de mama, de cuello de útero, de próstata o de colon en estadios poco avanzados, cuando aún no existe clínica evidente para la persona que padece la enfermedad; ya que este diagnóstico precoz posibilita una mayor supervivencia (MSSSI, 2010).

El personal de enfermería, debería acompañar a los usuarios a lo largo de todo el proceso, desde la realización de la prueba de screening hasta la recepción de los resultados; el enfermero debe saber desenvolver su rol profesional dentro de un equipo multidisciplinar donde pueda desarrollar acciones a nivel asistencial, docente, investigador, gestor y asesor.

7.6. Percepción de patología amenazante y controlable.

La siguiente área temática a analizar fue la de *amenazante/percepción de control*. Para analizarla se pidió a los sujetos que fueron entrevistados que respondieran a tres ítems que debían valorar en una escala del 1 al 10. El primer ítem preguntaba si consideraban que

el cáncer era una enfermedad mortal. Los resultados muestran que los sujetos consideraban que era bastante mortal (\bar{x} = 7.14; DT= 2.47). La Tabla 7.6.1 muestra la distribución de las frecuencias y de los porcentajes. En ella se puede observar que el 62.8% de los sujetos catalogaron el cáncer de ser una enfermedad mortal. El 8% puntuaron el ítem con los valores más bajos; es decir, que opinaban que no se trataba de una enfermedad mortal. También comentar que un 29.2% de los entrevistados opinaron que era mortal en algunos casos.

Tabla 7.6.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad mortal

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	23	3.8
2	13	2.1
3	13	2.1
4	16	2.6
5	122	19.9
6	41	6.7
7	82	13.4
8	83	13.5
9	69	11.3
10	151	24.6

En el segundo ítem se les solicitó información sobre si les daba miedo el cáncer. Los resultados muestran que tenían bastante miedo a dicha enfermedad (\bar{x} = 8.53; DT= 2.12). La Tabla 7.6.2 muestra que a un 52.8% de los sujetos entrevistados les daba mucho miedo el cáncer mientras que un 1.6% de los sujetos entrevistados no tenían nada de miedo a la enfermedad oncológica.

Tabla 7.6.2

Distribución de frecuencias y porcentajes del miedo a la enfermedad

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	10	1.6
2	7	1.1
3	5	0.8
4	10	1.6
5	45	7.4
6	19	3.1
7	51	8.3
8	61	10.0
9	81	13.2
10	323	52.8

En el tercer y último ítem se les preguntó por la preocupación que tenían los individuos entrevistados a tener algún día cáncer. Los resultados muestran que los sujetos entrevistados estaban bastante preocupados ante la posibilidad de tener algún día cáncer ($M = 8.07$; $DT = 2.45$). Así pues, si se observa la Tabla 7.6.3, se puede advertir que un total de 47.1% de los sujetos puntuaron el ítem con el máximo valor (10), significando que les preocupaba totalmente contraer la enfermedad de cáncer en un futuro. Sin embargo, un 3.3% de los sujetos puntuaron con el valor más pequeño (1), es decir, que no sentían preocupación alguna por contraer la enfermedad en un futuro.

Tabla 7.6.3

Distribución de frecuencias y porcentajes de la preocupación por contraer la enfermedad en un futuro

Escala Likert	Frecuencia	Porcentajes
1	20	3.3
2	7	1.1
3	15	2.5
4	14	2.3
5	50	8.2
6	33	5.4
7	58	9.5

8	72	11.8
9	54	8.8
10	288	47.1

Una vez analizada la preocupación por contraer cáncer, se les preguntó por la consideración de que podrían ser algún día enfermos de cáncer. En la Tabla 7.6.4 se observa que un 91.4% de la población entrevistada consideraba que era posible contraer la enfermedad.

Tabla 7.6.4

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia de poder contraer la enfermedad

Población general	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	52	8.6
Con creencia	554	91.4

Junto a la pregunta cerrada anterior, también se les solicitó información sobre la consideración de que todas las personas pudieran tener cáncer. Tal y como se observa en la Tabla 7.6.5, el 91.4% del total de los sujetos que fueron entrevistados creían que todas las personas podían tener cáncer.

Tabla 7.6.5

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia que todos podemos tener cáncer

Población general	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	53	8.6
Con creencia	562	91.4

Por último, se analizó la percepción de ser el cáncer una enfermedad controlable. Parece que la población entrevistada consideraba que era medianamente controlable (\bar{x} = 6.13; DT= 2.34). La Tabla 7.6.6 muestra que un 12.7% de los sujetos puntuaron el ítem con los valores más bajos (1, 2 y 3) frente al 44.9% de los individuos que puntuaron con los valores máximos (7, 8, 9, y 10), es decir, que tenían la percepción de ser el cáncer una enfermedad controlable. No obstante, un 42.3% de la muestra puntuó con los valores intermedios (4, 5 y 6), lo que muestra que para ellos el cáncer se podía controlar tan sólo en cierta medida.

Tabla 7.6.6

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser una enfermedad controlable

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	34	5.6
2	14	2.3
3	29	4.8
4	33	5.4
5	149	24.5
6	75	12.4
7	96	15.8
8	79	13.0
9	39	6.4
10	59	9.7

7.6.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica

A modo de resumen se puede indicar que la percepción que tenía la población sobre la enfermedad de cáncer es que era una de las enfermedades más graves en comparación con otras dolencias ya que era considerada bastante mortal. Además, se trataba de una patología que generaba miedo en los individuos, les preocupaba tener cáncer algún día y pensaban que

cualquiera podría tener cáncer pero, opinaban que se trataba de una enfermedad que relativamente era controlable.

Aunque se trata de una de las enfermedades más graves de la actualidad debido a la elevada morbilidad y mortalidad, tan sólo por detrás de las enfermedades cerebrovasculares (INE, 2015; Marzo-Castillejo, *et al.*, 2005), se pueden controlar en cierta medida ciertos hábitos saludables que podrían desencadenar en un cáncer, como por ejemplo cuidar la alimentación o realizar ejercicio físico. Y, aunque no sea posible eliminar la probabilidad estadística de padecer cáncer puesto que influyen otros factores que no pueden ser controlados (como la herencia genética o la afectación vírica), más del 30% de las muertes producidas por la enfermedad oncológica se evitarían modificando u obviando factores de riesgo como tabaco, dietas poco saludables o consumo de alcohol (OMS, 2015). Por ello, como se indica en el área temática ‘prevención’, el papel del enfermero es fundamental para transmitir a la población la importancia de estos hábitos saludables desde Atención Primaria y Atención Secundaria.

7.7. Percepción de los tratamientos de la enfermedad oncológica.

El área temática *tratamiento* lo forma una única cuestión de tipo cualitativo donde los sujetos que fueron entrevistados debían indicar los tratamientos que consideraban más efectivos contra el cáncer, entendiendo como tratamiento el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad (RAE, s.f). Con la muestra de 619 sujetos, las palabras asociadas a recoger fueron un total de 1285. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos y se estructuraron en: *tratamientos genéricos; tratamientos preventivos; tratamientos farmacológicos; tratamientos médicos; tratamientos psicológicos, tratamientos quirúrgicos; tratamientos naturales; hábitos de vida*

saludable; combinación de tratamientos; no creencia/no conocimientos; tratamientos espirituales y, por último, *tratamientos relacionados con la actitud personal*. En la Tabla 7.7.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.7.1.

Categorización del concepto de tratamiento

CATEGORIAS DE PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Tratamientos genéricos	Tratamientos a nivel general
Tratamientos preventivos	Procedimientos relacionados con la acción de precaver
Tratamientos farmacológicos	Medicamentos
Tratamientos médicos	Tratamientos pautados por facultativos
Tratamientos psicológicos	Tratamientos pautados por psicólogos
Tratamientos quirúrgicos	Procedimientos relacionados con la cirugía
Tratamientos naturales	Sustancias no químicas para tratar el cáncer
Hábitos de vida saludable	Acciones dirigidas para prevenir el cáncer
Combinación de tratamientos	Uso de varios tratamientos juntos
No creencias/no conocimientos	Relación de convicciones de los entrevistados acerca de la no creencia en tratamientos efectivos
Tratamientos espirituales	Procedimientos relacionados con la religión y la espiritualidad de las personas
Tratamientos relacionados con la actitud personal	Procedimientos que tienen que ver con la manera de afrontar la enfermedad

La primera categoría recibió el nombre de *tratamientos genéricos* y se entiende como tal los procedimientos usados para tratar la enfermedad de cáncer desde una perspectiva general, véase por ejemplo ‘todos en general’ o ‘mucho trabajo’. Se incluyeron un total de 66 definiciones. La Tabla AVIII.1 que se encuentra en el anexo VIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La segunda categoría fue denominada *tratamientos preventivos*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la

finalidad de unificar medidas de prevención, como por ejemplo ‘detectar a tiempo’ o ‘diagnóstico precoz’. Se incluyeron un total de 76 palabras o expresiones. En la Tabla AVIII.2 que se encuentra situada en el anexo VIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera categoría fue denominada *tratamientos farmacológicos*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como tratamiento los medicamentos, como por ejemplo véase ‘fármacos’ o ‘la quimio’. Fueron un total de 396 palabras o expresiones. La Tabla AVIII.3 que se encuentra en el anexo VIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La cuarta categoría fue denominada *tratamientos médicos*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar como tratamiento los procedimientos pautados por el personal facultativo, como por ejemplo ‘colonoscopia’. Se incluyeron un total de 327 palabras o expresiones. En la Tabla AVIII.4 que se encuentra situada en el anexo VIII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La quinta categoría fue denominada *tratamientos psicológicos* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados con la finalidad de denominar como tratamiento los procedimientos pautados por los psicólogos, como por ejemplo ‘ayuda psicológica’ o ‘psicoterapia’. Se incorporaron un total de 20 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AVIII.5

La sexta categoría fue denominada *tratamientos quirúrgicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los procedimientos relacionados con la cirugía, como por ejemplo ‘exéresis’ o ‘operar’. Se

incluyeron un total de 227 definiciones. La Tabla AVIII.6 que se encuentra en el anexo VIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La séptima categoría fue denominada *tratamientos naturales*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas a procedimientos terapéuticos no químicos, como por ejemplo ‘medicina natural’. Se incluyeron un total de 4 palabras o expresiones. En la Tabla AVIII.7 que se encuentra situada en el anexo VIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La octava categoría fue denominada *hábitos de vida saludables*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que están relacionadas con procedimientos beneficiosos para la salud, como por ejemplo véase ‘cuidar la alimentación’ o ‘no fumar’. Fueron un total de 47 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AVIII.8 del anexo VIII.

La novena categoría fue denominada *combinación de tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a la mezcla de métodos para tratar la enfermedad de cáncer, como por ejemplo ‘cirugía + radioterapia’. Se incluyeron un total de 33 definiciones. La Tabla AVIII.9 que se encuentra en el anexo VIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La décima categoría fue denominada *no creencias/no conocimientos*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de referirse al convencimiento propio que no existe un tratamiento para el cáncer como por ejemplo ‘ninguno’. Se incluyeron un total de 21 palabras o expresiones. En la Tabla AVIII.10 que se encuentra situada en el anexo VIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

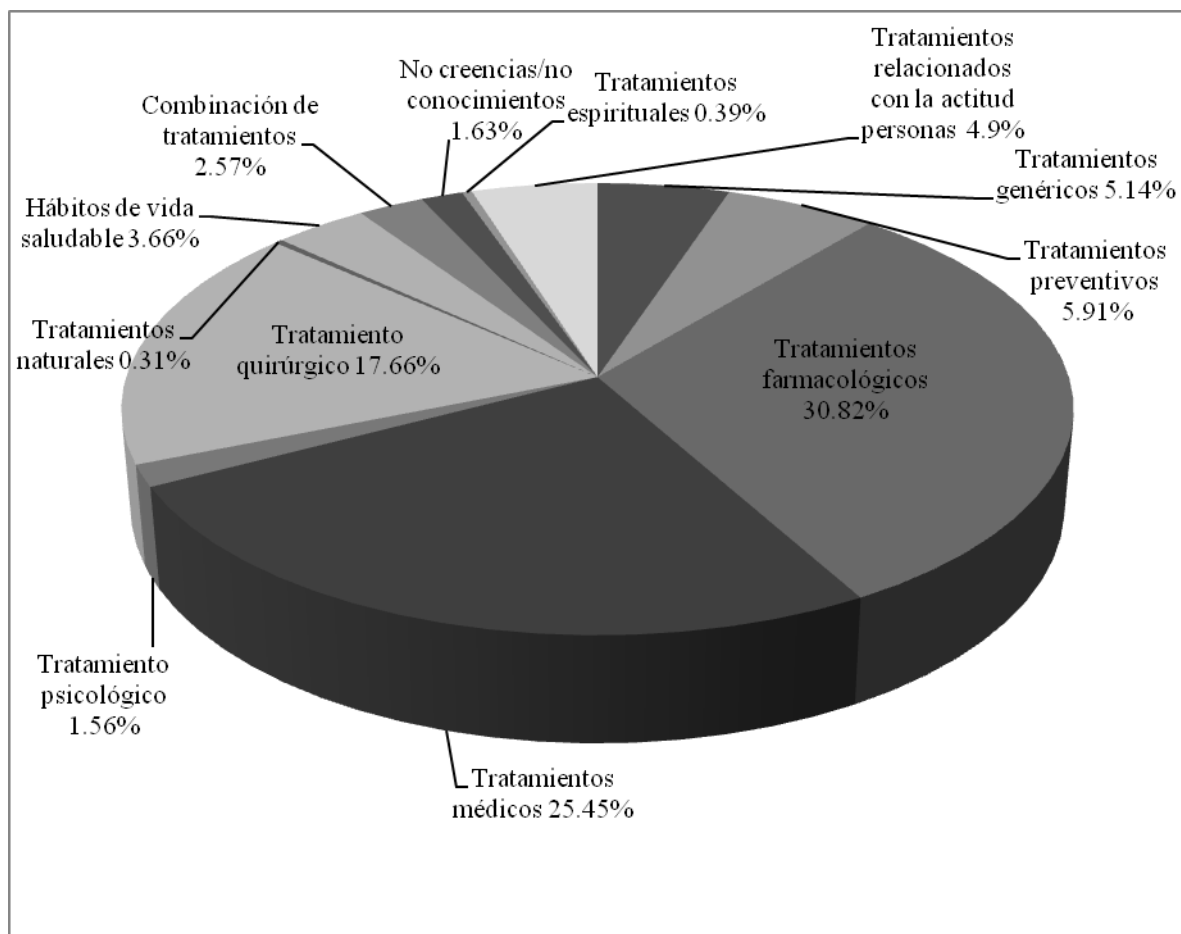
La penúltima categoría fue denominada *tratamientos espirituales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de cura

procedimientos relacionados con la espiritualidad de las personas como por ejemplo véase ‘fe’ o ‘reiki’. Fueron un total de 5 palabras o expresiones. La Tabla AVIII.11 que se encuentra en el anexo VIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La última categoría fue denominada *tratamientos relacionados con la actitud de las personas*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de tratamiento la disposición que tienen las personas ante la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘vida feliz’ o ‘vivir la vida’. Se obtuvieron un total de 63 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AVIII.12 en el anexo VIII.

En la Figura 7.7.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *tratamientos genéricos*, supuso el 5.14% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar el tratamiento. La segunda categoría denominada *tratamientos preventivos* constituyó el 5.91% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento para el cáncer. La tercera categoría, *tratamientos farmacológicos*, supuso el 30.82% del total de los atributos, siendo la categoría con el porcentaje más elevado. La categoría *tratamientos médicos* constituyó el 24.45% del total de los atributos, siendo así, la segunda categoría con el porcentaje más elevado. La siguiente categoría, *tratamientos psicológicos*, constituyó el 1.56% mientras que la categoría *tratamientos quirúrgicos* supuso el 17.66%. La séptima y la octava categoría, *tratamientos naturales y hábitos de vida saludables*, supusieron el 0.31% y el 3.66% respectivamente. La categoría *combinaciones de tratamientos* constituyó el 2.57% del total de los atributos que los sujetos señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento; mientras que la categoría *no creencias/no conocimientos* supuso el 1.63%. Las dos últimas categorías, *tratamientos espirituales* y *tratamientos relacionados con la actitud de las personas* constituyeron el 0.39% y el 4.9% respectivamente del total.

Figura 7.7.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘tratamiento’

La Tabla 7.7.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el cáncer. En ella puede observarse que las tres categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento fueron *tratamientos farmacológicos*, *tratamientos médicos* y *tratamientos quirúrgicos*, con frecuencias de 396, 327 y 227 respectivamente. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron *tratamientos naturales* y *tratamientos espirituales* con unas frecuencias de aparición de 4 y 5 respectivamente.

Tabla 7.7.2

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de ‘tratamiento’

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	FRECUENCIA
Tratamientos genéricos	66
Tratamientos preventivos	76
Tratamientos farmacológicos	396
Tratamientos médicos	327
Tratamientos psicológicos	20
Tratamientos quirúrgicos	227
Tratamientos naturales	4
Hábitos de vida saludables	47
Combinación de tratamientos	33
No creencias/no conocimientos	21
Tratamientos espirituales	5
Tratamientos relacionados con la actitud de las personas	63

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte; es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría *tratamientos preventivos* destacó la palabra ‘prevención’ con una frecuencia de aparición de 35. De la categoría *tratamientos farmacológicos* sobresalió la palabra ‘quimioterapia’ con una frecuencia de 343. De la categoría *tratamientos médicos* despuntó ‘radioterapia’ con una frecuencia de 271; mientras que en la categoría *tratamientos quirúrgicos* destacó la palabra ‘cirugía’ con una frecuencia de aparición de 145.

Tabla 7.7.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Tratamientos preventivos	Prevención	35
Tratamientos farmacológicos	quimioterapia	343
Tratamientos médicos	Radioterapia	271
Tratamientos quirúrgicos	Cirugía	145

7.7.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Al realizar el análisis del área temática *tratamiento* se advierte que los sujetos entrevistados, en rasgos generales, no poseían una visión realista del tratamiento del cáncer; dicha observación se deriva de definiciones como por ejemplo '*ayuno*', '*colonoscopia*', '*son poco efectivos*', '*prevención*', '*ninguno*', '*no confío en la curación*', '*controles rutinarios*', '*cogerlo a tiempo*', '*diagnóstico precoz*', entre otros. No obstante, había ciertos entrevistados que sí conocían algunos de los tratamientos utilizados en el cáncer ya que se encontraron definiciones del tipo: '*cirugía*', '*quimioterapia*' y '*radioterapia*'. De hecho, éstos tres son los más citados por la población estudiada con unas frecuencias muy elevadas de aparición. No obstante, los tratamientos que existen en la actualidad para el tratamiento del cáncer son múltiples y variados. Si se fija la atención en los tres tratamientos más nombrados por la población entrevistada (cirugía, quimioterapia y radioterapia) se observa que la variedad de tratamientos al respecto de cada uno de ellos es muy amplia.

En primer lugar, la cirugía oncológica -cuyo propósito primordial es extirpar un tumor mediante una operación- en función del objetivo principal que desee conseguir el facultativo, puede clasificarse en preventiva o profiláctica, cirugía diagnóstica, cirugía del estadiaje, cirugía radical, cirugía citorreductora, cirugía paliativa o, por último, cirugía reparadora. Además, para tratar ciertas lesiones específicas se cuenta con la crioterapia o criocirugía y con la cirugía con láser (AECC, 2015).

En segundo lugar, la quimioterapia, que es uno de los tratamientos más utilizados contra el cáncer, incluye gran número de fármacos; siendo algunas de las categorías más utilizadas los agentes alquilantes (mecloretamina, ciclofosfamida, ifosfamida, melfalán y clorambucilo), los derivados de platino (cisplatino, carboplatino y oxaliplatino), los antimetabolitos (metotrexate, raltitrexed y pemetrexed), los agentes que interaccionan con las

topoisomerasas (antraciclina y análogos de adriamicina), los agentes que interaccionan con los microtúbulos (alcaloides de la vinca y taxanos), la miscelánea (bleomicina, L-asparaginasa y hidroxiurea) y, por último, agentes empleados por vía oral (ciclofosfamida, etopósido).

Y, en tercer lugar, la radioterapia, cuya finalidad principal es tratar la enfermedad oncológica con radiaciones. Es un tipo de tratamiento que tan sólo se utiliza a nivel local o loco-regional y puede ser externa o interna (braquiterapia).

Además, estos tres tratamientos pueden utilizarse de manera asociada y recibe el nombre de quimioterapia de inducción o neoadyuvante (primero se administra la quimioterapia y luego la radioterapia o la cirugía), quimioterapia concomitante (quimioterapia y radioterapia simultánea) y quimioterapia adyuvante o complementaria a otro tratamiento.

A la luz de los conocimientos expuestos en líneas anteriores queda claro que los conocimientos que poseía la población entrevistada al respecto del tratamiento para el cáncer eran, cuanto menos, escuetos; aunque parecen bastante normalizados dentro de la sociedad la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Es por ello que los profesionales sanitarios deberían seguir trabajando en educación sanitaria. Por un lado, los facultativos, ya que dichos profesionales son quienes pautan los tratamientos. Por otro lado, los profesionales de enfermería que son los que, en muchos de los casos, administran estos tratamientos bien en consultas externas donde el paciente permanece mientras dura el tratamiento (unas horas) o bien en la sala de un hospital donde el paciente se queda ingresado el tiempo que se considere oportuno. Junto a ello, se observa la necesidad, por un lado, de que los enfermeros que administran los tratamientos puedan disponer de un tiempo para explicar las dudas sobre el tratamiento que están recibiendo o van a recibir. Por otro lado, la figura del enfermero gestor de casos ayudaría a la ampliación de conocimientos por parte de la población.

7.8. Percepción de ser una enfermedad que se trasmite y se contagia.

El área temática de *transmisión y contagio* se analizó a partir de dos ítems. El primer ítem valoraba si el cáncer era una enfermedad que se contagiaba. Los sujetos debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no era una enfermedad contagiosa y la puntuación de 10 significaba que sí era una enfermedad contagiosa. Los resultados indican que las personas consideraban que el cáncer no era una enfermedad que se contagiaba (\bar{x} = 1.22; DT= 0.94). En la Tabla 7.8.1 se observa que un 91% de la población entrevistada puntuó con el valor más pequeño (1), es decir, que opinaban que no se trataba de una enfermedad contagiosa.

Tabla 7.8.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad contagiosa

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	548	91.0
2	24	4.0
3	16	2.7
4	3	0.5
5	6	1.0
6	1	0.2
10	4	0.7

El segundo ítem solicitaba información sobre si se percibía el cáncer como una patología hereditaria. Los resultados obtenidos indican que lo consideraban medianamente hereditario (\bar{x} = 6.24; DT= 2.63). Así pues, en la Tabla 7.8.2 se observa que el 48.3% de los sujetos que fueron entrevistados puntuaron el ítem con los valores más elevados (7, 8, 9 y 10), mientras que el 36.5% con los valores intermedios (4, 5 y 6) y el 15.3% lo puntuaron con los valores más bajos (1, 2 y 3).

Tabla 7.8.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad que se hereda

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	45	7.4
2	16	2.6
3	32	5.3
4	37	6.1
5	129	21.3
6	55	9.1
7	80	13.2
8	83	13.7
9	31	5.1
10	99	16.3

7.8.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Los resultados obtenidos muestran una representación social del enfermo de cáncer que se caracterizaba por considerar que el cáncer no era una enfermedad contagiosa y un porcentaje considerable de la población afirmaba que se trataba de una enfermedad hereditaria. En rasgos generales, pues, poseían una visión realista sobre cuáles eran los factores de transmisión y contagio respecto a la enfermedad de cáncer y cuáles eran los grupos de riesgo para contraer la enfermedad.

Así, por ejemplo, se sabe que existe un gen autosómico dominante para la susceptibilidad del cáncer de mama que es secretado en las familias con patrón de segregación mendeliana de cáncer de mama (Ruisánchez, Álvarez, Menéndez e Isnalvis, 2000) o que el cáncer colorectal es una patología genética aunque de manera excepcional se herede (Blanco, Cabrera y Llort, 2005).

Por consiguiente, el trabajo del personal de enfermería en esta área temática sería seguir trabajando en educación sanitaria tanto desde Atención Primaria como desde Atención Secundaria, para que las generaciones venideras adquieran conocimientos verídicos y fiables.

También, desde las consultas de enfermería de Atención Primaria, el enfermero debería poder contestar las consultas que hagan las personas con riesgo de cáncer hereditario. Debería saber cómo, dónde y cuándo enviar a los usuarios que lo necesiten. Aunque también debería saber qué hacer con las personas que no cumplan los requisitos necesarios para enviarles a ningún sitio para investigar sobre su herencia genética. Para que esto ocurra, el personal de enfermería debería estar formado en “la detección de pacientes con riesgo superior al poblacional y su derivación al nivel asistencial correspondiente” (Ejarque, García-Ribes, Sorlí, Arenas y Martín, 2008).

7.9. Percepción de los grupos de riesgo.

El área temática de *grupo de riesgo* se analizó a partir de tres preguntas cerradas y una pregunta abierta. La primera pregunta cerrada solicitaba información sobre los grupos poblacionales con más riesgo de contraer la enfermedad oncológica. En la Tabla 7.9.1 se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En ella se observa que el 92.4% de los sujetos respondieron que sí creían en la existencia de un grupo de riesgo. Tan sólo el 7.6% de los individuos respondieron que no existía ese grupo de riesgo.

Tabla 7.9.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia de que existe grupo de riesgo

Población general	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	47	7.6

Con creencia

568

92.4

Los sujetos entrevistados que respondían afirmativamente a la pregunta anterior, debían indicar los grupos con más riesgo de contraer la enfermedad de cáncer. Las palabras que se recogieron en esta pregunta fueron un total de 1219. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, ciñéndose, en este caso, a las clasificaciones de *MD Anderson Center* (2015). Se obtuvo un total de siete categorías que se denominaron de la siguiente manera: *factores de riesgo relacionados con la conducta*, *factores de riesgo ambientales*, *factores de riesgo biológicos*, *factores de riesgo hereditarios*, *no revisiones médicas*, *factores psicológicos* y, por último, *asociaciones generales*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 7.9.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 7.9.2

Categorización del concepto de grupo de riesgo

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS
Factores de riesgo relacionados con la conducta		Tipos de comportamiento como causa de cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Sustancias psicoactivas que pueden producir cáncer
	Factores de riesgo relacionados con la alimentación	La comida como desencadenante del cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	La falta de deporte y el peso corporal como desencadenantes del cáncer
	Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	Tipo de actividad sexual como posible causa de la enfermedad
	Factores de riesgo relacionados con el contagio por virus	Contagio de virus como circunstancia desencadenante de la enfermedad oncológica
	Términos generales	Términos que se asocian de manera general a los factores de riesgo del cáncer
Factores de riesgo ambientales		Elementos del ambiente que pueden desencadenar un cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el sol	La exposición solar como posible causa
	Factor de riesgo laboral	Exposición a sustancias tóxicas en el trabajo como posible causa de

	cáncer
Factores de riesgo medio ambiente	Exposición a sustancias tóxicas en el medio ambiente como posible causa de cáncer
Factores de riesgo biológico	Elementos intrínsecos de la persona que pueden provocar un cáncer
Factores de riesgo hereditarios	La herencia genética como probable causa de la dolencia
No revisiones médicas	La no prevención secundaria como causa de contraer cáncer
Factores psicológicos	La actitud ante la vida como causa de la enfermedad
Asociaciones generales	Términos relacionados de modo general con los factores de riesgo del cáncer

La primera categoría recibió el nombre de *factores de riesgo relacionados con la conducta* y se entiende como tal ciertos tipos de comportamientos que pueden llevar a desencadenar la enfermedad, véase por ejemplo ‘abuso de alcohol’ o ‘adicción’. Esta categoría fue subclasificada en seis grupos que recibieron el nombre de *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas*, *factores de riesgo relacionados con la alimentación*, *factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal*, *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual*, *factores de riesgo relacionados con el contagio por virus* y, por último, *términos generales*.

La primera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir sustancias psicoactivas como elementos que pueden provocar cáncer, como por ejemplo ‘tabaco’ o ‘por ser alcohólica’. Se incluyeron un total de 422 definiciones. La Tabla AIX.1 que se encuentra en el anexo IX recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con la alimentación*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de reunir el tipo de alimentación que puede causar

cáncer, como por ejemplo ‘que no tengan una dieta saludable’ o ‘y muy carnívoros’. Se incluyeron un total de 74 palabras o expresiones. En la Tabla AIX.2 que se encuentra situada en el anexo IX están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que trataban de explicar qué tipo de actividad física y peso corporal pueden ser causa de cáncer como por ejemplo véase ‘sedentario’ u ‘obesos’. Fueron un total de 27 palabras o expresiones. La Tabla que recoge las palabras de dicha subcategoría es la AIX.3 y también se encuentran en el anexo IX.

La cuarta subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los comportamientos sexuales que pueden provocar la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘sexo sin protección’ o ‘promiscuos’. Se incluyeron un total de 6 definiciones. La Tabla AIX.4 que se encuentra en el anexo IX recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La quinta subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el contagio por virus*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de mencionar los virus que pueden causar cáncer, como por ejemplo ‘sida’ o ‘VHC’. Se incluyeron un total de 9 palabras o expresiones. En la Tabla AIX.5 que se encuentra situada en el anexo IX están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La sexta y última subcategoría fue denominada *términos generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que hacían una proposición de manera general de los elementos que podrían causar la enfermedad oncológica como por ejemplo véase ‘con malos

hábitos' o 'vida insana'. Fueron un total de 146 palabras o expresiones. La Tabla que recoge las palabras de dicha subcategoría es la AIX.6 y también se encuentran en el anexo IX.

En la segunda categoría que fue llamada *factores de riesgo ambientales* se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a los elementos que se encuentran en el ambiente que pueden provocar cáncer, como por ejemplo 'exposición excesiva al sol'. Esta categoría fue a su vez dividida en tres subgrupos: *factores de riesgo relacionados con el sol*, *factores de riesgo laborales* y, por último, *factores de riesgo medioambientales*.

La primera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el sol*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar como probable causa de enfermedad oncológica la exposición inadecuada al sol, como por ejemplo 'exposición prolongada al sol'. Se incluyeron un total de 20 palabras o expresiones. En la Tabla AIX.7 que se encuentra situada en el anexo IX están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *factores de riesgo laborales* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados con la finalidad de denominar los elementos del trabajo que pueden causar la enfermedad oncológica, como por ejemplo 'trabajo aire contaminado'. Se incluyeron un total de 67 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AIX.8.

La tercera subcategoría fue denominada *factores de riesgo del medio ambiente*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que utilizaron las personas entrevistadas con la finalidad de denominar los elementos del medio ambiente que pueden causar cáncer, como por ejemplo 'atmósfera contaminada'. Se obtuvieron un total de 79 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AIX.9 en el anexo IX.

La tercera categoría fue denominada *factores de riesgo biológico*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a los elementos intrínsecos a la persona que pueden desencadenar un cáncer, como por ejemplo ‘etnias o poblaciones’ o ‘gente mayor’. Fueron un total de 27 palabras o expresiones se encuentran recogidos en la Tabla AIX.10 y se encuentran en el anexo IX.

La cuarta categoría fue denominada *factores de riesgo hereditarios*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a la herencia genética como probable causa de cáncer, véase por ejemplo ‘va en nuestros genes’ o ‘según herencia genética’. Se incorporaron un total de 290 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AIX.11 y se encuentra ubicada en el anexo IX.

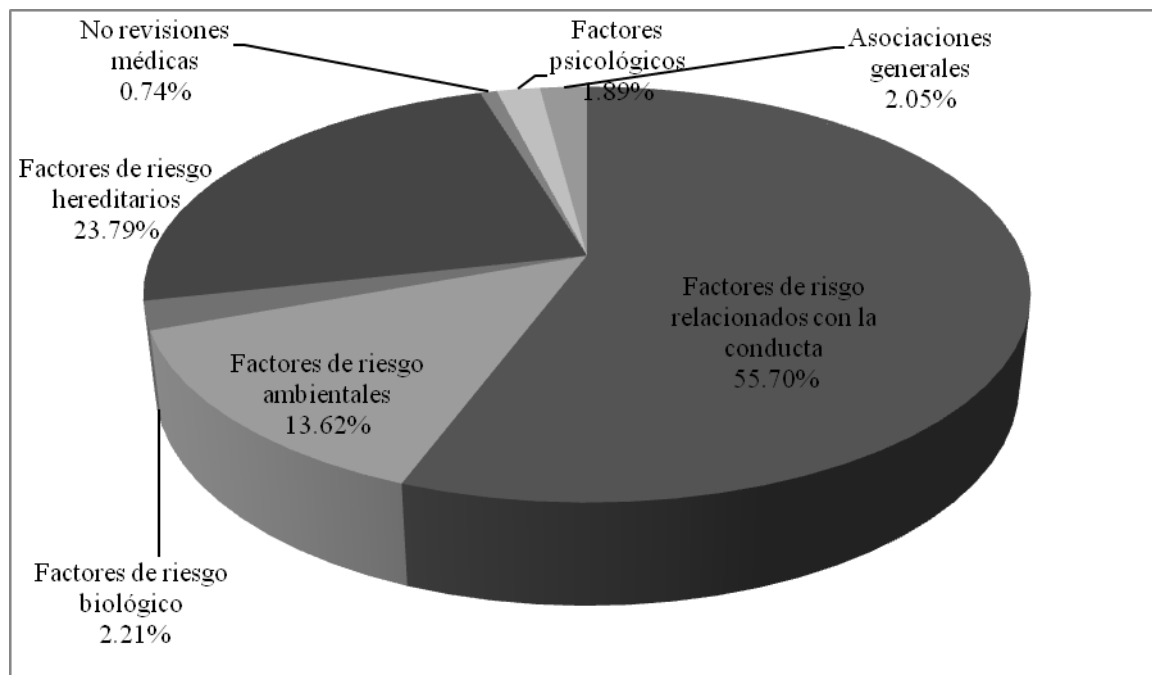
En la quinta categoría, que fue denominada *no revisiones médicas*, se incluyeron todas aquellas palabras o frases que hacían referencia a la no prevención secundaria (screening, controles médicos, etcétera), como por ejemplo ‘no revisiones periódicas’. Se incorporaron un total de 9 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AIX.12.

La sexta categoría fue denominada *factores psicológicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a la actitud por parte de las personas como probable causa de cáncer, véase por ejemplo ‘ansiedad’ o ‘van estresados’. Se incorporaron un total de 23 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AIX.13 y se encuentra ubicada en el anexo IX.

En la séptima y última categoría que fue denominada *asociaciones generales* se incorporaron todas las palabras o expresiones que utilizaron los sujetos entrevistados en un intento de enumerar factores de riesgo del cáncer de un modo general, como pueda ser ‘todo depende del tipo de cáncer’. Se incluyeron un total de 25 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AIX.14 del anexo IX.

En la Figura 7.9.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *factores de riesgo relacionados con la conducta*, fue la que obtuvo el porcentaje mayoritario ya que supuso el 55.70% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar los grupos de riesgo. La segunda categoría, denominada *factores de riesgo ambientales*, constituyó el 13.62% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar los grupos de riesgo. La siguiente categoría, *factores de riesgo biológico*, obtuvo un porcentaje del 2.21% mientras que la categoría que se denominó *factores de riesgo hereditario* obtuvo un porcentaje del 23.79% de los atributos. La quinta categoría, *no revisiones médicas*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que supuso el 0.74% del total. Las dos últimas categorías, *factores psicológicos* y *asociaciones generales*, obtuvieron porcentajes similares, 1.89% y 2.05% respectivamente.

Figura 7.9.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘grupos de riesgo’

La Tabla 7.9.3 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los grupos de riesgo. En ella puede observarse que las dos categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar los grupos de riesgo fueron *factores de riesgo relacionados con la conducta*, *factores de riesgo ambientales* y *factores de riesgo hereditarios*, con frecuencias de 679, 166 y 290 respectivamente. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *no revisiones médicas* con una frecuencia de aparición de 9.

Tabla 7.9.3

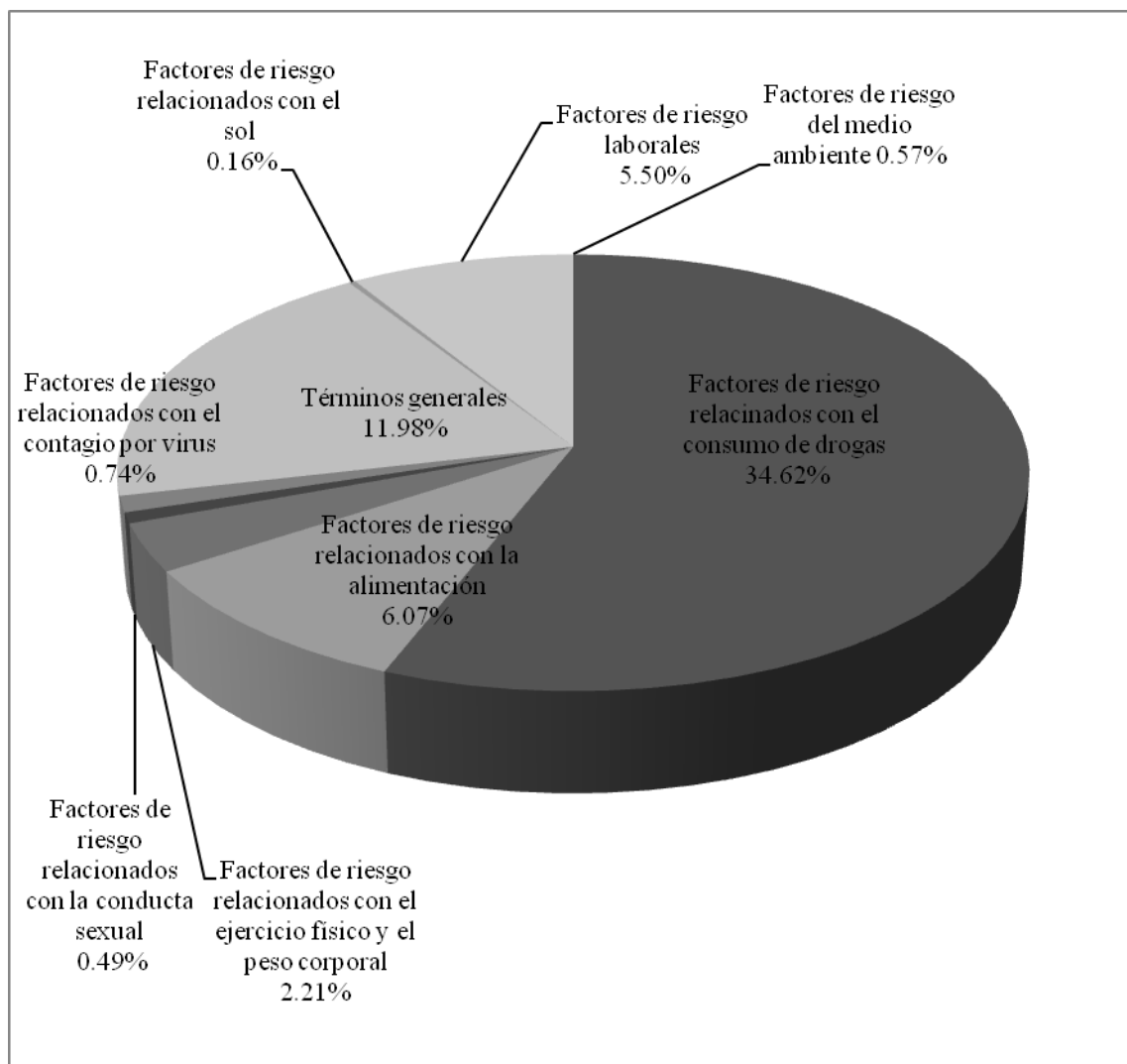
Frecuencias de las categorías de primer orden y segundo orden del concepto de ‘grupos de riesgo’

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Factores de riesgo relacionados con la conducta		679
	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	422
	Factores de riesgo relacionados con la alimentación	74
	Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	27
	Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	6
	Factores de riesgo relacionados con el contagio de virus	9
	Términos generales	146
Factores de riesgo ambientales		166
	Factores de riesgo relacionados con el sol	20
	Factores de riesgo laboral	67
	Factores de riesgo del medio ambiente	79
Factores de riesgo biológico		27
Factores de riesgo hereditarios		290
No revisiones médicas		9
Factores psicológicos		23
Asociaciones generales		25

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 7.9.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo

orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas* y *términos generales* con porcentajes de 34.62% y 11.98% respectivamente. Ambas categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo relacionados con la conducta*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *factores de riesgo relacionados con el sol*, *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual* y *factores de riesgo relacionados con el contagio de virus* con porcentajes de 0.16%, 0.49 y 0.74% respectivamente. La categoría de segundo orden *factores de riesgo relacionados con el sol* forma parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo ambientales*; mientras que las dos categorías de segundo orden *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual* y *factores de riesgo relacionados con el contagio de virus* forman parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo relacionados con la conducta*.

Figura 7.9.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘grupos de riesgo’

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de primer orden *factores de riesgo hereditarios* destacó la palabra ‘antecedentes familiares’ con una frecuencia de 21, mientras que de la categoría de segundo orden *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas* destacaron las palabras ‘alcohólicos’, ‘bebedores/as’ y ‘fumadores/as’ con unas frecuencias de aparición de 53, 26 y 198 respectivamente. La Tabla 7.9.4 presenta las palabras.

Tabla 7.9.4

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Factores de riesgo relacionados con la conducta	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Alcohólicos	53
		Bebedores/as	26
		Fumador/es/as	198
Factores de riesgo hereditarios		Antecedentes familiares	21

Una vez concluido el análisis de las categorías sobre los grupos de riesgo se continuó con el análisis de la existencia de edades de riesgo. En la tabla 7.9.5 se observa que un 58.4% de los entrevistados pensaban que no había una edad de riesgo frente a un 41.6% que pensaban que sí que la había.

Tabla 7.9.5

Distribución de frecuencias y porcentajes de la existencia de edades de riesgo

Población general	Frecuencia	Porcentaje
No existe	341	58.4
Sí existe	243	41.6

Los sujetos que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, debían indicar a qué edad creían que se era más vulnerable al cáncer. Para ello tenían cuatro opciones para elegir: infancia, adolescencia, adultez y tercera edad. Se podían añadir tantas opciones como se creyera conveniente. Los resultados aparecen reflejados en la Tabla 7.9.6.

Un 92.6% de los entrevistados pensaban que la infancia no era una edad vulnerable de tener cáncer frente un 7.4% que opinaba que si lo era. El 94.3% de los sujetos indicaron que la adolescencia no era una edad vulnerable de tener cáncer y un 5.7% expresaron que si era una edad vulnerable de padecer dicha enfermedad. El 94.3% de la población entrevistada no estaba de acuerdo en afirmar que la adultez fuera una edad vulnerable de padecer cáncer, mientras que un 14.4% de las personas entrevistadas opinaban que sí era una edad vulnerable la adultez. Por último, en la Tabla se observa que el 20.9% expresaron que la tercera edad era una edad vulnerable de padecer la enfermedad oncológica mientras que el 79.1% manifestaron su disconformidad con dicha afirmación.

Tabla 7.9.6

Distribución de frecuencias y porcentajes de edad en que se considera que se es más vulnerable de tener cáncer

	Población general	Frecuencia	Porcentaje
Infancia	No considera	541	92.6
	Si considera	43	7.4
Adolescencia	No considera	551	94.3
	Si considera	33	5.7
Adultez	No considera	500	85.6
	Si considera	84	14.4
Tercera edad	No considera	462	79.1
	Si considera	122	20.9

7.9.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Al realizar el análisis pormenorizado del área temática se observa que se parte de la premisa que la población considera que existen grupos de riesgo y que la edad no es una variable relevante. Entre los grupos de riesgo más destacados se encontraban las personas que no tenían unos hábitos de vida adecuados, sobre todo las que se vinculan al tabaquismo y al alcoholismo y personas con antecedentes familiares de cáncer. Según el MD Anderson (centro oncológico dedicado únicamente al cáncer, 2015), los grupos de riesgo de cáncer están conformados por sujetos que tienen factores de riesgo relacionados con la conducta (fumar, beber, tener sobrepeso, no realizar ejercicio físico, no llevar una dieta saludable), sujetos que tienen factores de riesgo ambiental (la contaminación, exposición a radiaciones UV), sujetos que tienen factores de riesgo biológico (sexo, edad, raza) y, finalmente, sujetos que tienen factores de riesgo hereditarios (mutaciones genéticas que pueden ser heredadas de padres a hijos). Algunos de los factores de riesgo relacionados con la conducta y el medio ambiente pueden evitarse, mientras que los factores de riesgo biológico y de riesgo hereditario no.

Y, aunque parece que la población conoce cuales son los grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad de padecer un cáncer, el incremento de las cifras de casos nuevos año tras año indican que se hace necesaria la intervención de los profesionales sanitarios para frenar este incremento. El personal de enfermería, en las consultas de Atención Primaria debe llevar a cabo procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de algún problema instaurado (como por ejemplo, la obesidad, la diabetes o el tabaquismo) con el individuo, la familia y la comunidad. Dentro de este marco conceptual, es obligación del enfermero formar e informar a la población acerca de los factores de riesgo que pueden producir ciertas enfermedades. Para ello se hace necesario realizar consultas concertadas, visitas domiciliarias concertadas, educación para la salud a grupos y a través de la participación comunitaria mediante la intervención en centros educativos (Orden

SAS/1729/2010, 17 de junio). Esta formación e información debe ser rigurosa, actualizada y veraz, atributos que se ven desarrollados a través de la docencia y la formación de los enfermeros ya que estos dos aspectos resultan ser inherentes a las funciones de la profesión enfermera (Ley 44/2003, 21 de noviembre).

7.10. Percepción de los rasgos de personalidad.

La siguiente área temática es la que analizó los *rasgos de personalidad*. A los sujetos se les preguntó, en primer lugar, si consideraban que la relación de adjetivos que se presentaban podía describir a un enfermo de cáncer. Los adjetivos eran los siguientes: *activo, bueno, considerado, débil, divertido, eficaz, enfermo, extrovertido, generoso, grave, honrado, impulsivo, intolerante, introvertido, inútil, pesimista, profundo, resignado, simpático, sincero, triste y valiente*. La Tabla 7.10.1 muestra las distribuciones de frecuencias y porcentajes de cada uno de los adjetivos.

Tabla 7.10.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de los adjetivos como características que definen al enfermo de cáncer

	Adjetivo	Frecuencia	Porcentaje	Adjetivo	Frecuencia	Porcentaje
Caracteriza	Activo	358	67.2	Bueno	333	61.0
		No caracteriza	175		32.8	213
Caracteriza	Considerado	353	64.1	Débil	357	66.4
		No caracteriza	198		35.9	191
Caracteriza	Divertido	355	64.4	Eficaz	343	62.6
		No caracteriza	196		35.6	205
Caracteriza	Enfermo	328	62.4	Extrovertido	187	57.9
		No caracteriza	198		37.6	136
Caracteriza	Generoso	353	64.1	Grave	276	86.0
		No caracteriza	198		35.9	45
Caracteriza	Honrado	332	60.6	Impulsivo	340	61.2
		No caracteriza	216		39.4	216
	Intolerante			Introvertido		

Caracteriza	349	63.7		335	61.1
No caracteriza	199	36.3		213	38.9
	Inútil		Pesimista		
Caracteriza	325	59.0		343	63.6
No caracteriza	226	41.0		196	36.4
	Profundo		Resignado		
Caracteriza	139	63.2		347	64.9
No caracteriza	81	36.8		188	35.1
	Simpático		Sincero		
Caracteriza	313	56.8		337	61.7
No caracteriza	238	43.2		209	38.3
	Triste		Valiente		
Caracteriza	340	63.0		331	61.8
No caracteriza	200	37.0		205	38.2
	Valiente				
Caracteriza	331	61.8			

En primer lugar, se puede observar en la Tabla 7.10.1 que el adjetivo que fue valorado con el porcentaje más elevado de la población fue *grave*, con un 86% de los sujetos entrevistados, que creían que sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El resto de adjetivos fue valorado por entre el 60 y el 70% de la población entrevistada. A continuación se analizan los porcentajes obtenidos en el resto de adjetivos. En primer lugar, los adjetivos vinculados a la enfermedad, en segundo lugar los relacionados con las emociones negativas, en tercer lugar los vinculados a las emociones y/o sentimientos positivos y, por último, el resto de adjetivos.

Los dos adjetivos que estaban vinculados a la patología oncológica, además del adjetivo *grave*, fueron *débil* y *enfermo*. En cuanto a *débil*, en la Tabla 7.10.1 se puede observar que un 66.4% de los sujetos entrevistados consideraron al adjetivo *débil* como característica que podía definir al enfermo de cáncer. Mientras que el 62.4% de los entrevistados respondieron que sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo oncológico el adjetivo *enfermo*.

Los adjetivos que fueron vinculados a las emociones negativas fueron *inútil*, *pesimista*, *resignado* y *triste*. En cuanto al adjetivo *inútil*, un 59% del total de los sujetos consideraban que dicho adjetivo sí era característica definitoria del enfermo de cáncer. Un

63.6% de los sujetos que fueron entrevistados creían que el adjetivo *pesimista* caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El adjetivo *resignado* fue valorado de manera positiva por un 63.3% de la población entrevistada mientras que el atributo *triste* fue puntuado por un 63% de los sujetos que pensaban que sí que caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer.

Los adjetivos que fueron unidos a los sentimientos y/o emociones positivas fueron *activo*, *profundo*, *simpático*, *sincero* y, por último, *valiente*. En relación al adjetivo *activo* en la Tabla se puede observar que para el 67.2% de la población entrevistada sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El adjetivo *profundo* sí caracterizaba de modo diferencial según el 63.2% de los sujetos que fueron entrevistados. El 56.8% del total de entrevistados opinaron que el adjetivo *simpático* caracterizaba de modo diferencial a este tipo de personas; mientras que el adjetivo *sincero* era característico del enfermo oncológico para el 61.7% de la población entrevistada. El último adjetivo relacionado con emociones y/o sentimientos positivos fue *valiente*, que tal y como se observa en la Tabla 7.10.1 resultó ser un atributo que sí caracterizaba al enfermo oncológico según el 61.8% del total de entrevistados.

El resto de adjetivos, *bueno*, *considerado*, *divertido*, *eficaz*, *extrovertido*, *generoso*, *honrado*, *impulsivo*, *intolerante* e *introvertido*, también fueron considerados como atributos que caracterizaban de modo diferencial al enfermo de cáncer. Para los adjetivos enumerados, los porcentajes fueron 61%, 64.1%, 64.4%, 62.6%, 57.9%, 64.1%, 60.6%, 61.2%, 63.7% y 61.1% respectivamente.

Así pues, los análisis muestran una representación social del enfermo oncológico que se caracterizaba por considerar que los adjetivos *activo*, *débil* y *grave* caracterizaban de modo diferencial a los enfermos de cáncer. También existió un gran acuerdo en que eran personas

consideradas, divertidas, generosas y resignadas. Asimismo había bastante acuerdo en que por ser enfermo de cáncer se tenía que ser bueno, eficaz, enfermo, honrado, impulsivo, intolerante, introvertido, pesimista, profundo, sincero, triste y valiente. Por último, depende de la persona entrevistada, pero no conformaba parte de la representación social, el que considerase al enfermo de cáncer una persona extrovertida, inútil y simpática.

En segundo lugar, los sujetos que habían valorado el ítem anterior positivamente, es decir, que consideraban que los adjetivos anteriormente señalados caracterizaban de un modo diferencial al enfermo oncológico, debían valorar cada adjetivo en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el enfermo de cáncer no se encontraba nada caracterizado por dichos adjetivos y la puntuación de 10 significaba que se encontraba totalmente caracterizado por estos adjetivos. La Tabla 7.10.2 muestra los porcentajes de cada uno de los adjetivos.

Tabla 7.10.2

Distribución de porcentajes de los adjetivos

Adjetivo	Porcentaje	Adjetivo	Porcentaje	Adjetivo	Porcentaje
Activo		Bueno		Considerado	
	1		1		1
	14		11.6		8.5
	2		4.2		1.9
	12.8		2.1		6.0
	3		1.4		4.1
	14.5		27.4		28.3
	4		7.0		10.4
	7.9		9.1		11.3
	5		15.1		11.9
	23.3		6.0		6.6
	6		16.1		11.0
	8.1				
	8.6				
	4.4				
	1.7				
	4.7				
Débil		Divertido		Eficaz	
	1		1		1
	4.9		16.3		13.3
	2		8.8		2.4
	3.6		12.8		7.8
	3		8.4		7.8
	7.6		26.6		34.4
	4.5		6.6		6.5
	17.6		6.6		11.6
	8.1		4.7		5.4
	10.0				
	12.1				

	9	8.9		9	3.1		9	1.7
	10	22.7		10	6.3		10	9.2
Enfermo			Extrovertido			Generoso		
	1	1.7		1	17.2		1	7.7
	2	0.9		2	8.1		2	2.1
	3	1.8		3	10.2		3	1.4
	4	2.8		4	7.0		4	3.9
	5	9.4		5	29.6		5	25.3
	6	4.6		6	4.3		6	9.1
	7	6.3		7	6.5		7	10.9
	8	12.9		8	4.8		8	14.7
	9	14.0		9	5.9		9	10.5
	10	45.6		10	6.5		10	14.4
Grave			Honrado			Impulsivo		
	1	2.2		1	8.8		1	12.4
	2	1.5		2	2.4		2	4.3
	3	1.5		3	3.2		3	5.0
	4	2.5		4	2.4		4	7.1
	5	14.9		5	27.9		5	23.8
	6	8.4		6	5.2		6	11.7
	7	11.6		7	9.2		7	8.2
	8	19.6		8	8.8		8	8.5
	9	13.1		9	13.1		9	6.4
	10	24.7		10	19.1		10	12.8
Intolerante			Introvertido			Inútil		
	1	14.8		1	12.5		1	42.4
	2	4.0		2	2.5		2	9.3
	3	8.9		3	6.9		3	7.3
	4	8.6		4	10.3		4	6.6
	5	24.0		5	23.8		5	15.2
	6	9.2		6	9.1		6	5.3
	7	10.5		7	10.3		7	3.6
	8	6.2		8	6.3		8	4.3
	9	5.2		9	8.4		9	1.0
	10	8.6		10	10.0		10	5.0
Pesimista			Profundo			Resignado		
	1	7.9		1	3.5		1	5.9
	2	2.6		2	2.6		2	1.9
	3	6.0		3	1.7		3	4.2
	4	6.0		4	4.3		4	4.7
	5	21.1		5	27.0		5	22.9
	6	12.7		6	11.3		6	9.9
	7	11.7		7	13.0		7	13.4
	8	12.0		8	15.7		8	11.6
	9	8.4		9	5.2		9	9.9
	10	11.7		10	15.7		10	15.6
Simpático			Sincero			Triste		
	1	10.7		1	5.8		1	4.4
	2	4.4		2	1.7		2	1.5
	3	6.6		3	2.7		3	3.5

	4	7.0	4	4.7	4	5.8
	5	29.0	5	27.1	5	15.3
	6	12.5	6	7.5	6	7.3
	7	13.2	7	9.2	7	11.1
	8	5.1	8	10.2	8	14.2
	9	4.4	9	11.9	9	13.1
	10	7.0	10	19.3	10	23.9
Valiente						
	1	2.3				
	2	0.2				
	3	1.4				
	4	0.9				
	5	18.9				
	6	9.2				
	7	7.1				
	8	9.9				
	9	13.8				
	10	36.2				

En primer lugar, con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona débil ($\bar{X}= 6.63$; $DT= 273$), en la Tabla 7.10.2 se observa que la mayor parte de los sujetos puntuaron el ítem con los valores más elevados (53.7%), lo que significa que consideraban a este tipo de enfermo como personas débiles. Añadir que un porcentaje que debe ser tenido en cuenta (16.1%) lo puntuó con los valores más bajos.

En segundo lugar, con respecto a ser el enfermo de cáncer una persona enferma ($\bar{X}=8.24$; $DT=2.25$), los resultados obtenidos demuestran que un 78.8% de las personas respondieron con las puntuaciones altas (7, 8, 9 y 10), lo que indica que estaban de acuerdo con que el enfermo de cáncer era una persona enferma. No obstante, llama la atención que un 4.4% de los sujetos respondieran con las puntuaciones más bajas (1, 2 y 3), es decir, que estaban totalmente en desacuerdo con que el enfermo oncológico fuera una persona enferma.

En tercer lugar, con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona que está grave ($\bar{X}=7.48$; $DT=2.24$), la Tabla muestra que un 69% de la población estaba de

acuerdo en considerar al enfermo de cáncer como una persona que estaba grave frente a un 5.2% que no estaba de acuerdo.

En cuarto lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona triste ($\bar{X}= 7.08$; $DT= 2.56$), el 62.3% de los sujetos entrevistados pensaban que el enfermo de cáncer era una persona triste frente a un 28.4% que creían que se podía considerar a este tipo de enfermos como personas tristes en parte y un 9.4% que creían que el enfermo de cáncer no se podía considerar como una persona triste.

En quinto lugar, en relación a considerar al enfermo oncológico como una persona generosa ($\bar{X}=6.45$; $DT=2.56$), la Tabla 7.10.2 muestra que un 50.5% de la población estaba totalmente de acuerdo con que el enfermo de cáncer era una persona generosa; frente a un 11.2% que puntuaron con los valores más bajos y un 38.3% con los valores intermedios.

En sexto lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona honrada ($\bar{X}= 6.47$; $DT= 2.78$), más del 50% de los sujetos entrevistados (50.2%) pensaban que el enfermo de cáncer era una persona honrada. Como en los casos anteriores, un porcentaje nada desdeñable de sujetos (14.4%) creían que el enfermo de cáncer no se podía considerar una persona honrada.

En séptimo lugar, con respecto a ser el enfermo de cáncer una persona profunda ($\bar{X}=6.54$; $DT=2.32$), los resultados obtenidos muestran que un 49.6% de las personas respondieron con puntuaciones altas, lo que indica que estaban de acuerdo con que el enfermo de cáncer era una persona profunda. No obstante, llama la atención que un 7.8% de los sujetos respondieran las puntuaciones más bajas, es decir, que estaban totalmente en desacuerdo con que el enfermo oncológico era una persona profunda. Mientras que el 42.6% respondieron con las puntuaciones intermedias.

En octavo lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona sincera (\bar{x} = 6.62; DT= 2.59), el 50.6% de los sujetos entrevistados pensaban que el enfermo de cáncer era una persona sincera; mientras que un 10.2% de sujetos creía que el enfermo de cáncer no se podía considerar una persona sincera y el 39.3% de los sujetos pensaba que el enfermo oncológico se podía considerar como una persona sincera en parte.

Por último, se le preguntó a los sujetos si consideraban al enfermo de cáncer como una persona valiente (\bar{x} = 7.76; DT= 2.32). Al observar la Tabla se pueden realizar las siguientes conclusiones: un 36.2% de los sujetos puntuaron con el valor de 10 el ítem, lo que indica que estaban totalmente de acuerdo con que el enfermo oncológico era una persona valiente. Un 2.3% de la población consideraba que el enfermo de cáncer no era una persona valiente (valor de 1).

El resto de adjetivos obtuvieron puntuaciones intermedias siendo éstas las siguientes: con respecto a considerar al enfermo de cáncer una persona activa: \bar{x} =4.38; DT= 2.44; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona considerada \bar{x} =5.95; DT=2.52; en cuanto a considerar al enfermo oncológico como una persona divertida: \bar{x} =4.52; DT=2.57; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona eficaz: \bar{x} =5.15; DT= 2.51; en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona extrovertida: \bar{x} =4.67; DT=2.68; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona impulsiva: \bar{x} = 5.63; DT= 2.77; con respecto a considerar al enfermo de cáncer una persona intolerante: \bar{x} = 5.15; DT= 2.69; en cuanto a considerar al enfermo oncológico como una persona introvertida: \bar{x} =5.51; DT=2.70; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona inútil: \bar{x} =3.36; DT= 2.70; con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona pesimista: \bar{x} = 6.07; DT= 2.57; en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona que está resignada: \bar{x} =6.46; DT=2.52, y, por último, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona simpática: \bar{x} = 5.31; DT= 2,44.

7.10.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Tras realizar un examen exhaustivo del área temática *rasgos de personalidad*, se puede indicar que los análisis muestran que el enfermo de cáncer era visto como una persona ‘muy enferma’, que estaba ‘bastante grave’, ‘relativamente triste’ y era ‘bastante valiente’. Gran parte de la población pensaba que eran personas ‘relativamente buenas’, ‘débiles’, ‘generosas’, ‘honradas’, ‘pesimistas’, ‘profundas’, ‘resignadas’ y ‘sinceras’.

Respecto a los conocimientos que se poseen al respecto del área temática *rasgos de personalidad*, cabe señalar que la enfermedad no influye directamente en los cambios de las características de la personalidad. No obstante, este tipo de enfermos comparten una serie de procesos como pueden ser por ejemplo, los cambios en la imagen (alopecia, aumento de peso, cicatrices) o el bajo rendimiento a la hora de desarrollar actividades de la vida cotidiana mientras dura el tratamiento o, procesos como la imposibilidad, en ciertos casos, de tener hijos (AECC, 2015). Estos sucesos pueden llegar a provocar sentimientos de inseguridad y baja autoestima que, en ocasiones, pueden generar conductas de aislamiento y reducción de las relaciones de pareja, familiares y sociales. Es decir, los enfermos de cáncer pueden compartir ciertos sentimientos ante la enfermedad. Así pues, adjetivos como ‘débil’, ‘pesimista’, ‘resignado’ o ‘triste’ bien podrían relacionarse con este tipo de pacientes. No como una constante a lo largo del proceso de la enfermedad sino, más bien como parte del proceso de tener una enfermedad como el cáncer.

El personal de enfermería, cuya labor asistencial permite trabajar en contacto directo con el enfermo de cáncer durante largos periodos de tiempo, puede ayudar a mejorar el estado anímico de los pacientes. Dicha ayuda debe pretender descubrir las necesidades no cubiertas a nivel psicológico para, después, facilitar la mejoría a través del desahogo emocional; aprender cómo afrontar ciertas situaciones; enseñar métodos para solventar problemas,

disminuir los miedos, ayudar a continuar con las actividades que realizaba antes del diagnóstico de cáncer, recuperar la comunicación con la familia, etcétera. Además de todo lo mencionado, para conseguir dicha mejoría es fundamental ayudar al paciente a ser independiente y autónomo.

Así pues, el personal de enfermería debe contar con un amplio cuerpo de conocimientos sobre la enfermedad de cáncer para poder fomentar habilidades y actitudes que consigan un nivel alto de competencia además de mejorar el dominio de la comunicación y la empatía. Esto último se debe conseguir mediante la formación continuada que deberían cumplir todos los profesionales.

7.11. La actitud ante la enfermedad y el enfermo.

Para analizar el área temática *actitud de las personas ante la enfermedad y ante el enfermo* se preguntó a los sujetos si tenían una actitud positiva hacia el cáncer y hacia el enfermo de cáncer. Los sujetos entrevistados debían puntuar en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que no tenían una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer/enfermedad de cáncer y, la puntuación de 10 significaba que tenían una actitud totalmente positiva. Los resultados muestran que la actitud era medianamente positiva en relación al cáncer (\bar{x} = 5.77; DT= 2.89) y muy positiva hacia el enfermo de cáncer (\bar{x} = 8.40; DT= 1.90). Las Tablas 7.11.1 y 7.11.2 muestran la distribución de frecuencias y porcentajes de las dos preguntas.

En la Tabla 7.11.1, que muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia la enfermedad de cáncer se puede observar que el 41.1% de los sujetos entrevistados puntuaron el ítem con los valores más elevados lo que muestra que

tenían una actitud positiva hacia el cáncer; frente a un 23.8% que puntuaron con los valores más bajos.

Tabla 7.11.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia la enfermedad de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	75	12.6
2	27	4.6
3	39	6.6
4	30	5.1
5	123	20.7
6	55	9.3
7	59	9.9
8	63	10.6
9	26	4.4
10	96	16.2

La Tabla 7.11.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer. En ella se observa que el 85.4% de los sujetos entrevistados tenían una actitud positiva hacia el enfermo y el 43.1% indicaron que era muy positiva (valor de 10).

Tabla 7.11.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	7	1.2
2	2	0.3
3	3	0.5
4	3	0.5
5	49	8.2
6	23	3.9
7	72	12.1
8	104	17.4

9	76	12.8
10	257	43.1

7.11.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

A modo de resumen se podría indicar que la representación social del enfermo oncológico se caracterizaba por realizar una valoración positiva hacia el enfermo de cáncer. No sucede lo mismo con la valoración que se hizo de la enfermedad. Ante estas actitudes, el personal sanitario debe trabajar para que el concepto que se posee de la enfermedad cambie. Es necesario constatar que existen otras enfermedades, como los accidentes cerebrovasculares, que producen tasas de mortalidad más elevadas (INE, 2015) y no llevan intrínseca esa alarma social. O, todavía mejor, existen otras enfermedades crónicas como pueda ser la diabetes o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que, a pesar de la gravedad que en sí conllevan y los controles a los que deben someterse los pacientes, no tienen una valoración tan negativa. Así pues, para que la valoración cambie hace falta mucha educación sanitaria por parte de los profesionales sanitarios en general y de enfermería en particular. Se deben utilizar los recursos que se poseen para concienciar a la población e intentar que adquieran conocimientos verídicos y de calidad.

7.12. Percepción de información sobre la enfermedad.

El último apartado para el análisis de la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer fue el de *información sobre la enfermedad*, que se encontraba formado por un ítem y por una pregunta abierta. El ítem preguntaba acerca de si la población tenía suficiente información sobre el cáncer. Como sucedía con los ítems anteriores, los sujetos entrevistados debían valorarlo con una escala del 1 al 10, donde el 1 significaba que no tenían nada de

información y el número 10 significaba que tenían mucha información. La Tabla 7.12.1 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer. Los resultados muestran que la población consideraba que tenían mediana información sobre el cáncer (\bar{X} = 6.80; DT= 2.30). En concreto, el 14.7% de los sujetos puntuaron el ítem con el máximo valor (10) lo que indicaba que tenían bastante información sobre el cáncer; ahora bien, el 3% de la población indicaba que no tenía nada de información.

Tabla 7.12.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	18	3.0
2	14	2.3
3	19	3.2
4	31	5.2
5	90	15.1
6	85	14.2
7	83	13.9
8	109	18.3
9	60	10.1
10	88	14.7

Posteriormente, se solicitó información sobre la fuente desde la que habían obtenido la información sobre el cáncer. Como fuente de información se entiende la acción que nos permite adquirir o comunicar los conocimientos que nos permiten ampliar o poder detallar los que ya tenemos sobre el cáncer. Las posibilidades de elección eran: *amigos, conocidos o familiares; medios de comunicación (televisión, periódicos, revistas, etc.); revistas especializadas (revistas de salud, enciclopedias o páginas médicas de internet); profesionales de la salud (médicos, enfermeros, etc.); artículos y libros científicos; formación académica y, la última posibilidad era otros por si hubiera alguna opción que no se hubiera indicado. La*

Tabla 7.12.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes que se corresponden con los datos obtenidos de la población.

Tabla 7.12.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la obtención de la información acerca del cáncer

		Frecuencia	Porcentaje
Amigos, conocidos o familiares	No	198	88.8
	Sí	25	11.2
Medios de comunicación	No	155	69.5
	Sí	68	30.5
Revistas especializadas	No	93	41.7
	Sí	130	58.3
Profesionales de la salud	No	222	99.6
	Sí	1	0.4
Artículos y libros científicos	No	93	41.7
	Sí	130	58.3
Formación académica	No	223	100.0
	Sí	0	0.0
Otros medios de comunicación	No	223	100.0
	Sí	0	0.0

En la Tabla se observa que un porcentaje elevado de los sujetos entrevistados obtuvieron la información sobre el cáncer de una fuente científica, ya fuera de *revistas especializadas* o de *artículos y libros científicos* (41.7%). Los *medios de comunicación* fueron elegidos como fuente de información por un porcentaje de sujetos a tener en cuenta (30.5%); mientras que tan sólo 1 persona entrevistada eligió la opción de *profesionales de la salud*. La opción de información mediante *interacción social* posee un porcentaje de 11.2%. Las opciones menos elegidas fueron las de *formación académica* y *otros medios de comunicación* ya que no las eligió ningún sujeto.

7.12.1. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

Al analizar las tablas de frecuencias y porcentajes, se pueden deducir dos datos interesantes. El primero de ellos es que, la población entrevistada, si bien es cierto que posee información sobre el cáncer (veraz o no) no tiene tanta como se podría esperar, siendo la media de las puntuaciones dadas al respecto de 6.80. El segundo de ellos, se refiere a que como fuente de información, la población entrevistada utilizó en pocas ocasiones a los profesionales sanitarios. Quizá estos datos puedan hacer reflexionar al respecto para poder dirigir y centrar los esfuerzos, no sólo en cuidar y curar de manera correcta a los usuarios, sino también, en informales con datos verídicos, basados en la evidencia científica y actualizada. Esfuerzos que irían orientados en una mayor formación y especialización profesional, haciéndose evidente la necesidad de que exista una especialidad de enfermería oncológica reconocida oficialmente.

8. CAPÍTULO OCHO: Las diferencias intercategoriales en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

- 8.1. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del sexo.
- 8.2. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de vivir en pareja.
- 8.3. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de la edad.
- 8.4. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del nivel de estudios.
- 8.5. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener creencias religiosas.
- 8.6. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener relación directa con enfermos de cáncer.
- 8.7. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del tipo de relación con el enfermo oncológico.

8. CAPÍTULO OCHO: Las diferencias intercategoriales en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

En este capítulo se presentan los análisis diferenciales más significativos de la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en términos de diferentes categorías de experiencia. La exposición se estructura en función de siete variables sociocategoriales: *sexo*, *vivir en pareja*, *edad* (juventud, adultez, madurez y vejez), *nivel de estudios* (sin estudios, graduado escolar, BUP/ESO, módulos de FP, COU/Bachiller y universidad), *tener creencias religiosas*, *tener relación directa con enfermos de cáncer* y, por último, *tipo de relación con el enfermo oncológico* (enfermo de cáncer, familiar directo de enfermo de cáncer y amigo íntimo de enfermo de cáncer).

Con el fin de comprobar si existían o no diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en función de su pertenencia a los distintos grupos sociales o categorías de experiencia enumerados, se utilizaron el ANOVA, la prueba T y el chi-cuadrado como pruebas estadísticas. Estas pruebas permitieron realizar contrastes entre diversas variables y, como consecuencia, facilitar la labor de averiguar sobre qué grupos de la población se deberían aplicar más esfuerzos por conseguir reconducir los conocimientos que poseía al respecto del cáncer y su enfermo. Como bien explicara Ramos (2013), un grupo tiene una realidad propia y característica, todos comparten la misma realidad aunque no la misma idea. Y es aquí que Lewin, Sherif, Tajfel, Asch y Milgram, hablan un poco de esa realidad (citado por de la Corte, Sabucedo y Blanco, 2004). El grupo va a poseer una realidad tan propia como los individuos que la conforman. La realidad del grupo a partir de los individuos se fundamenta en un juego de interacción, de *interdependencia* y de influencia, es decir la realidad del grupo no está dada, esta se irá construyendo con la interacción de los individuos que la integran.

Por ello, es posible, por ejemplo, que dentro del grupo *sexo*, existan diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres.

Aunque son igual de importantes los resultados estadísticamente significativos como los que no lo son, tan sólo se describieron los Anovas, las pruebas T y los chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos. A continuación, se presentan los análisis diferenciales.

8.1 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del sexo.

Para la variable *sexo* se realizó la prueba de Levene de calidad de varianzas y la prueba T para la igualdad de medias. Los resultados indicaron que, el *sexo* era una variable que parecía tener un efecto significativo en algunas de las dimensiones relativas a la representación social del cáncer y del enfermo oncológico. Para la variable *sexo* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la percepción de ser una enfermedad que daba miedo ($t = -4.02$; $p < .01$). En concreto, parece que las mujeres ($\bar{x} = 8.76$, $DT = 1.98$) tenían más miedo a la enfermedad que los hombres ($\bar{x} = 7.91$, $DT = 2.40$)).

En segundo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sentir preocupación por contraer la enfermedad en un futuro ($t = -4.57$; $p < .01$). Parece que los hombres ($\bar{x} = 7.25$, $DT = 2.74$), a pesar de sentir cierto grado de preocupación, ésta era menor que la que sentían las mujeres ($\bar{x} = 8.36$, $DT = 2.28$)).

En tercer lugar, en cuanto a considerar que el enfermo de cáncer era una buena

persona ($t= 2.50$; $p=.01$) y una persona honrada ($t= 0.93$; $p= .35$), los hombres ($\square= 6.74$, $DT= 2.37$; $\square= 6.75$, $DT= 2.41$ respectivamente) consideraban a este tipo de enfermos más honrados y más buenas personas que lo que consideraban las mujeres ($\square= 5.89$, $DT= 2.92$; $\square= 6.42$, $DT= 2.88$ respectivamente).

En cuarto lugar, en relación a considerar que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar ($t= -2.49$; $p= .01$), en el aspecto afectivo/sexual ($t= -3.58$; $p<.01$), en su vida laboral ($t= -4.40$; $p<.01$), en el ocio ($t= -2.66$; $p= .01$) y en la forma de pensar ($t= -3.06$; $p<.01$), también se encontraron diferencias estadísticamente importantes; ya que las mujeres encontraron que la enfermedad oncológica afectaba demasiado en todas las mencionadas áreas, mientras que el sexo masculino consideraba que éstas se veían afectadas pero en menor medida. Las medias y las desviaciones típicas de las mujeres para la vida familiar, el aspecto afectivo/sexual, la vida laboral, el ocio y la forma de pensar fueron $\square= 8.97$, $DT= 1.63$; $\square= 8.30$, $DT= 2.36$; $\square= 8.14$, $DT= 2.37$; $\square= 7.52$, $DT= 2.57$ y $\square= 8.69$, $DT= 2.03$, respectivamente. Las medias y las desviaciones típicas de los hombres para los mismos ítems fueron $\square= 8.58$, $DT= 1.76$; $\square= 7.46$, $DT= 2.62$; $\square= 7.06$, $DT= 2.77$; $\square= 6.84$, $DT= 2.86$; $\square= 8.01$, $DT= 2.53$, también respectivamente.

Finalmente, en referencia a las afirmaciones que el cáncer se relacionaba con infecciones o gérmenes ($t= 0.47$; $p= .64$); con la ansiedad, la cólera o el estrés ($t= -2.85$; $p<.01$) o con situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($t= -3.52$; $p<.01$), también aparecieron diferencias relevantes. En concreto, parece que los hombres ($\square= 3.43$, $DT= 2.99$) relacionaban el cáncer con infecciones o gérmenes, más de lo que lo hacían las mujeres ($\square= 3.31$, $DT= 2.75$). Mientras que cuando se trataba de la ansiedad, la cólera o el estrés (hombres $\square= 3.26$, $DT= 2.68$; mujeres $\square= 4.00$, $DT= 3.11$) y situaciones críticas como la pérdida de un familiar (hombres $\square= 1.77$, $DT= 1.69$; mujeres $\square= 2.38$, $DT= 2.30$), eran las

mujeres las que relacionaban el cáncer con estas causas más de lo que lo relacionaba el sexo masculino.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores las mujeres fueron: percepción de ser una enfermedad que daba miedo; sentir preocupación por contraer la enfermedad en un futuro; considerar que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar, en el aspecto afectivo/sexual, en su vida laboral, en el ocio, en la forma de pensar y, por último, relacionar el cáncer con la ansiedad, la cólera o el estrés y con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Mientras que los ítems que valoraron los hombres con puntuaciones superiores fueron los siguientes: considerar que el enfermo de cáncer era una buena persona, una persona horrada y, en último lugar, relacionar el cáncer con infecciones o gérmenes.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes; en primer lugar, en la categorización del concepto 'cáncer', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *causas* ($t= 1.23$; $p=.00$). En concreto, parece que las mujeres ($\bar{x}= 1.01$, $DT= .12$) no consideraban las causas de la enfermedad tan representativas de la dolencia oncológica como los hombres ($\bar{x}= 1.03$, $DT= .17$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *tratamientos* ($t= -1.58$; $p=.11$). Las mujeres ($\bar{x}= 1.31$, $DT= .64$) consideraban los tratamientos del cáncer más representativos que lo que consideraban los hombres ($\bar{x}= 1.22$, $DT= .54$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto 'enfermo de cáncer' se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *consecuencias* ($t= -2.62$; $p<.01$). Parece que los hombres ($\bar{x}= 2.84$, $DT= 1.53$), consideraban

\bar{x} =1.10, DT= .36; tratamientos quirúrgicos \bar{x} =1.37, DT= .48 y no creencias/no conocimientos \bar{x} =1.02, DT= .14). Mientras que cuando se trataba de los hábitos de vida saludables, ocurría lo contrario (hombres \bar{x} = 1.11, DT= .43; mujeres \bar{x} = 1.07, DT= .33).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo ambientales* ($t= 1.85$; $p=.07$) y *factores psicológicos* ($t= -1.49$; $p=.14$); ya que los hombres (\bar{x} = 1.37, DT= .71) encontraron que los factores de riesgo ambiental causaban más cáncer de lo que opinaban las mujeres (\bar{x} = 1.25, DT= .51). Con la categoría *factores psicológicos* ocurrió lo contrario (mujeres: \bar{x} = 1.05, DT= .27; hombres: \bar{x} = 1.02, DT= .14).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores las mujeres fueron: tratamientos; consecuencias; síntomas generales; sustancias químicas y medio ambiente; tratamientos preventivos; tratamientos quirúrgicos; no creencias/no conocimientos y, por último, factores psicológicos.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron los hombres con puntuaciones superiores fueron los siguientes: causas; síntomas psicológicos; hormonas; hábitos de vida saludables y, por último, factores de riesgo ambiental.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes; en primer lugar, en relación a la creencia que existía un grupo de riesgo ($\chi^2= 5.27^a$, $p>.01$) las frecuencias mostraron que el sexo femenino consideraba en mayor medida la existencia de ese grupo de riesgo respecto a la opinión que dieron los hombres (mujeres $f=424$; hombres $f=142$).

En segundo lugar, en cuanto a considerar que existían edades de riesgo para sufrir la enfermedad de cáncer ($\chi^2 = 10.79^a$, $p<.01$) las frecuencias señalaron que había más mujeres

que no creían en la existencia de edades de riesgo ($f=270$) que hombres ($f=70$).

En tercer lugar, en referencia a considerar la tercera edad como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 11.87^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que las mujeres tenían más claro que los hombres que la tercera edad no era considerada una edad vulnerable para padecer la enfermedad oncológica (mujeres $f=357$; hombres $f=103$).

En cuarto lugar, en relación a la afirmación de que a cualquier edad se podía tener cáncer ($\chi^2= 15.58^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las mujeres opinaban que verdaderamente a cualquier edad se podía tener cáncer ($f=296$), mientras que los hombres no estaban tan de acuerdo con tal aseveración ($f=75$).

En quinto lugar, en cuanto a considerar los adjetivos activo ($\chi^2= 4.21^a$, $p>.01$), débil ($\chi^2= 6.12^a$, $p<.01$), enfermo ($\chi^2= 28.93^a$, $p<.01$), pesimista ($\chi^2= 5.36^a$, $p>.01$), resignado ($\chi^2= 7.87^a$, $p<.01$), triste ($\chi^2= 7.38^a$, $p<.01$) y valiente ($\chi^2= 4.81^a$, $p>.01$) como características que definían al enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de mujeres superior al de hombres consideraron que los adjetivos activo, débil, enfermo, pesimista, resignado, triste y valiente sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que obtuvieron las mujeres al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=272$; $f=271$; $f=267$; $f=261$; $f=268$; $f=264$ y $f=253$ respectivamente; mientras que las frecuencias que obtuvieron los hombres para los mismos adjetivos fueron: $f=85$; $f=84$; $f=59$; $f=80$; $f=77$; $f=74$ y $f=76$, también respectivamente.

En sexto lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 17.17^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de mujeres que de hombres sí que obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios

profesionales y formación académica (mujeres $f=221$; hombres $f=50$).

En séptimo lugar, en cuanto a la afirmación que la información que poseían los sujetos entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 6.66^a$, $p=.01$), los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de mujeres que de hombres sí que habían obtenido la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud (mujeres $f=150$; hombres $f=37$).

En último lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2= 15.10^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las mujeres no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros medios de comunicación ($f=380$). No ocurría lo mismo con los hombres ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=157$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores las mujeres fueron: creer en la existencia de un grupo de riesgo; creer en la existencia de edades de riesgo; considerar a la tercera edad como grupo de edad más vulnerable; considerar que a cualquier edad se podía tener cáncer; considerar los adjetivos activo, débil, enfermo, pesimista, resignado, triste y valiente como características que definían al enfermo de cáncer, obtener la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; obtener la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud y, por último, obtener la información del cáncer de otros medios de comunicación. Mientras que los hombres no valoraron ningún ítem con puntuaciones superiores a las mujeres.

8.2 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de vivir en pareja.

Para la variable *vivir en pareja* se realizó la prueba de Levene de calidad de varianzas y la prueba T para la igualdad de medias. Los resultados indicaron que, el *vivir en pareja* era una variable que parecía tener también un efecto significativo en algunas de las dimensiones relativas a la representación social del cáncer y del enfermo oncológico. Para la variable *vivir en pareja* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a percibir que el cáncer era una enfermedad contagiosa ($t = -1.54$; $p = .12$). Los sujetos que no vivían en pareja ($M = 1.15$) percibían la enfermedad oncológica como menos contagiosa que lo que hacían los sujetos que sí vivían en pareja ($M = 1.25$).

En segundo lugar, en cuanto a considerar que el enfermo de cáncer era una persona eficaz ($t = -0.45$; $p = .65$), impulsiva ($t = -2.35$; $p = .02$) e introvertida ($t = -1.87$; $p = .06$), los que vivían en pareja consideraron a este tipo de enfermos personas más eficaces ($M = 5.20$), impulsivas ($M = 5.94$) e introvertidas ($M = 5.77$) que aquellos entrevistados que no vivían en pareja. Las medias de dichos adjetivos para los que no vivían en pareja fueron las siguientes: eficaz $M = 5.07$, impulsiva $M = 5.16$ e introvertida $M = 5.20$.

En tercer lugar, en relación a tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer ($t = 1.32$; $p = .19$), los sujetos que no vivían en pareja ($M = 8.54$) tenían una actitud más positiva que aquellos que sí vivían en pareja ($M = 8.34$).

En cuarto lugar, también aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a considerar que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar ($t = -3.65$; $p < .01$) y en el aspecto afectivo/sexual ($t = -2.38$; $p = .02$) ya que las personas que vivían en pareja (vida

familiar $\bar{x}=9.09$; aspecto afectivo/sexual $\bar{x}=8.27$) creían que la enfermedad afectaba mucho en dichos ámbitos, entretanto que el otro grupo (vida familiar $\bar{x}=8.55$; aspecto afectivo/sexual $\bar{x}=7.74$) pensaba que el cáncer afectaba pero en menor medida.

En quinto y último lugar, en referencia a las afirmaciones que el cáncer se relacionaba con causas ambientales ($t= -3.12$; $p<.01$), problemas de pareja o familiares ($t= -2.35$; $p<.01$) y situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($t= -1.62$; $p=.10$) también se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En concreto, parece que los que vivían en pareja, relacionaban el cáncer con causas ambientales ($\bar{x}=6.49$), problemas de pareja o familiares ($\bar{x}=2.30$) y situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($\bar{x}=2.33$) más que los sujetos que no habitaban en pareja cuyas medias fueron: $\bar{x}=5.67$; $\bar{x}=1.89$ y $\bar{x}= 2.04$, respectivamente.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que vivían en pareja fueron: percepción que el cáncer era una enfermedad contagiosa; considerar que el enfermo de cáncer era una persona eficaz, impulsiva e introvertida; considerar que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar y en el aspecto afectivo/sexual y, por último, relacionar el cáncer con causas ambientales, problemas de pareja o familiares y situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Mientras que el ítem que valoraron con puntuaciones superiores los entrevistados que no vivían en pareja fue ‘tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer’.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *sustancias químicas y medio ambiente* ($t= 1.28$; $p=.20$); *hormonas* ($t= 1.00$; $p=.32$); *radiación* ($t= -1.21$; $p=.23$) y

tabaquismo ($t= 1.42$; $p=.16$). Parece ser que la población que no vivía en pareja encontró que las sustancias químicas y el medio ambiente ($\square= 1.03$, $DT= .22$), las hormonas ($\square= 1.01$, $DT= .07$) y el tabaquismo ($\square= 1.01$, $DT= .10$) causaban más cáncer que lo que opinaba la población que sí vivía en pareja (sustancias químicas y medio ambiente: $\square= 1.01$, $DT= .07$; hormonas: $\square= 1.00$, $DT= .00$; tabaquismo: $\square= 1.00$, $DT= .00$). Con la categoría radiación ocurrió lo contrario (no vivían en pareja: $\square= 1.01$, $DT= .07$; sí vivían en pareja: $\square= 1.02$, $DT= .15$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘prevención’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *asociaciones generales* ($t= -.14$; $p= .89$). En concreto, parece que los sujetos que no vivían en pareja ($\square= 1.04$, $DT= .20$) le otorgaban más importancia que los sujetos que sí vivían en pareja ($\square= 1.02$, $DT= .16$).

En tercer lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *tratamientos quirúrgicos* ($t= -2.46$; $p=.01$), *hábitos de vida saludables* ($t= 1.47$; $p=.14$) y en la categoría *tratamientos relacionados con la actitud personal* ($t= 1.91$; $p=.06$). En concreto, parece que la población que no vivía en pareja relacionaba el cáncer con hábitos de vida saludables ($\square=1.11$, $DT= .41$) y con tratamientos relacionados con la actitud personal ($\square=1.15$, $DT= .54$) más de lo que lo hacía la población que sí vivía en pareja (hábitos de vida saludable: $\square=1.06$, $DT= .29$; tratamientos relacionados con la actitud personal: $\square=1.07$, $DT= .28$). Mientras que cuando se trataba de los tratamientos quirúrgicos, los sujetos que vivían en pareja ($\square= 1.45$, $DT= .50$) les otorgaban más importancia que los sujetos que no vivían en pareja ($\square= 1.34$, $DT= .47$).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo ambientales* ($t = -1.88$; $p = .06$); *riesgo biológico* ($t = -1.30$; $p = .19$) y *no revisiones médicas* ($t = -1.33$; $p = .18$); ya que los sujetos que vivían en pareja ($\bar{X} = 1.31$, $DT = .62$) encontraron que los factores de riesgo ambientales ($\bar{X} = 1.31$, $DT = .62$), los factores de riesgo biológico ($\bar{X} = 1.05$, $DT = .21$) y no realizar revisiones médicas ($\bar{X} = 1.02$, $DT = .13$) causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que no vivían en pareja (riesgo ambiental: $\bar{X} = 1.22$, $DT = .46$; riesgo biológico: $\bar{X} = 1.03$, $DT = .16$; no realizar revisiones médicas: $\bar{X} = 1.01$, $DT = .07$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que no vivían en pareja fueron: sustancias químicas y medio ambiente; hormonas; tabaquismo; asociaciones generales; hábitos de vida saludables y, por último, tratamientos relacionados con la actitud personal.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron los sujetos que sí vivían en pareja con puntuaciones superiores fueron los siguientes: radiación; tratamientos quirúrgicos; factores de riesgo ambiental; factores de riesgo biológico y, por último, no realizar revisiones médicas.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2 = 7.29^a$, $p < .01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de entrevistados que vivían en pareja ($f = 191$) que de entrevistados que no vivían en pareja ($f = 82$) sí que obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica.

8.3 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de la edad

Para la variable *edad* se realizó, en un primer momento, un ANOVA y, a continuación, el test HSD (Honestly-significant-difference) de Tukey con la finalidad de comparar las medias de los t niveles de ciertos factores después de haber rechazado la hipótesis nula de igualdad de medias mediante la técnica ANOVA. En segundo lugar se realizó la prueba de chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos mostraron que la *edad* de los sujetos era una variable que parecía tener también un efecto significativo en algunas de las dimensiones relativas a la representación social del enfermo oncológico y su enfermedad. Los intervalos de edad contemplados en el trabajo de investigación fueron los siguientes: de 18 a 30 años (juventud); de 31 a 40 años (adulthood); de 41 a 60 años (madurez) y, por último, de 61 a 80 años (vejez).

Así pues, para la variable *edad* los análisis de ANOVAS que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias en la percepción de ser una enfermedad que se heredaba ($F= 2.88$; $p= .03$). La diferencia se encontró entre los sujetos que pertenecían al grupo de vejez ($\eta^2= 5.28$) y los sujetos que pertenecían a los grupos de juventud ($\eta^2= 6.33$) y adulthood ($\eta^2= 6.57$). Mientras que los sujetos jóvenes y adultos pensaban que el cáncer, en su mayoría, se heredaba, los sujetos más mayores no tenían tan clara dicha afirmación. Sí se podía heredar pero había otras maneras de poder contraer la enfermedad.

En segundo lugar, se encontraron diferencias en la percepción de ser una enfermedad controlable ($F=3.59$; $p=.01$). La diferencia se encontró entre el grupo de los sujetos jóvenes ($\eta^2= 5.76$) y el grupo de los sujetos maduros ($\eta^2= 6.51$). Las personas más maduras opinaban que era una enfermedad que se podía controlar de manera considerable, sin embargo, aunque

los jóvenes también creían en dicho control, éste dependía de otros factores.

En tercer lugar, la diferencia se encontró en la percepción de ser una enfermedad mortal ($F= 3.52$; $p= .01$). Los resultados de las pruebas estadísticas pusieron de manifiesto que los sujetos que pertenecían al grupo de vejez ($\bar{M}= 8.42$) consideraban el cáncer como una enfermedad mortal y los sujetos que pertenecían a los grupos de juventud ($\bar{M}= 7.20$), adultez ($\bar{M}= 6.99$) y madurez ($\bar{M}= 7.00$) consideraban la enfermedad oncológica como relativamente mortal.

En cuarto lugar, se encontraron diferencias en considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa ($F=4.78$; $p< .01$). La diferencia se encontró entre las personas que formaban parte del grupo vejez ($\bar{M}= 6.22$) y las personas que formaban parte de los otros tres grupos de edad. Mientras que el primer grupo consideraba que las personas enfermas de cáncer eran activas, las personas jóvenes ($\bar{M}= 4.21$), adultas ($\bar{M}= 4.33$) y maduras ($\bar{M}= 4.27$) no estaban de acuerdo con dicha afirmación.

En quinto lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estimar que el enfermo de cáncer era una buena persona ($F= 2.79$; $p= .04$). La diferencia apareció entre los sujetos maduros ($\bar{M}= 5.55$) y los longevos ($\bar{M}= 7.31$). El primer grupo de sujetos creía que este adjetivo (bueno) no caracterizaba tanto a los enfermos de cáncer, mientras que el segundo grupo de individuos pensaba que sí se trataba de un adjetivo que podía caracterizar de manera significativa a este tipo de pacientes.

En sexto lugar, estimar que el enfermo de cáncer era una persona considerada también llevó a encontrar diferencias estadísticamente significativas ($F= 3.09$; $p= .03$). La diferencia convergió entre las personas pertenecientes al grupo de los jóvenes ($\bar{M}= 6.47$) y las personas pertenecientes al grupo de los maduros ($\bar{M}= 5.44$). El primer grupo creía que este adjetivo

caracterizaba a los enfermos de cáncer mientras que el segundo grupo no opinaba que dicho adjetivo caracterizase a los cancerosos.

En séptimo lugar, aparecieron diferencias significativas en considerar que el enfermo de cáncer era una persona divertida ($F= 3.24$; $p= .02$). Las diferencias se encontraron entre los sujetos pertenecientes al grupo de juventud y los sujetos pertenecientes al grupo de madurez, siendo sus medias $\bar{x}= 5.07$ y $\bar{x}= 4.04$, respectivamente.

En octavo lugar, en referencia a considerar al enfermo de cáncer como una persona impulsiva ($F=2.94$; $p= .03$), los resultados pusieron de manifiesto que había diferencias entre los sujetos del grupo adultez ($\bar{x}= 5.20$) y los sujetos del grupo vejez ($\bar{x}= 7.38$). El primer grupo a penas estaba de acuerdo con tal afirmación, mientras que el segundo grupo sí creía que el adjetivo impulsivo caracterizaba al paciente oncológico.

En noveno lugar, en cuanto a considerar que el enfermo de cáncer era una persona intolerante ($F=5.17$; $p<.01$) se encontraron diferencias importantes entre las personas que pertenecían al grupo de juventud ($\bar{x}= 4.48$) y las personas pertenecientes a los grupos de madurez ($\bar{x}= 5.65$) y vejez ($\bar{x}= 6.32$). El primer grupo no creía que el adjetivo intolerante caracterizase a este tipo de pacientes mientras que los otros dos grupos opinaban lo contrario.

En décimo lugar, en relación a estimar que el enfermo de cáncer era una persona inútil ($F= 3.92$; $p<.01$), entre los sujetos pertenecientes al grupo de vejez ($\bar{x}= 5.18$) y los sujetos pertenecientes a los grupos de juventud ($\bar{x}= 3.01$) y adultez ($\bar{x}= 3.01$) apareció una diferencia de creencia con relación a considerar que el paciente canceroso fuera una persona inútil. Al igual que ocurrió con considerar que el enfermo de cáncer era una persona resignada ($F=3.56$; $p= .01$), ya que existía una diferencia entre el grupo de sujetos adultos ($\bar{x}= 6.81$) y el grupo de sujetos longevos ($\bar{x}= 5.50$).

En undécimo lugar, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas al considerar que el enfermo de cáncer era una persona simpática ($F= 2.93$; $p=.03$). La diferencia apareció entre los sujetos jóvenes y los sujetos maduros, siendo sus medias $\bar{X}= 5.84$ y $\bar{X}= 4.84$, respectivamente.

En duodécimo lugar, en referencia a la percepción de tener suficiente información acerca del cáncer ($F= 3.95$; $p<.01$), los datos pusieron de manifiesto que había diferencias importantes entre los sujetos que pertenecían al grupo de madurez ($\bar{X}= 7.08$) y los sujetos que pertenecían al grupo de vejez ($\bar{X}= 5.68$). El grupo de los ancianos tenía la percepción de no poseer tanta información acerca de la enfermedad oncológica como el grupo de madurez que creía tener información suficiente aunque podía aumentar más aún sus conocimientos.

En decimotercer lugar, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las consecuencias que producía el cáncer en el aspecto afectivo/sexual ($F=5.57$; $p<.01$). La diferencia estribaba entre el grupo de vejez ($\bar{X}= 6.41$) y los grupo de juventud ($\bar{X}= 8.06$), adultez ($\bar{X}= 8.28$) y madurez ($\bar{X}= 8.17$). El primer grupo pensaba que el cáncer afectaba en el aspecto afectivo/sexual pero en menor medida que los otros tres grupos, ya que pensaban que contraer la enfermedad afectaba y mucho a dicho aspecto.

En decimocuarto lugar, en cuanto a las consecuencias que producía la enfermedad oncológica en la vida laboral ($F=10.6$; $p<.$), los resultados pusieron de manifiesto que aparecían diferencias importantes entre el grupo de vejez ($\bar{X}= 5.68$) y los grupos de juventud ($\bar{X}= 7.59$), adultez ($\bar{X}= 8.22$) y madurez ($\bar{X}= 8.09$). Entretanto que el primer grupo pensaba que el cáncer no afectaba tanto a la vida laboral de los enfermos de cáncer, los otros grupos opinaban que dicho ámbito se encontraba bastante afectado.

En decimoquinto lugar, en relación a la afirmación que el cáncer tenía consecuencias

en el ocio ($F= 5.50$; $p<.01$), entre los sujetos pertenecientes al grupo de vejez ($\bar{M}= 5.56$) y los sujetos pertenecientes a los grupos de juventud ($\bar{M}= 7.25$), adultez ($\bar{M}= 7.50$) y madurez ($\bar{M}= 7.52$) había una diferencia de creencia con relación a que la enfermedad oncológica tenía consecuencias en dicho ámbito. De igual manera ocurrió con las consecuencias en la forma de pensar ($F=2.77$; $p= .04$); la diferencia se encontró entre el grupo de la vejez ($\bar{M}= 7.44$) y los grupos de la juventud ($\bar{M}= 8.58$), la adultez ($\bar{M}= 8.61$) y la madurez ($\bar{M}= 8.53$).

En decimosexto lugar, en referencia a considerar la causa del cáncer el mal de ojo, la brujería y el vudú ($F= 2.91$; $p= .03$), la diferencia se estableció entre el grupo de edad juventud ($\bar{M}= 1.02$) y el grupo de edad vejez ($\bar{M}= 1.29$). En cuanto a considerar la causa del cáncer a las condiciones climáticas ($F=3.01$; $p= .03$) la diferencia estribó entre el grupo de la juventud ($\bar{M}= 1.54$) y el grupo de la madurez ($\bar{M}= 2.07$).

En decimoséptimo lugar, también aparecieron diferencias importantes en cuanto a estimar la herencia genética como causa de cáncer ($F=3.42$; $p= .02$). Los resultados de la pruebas estadísticas pusieron de manifiesto que la diferencia se produjo entre el grupo de los sujetos maduros ($\bar{M}= 7.67$) y el grupo de los sujetos ancianos ($\bar{M}= 6.39$). Mientras que el primer grupo opinaba que la herencia genética era un factor muy importante a la hora de contraer la enfermedad, el segundo grupo no le otorgó tanta importancia.

En decimooctavo lugar, la predisposición del organismo era otra de las causas para contraer la enfermedad que presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F= 3.32$; $p= .02$). Las diferencias se establecieron entre las personas que pertenecían al grupo de vejez ($\bar{M}= 5.97$) y las personas que pertenecían a los grupos de adultez ($\bar{M}= 7.26$) y madurez ($\bar{M}= 7.40$). Mientras que el primer grupo consideraba que la predisposición del organismo no era un factor tan importante a la hora de adquirir la enfermedad, los otros dos grupos no estaban de acuerdo con tal afirmación, ya que consideraban que era un factor bastante importante.

En decimonoveno lugar, los resultados revelaron que también había diferencias estadísticamente significativas al considerar que las causas ambientales se relacionaban con la enfermedad oncológica ($F=4.71$; $p<.01$). Las diferencias se encontraron entre el grupo de la juventud ($\eta^2= 5.69$) y el grupo de la madurez ($\eta^2= 6.73$). El primer grupo no consideraba que existía tanta relación entre el medio ambiente y contraer cáncer, sin embargo, el segundo grupo si consideraba que existía tal relación causa-efecto.

En vigésimo lugar, en referencia a que el cáncer se relacionaba con la ansiedad, la cólera y el estrés ($F= 4.88$; $p= <.01$), entre los sujetos que formaban parte del grupo de juventud ($\eta^2= 3.14$) y los sujetos que formaban parte de los grupos de adultez ($\eta^2= 4.09$) y de madurez ($\eta^2= 4.18$) había una diferencia de creencia con relación a que el cáncer se relacionaba con estos factores. Al igual que ocurrió con relacionar el cáncer con los problemas de pareja o familiares ($F= 4.80$; $p<.01$); ésta diferencia estribó entre el grupo de juventud ($\eta^2= 1.64$) y los grupos de adultez ($\eta^2= 2.40$) y de madurez ($\eta^2= 2.26$).

En último lugar, en cuanto a relacionar la enfermedad oncológica con situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($F= 4.13$; $p<.01$) la diferencia se estableció entre los sujetos pertenecientes al grupo de la juventud ($\eta^2= 1.74$) y los sujetos pertenecientes al grupo de la madurez ($\eta^2= 2.48$). Mientras que el primer grupo consideraba que tales situaciones no podían llevar a una persona a contraer cáncer, el segundo grupo parecía no estar de acuerdo con semejante aseveración.

A modo de resumen, indicar que el ítem que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos pertenecientes al grupo de edad *juventud* fue: estimar que el enfermo de cáncer era una persona considerada.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada

perteneciente al grupo de edad *adulthood* fueron: percepción de ser una enfermedad que se heredaba; considerar que el cáncer producía consecuencias en el aspecto afectivo/sexual; considerar que el cáncer producía consecuencias en la vida laboral; considerar que el cáncer producía consecuencias en la forma de pensar y, por último, relacionar el cáncer con los problemas de pareja o familiares.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de edad *madurez* fueron: percepción de ser una enfermedad controlable; percepción de tener suficiente información acerca del cáncer; considerar que el cáncer producía consecuencias en el ocio; considerar las condiciones climáticas como causa de cáncer; considerar la herencia genética como causa de cáncer; considerar las causas ambientales como causa de cáncer; considerar la ansiedad, la cólera o el estrés como causa de cáncer y, por último, relacionar la enfermedad oncológica con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de edad *vejez* fueron: la percepción de ser una enfermedad mortal; considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa; estimar que el enfermo de cáncer era una buena persona; considerar que el enfermo de cáncer era una persona divertida; considerar al enfermo de cáncer como una persona impulsiva; considerar que el enfermo de cáncer era una persona intolerante; estimar que el enfermo de cáncer era una persona inútil; considerar que el enfermo de cáncer era una persona simpática; considerar como causa del cáncer al mal de ojo, la brujería y el vudú y, en último lugar, considerar a los problemas de pareja o familiares como causa de cáncer.

En cuanto a los análisis de ANOVAS que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas, únicamente se encontraron diferencias significativas en la

categoría de primer orden *asociaciones generales* que pertenecía a la categoría 'grupo de riesgo' ($F=3.56$; $p>.01$). La diferencia se encontró entre el grupo de sujetos jóvenes ($\eta^2= 1.01$) y los sujetos que pertenecían al grupo de vejez ($\eta^2= 1.14$). Aunque ninguno de los dos grupos le dio mucha importancia a la categoría *asociaciones generales* como grupo de riesgo, los sujetos pertenecientes al grupo de vejez le otorgaron mayor importancia.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en considerar que la infancia era una edad vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 8.82^a$, $p=.03$) ya que las frecuencias mostraron que los grupos de juventud ($f=165$), adultez ($f=160$) y madurez ($f=186$) tenían bastante claro que la infancia no era una edad vulnerable para padecer cáncer mientras que el grupo de los ancianos parecía no estar de acuerdo con tal aseveración ($f=28$).

En segundo lugar, en referencia a considerar la tercera edad como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 11.36^a$, $p=.01$), los resultados pusieron de manifiesto que las personas jóvenes ($f=129$), adultas ($f=126$) y maduras ($f=181$) tenían más claro que los ancianos ($f=25$), que la tercera edad no era considerada una edad vulnerable para padecer la enfermedad oncológica.

En tercer lugar, en relación a creer que existían síntomas, características o rasgos físicos que facilitarían la identificación de los enfermos oncológicos ($\chi^2= 12.13^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los grupos de edad juventud ($f=115$), adultez ($f=107$) y madurez ($f=170$) parecían no creer en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables, mientras que el grupo de la vejez ($f=20$) no estaba tan de acuerdo con tal afirmación.

En cuarto lugar, en cuanto a considerar el adjetivo débil como característica que definía al enfermo de cáncer ($\chi^2= 11.09^a$, $p=.01$), los resultados mostraron que un número superior de personas jóvenes, adultas y maduras que de personas ancianas, consideraron que el adjetivo débil sí que caracterizaba de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de los jóvenes, adultos, maduros y longevos al respecto del citado adjetivo fueron las siguientes: $f=101$; $f=102$; $f=142$ y $f=10$ respectivamente.

En quinto lugar, en referencia a considerar el adjetivo enfermo como característica que definía al enfermo oncológico ($\chi^2= 14.35^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que un número superior de personas maduras ($f=136$) que de personas ancianas ($f=10$) consideraron que el adjetivo enfermo sí que caracterizaba de modo diferencial a este tipo de pacientes.

En sexto lugar, en relación a la afirmación de que el adjetivo triste caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer ($\chi^2= 8.49^a$, $p=.04$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas pertenecientes al grupo de madurez ($f=137$) sí que consideraban que el mencionado adjetivo caracterizase de modo diferencial al enfermo de cáncer, mientras que las personas pertenecientes al grupo de vejez ($f=11$) no parecían estar de acuerdo con tal afirmación.

En séptimo lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 20.39^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas jóvenes que de personas ancianas no obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica (jóvenes $f=113$; ancianos $f=28$).

En octavo lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían los

sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 22.31^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los jóvenes ($f=139$), los adultos ($f=120$) y los maduros ($f=130$) no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros profesionales de la salud. No ocurría lo mismo con los ancianos ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=30$).

En noveno lugar, en cuanto al ítem que la información que poseían los sujetos que fueron entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de artículos y libros científicos ($\chi^2= 12.28^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que era menor el número de personas pertenecientes al grupo de la vejez que no hubieran obtenido la información del cáncer de artículos y libros científicos ($f=16$) que el de sujetos pertenecientes al grupo de edad de madurez ($f=111$).

En décimo lugar, en referencia a la afirmación que la información que poseían las personas entrevistadas sobre la enfermedad de cáncer la habían obtenido de la interacción social informal ($\chi^2= 11.86^a$, $p<.01$) se obtuvieron las siguientes conclusiones: hubo mayor número de personas jóvenes que no habían obtenido la información al respecto del cáncer mediante la interacción social informal ($f=101$) que de personas ancianas ($f=21$).

En undécimo y último lugar, en relación al ítem que la información que poseían los sujetos que fueron entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2= 75.48^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que era menor el número de personas pertenecientes al grupo de la vejez que no hubieran obtenido la información del cáncer de otros medios de información ($f=33$) que el de sujetos pertenecientes a los grupos de edad de juventud ($f=167$), adultez ($f=156$) y madurez ($f=181$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores

los sujetos pertenecientes al grupo de edad *juventud* fueron los siguientes: obtener la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; obtener la información al respecto de la enfermedad oncológica de otros profesionales de la salud y, en último lugar, obtener la información al respecto del cáncer de la interacción social informal.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de edad *madurez* fueron: considerar que la infancia era una edad vulnerable para tener cáncer; considerar la tercera edad como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer; creer en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos que facilitarían la identificación de los enfermos oncológicos; considerar los adjetivos enfermo, débil y triste como características que definían al enfermo oncológico; obtener la información al respecto del cáncer de artículos y libros científicos y, por último, obtener la información al respecto del cáncer de otros medios de información.

8.4 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del nivel de estudios

Para la variable *nivel de estudios* se realizó, en un primer momento, un ANOVA y, a continuación, el test HSD (Honestly-significant-difference) de Tukey con la finalidad de comparar las medias de los *t* niveles de ciertos factores después de haber rechazado la hipótesis nula de igualdad de medias mediante la técnica ANOVA. En segundo lugar se realizó la prueba de chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos mostraron que el *nivel de estudios* de los sujetos era una variable que parecía tener también un efecto significativo en algunas de las dimensiones

relativas a la representación social del enfermo oncológico y su enfermedad. Los niveles de estudios contemplados en el trabajo de investigación fueron los siguientes: sin estudios, graduado escolar, BUP/ESO, módulos de FP, COU/Bachiller y universidad.

Así pues, para la variable *nivel de estudios* los análisis de ANOVAS que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de ser el cáncer una enfermedad duradera ($F=4.21$; $p<.01$). La diferencia se encontró entre el grupo de sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2= 6.11$) y el grupo de sujetos que tenía estudios universitarios ($\eta^2= 7.49$). Los sujetos que tenían el graduado escolar consideraban que no era una enfermedad tan duradera mientras que el otro grupo creía que el cáncer era una enfermedad relativamente duradera.

En segundo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en percibir el cáncer como una enfermedad crónica ($F=3.54$; $p<.01$). La diferencia se encontró entre los sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2= 4.69$) y los sujetos que tenían estudios de COU/Bachiller ($\eta^2=6.91$) y estudios universitarios ($\eta^2=6.12$). El primer grupo de sujetos opinaba que el cáncer no era una enfermedad crónica mientras que los otros dos grupos no estaban de acuerdo con tal aseveración.

En tercer lugar, se hallaron diferencias en la percepción de ser una enfermedad contagiosa ($F= 5.83$; $p<.01$). La diferencia apareció entre el grupo de sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2=1.88$) y los grupos de sujetos que tenían estudios de BUP/ESO ($\eta^2= 1.00$), COU/bachiller ($\eta^2=1.04$), FP ($\eta^2=1.25$) y universitarios ($\eta^2= 1.14$). Mientras que el primer grupo de sujetos creía que podía contagiarse en cierta medida el cáncer, los otros cuatro grupos rechazaban casi por completa dicha aseveración.

En cuarto lugar, en cuanto a la percepción de ser una enfermedad que se heredaba ($F=2.54$; $p=.03$), la diferencia apareció entre las personas sin estudios ($\eta^2=4.43$) y las personas con graduado escolar ($\eta^2=7.02$). Los sujetos con graduado escolar pensaban que el cáncer era una dolencia que en su mayoría se heredaba; mientras que los sujetos sin estudios no veían tan directa esa relación. El cáncer tenía tendencia a heredarse pero existían otras formas de contraer la enfermedad.

En quinto lugar, también se encontraron diferencias importantes en la percepción de ser el cáncer una enfermedad que se podía prevenir ($F=4.15$; $p<.01$). La diferencia surgió entre las personas con estudios de graduado escolar ($\eta^2=5.04$) y las personas con estudios de BUP/ESO ($\eta^2=8.13$), FP ($\eta^2=6.28$) y estudios universitarios ($\eta^2=6.37$). Mientras que las personas con estudios de BUP/ESO, FP y universitarios opinaban que la enfermedad cancerosa se podía prevenir, los sujetos con graduado escolar no estaban tan de acuerdo con semejante afirmación.

En sexto lugar, se encontraron diferencias en la percepción de ser una enfermedad que se curaba ($F=2.31$; $p=.04$). La diferencia se encontró entre los sujetos que tenían graduado escolar ($\eta^2=5.35$) y los sujetos que tenían estudios universitarios ($\eta^2=6.45$). El primer grupo no creía tanto en la cura de la enfermedad como lo creía el segundo grupo de personas.

En séptimo lugar, en referencia a la percepción de ser una enfermedad mortal ($F=8.83$; $p<.01$), se descubrieron diferencias entre los sujetos que no tenían estudios ($\eta^2=9.57$) y los sujetos que tenían BUP/ESO ($\eta^2=6.40$), COU/bachiller ($\eta^2=6.08$) y estudios universitarios ($\eta^2=6.86$). Al igual que ocurrió entre los sujetos que tenían graduado escolar ($\eta^2=8.84$) y los sujetos con BUP/ESO, COU/bachiller, FP ($\eta^2=7.36$) y estudios universitarios ya que también se produjeron diferencias importantes al respecto de este ítem.

En octavo lugar, percibir la enfermedad de cáncer como más grave por comparación

con otras, también llevó a localizar diferencias interesantes ($F= 3.49$; $p<01$). Éstas se produjeron entre los que tenían estudios de BUP/ESO ($\square=6.67$) y los que no tenían estudios ($\square=9.86$), los que tenían COU/bachiller ($\square=8.75$), los que tenían graduado escolar ($\square= 8.69$) y los que tenían estudios de FP ($\square=8.52$). Mientras que los sujetos que tenían estudios de BUP/ESO no percibieron el cáncer como una enfermedad tan grave al compararla con otras, el resto de sujetos opinaban que se trataba de una enfermedad bastante grave cuando la equiparaban con otras.

En noveno lugar, considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa también llevó a encontrar diferencias estadísticamente significativas ($F=2.83$; $p= .02$). Diferencia que se estableció entre los sujetos que no tenían estudios ($\square=8.50$) y los sujetos con graduado escolar ($\square= 4.62$), con estudios de FP ($\square=4.13$) y con estudios universitarios ($\square=4.33$). Entretanto que las personas que no tenían estudios consideraban a este tipo de enfermos como personas muy activas, el resto de sujetos los consideraban bastante inactivo.

En décimo lugar, considerar que el enfermo de cáncer era una buena persona llevó a descubrir ciertas diferencias ($F= 5.38$; $p<.01$), concretamente, éstas se produjeron entre los sujetos que tenían el graduado escolar ($\square=8.21$) y los sujetos que tenían FP ($\square= 5.76$) y estudios universitarios ($\square=5.77$). Del mismo modo que ocurrió al considerar que el enfermo de cáncer era una persona eficaz ($F= 2.88$; $p= .01$), ya que se hallaron diferencias que se establecieron entre las personas con COU/bachiller ($\square=7.78$) y las personas con FP ($\square=4.74$) y estudios universitarios ($\square=5.19$).

En undécimo lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona enferma ($F= 2.67$; $p= .02$), las diferencias se encontraron entre los sujetos que tenían estudios universitarios ($\square= 8.01$) y los sujetos que no tenían estudios ($\square= 9.43$). Aunque los dos grupos de sujetos consideraban al enfermo oncológico como una persona enferma, los sujetos

que no tenían estudios le conferían mayor importancia al adjetivo 'enfermo' ya que casi lo puntuaron con la máxima puntuación.

En duodécimo lugar, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona generosa ($F=4.01$; $p<.01$), las diferencias se encontraron entre los sujetos que tenían estudios de FP ($\eta^2=6.06$) y los sujetos que tenían estudios de BUP/ESO ($\eta^2=9.17$) y de graduado escolar ($\eta^2=7.96$). El primer grupo de sujetos consideraba al paciente oncológico como una persona medianamente generosa, mientras que los otros dos grupos la consideraban bastante generosa. También se encontraron diferencias importantes en éste ítem entre los sujetos con graduado escolar y los sujetos con estudios universitarios ($\eta^2=6.29$) y con FP ($\eta^2=6.06$).

En decimotercer lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona inútil ($F=4.55$; $p<.01$), las diferencias se establecieron entre las personas que no tenían estudios ($\eta^2=7.50$) y las personas que tenían COU/bachiller ($\eta^2=2.09$), las personas que tenían FP ($\eta^2=3.15$) y las personas que tenían estudios universitarios ($\eta^2=3.26$). El primer grupo creía que este adjetivo caracterizaba bastante bien a este tipo de pacientes mientras que los otros dos grupos no opinaban que el adjetivo inútil caracterizase al enfermo de cáncer. También se estableció una diferencia importante en cuanto a este ítem se refiere entre los sujetos que tenían BUP/ESO ($\eta^2=6.00$) y los sujetos que tenían COU/bachiller ($\eta^2=2.09$), FP ($\eta^2=3.15$) y estudios universitarios ($\eta^2=3.26$).

En decimocuarto lugar, en referencia a que el enfermo de cáncer era una persona sincera ($F=2.88$; $p=.01$) se encontraron diferencias importantes entre los individuos que tenían estudios de BUP/ESO ($\eta^2=9.33$) y las personas que no tenían estudios ($\eta^2=5.00$). Entretanto que el primer grupo consideraba al paciente canceroso como una persona muy sincera, las personas que no tenían estudios no creían que se tratase de un adjetivo que caracterizase a este tipo de enfermos.

En decimoquinto lugar, en relación a tener una actitud positiva hacia la enfermedad del cáncer ($F= 2.56$, $p= .03$) se encontraron diferencias entre las personas con estudios de COU/bachiller ($\eta^2=4.65$) y los sujetos con estudios de BUP/ESO ($\eta^2=7.07$). Mientras que el grupo de sujetos de BUP/ESO tenían una actitud bastante positiva hacia la mencionada patología, no ocurría lo mismo con los sujetos de COU/bachiller.

En decimosexto lugar, en cuanto a la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer ($F= 5.89$; $p< .01$), la diferencia estribó entre el grupo de sujetos que tenían estudios universitarios ($\eta^2= 7.17$) y los grupos de sujetos que no tenían estudios ($\eta^2= 4.43$) y los que tenían FP ($\eta^2= 6.48$). El grupo de estudios universitarios tenía la percepción de poseer información suficiente aunque podía aumentar sus conocimientos. Los grupos de FP y sin estudios creían no tener información suficiente acerca del cáncer.

En decimoséptimo lugar, se encontraron diferencias en la percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se era enfermo de cáncer ($F=6.60$; $p< .01$). La diferencia se encontró entre los sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2=5.83$) y los sujetos que tenían BUP/ESO ($\eta^2= 8.80$), FP ($\eta^2= 7.52$) y universidad ($\eta^2= 7.56$). El primer grupo de sujetos pensaba que no era tan fácil que el enfermo llevase una vida normal; entretanto que los otros tres grupos creían que este tipo de pacientes si podían llevar una vida bastante normal.

En decimoctavo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a considerar que el cáncer producía consecuencias en la vida familiar ($F= 2.24$, $p=.05$). Los resultados pusieron de manifiesto que las diferencias se encontraron entre los sujetos que no tenían estudios ($\eta^2=7.86$) y los sujetos pertenecientes a los otros grupos: BUP/ESO ($\eta^2=8.67$), COU/bachiller ($\eta^2=8.13$), graduado escolar ($\eta^2=8.55$), FP ($\eta^2= 8.87$) y universidad ($\eta^2=8.99$).

En decimonoveno lugar, en cuanto a considerar que el cáncer producía consecuencias en el aspecto afectivo/sexual del paciente oncológico ($F=8.36$; $p<.01$), entre los sujetos que tenían estudios universitarios ($\eta^2= 8.42$) y los sujetos que tenían COU/bachiller ($\eta^2= 6.88$), graduado escolar ($\eta^2= 6.65$) y sin estudios ($\eta^2= 5.43$), se produjo una diferencia de creencia en cuanto a estimar que la enfermedad producía consecuencias en dicho aspecto. Al igual que ocurrió con los sujetos que tenían estudios de FP ($\eta^2= 8.16$) y los sujetos que tenían graduado escolar ($\eta^2= 6.65$) y los que no tenían estudios.

En vigésimo lugar, en relación a estimar que la enfermedad cancerosa provocaba consecuencias en la vida laboral del paciente oncológico ($F=7.25$; $p<.01$), la diferencia se produjo entre las personas que tenían FP ($\eta^2= 7.95$) y las personas que tenían COU/bachiller ($\eta^2= 6.08$) y las que no tenían estudios ($\eta^2= 4.86$). En cuanto a este ítem se refiere, también se encontraron diferencias importantes entre las personas con estudios universitarios ($\eta^2= 8.17$) y las que tenían COU/bachiller ($\eta^2= 6.08$), graduado escolar ($\eta^2= 7.02$) y no tenían estudios ($\eta^2= 4.86$).

En vigesimoprimer lugar, en referencia a considerar que se producían consecuencias en el aspecto físico del paciente oncológico ($F=2.31$; $p= .04$), los resultados de las pruebas realizadas pusieron de manifiesto que se establecían diferencias importantes entre los sujetos con graduado escolar ($\eta^2= 7.46$) y los sujetos con estudios universitarios ($\eta^2=8.44$). Los sujetos con graduado escolar creían que el cáncer afectaba al aspecto físico de una manera importante pero no concluyente, mientras que los sujetos con estudios superiores, opinaban que era un aspecto que se veía muy afectado por la enfermedad de cáncer. Al igual que ocurrió con las consecuencias en el ocio ($F= 3.73$; $p< .01$) ya que la diferencia se estableció entre los mismos grupos de estudios, los que tenían graduado escolar ($\eta^2=6.42$) y los que tenían estudios universitarios ($\eta^2=7.57$). El primer grupo estimaba que tampoco se veía tan

afectada esta área de la vida de las personas con cáncer como lo que opinaba el segundo grupo de personas.

En vigesimosegundo lugar, en cuanto a considerar que se producían consecuencias en la forma de pensar del paciente oncológico ($F=4.78$; $p<.01$), las diferencias se encontraron entre los sujetos sin estudios ($\eta^2=5.71$) y los que tenían BUP/ESO ($\eta^2=8.93$), FP ($\eta^2=8.56$) y universidad ($\eta^2=8.68$); también entre los sujetos que tenían graduado escolar ($\eta^2=7.60$) y los que tenían estudios universitarios ($\eta^2=8.68$). Mientras que los sujetos sin estudios y con graduado escolar creían que la forma de pensar no se veía tan afectada por la enfermedad de cáncer, el resto de sujetos opinaban lo contrario, sí que se veía afectada la forma de pensar.

En vigesimotercer lugar, en relación a considerar que el cáncer se relacionaba con infecciones o gérmenes ($F=2.26$, $p=.05$), se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos sin estudios ($\eta^2=4.71$) y los grupos de graduado escolar ($\eta^2=2.89$) y FP ($\eta^2=2.83$). Mientras los sujetos sin estudios relacionaron en cierta medida esta causa con el cáncer, los sujetos que tenían el graduado escolar y FP no estaban tan de acuerdo en relacionar cáncer con infecciones o gérmenes como causa de la enfermedad.

En vigesimocuarto lugar, en cuanto a considerar que el cáncer se relacionaba con la herencia genética ($F=3.09$; $p<.01$), la diferencia se produjo entre los sujetos sin estudios ($\eta^2=4.14$) y los sujetos con graduado escolar ($\eta^2=7.43$), FP ($\eta^2=7.58$) y universidad ($\eta^2=7.44$). Mientras que las personas sin estudios otorgaban poca credibilidad al hecho que el cáncer se pudiera heredar, el resto de sujetos le confirieron mayor importancia.

En vigesimoquinto lugar, en relación a considerar la predisposición del organismo como causa del cáncer ($F=2.35$, $p=.04$), se encontraron diferencias entre los sujetos que tenían COU/bachiller ($\eta^2=5.96$) y los sujetos que tenían BUP/ESO ($\eta^2=7.27$), FP ($\eta^2=7.21$) y estudios universitarios ($\eta^2=7.37$). Mientras los sujetos que tenían COU/bachiller no

terminaban de relacionar predisposición del organismo y cáncer, los otros tres grupos de sujetos parecían estar más de acuerdo en considerar la predisposición del organismo como causa del cáncer.

En vigesimosexto lugar, en relación a considerar que el estilo de vida insano se relacionaba con el cáncer ($F= 4.71$; $p< .01$), la diferencia se estableció entre los sujetos con estudios universitarios ($\eta^2= 7.68$) y los sujetos sin estudios ($\eta^2= 4.86$) y los que tenían graduado escolar ($\eta^2= 6.40$). Entretanto que el estilo de vida insano era un factor concluyente a la hora de contraer la enfermedad para las personas con estudios universitarios, el resto de grupos, no veían tan directa tal relación.

En vigesimoséptimo lugar, se encontraron diferencias en considerar que el origen del cáncer estaba relacionado con ciertas causas ambientales ($F=5.43$; $p<.01$). La diferencia se estableció entre los sujetos sin estudios ($\eta^2= 2.71$) y los sujetos con estudios de FP ($\eta^2= 6.30$) y universitarios ($\eta^2= 6.58$); al igual que ocurrió entre los sujetos con estudios de graduado escolar ($\eta^2= 5.02$) y estudios universitarios ($\eta^2= 6.58$). Mientras los sujetos sin estudios no le otorgaron a penas importancia a las causas ambientales como causa de cáncer, el resto de sujetos si le concedieron cierta importancia a las causas ambientales como probable causa de la enfermedad oncológica.

Finalmente, en referencia a que el cáncer se relacionaba con el azar y con la mala suerte ($F=2.60$; $p= .02$) la diferencia se encontró entre los sujetos que no tenían estudios ($\eta^2= 1.00$) y los sujetos con estudios de BUP/ESO ($\eta^2= 4.69$). El primer grupo estimaba que no existía a penas relación entre la enfermedad cancerosa y el azar y la mala suerte, entretanto que el segundo grupo opinaba que sí era posible establecer cierta relación causa y efecto entre ambos.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores

los sujetos pertenecientes al grupo *sin estudios* fueron: percepción de ser la enfermedad de cáncer más grave en comparación con otras; considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa, enferma e inútil y, por último, considerar las infecciones o gérmenes como causa de cáncer.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *graduado escolar* fueron: percepción de ser una enfermedad contagiosa; percepción de ser una enfermedad que se heredaba; percepción de ser una enfermedad mortal y, en último lugar, considerar que el enfermo de cáncer era una buena persona

El ítem que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *FP* fue: considerar la herencia genética como causa de cáncer.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *BUP/ESO* fueron: percepción de ser el cáncer una enfermedad que se podía prevenir; considerar que el enfermo de cáncer era una persona generosa y sincera; tener una actitud positiva hacia la enfermedad de cáncer; percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se era enfermo de cáncer; considerar que se producían consecuencias en la forma de pensar y, por último, relacionar el cáncer con el azar y la mala suerte.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *COU/bachiller* fueron: percepción de ser el cáncer una enfermedad crónica y considerar que el enfermo de cáncer era una persona eficaz.

Los ítems que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada

perteneciente al grupo de estudios *universidad* fueron: percepción de ser el cáncer una enfermedad duradera; percepción de ser el cáncer una enfermedad que se curaba; percepción de suficiencia de información acerca del cáncer; percepción que se producían consecuencias en la vida familiar, en el aspecto afectivo/sexual, en la vida laboral, en el aspecto físico y en el ocio y, por último, relacionar la predisposición del organismo, el estilo de vida insano y las causas ambientales con el cáncer.

Los análisis de ANOVAS que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘enfermedad oncológica’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *consecuencias* ($F=.21$; $p<.01$). Las diferencias se encontraron entre el grupo de sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2 = 2.42$) y los sujetos que tenían estudios universitarios ($\eta^2 = 3.27$) y los que poseían un título en Formación Profesional ($\eta^2 = 3.50$). Los sujetos que tenían el graduado escolar no le dieron tanta importancia a las consecuencias que producía la enfermedad de cáncer como los otros dos grupos.

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo oncológico’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *consecuencias* ($F=6.51$; $p<.01$). Las diferencias se encontraron entre los sujetos que tenían estudios universitarios ($\eta^2 = 3.43$) y los sujetos que tenían el graduado escolar ($\eta^2 = 2.21$) y FP ($\eta^2 = 2.89$). El primer grupo de sujetos le confirió mayor importancia a las consecuencias que produce la enfermedad oncológica que los otros dos grupos.

En tercer lugar, en la categorización del concepto ‘prevención’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *prevención primaria* ($F= 2.93$; $p>.01$). La diferencia apareció entre el grupo de sujetos que tenían

COU/bachiller ($\eta^2=2.47$) y el grupo de sujetos que tenían estudios de FP ($\eta^2= 1.61$). El primer grupo de sujetos le otorgó mayor importancia a la prevención primaria que el segundo grupo de sujetos.

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *tratamientos farmacológicos* ($F= 2.72$; $p= .02$), *tratamientos quirúrgicos* ($F= 4.57$; $p< .01$) y *tratamientos relacionados con la actitud personal* ($F= 2.23$; $p= .05$). En referencia a la categoría *tratamientos farmacológicos*, la diferencia apareció entre las personas con graduado escolar ($\eta^2=1.92$) y las personas con Formación Profesional ($\eta^2= 1.60$). Los sujetos con graduado escolar pensaban que los tratamientos farmacológicos eran más importantes para curar el cáncer de lo que opinaba la población con FP. En cuanto a la categoría *tratamientos quirúrgicos*, la diferencia apareció entre los sujetos que poseían estudios universitarios ($\eta^2= 1.48$) y los sujetos que tenían una titulación en FP ($\eta^2= 1.32$). La población que poseía estudios universitarios le confirió mayor importancia a los tratamientos quirúrgicos que el grupo con una titulación en FP. Mientras que en la categoría *tratamientos relacionados con la actitud personal*, la diferencia apareció entre los sujetos con BUP/ESO ($\eta^2= 1.45$) y los sujetos con COU/bachiller ($\eta^2= 1.00$) y estudios universitarios ($\eta^2= 1.09$). Parece ser que la población con estudios en BUP/ESO le otorgó mayor importancia a los tratamientos relacionados con la actitud personal que los otros dos grupos.

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores psicológicos* ($F=2.25$; $p<05$) y *asociaciones generales* ($F=3.41$; $p<01$). En cuanto a la categoría *factores psicológicos*, la diferencia surgió entre las personas sin estudios ($\eta^2=1.20$) y las personas con estudios universitarios ($\eta^2=1.02$); ya que parece ser que las personas sin

estudios le otorgaron mayor importancia a los factores psicológicos como riesgo para padecer la enfermedad de cáncer que las personas con estudios universitarios. En la categoría *asociaciones generales*, la diferencia surgió entre las personas sin estudios ($\eta^2 = 1.00$) y las personas con estudios de BUP/ESO ($\eta^2 = 1.18$). Mientras las personas sin estudios no le daban mucha importancia como grupo de riesgo a las asociaciones generales, las personas con una titulación en BUP/ESO le conferían más importancia.

Las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *universidad* fueron: consecuencias (categoría ‘enfermo oncológico’) y tratamientos quirúrgicos.

Las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores la población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *BUP/ESO* fueron: tratamientos relacionados con la actitud personal y asociaciones generales.

La población entrevistada perteneciente al grupo de estudios *COU/bachiller* valoró con puntuaciones superiores la categoría de primer orden prevención primaria. La población *sin estudios* valoró con puntuaciones superiores la categoría de primer orden factores de riesgo psicológico. La población con *graduado escolar* valoró con puntuaciones superiores la categoría de primer orden tratamientos farmacológicos y, los sujetos pertenecientes al grupo de estudios *Formación Profesional* valoraron con puntuaciones superiores la categoría de primer orden consecuencias (categoría ‘enfermedad oncológica’).

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en considerar que la infancia era una edad vulnerable para tener cáncer ($\chi^2 = 16.00^a$, $p < .01$) ya

que las frecuencias mostraron que el grupo de universidad ($f=323$) tenía bastante claro que la infancia no era una edad vulnerable para padecer cáncer mientras que el grupo de los sujetos sin estudios parecía no estar de acuerdo con tal aseveración ($f=3$).

En segundo lugar, en referencia a considerar la tercera edad como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 15.90^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que las personas con estudios universitarios ($f=259$) tenían más claro que los sujetos sin estudios ($f=5$) y los de BUP/ESO ($f=9$) que la tercera edad no era considerada una edad vulnerable para padecer la enfermedad oncológica.

En tercer lugar, en relación a la creencia que existían síntomas, características o rasgos físicos que facilitarían la identificación de los enfermos oncológicos ($\chi^2= 22.95^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los grupos de estudios universitarios ($f=225$) y FP ($f=122$) parecían no creer en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos, mientras que los grupos de sin estudios ($f=0$), graduado escolar ($f=36$), COU/bachiller ($f=16$) y BUP/ESO ($f=14$) no estaban nada de acuerdo con tal afirmación.

En cuarto lugar, en cuanto a considerar el adjetivo activo como característica que definía al enfermo de cáncer ($\chi^2= 16.40^a$, $p<.01$), los resultados mostraron que un número superior de personas de FP y universitarias que de personas sin estudios, con graduado escolar, con BUP/ESO y con COU/bachiller, consideraron que el adjetivo activo sí que caracterizaba de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de los grupos: sin estudios, BUP/ESO, COU/bachiller, graduado escolar, FP y universidad al respecto del citado adjetivo fueron las siguientes: $f=2$; $f=5$; $f=10$; $f=20$; $f=111$ y $f=210$ respectivamente.

En quinto lugar, en referencia a considerar el adjetivo débil como característica que definía al enfermo oncológico ($\chi^2= 68.23^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que

un número superior de personas universitarias ($f=226$) que de personas sin estudios ($f=0$), con BUP/ESO ($f=3$) y con COU/bachiller ($f=3$) consideraron que el adjetivo débil sí que caracterizaba de modo diferencial a este tipo de pacientes.

En sexto lugar, en relación a la afirmación de que el adjetivo divertido caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer ($\chi^2= 11.96^a$, $p=.03$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas pertenecientes al grupo de universidad ($f=209$) sí que consideraban que el mencionado adjetivo caracterizase de modo diferencial al enfermo de cáncer, mientras que las personas pertenecientes a los grupos de sin estudios ($f=3$) y BUP/ESO ($f=6$) no parecían estar de acuerdo con tal afirmación.

En séptimo lugar, en cuanto a considerar el adjetivo enfermo como característica que definía al enfermo oncológico ($\chi^2= 85.42^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que un número superior de personas universitarias ($f=209$) que de personas sin estudios ($f=0$), con BUP/ESO ($f=1$) y con COU/bachiller ($f=1$) consideraron que el adjetivo enfermo sí que caracterizaba de modo diferencial a este tipo de pacientes.

En octavo lugar, en relación a la afirmación de que el adjetivo pesimista caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer ($\chi^2= 34.17^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas pertenecientes al grupo de universidad ($f=202$) sí que consideraban que el mencionado adjetivo caracterizase de modo diferencial al enfermo de cáncer, mientras que las personas pertenecientes a los grupos de sin estudios ($f=2$), BUP/ESO ($f=2$) y COU/bachiller ($f=6$) no parecían estar de acuerdo con tal afirmación.

En noveno lugar, en referencia a considerar el adjetivo resignado como característica que definía al enfermo oncológico ($\chi^2= 39.38^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que un número superior de personas universitarias ($f=207$) que de personas sin estudios ($f=1$), con BUP/ESO ($f=2$) y con COU/bachiller ($f=8$) consideraron que el adjetivo resignado

sí que caracterizaba de modo diferencial a este tipo de pacientes.

En décimo lugar, en cuanto a la afirmación de que el adjetivo triste caracterizaba de modo diferencial al enfermo oncológico ($\chi^2= 51.40^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas pertenecientes al grupo de universidad ($f=204$) sí que consideraban que el mencionado adjetivo caracterizase de modo diferencial al enfermo de cáncer, mientras que las personas pertenecientes a los grupos de sin estudios ($f=1$), BUP/ESO ($f=2$) y COU/bachiller ($f=5$) no parecían estar de acuerdo con tal afirmación. Lo mismo ocurría con el adjetivo valiente ($\chi^2= 36.44^a$, $p<.01$), ya que los sujetos pertenecientes al grupo de universidad ($f=203$) sí consideraban que el adjetivo valiente caracterizase de manera diferencial al enfermo de cáncer mientras que los grupos de sin estudios ($f=1$), BUP/ESO ($f=2$) y COU/bachiller ($f=7$) tampoco estaban de acuerdo con tal afirmación.

En undécimo lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 106.46^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas con estudios universitarios que de personas sin estudios no obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica (universidad $f=144$; sin estudios $f=7$).

En decimosegundo lugar, en relación al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de medios de comunicación ($\chi^2= 40.61^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba estadística se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas con estudios universitarios que de personas sin estudios no obtuvieron la información al respecto del cáncer de medios de comunicación (universidad $f=248$; sin estudios $f=3$).

En decimotercer lugar, en cuanto a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 48.45^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los sujetos con estudios universitarios ($f=225$) no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros profesionales de la salud. No ocurría lo mismo con los sujetos sin estudios ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=7$).

En decimocuarto lugar, en relación al ítem que la información que poseían los sujetos que fueron entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de artículos y libros científicos ($\chi^2= 35.52^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que era menor el número de personas pertenecientes al grupo de BUP/ESO que no hubieran obtenido la información del cáncer de artículos y libros científicos ($f=1$) que el de sujetos pertenecientes al grupo de estudios universitarios ($f=144$).

En decimoquinto lugar, en referencia a la afirmación que la información que poseían las personas entrevistadas sobre la enfermedad de cáncer la habían obtenido de la interacción social informal ($\chi^2= 21.29^a$, $p<.01$) se obtuvieron las siguientes conclusiones: hubo mayor número de personas universitarias que no habían obtenido la información al respecto del cáncer mediante la interacción social informal ($f=121$) que de personas sin estudios ($f=4$).

En último lugar, en cuanto al ítem que la información que poseían los sujetos que fueron entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2= 19.37^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que era menor el número de personas pertenecientes al grupo sin estudios que no hubieron obtenido la información del cáncer de otros medios de información ($f=7$) que el de sujetos pertenecientes al grupo de universidad ($f=310$).

A modo de resumen indicar que el grupo de sujetos con estudios universitarios puntuó

todos los ítems con valores superiores al resto de grupos.

8.5 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener creencia religiosa

Para la variable *creencia religiosa* se realizó la prueba de Levene de calidad de varianzas y la prueba T para la igualdad de medias. Los resultados indicaron que, el *ser creyente o no* era una variable que parecía tener también un efecto significativo en algunas de las dimensiones relativas a la representación social del cáncer y del enfermo oncológico. Para la variable *creencia religiosa* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, aparecieron diferencias en función de la percepción de ser una enfermedad duradera ($t=2.03$; $p=.04$), ya que los sujetos que no eran creyentes ($M=7.47$) pensaban que el cáncer era una enfermedad relativamente duradera, mientras que los sujetos creyentes ($M=7.06$) consideraban que no era una enfermedad tan duradera.

En segundo lugar, se encontraron diferencias en la percepción de ser una enfermedad contagiosa ($t=-1.48$; $p=.14$). Los sujetos que no eran creyentes ($M=1.14$) la percibieron como menos contagiosa que el grupo de sujetos creyentes ($M=1.26$).

En tercer lugar, en referencia a la percepción de ser una enfermedad que se podía prevenir ($t=1.00$; $p=.32$), entre los sujetos que no eran creyentes ($M=6.35$) y los que sí eran creyentes ($M=6.14$) hubo una diferencia de impresión como se puede observar en las medias.

En cuarto lugar, se encontraron diferencias en la percepción de ser una enfermedad que se curaba ($t=0.08$; $p=.93$) ya que los entrevistados no creyentes ($M=6.29$) tenían la

sensación que el cáncer era una enfermedad relativamente curable mientras que los entrevistados creyentes ($\bar{x}=6.27$) no tenían tal sensación.

En quinto lugar, en relación a la afirmación que el enfermo de cáncer era una persona activa ($t=-1.04$; $p=.30$), los individuos que no eran creyentes ($\bar{x}=4.20$) no estaban tan de acuerdo como lo estaban los individuos creyentes ($\bar{x}=4.45$); mientras que si observamos la afirmación que hace referencia a que el enfermo de cáncer era una persona pesimista ($t=1.71$; $p=.09$), ocurre lo contrario. Los entrevistados no creyentes ($\bar{x}=6.41$) opinaban que dicho tipo de pacientes eran más bien pesimistas y, los sujetos entrevistados creyentes ($\bar{x}=5.98$) que no eran tan pesimistas.

En sexto lugar, en referencia a la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer ($t=1.44$; $p=.15$), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que los sujetos no creyentes ($\bar{x}=6.98$) creían poseer información suficiente aunque podían aumentar aún más sus conocimientos y los sujetos creyentes ($\bar{x}=6.70$) tenían la percepción de no poseer tanta información acerca de la enfermedad oncológica.

En séptimo lugar, si se tienen en cuenta las secuelas que podía producir el padecer cáncer, se encontraron diferencias importantes en las consecuencias en el aspecto afectivo/sexual ($t=2.57$; $p=.01$), en la vida laboral ($t=3.12$; $p<.01$), en las relaciones sociales ($t=2.55$; $p=.01$) y en la forma de pensar ($t=2.73$; $p<.01$). El grupo de sujetos no creyentes estimaba que existían consecuencias importantes en el aspecto afectivo/sexual ($\bar{x}=8.41$), en la vida laboral ($\bar{x}=8.29$), en las relaciones sociales ($\bar{x}=8.03$) y en la forma de pensar ($\bar{x}=8.84$). El grupo de sujetos creyentes no opinaba de dicho modo, siendo sus medias para el aspecto afectivo sexual, la vida laboral, las relaciones sociales y la forma de pensar $\bar{x}= 7.90$, $\bar{x}= 7.65$, $\bar{x}= 7.51$ y $\bar{x}= 8.37$ respectivamente.

En último lugar, en referencia a las afirmaciones que el cáncer se relacionaba con un

castigo divino ($t=-1.93$; $p=.05$), con mal de ojo, brujería, vudú ($t=-1.64$; $p=.10$), con condiciones climáticas ($t=-1.25$; $p=.21$), con un estilo de vida insano ($t=3.10$; $p<.01$) y con causas ambientales ($t=1.95$; $p=.05$), también se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En concreto, parece que el grupo de los sujetos creyentes pensaba que el castigo divino ($\square=1.17$), el mal de ojo, la brujería y el vudú ($\square=1.08$) y las condiciones climáticas ($\square=1.85$) eran posibles causas de la enfermedad. Mientras que el grupo de los sujetos no creyentes se inclinaban más por el estilo de vida insano ($\square=7.81$) y las causas ambientales ($\square=6.59$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos pertenecientes al grupo de sujetos *creyentes* fueron: percepción de ser una enfermedad contagiosa; considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa y, por último, relacionar el cáncer con un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú y con condiciones climáticas.

Los ítems que valoraron los sujetos *no creyentes* con puntuaciones superiores fueron los siguientes: percepción de ser una enfermedad duradera; percepción de ser una enfermedad que se podía prevenir; percepción de ser una enfermedad que se curaba; considerar que el enfermo de cáncer era una persona pesimista; percepción de suficiencia de información acerca del cáncer; creer en la existencia de consecuencias en el aspecto afectivo/sexual, en la vida laboral, en las relaciones sociales y en la forma de pensar y, en último lugar, relacionar el cáncer con el estilo de vida insano y con causas ambientales.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto 'cáncer', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad* ($t=$

.84; $p=.40$). En concreto, parece que los sujetos creyentes ($\bar{M}= 2.15$, $DT= 1.09$) no consideraban la identidad de la enfermedad tan representativa de la dolencia oncológica como los sujetos no creyentes ($\bar{M}= 2.24$, $DT= 1.24$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *tipos de cáncer* ($t= 1.31$; $p=.19$). La población no creyente ($\bar{M}= 1.12$, $DT=.51$) consideraba los tipos de cáncer más representativos que lo que consideraba la población creyente ($\bar{M}= 1.06$, $DT= .34$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo de cáncer’ se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *tratamientos* ($t= 1.59$; $p=.11$). Parece que los sujetos no creyentes ($\bar{M}= 1.21$, $DT= .51$), consideraban los tratamientos de la dolencia oncológica más representativos que la población creyente ($\bar{M}= 1.14$, $DT= .42$).

En tercer lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *síntomas psicológicos* ($t= 0.97$; $p=.32$). En concreto, parece que los sujetos creyentes ($\bar{M}= 1.02$, $DT= 0.16$) consideraban los síntomas psicológicos menos importantes en el cáncer que los sujetos no creyentes ($\bar{M}= 1.04$, $DT= .26$).

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *radiación* ($t= -2.35$; $p=.02$); *tabaquismo* ($t= -1.42$; $p=.16$) y *causas no catalogables* ($t= .93$; $p=.35$); ya que la población creyente encontró que la radiación ($\bar{M}= 1.02$, $DT= .16$) y el tabaquismo ($\bar{M}= 1.01$, $DT= .08$) causaban más cáncer de lo que opinaba la población no creyente (radiación: $\bar{M}= 1.00$, $DT= .00$; tabaquismo: $\bar{M}= 1.00$, $DT= .00$). Con la categoría *causas no catalogables* ocurrió lo contrario (no creyentes: $\bar{M}= 1.03$, $DT= .17$; creyentes: $\bar{M}= 1.02$, $DT= .13$).

En quinto lugar, en la categorización del concepto ‘prevención’, se encontraron

diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *prevención primaria* ($t= 1.45$; $p= .15$). En concreto, parece que los sujetos no creyentes ($\bar{X}= 1.90$, $DT= 1.33$) le otorgaban más importancia a la prevención primaria del cáncer que los sujetos creyentes ($\bar{X}= 1.73$, $DT= 1.09$).

En sexto lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias en las categorías de primer orden *tratamientos preventivos* ($t= -1.65$; $p=.10$), *tratamientos quirúrgicos* ($t= 2.59$; $p=.01$), en la categoría *no creencia/no conocimientos* ($t= -2.17$; $p=.03$) y en la categoría *tratamientos espirituales* ($t= .98$; $p=.33$). En concreto, parece que la población no creyente relacionaba el cáncer con tratamientos quirúrgicos ($\bar{X}=1.48$, $DT= .50$) y tratamientos espirituales ($\bar{X}=1.02$, $DT= .12$) más de lo que lo hacía la población creyente (tratamientos quirúrgicos: $\bar{X}=1.37$, $DT= .48$; tratamientos espirituales: $\bar{X}=1.01$, $DT= .08$). Mientras que cuando se trataba de los tratamientos preventivos y de la no creencia/no conocimientos en tratamientos para el cáncer, ocurría lo contrario (no creencia/no conocimiento no creyentes: $\bar{X}= 1.02$, $DT= .12$; creyentes $\bar{X}= 1.05$, $DT= .21$; tratamientos preventivos no creyentes: $\bar{X}= 1.10$, $DT= .34$; creyentes: $\bar{X}= 1.16$, $DT= .42$).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo ambientales* ($t= -1.29$; $p=.20$) y *factores psicológicos* ($t= 1.35$; $p=.18$); ya que los sujetos creyentes ($\bar{X}= 1.31$, $DT= .62$) encontraron que los factores de riesgo ambiental causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos no creyentes ($\bar{X}= 1.25$, $DT= .50$). Con la categoría *factores psicológicos* ocurrió lo contrario (no creyentes: $\bar{X}= 1.07$, $DT= .32$; creyentes: $\bar{X}= 1.03$, $DT= .21$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos *no creyentes* fueron: identidad de la enfermedad; tipos de

cáncer; tratamientos; síntomas psicológicos; causas no catalogables; prevención primaria; tratamientos quirúrgicos; tratamientos espirituales y, por último, factores psicológicos.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron los sujetos *creyentes* con puntuaciones superiores fueron los siguientes: radiación; tabaquismo; no creencia/no conocimientos; tratamientos preventivos y, por último, factores de riesgo ambiental.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, en cuanto a considerar los adjetivos débil ($\chi^2= 9.34^a$, $p>.01$), enfermo ($\chi^2= 6.30^a$, $p=.01$), grave ($\chi^2= 7.30^a$, $p<.01$) y profundo ($\chi^2= 7.04^a$, $p>.01$) como características que definían al enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de sujetos entrevistados creyentes superior al de sujetos entrevistados no creyentes, consideraron que los adjetivos débil, enfermo, grave y profundo sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de las personas creyentes al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=204$; $f=192$; $f=164$ y $f=90$, respectivamente. Las frecuencias de las personas no creyentes para los mismos adjetivos fueron: $f=140$; $f=126$; $f=103$ y $f=46$, también respectivamente.

En segundo lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 10.88^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de sujetos creyentes que de sujetos no creyentes no obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica (creyentes $f=225$; no creyentes $f=93$).

En tercero y último lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 8.85^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas creyentes no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros profesionales de la salud ($f=277$). No ocurría lo mismo con las personas no creyentes, ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=126$).

A modo de resumen, indicar que los sujetos creyentes valoraron todos los ítems con puntuaciones superiores en comparación con las valoraciones que realizaron los sujetos no creyentes.

8.6 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de tener relación directa con enfermos de cáncer.

Para la variable *relación directa con enfermos de cáncer* se realizó la prueba de Levene de calidad de varianzas y la prueba T para la igualdad de medias. Los resultados indicaron que, la *relación directa con enfermos de cáncer* era una variable que parecía tener un efecto significativo en algunas de las dimensiones relativas a la representación social del cáncer y del enfermo oncológico. Para dicha variable los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en considerar que el enfermo de cáncer era una persona débil ($t= 1.59$; $p= .11$) y una persona que se sentía enferma ($t= 2.99$; $p<.01$); ya que el grupo de entrevistados que no tenían relación directa con el enfermo de cáncer, creían que eran personas medianamente débiles ($\square=6.95$) y que se sentían bastante enfermas ($\square= 8.62$). Mientras que los que sí tenían relación directa

con este tipo de dolientes, creían que eran débiles pero no tanto ($\square=6.53$) y que, aunque se sentían enfermos ($\square= 8.05$), lo hacían en menor medida que lo que opinaba el grupo de los sujetos que no tenían relación alguna.

En segundo lugar, la diferencia se encontró en la consideración de la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer ($t= -3.34$; $p<.01$). Los sujetos que no tenían relación directa con el paciente oncológico ($\square=8.63$) consideraban que había bastantes consecuencias, entretanto, los que sí tenían relación directa ($\square=9.07$) estimaban que había demasiadas consecuencias.

En tercer lugar, la diferencia apareció en las consecuencias en las relaciones sociales ($t= 0.43$; $p= .66$). El grupo de sujetos que no tenían relación directa con el enfermo de cáncer ($\square=7.72$) creía que había más consecuencias en las relaciones sociales de este tipo de pacientes que lo que estimaban los sujetos que sí tenían relación directa con el enfermo de cáncer ($\square=7.63$).

Por último, en referencia a las afirmaciones que el cáncer se relacionaba con un castigo divino ($t= -2.52$; $p= .01$); mal de ojo, brujería, vudú ($t= -1.94$; $p= .05$); condiciones climáticas ($t= -3.29$; $p<.01$); predisposición del organismo ($t= -2.91$; $p<.04$); estilo de vida insano ($t= 1.58$; $p= .11$); causas ambientales ($t= -4.36$; $p<.01$); el azar, la mala suerte ($t= -3.65$; $p<.01$); problemas de pareja o familiares ($t= -1.64$; $p= .10$) y situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($t= -2.68$; $p<.01$), también se encontraron diferencias importantes. Las personas que no tenían relación directa con el enfermo de cáncer opinaban que el cáncer casi no se relacionaba con un castigo divino ($\square= 1.03$); ni con mal de ojo, brujería, vudú ($\square= 1.02$); ni con condiciones climáticas ($\square= 1.48$); ni con el azar y la mala suerte ($\square= 2.34$); ni con problemas de pareja o familiares ($\square=1.95$), ni con situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($\square= 1.91$); y sí opinaban que el cáncer se relacionaba medianamente con las

causas ambientales ($\alpha = 5.45$) y se correlacionaba bastante con la predisposición del organismo ($\alpha = 6.77$) y el estilo de vida insano ($\alpha = 7.63$). Las medias del grupo de sujetos que sí tenían relación directa con el enfermo de cáncer para un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; condiciones climáticas; predisposición del organismo; estilo de vida insano; causas ambientales; el azar, la mala suerte; problemas de pareja o familiares y situaciones críticas como la pérdida de un familiar fueron las siguientes: $\alpha = 1.17$, $\alpha = 1.08$, $\alpha = 1.95$, $\alpha = 7.42$, $\alpha = 7.29$, $\alpha = 6.61$, $\alpha = 3.23$, $\alpha = 2.25$ y $\alpha = 2.38$, respectivamente.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *sí tenían relación directa con el enfermo de cáncer* fueron: existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer; consideración que el cáncer se relacionaba con el castigo divino; con el mal de ojo, la brujería, el vudú; con las condiciones climáticas; con la predisposición del organismo; con las causas ambientales; con el azar, la mala suerte; con los problemas de pareja o familiares y, por último, con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Mientras que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *no tenían relación directa con el enfermo oncológico* fueron: considerar que el enfermo de cáncer era una persona débil; considerar que el enfermo de cáncer era una persona que se sentía enferma y, en último lugar, considerar que el cáncer provocaba consecuencias en las relaciones sociales.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘cáncer’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *consecuencias* ($t = -6.71$; $p < .01$). Parece ser que la población que sí tenía relación directa con enfermos oncológicos

(\bar{x} = 3.56, DT= 1.60) opinaba que las consecuencias de la enfermedad eran más importantes que lo que opinaba la población que no tenía relación directa con enfermos oncológicos (\bar{x} = 2.67, DT= 1.42).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo oncológico’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *consecuencias* (t = -4.97; p <.01). En concreto, parece que los sujetos que tenían relación directa con los enfermos de cáncer (\bar{x} = 3.39, DT= 1.68) le otorgaban más importancia a las consecuencias de la dolencia oncológica que los sujetos que no tenían relación directa con este tipo de pacientes (\bar{x} = 2.69, DT= 1.54).

En tercer lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *síntomas físicos* (t = 1.97; p =.05). En concreto, parece que la población que no tenía relación directa con enfermos oncológicos (\bar{x} = 1.73, DT= 1.21) consideraba los síntomas físicos más representativos del cáncer que la población que tenía relación directa con este tipo de pacientes (\bar{x} = 1.53, DT= 1.08). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *síntomas generales* (t = -1.88; p = .06). Al contrario que ocurriera con la anterior categoría, los sujetos que tenían relación directa con los enfermos oncológicos (\bar{x} = 1.06, DT= .26) consideraban más representativos del cáncer los síntomas generales que los sujetos que no tenían relación directa con los enfermos de cáncer (\bar{x} = 1.03, DT= .16).

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *radiación* (t = .89; p =.37); *tabaquismo* (t =1.42; p =.16) y *causas no catalogables* (t = -1.58; p =.11). Parece ser que los sujetos que no tenían relación directa con enfermos de cáncer otorgaron mayor importancia a

las radiaciones ($\square = 1.02$, $DT = .17$) y al tabaquismo ($\square = 1.01$, $DT = .10$) como causas de la dolencia oncológica que los sujetos que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer (radiaciones: $\square = 1.01$, $DT = .09$; tabaquismo: $\square = 1.00$, $DT = .00$). Con la categoría *causas no catalogables* ocurrió lo contrario (población con relación directa con enfermos de cáncer: $\square = 1.03$, $DT = .16$; población sin relación directa con enfermos de cáncer: $\square = 1.01$, $DT = .10$).

En quinto lugar, en la categorización del concepto 'prevención', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *prevención primaria* ($t = 2.04$; $p = .04$) y *asociaciones generales* ($t = 2.00$; $p = .05$); ya que los sujetos entrevistados que no tenían relación directa con enfermos de cáncer le otorgaron mayor importancia a la prevención primaria ($\square = 1.93$, $DT = 1.25$) y a las asociaciones generales ($\square = 1.05$, $DT = 0.24$), que los sujetos entrevistados que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer (prevención primaria: $\square = 1.71$, $DT = 1.14$; asociaciones generales: $\square = 1.01$, $DT = .12$).

En sexto lugar, en la categorización del concepto 'tratamiento', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *tratamientos genéricos* ($t = -3.54$; $p < .00$), *tratamientos preventivos* ($t = -1.28$; $p = .20$), *tratamientos farmacológicos* ($t = 1.65$; $p = .10$); *tratamientos psicológicos* ($t = -2.49$; $p = .01$); *tratamientos quirúrgicos* ($t = -1.22$; $p = .22$); *tratamientos naturales* ($t = 1.00$; $p = .32$); *combinación de tratamientos* ($t = -2.65$; $p = .01$) y, por último, en la categoría de primer orden *actitud personal* ($t = -1.13$; $p = .26$). En concreto, parece que la población que sí tenía relación directa con enfermos de cáncer relacionaban el cáncer con tratamientos genéricos ($\square = 1.14$, $DT = .38$), tratamientos preventivos ($\square = 1.15$, $DT = .41$), tratamientos psicológicos ($\square = 1.04$, $DT = .20$), tratamientos quirúrgicos ($\square = 1.43$, $DT = .50$), combinación de tratamientos ($\square = 1.04$, $DT = .21$) y con la actitud personal ($\square = 1.11$, $DT = .44$) más de lo que lo hacía la población sin relación directa con enfermos de cáncer (tratamientos genéricos: $\square = 1.05$, $DT = .23$; tratamientos

preventivos: $\square=1.11$, $DT= .34$; tratamientos psicológicos: $\square=1.01$, $DT= .10$; tratamientos quirúrgicos: $\square=1.38$, $DT= .49$; combinación de tratamientos: $\square=1.01$, $DT= .10$ y actitud personal: $\square=1.07$, $DT= .29$). Mientras que cuando se trataba de los tratamientos farmacológicos y los tratamientos naturales, ocurría lo contrario. Los sujetos sin relación directa con enfermos oncológicos le otorgaron mayor importancia a los tratamientos farmacológicos (sujetos con relación: $\square=1.66$, $DT= .55$; sujetos sin relación: $\square=1.74$, $DT= .54$) y a los tratamientos naturales (sujetos con relación: $\square=1.01$, $DT= .07$; sujetos sin relación: $\square=1.02$, $DT= .12$).

En último lugar, en la categorización del concepto 'grupo de riesgo', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo relacionados con la conducta* ($t= 1.05$; $p= .30$); *factores de riesgo ambientales* ($t= 1.47$; $p=.14$); *factores de riesgo biológico* ($t= -2.57$; $p= .01$) y *asociaciones generales* ($t= -1.18$; $p=.24$). Ya que los sujetos que no tenían relación directa con enfermos de cáncer encontraron que los factores de riesgo relacionados con la conducta ($\square= 2.28$, $DT= 1.10$) y los factores de riesgo ambientales ($\square= 1.33$, $DT= .63$) causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer (riesgo relacionado con la conducta: $\square= 2.18$, $DT= 1.02$; ambiental: $\square= 1.25$, $DT= .54$). Con los factores de riesgo biológico y las asociaciones generales ocurrió lo contrario. Los sujetos que sí tenían relación directa con enfermos oncológicos le otorgaron mayor importancia a dichos factores (riesgo biológico: $\square= 1.05$, $DT= .22$; asociaciones generales: $\square= 1.05$, $DT= .22$) que los sujetos que no tenían relación directa con enfermos oncológicos (riesgo biológico: $\square= 1.02$, $DT= .12$; asociaciones generales: $\square= 1.03$, $DT= .17$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *sí tenían relación directa con enfermos de cáncer*

fueron: consecuencias (concepto 'cáncer'); consecuencias (concepto 'enfermo de cáncer'); síntomas generales; causas no catalogables; tratamientos genéricos; tratamientos preventivos; tratamientos psicológicos; tratamientos quirúrgicos; combinación de tratamientos, tratamiento relacionado con la actitud personal; factores de riesgo biológico y, por último, asociaciones generales.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *no tenían relación directa con enfermos de cáncer* fueron: síntomas físicos; radiación; tabaquismo; prevención primaria; asociaciones generales; tratamientos farmacológicos; tratamientos naturales; factores relacionados con la conducta y, por último, factores de riesgo ambiental.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, en relación a la creencia de que existían grupos de riesgo ($\chi^2= 7.46^a$, $p>.01$), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. En concreto, los sujetos entrevistados que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer sí creían en la existencia de un grupo de riesgo ($f=386$), mientras que los sujetos entrevistados que no tenían relación directa con enfermos oncológicos no tenían tan clara la existencia de un grupo de riesgo ($f=178$).

En segundo lugar, en cuanto a considerar la existencia de edades de riesgo para contraer la enfermedad ($\chi^2= 4.71^a$, $p=.03$), los resultados pusieron de manifiesto que las personas que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer sí creían en la existencia de edades de riesgo ($f=170$), en tanto en cuanto que las personas que no tenían relación directa con ningún enfermo oncológico ($f=72$) no creían tanto en la existencia de edades de riesgo.

En tercer lugar, en referencia a considerar la adolescencia como la edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 7.95^a$, $p>.01$), al realizar la prueba estadística se pudieron obtener las siguientes conclusiones: los sujetos que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer ($f=349$) no consideraban la adolescencia como la edad más vulnerable para tener cáncer, mientras que los sujetos que no tenían relación directa con enfermos de cáncer ($f=198$) no estaban de acuerdo con tal afirmación.

En cuarto lugar, en relación a considerar la adultez como la edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 5.25^a$, $p=.02$), las pruebas estadísticas pusieron de manifiesto que sí se encontraron diferencias significativas. Concretamente, los sujetos que tenían relación directa con el enfermo de cáncer ($f=314$) no consideraban esta edad vulnerable para contraer la enfermedad; sin embargo, los sujetos que no tenían relación ($f=182$) no estaban tan de acuerdo con tal afirmación.

En quinto lugar, en cuanto a considerar los adjetivos activo ($\chi^2= 11.29^a$, $p>.01$), débil ($\chi^2= 26.72^a$, $p>.01$), enfermo ($\chi^2= 80.95^a$, $p<.01$), honrado ($\chi^2= 10.81^a$, $p>.01$), pesimista ($\chi^2= 25.47^a$, $p>.01$), resignado ($\chi^2= 18.18^a$, $p>.01$), triste ($\chi^2= 30.72^a$, $p>.01$) y valiente ($\chi^2= 14.94^a$, $p>.01$) como características que definían al enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de sujetos entrevistados que tenían relación directa con el enfermo de cáncer superior al de sujetos entrevistados que no tenían relación directa, consideraron que los adjetivos activo, débil, enfermo, pesimista, resignado, triste y valiente sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de las personas con relación directa al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=251$; $f=261$; $f=260$; $f=250$; $f=248$; $f=251$ y $f=236$, respectivamente. Las frecuencias de las personas sin relación directa para los mismos adjetivos fueron: $f=105$; $f=94$; $f=65$; $f=90$; $f=96$; $f=86$ y, $f=92$, también respectivamente. Por otro lado, en relación al adjetivo honrado, las personas

que sí tenían relación directa con enfermos de cáncer ($f=158$) pensaban que no caracterizaba dicho adjetivo al enfermo de cáncer, mientras que los que no tenían relación no estaban muy de acuerdo ($f=56$).

En sexto lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 61.92^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas con relación directa con enfermo de cáncer que de sujetos sin relación, sí obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica (con relación $f=228$; sin relación $f=44$).

En séptimo lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían las personas entrevistadas la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 45.62^a$, $p>.01$) los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de personas con relación directa con enfermos de cáncer ($f=161$) que de sujetos sin relación directa con enfermos oncológicos ($f=25$) sí que habían obtenido la información que tenían de la dolencia de otros profesionales de la salud.

En último lugar, en cuanto a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2= 22.49^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas que tenían relación directa con enfermos de cáncer no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros medios de información ($f=343$). No ocurría lo mismo con las personas sin relación directa con enfermos de cáncer, ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=193$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores

los sujetos que *sí tenían relación directa con enfermos de cáncer* fueron: creencia de que existían grupos de riesgo; existencia de edades de riesgo; considerar la adolescencia como la edad más vulnerable para tener cáncer; considerar la adultez como la edad más vulnerable para tener cáncer; considerar los adjetivos activo, débil, enfermo, honrado, pesimista, resignado, triste y valiente como características que definían al enfermo de cáncer; obtención de la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; obtención de la información del cáncer de otros profesionales de la salud y, por último, obtención de la información del cáncer de otros medios de información.

Los sujetos *sin relación directa con enfermos de cáncer* no valoraron ningún ítem con puntuaciones superiores.

8.7 Las diferencias intercategoriales más relevantes en función del tipo de relación con el enfermo oncológico

En referencia a las diferencias intercategoriales más relevantes en función del tipo de relación con el enfermo oncológico, se contemplaron cuatro opciones: soy enfermo de cáncer, soy familiar directo de enfermo de cáncer, soy amigo íntimo de enfermo de cáncer y, por último, soy profesional sanitario en contacto directo con enfermos de cáncer. Esta última opción será analizada en el capítulo siguiente.

Para la variable *soy enfermo de cáncer* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de gravedad de la enfermedad ($t= 0.65$; $p=.53$). Los sujetos que no eran enfermos de cáncer ($\bar{x}= 8.92$) estimaban que era una enfermedad muy grave mientras que los sujetos

que eran enfermos de cáncer ($\bar{x}=8.22$) percibían esa gravedad pero en menor medida.

En segundo lugar, se encontraron diferencias en percibir el cáncer como una enfermedad crónica ($t= -0.20$; $p= .85$); donde el grupo de personas que no eran enfermas de cáncer ($\bar{x}=5.84$) le otorgaban a la enfermedad una cronicidad media, y el grupo de personas que eran enfermas de cáncer ($\bar{x}=6.11$) la percibían como más crónica.

En tercer lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tener miedo a la enfermedad ($t= 1.44$; $p=.19$). Mientras que los que no eran enfermos oncológicos ($\bar{x}=8.56$) tenían bastante miedo, los que sí eran enfermos, aunque le tenían miedo, no tanto como el otro grupo ($\bar{x}=7.00$).

En cuarto lugar, también se hallaron diferencias importantes en sentir preocupación por contraer la enfermedad en un futuro ($t= 2.96$; $p= .02$), ya que el conjunto de sujetos que no eran enfermos ($\bar{x}=8.17$) sentían mucha preocupación por contraer la enfermedad, mientras que los que eran enfermos ($\bar{x}=4.00$) a penas sentían tal preocupación.

En quinto lugar, en relación a la afirmación que el enfermo oncológico era una persona introvertida ($t= 0.13$; $p= .90$), los sujetos que no eran enfermos de cáncer ($\bar{x}=5.49$) creían que este tipo de pacientes eran medianamente introvertidos, mientras que los sujetos que sí eran enfermos de cáncer ($\bar{x}=5.29$) pensaban que eran algo introvertidos.

Por último, en referencia a la aseveración que el cáncer tenía consecuencias en la vida familiar ($t= 1.40$; $p= .20$) y consecuencias en la forma de pensar ($t= 0.59$; $p= .57$), los sujetos que no eran enfermos de cáncer estimaban que se producían bastantes consecuencias tanto en la vida familiar ($\bar{x}=8.98$) como en el modo de pensar ($\bar{x}= 8.58$) y, las personas que sí eran enfermos de cáncer, aunque pensaban que había consecuencias en la vida familiar ($\bar{x}=7.56$) y en la forma de pensar ($\bar{x}=7.89$) no le daban calificaciones tan altas.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *no eran enfermos de cáncer* fueron: percepción de gravedad de la enfermedad; tener miedo a la enfermedad; sentir preocupación por contraer la enfermedad en un futuro; afirmar que el enfermo de cáncer era una persona introvertida y, por último, creencia en la existencia de consecuencias en la vida familiar y en la forma de pensar.

Mientras que el ítem que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que *sí eran enfermos oncológicos* fue: percibir el cáncer como una enfermedad crónica.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo oncológico’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *tratamientos* ($t = -.92$; $p = .39$). En concreto, parece que los sujetos que eran enfermos de cáncer ($M = 1.50$, $DT = 1.07$) le otorgaban mayor importancia a los tratamientos para el cáncer que los sujetos que no eran enfermos oncológicos ($M = 1.15$, $DT = .43$).

En segundo y último lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *síntomas generales* ($t = -.79$; $p = .46$). En concreto, parece que la población que era enferma oncológica ($M = 1.25$, $DT = .71$) consideraba los síntomas generales más representativos del cáncer que la población que no era enferma oncológica ($M = 1.05$, $DT = .24$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que eran enfermos de cáncer* fueron: tratamientos y síntomas generales.

Los *sujetos que no eran enfermos de cáncer* no valoraron ningún ítem con puntuaciones superiores.

En relación a los análisis de Chi-cuadrado, tan sólo resultó estadísticamente significativo el ítem que hacía referencia a que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de medios de comunicación ($\chi^2= 9.22^a$, $p<.01$). De los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba estadística se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas que no eran enfermas de cáncer que de sujetos que sí eran enfermos de cáncer no obtuvieron la información al respecto del cáncer de medios de comunicación (no enfermo $f=285$; si enfermo $f=2$).

Para la variable *soy familiar directo de enfermo de cáncer* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias en la afirmación que el enfermo de cáncer era una persona resignada ($t= -0.07$; $p= .94$). Mientras que los sujetos que no eran familiares directos de enfermo de cáncer ($\square=6.48$) opinaban que el paciente oncológico era una persona medianamente resignada, los sujetos que sí eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\square=6.51$) creían que eran personas bastante resignadas.

En segundo lugar, ante la consideración de la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer ($t= 1.04$; $p= .30$), los sujetos que no eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\square=9.16$) creían que habían muchas consecuencias y, los sujetos que sí eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\square=9.02$), aunque opinaban que habían consecuencias, no eran tantas como la creencia que tenía el primer grupo. En concreto, las consecuencias eran en el aspecto afectivo/sexual ($t= 2.04$; $p= .04$), en la vida laboral ($t= 2.68$; $p<.01$), en las relaciones sociales ($t= 3.06$; $p< .01$), consecuencias en

la forma de pensar ($t= 2.75$; $p< .01$) y en la personalidad ($t= 3.69$; $p<.01$). Mientras que los que eran familiares directos de enfermos oncológicos opinaban que se producían bastantes consecuencias en el aspecto afectivo/sexual ($\bar{x}= 7.96$), en la vida laboral ($\bar{x}= 7.76$), en las relaciones sociales ($\bar{x}= 7.22$), en la forma de pensar ($\bar{x}= 8.25$) y en la personalidad ($\bar{x}= 7.29$); los que no eran familiares directos estimaban que existían más consecuencias que lo que opinaban los que eran familiares. Las medias del grupo de los no familiares para las consecuencias en el aspecto afectivo/sexual, vida laboral, relaciones sociales, forma de pensar y personalidad fueron: $\bar{x}=8.46$, $\bar{x}=8.40$, $\bar{x}=8.00$, $\bar{x}=8.85$ y $\bar{x}=8.24$, respectivamente.

En tercer y último lugar, ante la consideración que el cáncer se podía relacionar con causas ambientales ($t= 2.97$; $p<.01$); la ansiedad, la cólera o el estrés ($t= -0.35$; $p= .73$) y con problemas de pareja o familiares ($t= 1.27$; $p= .20$) los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a que el cáncer se podía relacionar con causas ambientales, los que no tenían familiares ($\bar{x}= 7.03$) veían más relación con esta causa que los que sí tenían familiares ($\bar{x}=6.18$). En referencia a que el cáncer se podía relacionar con la ansiedad, la cólera o el estrés, los sujetos que no eran familiares directos de enfermo de cáncer ($\bar{x}=3.92$) veían poca relación y los sujetos que si eran familiares directos ($\bar{x}=4.03$) opinaban que había algo de realidad en tal enunciado. Y, en relación a que la enfermedad se podía relacionar con problemas de pareja o familiares, aunque ningún grupo de sujetos veía mucha relación entre dicha causa y padecer cáncer, las personas que no tenían familiares ($\bar{x}=2.35$) creían que había más relación que las personas que no tenían familiares con cáncer ($\bar{x}=2.06$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que no tenían familiares con cáncer* fueron: existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer; existencia de consecuencias en el aspecto afectivo/sexual; existencia de consecuencias en la vida laboral; existencia de consecuencias en

las relaciones sociales; existencia de consecuencias en la forma de pensar; existencia de consecuencias en la personalidad; consideración que el cáncer se podía relacionar con causas ambientales y, por último, consideración que el cáncer se podía relacionar con problemas de pareja o familiares.

Mientras que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que sí tenían familiares con la enfermedad oncológica* fueron: consideración que el enfermo de cáncer era una persona resignada y consideración que el cáncer se podía relacionar con la ansiedad, la cólera o el estrés.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘cáncer’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *causas* ($t = -1.82$; $p = .07$). Parece ser que la población que sí era familiar directo de enfermos oncológicos ($\bar{x} = 1.04$, $DT = .22$) opinaba que las causas de la enfermedad eran más importantes que lo que opinaba la población que no era familiar directo de enfermos oncológicos ($\bar{x} = 1.00$, $DT = .07$). Con la categoría de primer grado *tratamientos* ($t = -1.30$; $p = .19$) ocurrió lo mismo. Los sujetos que eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\bar{x} = 1.35$, $DT = .67$) le otorgaron mayor importancia a los tratamientos oncológicos que los sujetos que no eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\bar{x} = 1.26$, $DT = .57$).

En segundo lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *síntomas generales* ($t = 1.78$; $p = .07$). En concreto, parece que la población que no era familiar directo de enfermos oncológicos ($\bar{x} = 1.08$, $DT = .30$) consideraba los síntomas generales más representativos del cáncer que la población que era

familiar directa de este tipo de pacientes ($\square = 1.03$, DT= .18).

En tercer lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *causas no catalogables* ($t = -2.19$; $p = .03$). Parece ser que los sujetos que eran familiares directos de este tipo de pacientes otorgaron mayor importancia a las causas no catalogables ($\square = 1.05$, DT= .22) como causas de la dolencia oncológica que los sujetos que no eran familiares directos de enfermos de cáncer ($\square = 1.01$, DT= .10).

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *hábitos de vida saludable* ($t = -.97$; $p = .33$), *no creencias/no conocimientos* ($t = -1.05$; $p = .29$) y, por último, en la categoría *actitud personal* ($t = -1.77$; $p = .08$). En concreto, parece que la población que sí era familiar directo de enfermos de cáncer relacionaban el cáncer con hábitos de vida saludable ($\square = 1.10$, DT= .44), no creencias/no conocimientos ($\square = 1.04$, DT= .21) y con la actitud personal ($\square = 1.15$, DT= .53) más de lo que lo hacía la población que no era familiar directo de enfermos de cáncer (hábitos de vida saludable: $\square = 1.06$, DT= .29; no creencias/no conocimientos: $\square = 1.02$, DT= .15 y actitud personal: $\square = 1.07$, DT= .33).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo ambiental* ($t = -2.09$; $p = .04$); *factores de riesgo biológico* ($t = -1.08$; $p = .28$) y *no revisiones médicas* ($t = -1.11$; $p = .27$). Ya que los sujetos que eran familiares directos de enfermos de cáncer encontraron que los factores de riesgo ambiental ($\square = 1.34$, DT= .62), los factores de riesgo biológico ($\square = 1.07$, DT= .25) y los factores de riesgo relacionados con no tener revisiones médica ($\square = 1.03$, DT= .16), causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que no eran familiares directos de enfermos de cáncer (riesgo ambiental: $\square = 1.21$, DT= .49;

biológico: $\square = 1.04$, DT= .20; no revisiones médicas: $\square = 1.01$, DT= .10).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que eran familiares directos de enfermos de cáncer* fueron: causas; tratamientos; hábitos de vida saludable; no creencias/no conocimientos; tratamientos relacionados con la actitud personal; factores de riesgo ambiental; factores de riesgo biológico y, por último, factores de riesgo relacionados con no tener revisiones médicas

Mientras que la categoría de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores *los sujetos que no eran familiares directos de enfermos de cáncer* fue síntomas generales.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, en relación a la creencia de que existían grupos de riesgo ($\chi^2 = 4.34^a$, $p = .04$), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. En concreto, los sujetos entrevistados que no tenían familiares directos de enfermos de cáncer sí creían en la existencia de un grupo de riesgo ($f = 219$), mientras que los sujetos entrevistados que sí tenían familiares directos de enfermos oncológicos no tenían tan clara la existencia de un grupo de riesgo ($f = 178$).

En segundo lugar, en cuanto a considerar que existían síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables en los enfermos de cáncer ($\chi^2 = 4.39^a$, $p = .04$), las pruebas estadísticas pusieron de manifiesto que sí se encontraron diferencias significativas. Concretamente, los sujetos que no tenían familiares directos enfermos de cáncer ($f = 84$) sí creían en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos que identificaran fácilmente al enfermo oncológico; sin embargo, los sujetos que sí tenían relación ($f = 54$) no

estaban tan de acuerdo con tal afirmación.

En tercer lugar, en cuanto a considerar los adjetivos activo ($\chi^2= 12.79^a$, $p>.01$), débil ($\chi^2= 12.84^a$, $p>.01$), divertido ($\chi^2= 7.32^a$, $p<.01$), enfermo ($\chi^2= 13.21^a$, $p>.01$), introvertido ($\chi^2= 4.07^a$, $p=.04$), pesimista ($\chi^2= 5.73^a$, $p=.02$), profundo ($\chi^2= 5.51^a$, $p=.02$), resignado ($\chi^2= 13.80^a$, $p>.01$), triste ($\chi^2= 14.32^a$, $p>.01$) y valiente ($\chi^2= 3.90^a$, $p=.05$) como características definitorias del enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de sujetos entrevistados que no tenían familiares directos enfermos de cáncer superior al de sujetos entrevistados que sí tenían familiares directos enfermos de cáncer, consideraron que los adjetivos activo, débil, divertido, enfermo, introvertido, pesimista, resignado, triste y valiente sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de las personas que tenían familiares directos enfermos de cáncer al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=98$; $f=101$; $f=92$; $f=100$; $f=91$; $f=104$; $f=95$; $f=94$; $f=97$, respectivamente. Las frecuencias de las personas que no tenían familiares directos enfermos de cáncer para los mismos adjetivos fueron: $f=156$; $f=163$; $f=143$; $f=162$; $f=133$; $f=150$; $f=157$; $f=161$; $f=142$, también respectivamente. Por otro lado, en relación al adjetivo profundo, las personas que sí tenían familiares directos enfermos de cáncer ($f=28$) pensaban que no caracterizaba dicho adjetivo al enfermo de cáncer, mientras que los que no tenían familiares no estaban muy de acuerdo ($f=8$).

En cuarto lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 69.06^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de personas que no tenían familiares directos enfermos de cáncer que de sujetos sin familiares sí obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación

académica (con familiares $f=90$; sin familiares $f=138$).

En quinto lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían las personas entrevistadas la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 4.34^a$, $p=.04$), los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de personas que no tenían familiares directos con cáncer ($f=97$) que de sujetos que sí tenían familiares enfermos oncológicos ($f=64$) habían obtenido la información que tenían de la dolencia de otros profesionales de la salud.

En sexto y último lugar, en cuanto a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de la interacción social informal ($\chi^2= 4.94^a$, $p=.03$), la prueba estadística puso de manifiesto que las personas que tenían familiares directos enfermos de cáncer no habían obtenido la información que poseían del cáncer de la interacción social informal ($f=73$). No ocurría lo mismo con las personas sin familiares directos enfermos de cáncer, ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=51$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que tenían familiares directos con cáncer fueron: considerar el adjetivo profundo como característica que definía al enfermo de cáncer e información al respecto del cáncer obtenida de interacción social informal.

Mientras que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que no tenían familiares directos con la enfermedad oncológica* fueron: creencia de que existían grupos de riesgo; existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables en los enfermos de cáncer; considerar los adjetivos activo; débil, divertido, enfermo, introvertido, pesimista, profundo, resignado, triste y valiente como características que definían al enfermo de cáncer; información al respecto del cáncer obtenida de estudios

profesionales y formación académica y, por último, información al respecto del cáncer obtenida de otros profesionales de la salud.

Para la variable *soy amigo íntimo de enfermo de cáncer* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en cuanto a la percepción de ser una enfermedad que se heredaba ($t=0.24$; $p= .81$), los sujetos que no eran amigos íntimos de enfermos de cáncer ($\bar{x}=6.11$) pensaban que el cáncer era una enfermedad que en su mayoría se heredaba; mientras que los sujetos que eran amigos íntimos de enfermos de cáncer ($\bar{x}=6.03$) no veían tan directa esa relación. El cáncer tenía tendencia a heredarse pero existían otras formas de contraer la enfermedad.

En segundo lugar, en relación a la afirmación que el cáncer era una enfermedad que daba miedo ($t= 0.80$; $p= .43$), las personas que no eran amigas íntimas de enfermos de cáncer ($\bar{x}=8.58$) creían que se trataba de una enfermedad que producía mucho miedo en la población; sin embargo, las personas que eran amigas íntimas de enfermos de cáncer ($\bar{x}=8.35$) aunque también creían que era una enfermedad que provocaba miedo, no le dieron tanta puntuación.

En tercer lugar, en referencia a considerar que el enfermo de cáncer era una persona activa ($t= -1.73$; $p= .09$) y una persona eficaz ($t= -0.77$; $p= .44$), entre los sujetos que no eran amigos íntimos de enfermos oncológicos y los que sí tenían dicha relación había una diferencia de consideración en cuanto a este tipo de enfermos. El primer grupo de sujetos -los que no tenían amigos íntimos con cáncer- pensaban que se trataba de personas más bien inactivas ($\bar{x}=4.28$) y poco eficaces ($\bar{x}= 5.00$); entretanto, el segundo grupo de sujetos -los que sí tenían amigos íntimos con cáncer- opinaban que no eran tan inactivos ($\bar{x}= 4.97$) ni tan

ineficaces ($\square = 5.40$) como en un principio podía parecer.

En cuarto lugar, en cuanto a tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer ($t = -4.48$; $p < .01$) también se encontraron diferencias importantes, ya que los resultados de las pruebas ejecutadas mostraron que los sujetos que no eran amigos íntimos de enfermos con cáncer ($\square = 8.36$) tenían una actitud bastante positiva; sin embargo, los sujetos que sí tenían amigos íntimos con cáncer ($\square = 9.15$) tenían una actitud muy positiva hacia éstos.

En quinto lugar, en relación a tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer ($t = 1.10$; $p = .27$), el grupo de los que sí tenían amigos íntimos con la enfermedad oncológica ($\square = 7.01$) tenía la percepción de no poseer tanta información acerca de la enfermedad como el grupo de los que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer ($\square = 7.34$), ya que creían tener información suficiente aunque podían aumentar aún más sus conocimientos.

En sexto lugar, en referencia a considerar que existían consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer ($t = -2.92$; $t < .01$), aunque tanto los sujetos que no eran amigos íntimos ($\square = 9.01$) como los que sí lo eran ($\square = 9.40$) creían que se producían tales consecuencias, el segundo grupo de personas opinaba que habían más consecuencias.

En séptimo lugar, los resultados de las pruebas efectuadas pusieron de manifiesto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las consecuencias en la vida familiar ($t = 0.76$; $p = .45$), en el aspecto afectivo/sexual ($t = 1.48$; $p = .14$), en la vida laboral ($t = 0.67$; $p = .50$), en el aspecto físico ($t = 0.98$; $p = .33$) y, consecuencias en el ocio ($t = 1.44$; $p = .15$) de los pacientes enfermos de cáncer. Mientras que los sujetos que no eran amigos íntimos de enfermos de cáncer estimaban que se producían muchas consecuencias en la vida familiar ($\square = 8.99$), demasiadas consecuencias en el aspecto afectivo/sexual ($\square = 8.33$), cuantiosas consecuencias en la vida laboral ($\square = 8.14$), del mismo modo que ocurría en el

aspecto físico ($\square = 8.43$) y el ocio ($\square = 7.59$); los sujetos que eran amigos íntimos de enfermos de cáncer estimaban que aunque se producían consecuencias en la vida familiar ($\square = 8.81$), en el aspecto afectivo/sexual ($\square = 7.84$), en la vida laboral ($\square = 7.93$), en el aspecto físico ($\square = 8.16$) y en el ocio ($\square = 7.10$), no se producían tantas como las que creía que se producían el primer grupo de sujetos.

En último lugar, en cuanto a considerar que el cáncer se relacionaba con un castigo divino ($t = 2.77$; $p < .01$), mal de ojo, brujería, vudú ($t = 2.29$; $p = .02$), condiciones climáticas ($t = -1.18$; $p = .24$), estilo de vida insano ($t = 0.87$; $p = .39$) y situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($t = 2.02$; $p = .04$), el grupo de personas que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer no creían que el cáncer se relacionase con un castigo divino ($\square = 1.20$), ni con el mal de ojo, la brujería y el vudú ($\square = 1.10$), ni tan siquiera con las condiciones climáticas ($\square = 1.87$), aunque sí creían que el estilo de vida insano influía bastante en poder contraer la enfermedad oncológica ($\square = 7.38$). En referencia a situaciones críticas como la pérdida de un familiar las relacionaban poco como causa que podía producir cáncer ($\square = 2.45$). Las medias para castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; condiciones climáticas; estilo de vida insano y situaciones críticas para los sujetos que sí tenían amigos íntimos con cáncer fueron: $\square = 1.02$; $\square = 1.01$; $\square = 2.18$; $\square = 7.09$ y, $\square = 1.95$, respectivamente.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer* fueron: percepción de ser una enfermedad que se heredaba; afirmación que el cáncer era una enfermedad que daba miedo; percepción de suficiencia de información acerca del cáncer; consecuencias en la vida familiar; consecuencias en el aspecto afectivo/sexual; consecuencias en la vida laboral; consecuencias en el aspecto físico; consecuencias en el ocio; considerar que el cáncer se relacionaba con un castigo divino; mal de ojo, brujería y vudú; considerar que el cáncer se relacionaba con un

estilo de vida insano y, por último, considerar que el cáncer se relacionaba con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Mientras que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que sí tenían amigos íntimos enfermos de cáncer* fueron: consideración que el enfermo de cáncer era una persona activa; consideración que el enfermo de cáncer era una persona eficaz; tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer; considerar que existían consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer y, en último lugar, considerar que el cáncer se relacionaba con condiciones climáticas.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘cáncer’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *tipos de cáncer* ($t = -1.10$; $p = .27$). Parece ser que la población que sí tenía amigos íntimos enfermos oncológicos ($\bar{x} = 1.13$, $DT = .54$) opinaba que los tipos de cáncer eran más representativos de la enfermedad que lo que opinaba la población que no tenía amigos íntimos enfermos oncológicos ($\bar{x} = 1.07$, $DT = .28$). También se encontraron diferencias en las categorías *causas* ($t = 2.35$; $p = .02$) y *tratamientos* ($t = -1.49$; $p = .14$). Mientras que los sujetos entrevistados que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer ($\bar{x} = 1.02$, $DT = .18$) le otorgaban mayor importancia a las causas de la enfermedad oncológica que los sujetos que sí tenían amigos enfermos ($\bar{x} = 1.00$, $DT = .00$); con la categoría *tratamientos* ocurría lo contrario, los sujetos con amigos íntimos enfermos de cáncer ($\bar{x} = 1.40$, $DT = .75$) le concedían mayor importancia a la categoría que los sujetos sin amigos íntimos ($\bar{x} = 1.27$, $DT = .57$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo oncológico’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden

tratamientos ($t = -.99$; $p = .32$). En concreto, parece que los sujetos que tenían amigos que eran enfermos de cáncer ($\square = 1.21$, $DT = .54$) le otorgaban más importancia a los tratamientos oncológicos que los sujetos que no tenían amigos con este tipo de dolencia ($\square = 1.14$, $DT = .43$).

En tercer lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *síntomas generales* ($t = 1.78$; $p = .08$). En concreto, parece que la población que no tenía amigos íntimos que eran enfermos oncológicos ($\square = 1.07$, $DT = .28$) consideraba los síntomas generales más representativos del cáncer que la población que sí tenía amigos íntimos con este tipo de dolencia ($\square = 1.02$, $DT = .15$).

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *sustancias químicas y medio ambiente* ($t = 1.90$; $p = .06$) y *causas no catalogables* ($t = -1.09$; $p = .28$). Parece ser que los sujetos que no tenían amigos que eran enfermos de cáncer, otorgaron mayor importancia a las sustancias químicas y al medio ambiente ($\square = 1.02$, $DT = .16$) como causas de la dolencia oncológica que los sujetos que sí tenían amigos íntimos con la mencionada enfermedad ($\square = 1.00$, $DT < .01$). Con la categoría *causas no catalogables* ocurrió lo contrario, la población que tenía amigos que eran enfermos de cáncer ($\square = 1.05$, $DT = .22$) le otorgó mayor importancia a las causas no catalogables que la población que no tenía amigos íntimos que padecían dicha dolencia ($\square = 1.02$, $DT = .14$).

En quinto lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *tratamientos psicológicos* ($t = 2.08$; $p = .04$), *tratamientos quirúrgicos* ($t = 2.09$; $p = .04$), *no creencias/no conocimientos* ($t = 1.57$; $p = .12$); *tratamientos espirituales* ($t = 2.01$; $p = .04$) y, por último, en la

categoría *actitud personal* ($t=-1.36$; $p=.18$). En concreto, parece que la población que no tenía amigos íntimos que eran enfermos de cáncer relacionaban la enfermedad oncológica con tratamientos psicológicos ($\square=1.05$, $DT= .22$), tratamientos quirúrgicos ($\square=1.45$, $DT= .50$), con la categoría no creencias/no conocimientos ($\square=1.04$, $DT= .19$) y con tratamientos espirituales ($\square=1.01$, $DT= .12$) más de lo que lo hacía la población que sí tenían amigos que padecían la enfermedad oncológica (tratamiento psicológico: $\square=1.01$, $DT= .11$; tratamientos quirúrgicos: $\square=1.33$, $DT= .47$; no creencias/no conocimientos: $\square=1.01$, $DT= .11$; tratamientos espirituales: $\square=1.00$, $DT<.01$). Mientras que cuando se trataba de los tratamientos relacionados con la actitud personal, ocurría lo contrario. Los sujetos que tenían amigos íntimos que eran enfermos oncológicos le otorgaban mayor importancia a este tipo de tratamientos ($\square=1.17$, $DT= .54$) que los sujetos que no tenían amigos íntimos que padecían la enfermedad ($\square=1.08$, $DT= .39$).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *no revisiones médicas* ($t= 2.47$; $p= .01$) y *asociaciones generales* ($t= -1.42$; $p=.16$). Ya que los sujetos que no tenían amigos íntimos que fueran enfermos de cáncer encontraron que los factores de riesgo relacionados con no tener revisiones médicas ($\square=1.02$, $DT= .14$) causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que sí tenían amigos íntimos que fueran enfermos de cáncer ($\square= 1.00$, $DT<.01$). Con el factor de riesgo asociaciones generales ocurrió lo contrario. Los sujetos que sí tenían amigos íntimos que eran enfermos oncológicos le otorgaron mayor importancia a dicho factor ($\square= 1.09$, $DT= .28$) que los sujetos que no tenían amigos íntimos que padecieran la dolencia mencionada ($\square= 1.04$, $DT= .19$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que tenían amigos íntimos que eran enfermos de cáncer*

fueron: tipos de cáncer; tratamientos (categoría ‘cáncer’); tratamientos (categoría ‘enfermo oncológico’); causas no catalogables; tratamientos relacionados con la actitud personal y, por último, asociaciones generales.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los *sujetos que no tenían amigos íntimos que eran enfermos de cáncer* fueron: causas; síntomas generales; sustancias químicas y medio ambiente; tratamiento psicológico; tratamientos quirúrgicos; tratamiento relacionado con no tener creencias/no tener conocimientos; tratamientos espirituales y, por último, no revisiones médicas.

En relación a los análisis de Chi-cuadrado, tan sólo resultó estadísticamente significativo el ítem que hacía referencia a considerar el adjetivo honrado ($\chi^2= 4.30^a$, $p=.04$) como característica que definía al enfermo de cáncer. Los sujetos que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer creían que el adjetivo honrado sí que caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer ($f=169$), mientras que los sujetos que sí tenían amigos íntimos enfermos de cáncer ($f=36$) no parecían estar tan de acuerdo con el ítem.

9. CAPÍTULO NUEVE: La representación social del cáncer y del enfermo oncológico de los profesionales sanitarios y su diferencia con la población no sanitaria

9.1. Percepción de los profesionales sanitarios de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.

9.1.1 Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de cáncer.

9.1.2 Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de enfermo de cáncer.

9.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.

9.1.4. Gravedad de la enfermedad.

9.2. Percepción de los profesionales sanitarios de las causas de la enfermedad oncológica.

9.3. Percepción de los profesionales sanitarios de las consecuencias de la enfermedad oncológica.

9.4. Percepción de los profesionales sanitarios de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.

9.5. Percepción de los profesionales sanitarios de patología prevenible.

9.6. Percepción de los profesionales sanitarios de patología amenazante y controlable.

9.7. Percepción de los profesionales sanitarios de los tratamientos de la enfermedad oncológica.

9.8. Percepción de los profesionales sanitarios de ser una enfermedad que se trasmite y se contagia.

9.9. Percepción de los profesionales sanitarios de los grupos de riesgo.

- 9.10. Percepción de los profesionales sanitarios de los rasgos de personalidad.
- 9.11. La actitud de los profesionales sanitarios ante la enfermedad y el enfermo.
- 9.12. Percepción de los profesionales sanitarios de información sobre la enfermedad.
- 9.13. Percepción de los profesionales sanitarios de ser el cáncer una de las enfermedades más peligrosas.
- 9.14. Percepción de los profesionales sanitarios de las emociones y sentimientos que genera el cáncer.
- 9.15. Percepción de los profesionales sanitarios de las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.
- 9.16. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario.
- 9.17. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos.
- 9.18. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

9. CAPÍTULO NUEVE: La representación social del cáncer y del enfermo oncológico de los profesionales sanitarios y su diferencia con la población no sanitaria

En este capítulo se presenta una descripción de la distribución de las respuestas de los profesionales sanitarios con la finalidad de desarrollar el segundo objetivo de la tesis doctoral: averiguar si existen diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en función de la pertenencia o no al grupo social de *personal sanitario*. Los profesionales sanitarios que fueron entrevistados en la investigación fueron facultativos, enfermeros, psicólogos y auxiliares de enfermería.

Así pues, en el presente capítulo se analizan, en primer lugar, las doce áreas temáticas que estructuran la entrevista semiestructurada: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas; consecuencias; durabilidad y cronicidad; prevención; amenazante y percepción de control; tratamiento; transmisión y contagio; grupo de riesgo; rasgos de personalidad que caracterizan al enfermo oncológico; actitud ante la enfermedad y enfermo y, por último, información sobre la enfermedad. En segundo lugar, se analizan los ítems que fueron ampliados en el instrumento utilizado en la investigación, el CRSC (modificado), y que fueron respondidos solamente por el personal sanitario. En tercer y último lugar, se analizan las diferencias intercategoriales en comparación con el grupo de sujetos que no eran personal sanitario.

Las Tablas AX, AXI, AXII, AXIII, AXIV, AXV, AXVI, AXVII, AXVIII y AXIX, que incluyen las palabras y expresiones empleadas por los sujetos entrevistados en un intento de conceptualizar la representación social del enfermo oncológico y del cáncer se encuentran en los anexos X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII y XIX respectivamente.

9.1. Percepción de los profesionales sanitarios de la identidad de la enfermedad: conceptos, síntomas y gravedad.

La primera área temática que se analizó fue la de *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*, entendiendo como tal los rasgos propios del cáncer, las señales características de la dolencia y el peligro que implica la enfermedad. Para ello se formularon tres preguntas abiertas y un ítem cerrado. En primer lugar, se pidió a los entrevistados que escribiesen todas las palabras en las que pensaban cuando se mencionaba la palabra ‘cáncer’ y ‘enfermo de cáncer’. En segundo lugar, se preguntó por la existencia de síntomas o rasgos físicos que identificaran al enfermo de cáncer en los casos que la respuesta al ítem anterior hubiera sido positiva.

9.1.1. Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de cáncer.

A los sujetos sanitarios que fueron entrevistados se les pidió que enumerasen las palabras que les vinieran a la cabeza sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando leían la palabra *cáncer*. Con la muestra de 374 sujetos, las palabras recogidas fueron un total de 1.642 estructuradas según el Sistema de Categorización de la Representación Social del Cáncer (SISC-RSC) en cinco categorías: *identidad de la enfermedad, tipos de cáncer, causas, consecuencias y tratamientos*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 9.1.1.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.1.1.1.

Categorización del concepto de cáncer

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA	
Identidad de la enfermedad			Características propias del cáncer	
		Definiciones	Descripciones de la enfermedad	
		Calificaciones	Diferentes maneras de denominar la dolencia	
		Asociaciones	Palabras o expresiones vinculadas al cáncer	
			Asociaciones generales	Palabras o expresiones que se asocian a la enfermedad
			Asociaciones temporales	Palabras que se asocian con el espacio tiempo
			Asociaciones espaciales	Palabras que se asocian con lugares o entidades
			Asociaciones profesionales	Palabras que se asocian con profesionales sanitarios
		Avances científicos	Palabras que se asocian con el progreso oncológico	
		Asociaciones con la dieta	Palabras que se asocian con la comida	
Tipos de cáncer			Diferentes clases de tumores que nos podemos encontrar	
		Asociados a un órgano concreto	Tumores que aparecen en órganos (mama, pulmón, etcétera)	
		No asociado a un órgano concreto	Diferentes formas de denominar a un “tumor” en términos generales	
Causas			Fundamento u origen del cáncer	
		Sustancias químicas y medio ambiente	Ciertos componentes que pueden originar cáncer	
		Genética	La herencia como causa de cáncer	
		Agentes infecciosos	Microorganismos que pueden causar la enfermedad	
		Tabaquismo	El nicotismo como origen del cáncer	
Consecuencias			Las secuelas de la enfermedad	
		Consecuencias físicas	Secuelas de la enfermedad en el cuerpo	
		Consecuencias psicológicas	Secuelas de la enfermedad en la mente	
		Consecuencias sociales	Secuelas de la enfermedad en el entorno del enfermo	
		Sentimientos que genera	Sensaciones que produce el cáncer	

Tratamientos	Conjunto de medios para paliar o curar la dolencia
Términos genéricos	Tratamientos a nivel general
Tratamientos farmacológicos	Medicamentos
Tratamientos médicos y psicológicos	Tratamientos que pautan los facultativos y los psicólogos
Tratamientos quirúrgicos	Procedimientos relacionados con la cirugía

La primera categoría recibió el nombre de *identidad de la enfermedad* y se entiende como tal las características propias de la enfermedad de cáncer, véase por ejemplo ‘enfermedad complicada’ o ‘enfermedad de un órgano no concreto’. Esta categoría fue subclasificada en tres grupos que recibieron el nombre de *definiciones*, *calificaciones* y *asociaciones*.

La primera subcategoría fue denominada *definiciones*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las propiedades generales del cáncer, como por ejemplo ‘crecimiento descontrolado’ o ‘grave y compleja enfermedad’. Se incluyeron un total de 67 definiciones. La Tabla AXIII.1 que se encuentra en el anexo XIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *calificaciones*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar la dolencia, como por ejemplo ‘terrorífico’ o ‘peligroso’. Se incluyeron un total de 70 palabras o expresiones. En la Tabla AXIII.2 que se encuentra situada en el anexo XIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *asociaciones*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se relacionaban de algún modo con la enfermedad oncológica

como por ejemplo véase ‘jeringa’ o ‘IVO’. Fueron un total de 357 palabras o expresiones. Esta categoría fue dividida, a su vez, en las siguientes categorías de tercer orden: *asociaciones generales* donde se recogieron las palabras o expresiones que se asociaban a la enfermedad de un modo general; *asociaciones temporales* donde se agruparon aquellas palabras que se asociaban con el espacio tiempo; *asociaciones espaciales* donde se reunieron las palabras que se asociaban con lugares o entidades; *asociaciones profesionales* donde se congregaron las palabras que se asociaban con profesionales sanitarios; *avances científicos* donde se recogieron las palabras que se asociaban con el progreso en oncología; y, por último, *asociaciones con la dieta* donde se recogieron las palabras que se asociaban con la comida. Las Tablas que recogen las palabras de dichas subcategorías son la AXIII.3, AXIII.4, AXIII.5, AXIII.6, AXIII.7 y AXIII.8 respectivamente y también se encuentran en el anexo XIII.

En la segunda categoría, que fue llamada *tipos de cáncer*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a alguna manifestación de cáncer o hacían referencia a algún órgano afectado por el cáncer como por ejemplo ‘bulto’ o ‘neoplasia’. Esta categoría fue a su vez dividida en dos categorías de segundo orden: *cáncer asociado a un órgano concreto* y *cáncer no asociado a un órgano concreto*.

La primera subcategoría fue denominada *cáncer asociado a un órgano concreto*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos entrevistados con la finalidad de denominar los tumores que aparecen en los órganos del cuerpo humano como por ejemplo ‘de útero’. Se incluyeron un total de 9 palabras o expresiones. En la Tabla AXIII.9 que se encuentra situada en el anexo XIII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *cáncer no asociado a un órgano concreto* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados con la finalidad de denominar a la enfermedad de cáncer de un modo más general como por ejemplo ‘neoplasia’. Se incorporaron un total de 16 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AXIII.10.

La tercera categoría fue denominada *causas*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se consideran como fundamento u origen del cáncer, como por ejemplo ‘contaminación’ o ‘bacterias’. Para ello se fundamentó en la clasificación que realiza el Instituto Nacional del Cáncer sobre las causas que pueden tener influencia en el riesgo de padecer la enfermedad. Dicho Instituto organiza las causas del cáncer en diez grupos; de ellos, sólo cuatro aparecen en la asociación libre de palabras: *sustancias químicas y medio ambiente, genética, agentes infecciosos y tabaquismo*. Se obtuvieron un total de 7 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AXIII.11 en el anexo XIII.

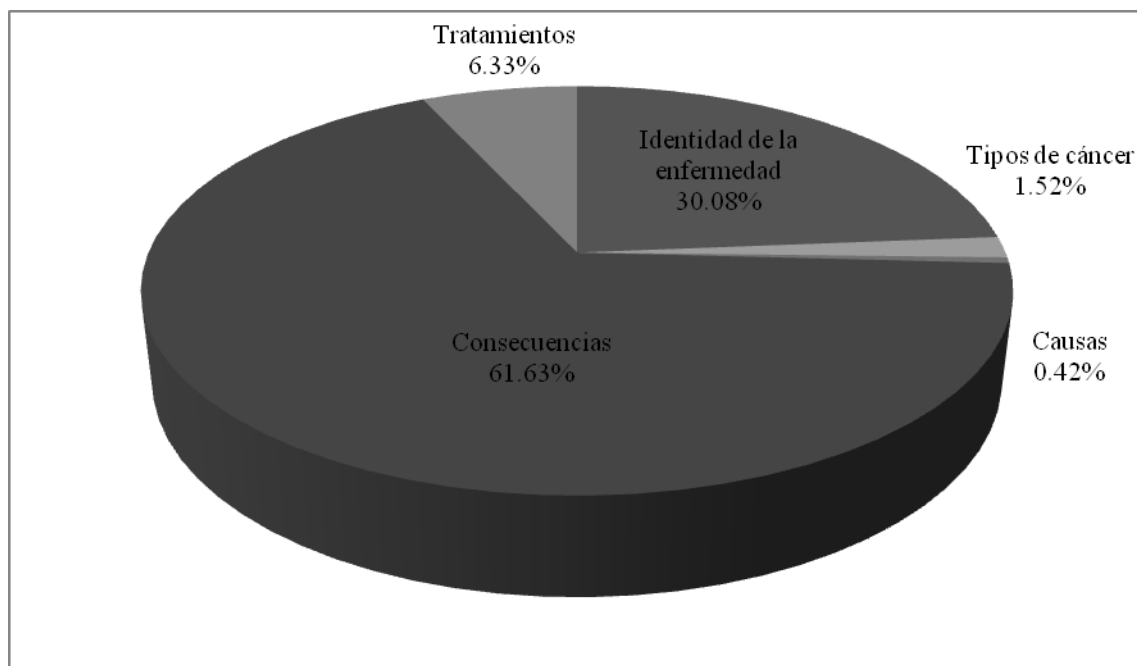
La cuarta categoría fue denominada *consecuencias*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas de la enfermedad de cáncer, como por ejemplo ‘cansancio’, ‘fatiga’ o ‘fiebre’. Fueron un total de 1012 palabras o expresiones que se dividieron en los siguientes subgrupos: *consecuencias físicas* donde se recogieron las palabras que trataban de reflejar las secuelas que deja el cáncer en el cuerpo humano; *consecuencias psicológicas* donde se incluyeron todas las palabras que intentaban reflejar las secuelas que deja la dolencia en la psique de las personas enfermas; *consecuencias sociales* donde se englobaron aquellas palabras que pretendían evidenciar las secuelas que deja la enfermedad de cáncer en el entorno del enfermo; y, por último *sentimientos que genera* donde se incorporaron aquellas palabras que intentaban reflejar las sensaciones que produce el cáncer en las personas. Las Tablas que recogen las palabras de dichas

subcategorías son la AXIII.12, AXIII.13, AXIII.14 y AXIII.15 respectivamente y se encuentran en el anexo XIII.

La quinta y última categoría fue denominada *tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia al conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de la enfermedad o de sus síntomas, véase por ejemplo ‘quimioterapia’, ‘vacunas’ o ‘cirugía’. Se incorporaron un total de 104 palabras o expresiones. La categoría *tratamientos* fue a su vez dividida en cuatro subgrupos: *términos genéricos* donde se incorporaron las palabras o frases que tenían la finalidad de denominar los tratamientos de cáncer de un modo más general; *tratamientos farmacológicos* donde se incluyeron medicamentos; *tratamientos médicos y psicológicos* donde se adjuntaron los tratamientos que pautan los facultativos y los psicólogos y, por último, *tratamientos quirúrgicos* donde se introdujeron las palabras que hacían referencia a procedimientos relacionados con la cirugía. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXIII.16 y se encuentra ubicada en el anexo XIII.

En la Figura 9.1.1.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *identidad de la enfermedad*, supuso el 30.08% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar el cáncer. La segunda categoría, denominada *tipos de cáncer*, constituyó el 1.52% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la dolencia. La siguiente categoría, *causas*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 0.42% mientras que la categoría que se denominó *consecuencias* obtuvo el porcentaje más elevado ya que constituyó el 61.63% de los atributos. La quinta y última categoría, *tratamientos*, supuso el 6.33% del total.

Figura 9.1.1.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘cáncer’

La Tabla 9.1.1.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el cáncer. En ella puede observarse que las dos categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el cáncer fueron *identidad de la enfermedad* y *consecuencias*, con frecuencias de 494 y 1012 respectivamente. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron *tipos de cáncer* y *causas* con una frecuencia de aparición de 25 y 7 respectivamente.

Tabla 9.1.1.2.

Frecuencias de las categorías de primer orden, segundo orden y tercer orden del concepto de ‘cáncer’

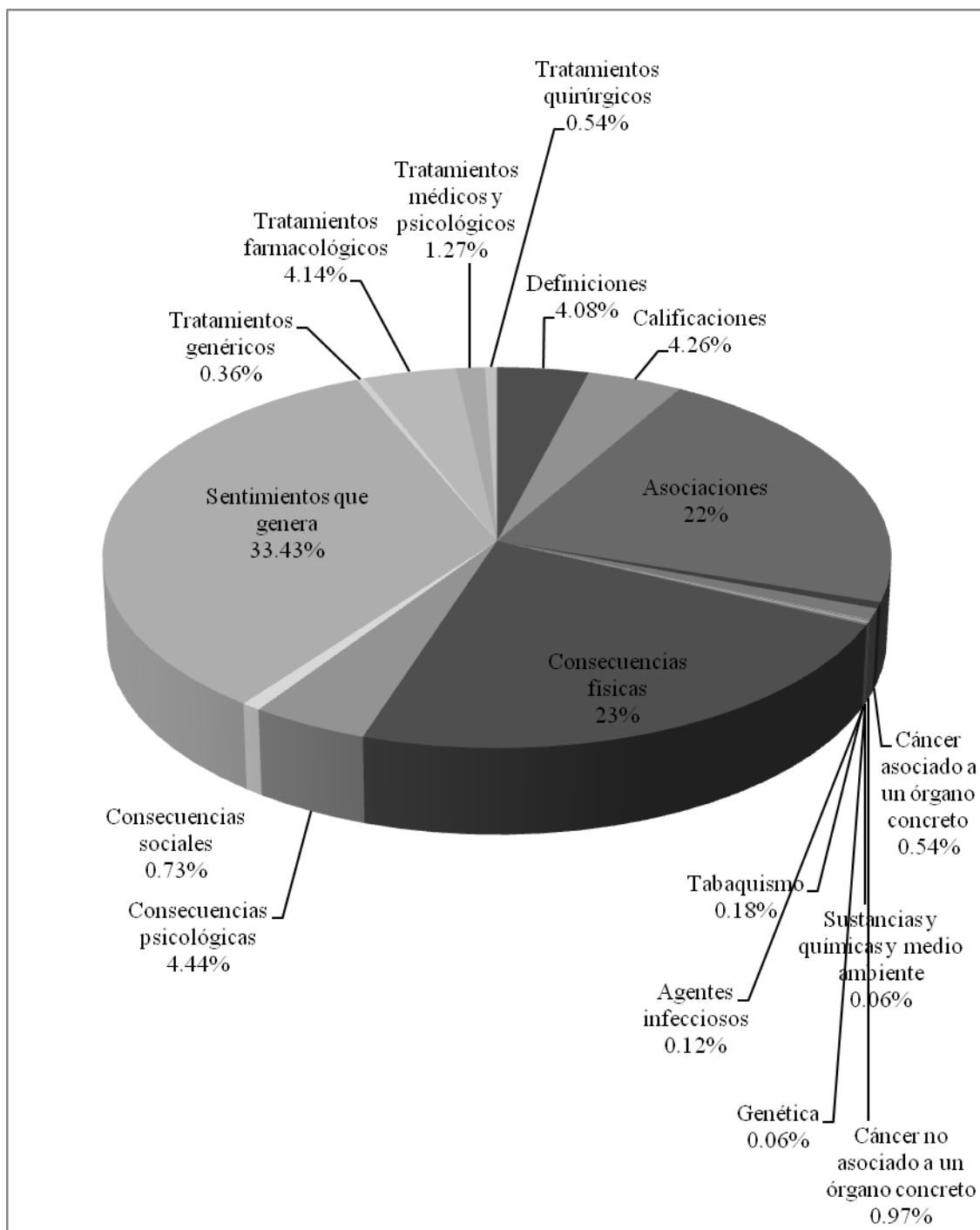
CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad			494
	Definiciones		67
	Calificaciones		70
	Asociaciones		357
		Asociaciones generales	305
		Asociaciones temporales	13

	Asociaciones espaciales	23
	Asociaciones profesionales	7
	Avances científicos	8
	Asociaciones con la dieta	1
Tipos de cáncer		25
	Asociados a un órgano concreto	9
	No asociado a un órgano concreto	16
Causas		7
	Sustancias químicas y medio ambiente	1
	Genética	1
	Agentes infecciosos	2
	Tabaquismo	3
Consecuencias		1012
	Consecuencias físicas	378
	Consecuencias psicológicas	73
	Consecuencias sociales	12
	Sentimientos que genera	549
Tratamientos		104
	Tratamientos genéricos	6
	Tratamientos farmacológicos	68
	Tratamientos médicos y psicológicos	21
	Tratamientos quirúrgicos	9

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.1.1.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *asociaciones*, *consecuencias físicas* y *sentimientos que genera* con porcentajes de 21.74%, 23.02% y 33.43% respectivamente. La categoría de segundo orden *asociaciones* forma parte de la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad*, mientras que las categorías de segundo orden *consecuencias físicas* y *sentimientos que genera* forman parte de la categoría de primer orden *consecuencias*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *agentes infecciosos*, *tabaquismo*, *genética* y *sustancias químicas y medio ambiente* con porcentajes de 0.12%, 0.18%, 0.06% y 0.06% respectivamente. Las cuatro categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *causas*.

Figura 9.1.1.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de 'cáncer'



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *definiciones* destacó la

palabra ‘enfermedad’ con una frecuencia de aparición de 54. De la categoría de segundo orden *consecuencias físicas* sobresalieron las palabras ‘dolor’ y ‘muerte’ con frecuencias de 147 y 158 respectivamente. De la categoría *consecuencias psicológicas* despuntaron ‘ansiedad’ y ‘depresión’ con frecuencias de 28 y 32; mientras que en la categoría de segundo orden *sentimientos que genera* predominaron las palabras ‘angustia’, ‘esperanza’, ‘impotencia’, ‘incertidumbre’, ‘miedo’, ‘sufrimiento’ y ‘tristeza’. De todas ellas las más repetidas fueron ‘miedo’ y ‘sufrimiento’ con frecuencias de aparición de 149 y 86 respectivamente. Por último, de la categoría *tratamientos farmacológicos* destacó la palabra ‘quimioterapia’ con una frecuencia de aparición de 64.

Cabe destacar que de las categorías de tercer orden también resaltaron ciertas palabras por su frecuencia de aparición como ‘familia’ y ‘lucha’ con frecuencias de 32 y 39 que se encuentran dentro de la categoría *asociaciones generales* y, de la categoría de tercer orden *asociaciones espaciales* destacó la palabra ‘hospital/es’ con una frecuencia de aparición de 21. En la Tabla 9.1.1.3 aparecen las palabras y sus frecuencias.

Tabla 9.1.1.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	CATEGORÍAS TERCER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad				
	Definiciones		Enfermedad	54
	Asociaciones			
		Asociaciones generales		
			Familia	32
			Lucha	39
		Asociaciones espaciales		
			Hospital/es	21
Consecuencias				
	Consecuencias físicas			
			Dolor	147
			Muerte	158
	Consecuencias			

psicológicas		
	Ansiedad	28
	Depresión	32
Sentimientos que genera		
	Angustia	32
	Esperanza	28
	Impotencia	22
	Incertidumbre	21
	Miedo	149
	Sufrimiento	86
	Tristeza	39
Tratamientos		
Tratamientos farmacológicos		
	Quimioterapia	64

9.1.2 Análisis de los profesionales sanitarios del concepto de enfermo de cáncer.

A los sujetos sanitarios que fueron entrevistados se les pidió que enumerasen las palabras que les vinieran a la cabeza sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando leían la palabra *enfermo de cáncer*. Con la muestra de 374 sujetos, las palabras asociadas a recoger fueron un total de 1.427 estructuradas según el Sistema de Categorización de la Representación Social del Enfermo de Cáncer (SISC-RSEC) en tres categorías: *identidad de la enfermedad/enfermo*, *consecuencias* y, por último, *tratamientos*. Al igual que en el caso anterior, en un segundo momento estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. Para la categorización de esta pregunta se procuró atender al contenido literal de los términos tal cual fueron pronunciados por los sujetos entrevistados. En la Tabla 9.1.2.1 se presentan las categorías obtenidas.

Tabla 9.1.2.1

Categorización del concepto de enfermo de cáncer

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Identidad de la enfermedad/enfermo		Características propias del cáncer y del enfermo de cáncer
	Definiciones	Descripciones de la enfermedad de cáncer y del enfermo oncológico
	Asociaciones	Palabras o expresiones

		vinculadas al cáncer y su enfermo
	Diálogos interiores	Pensamientos que se crean alrededor de la enfermedad y del enfermo
Consecuencias		Las secuelas de la enfermedad
	Consecuencias físicas	Secuelas de la enfermedad en el cuerpo
	Consecuencias psicológicas	Secuelas de la enfermedad en la mente
	Sentimientos que genera	Sensaciones que produce el cáncer
Tratamientos		Conjunto de medios para paliar o curar la dolencia
	Tratamientos farmacológicos	Medicamentos
	Tratamientos médicos	Tratamientos que pautan los facultativos
	Tratamientos quirúrgicos	Procedimientos relacionados con la cirugía

La primera categoría recibió el nombre de *identidad de la enfermedad/enfermo* y se entiende como tal las características propias de la enfermedad de cáncer y del enfermo de cáncer, véase por ejemplo ‘enfermo’ o ‘deteriorado’. Esta categoría fue subclasificada en tres grupos que recibieron el nombre de *definiciones*, *asociaciones* y *diálogos interiores*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *definiciones*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las propiedades generales del cáncer y del enfermo de cáncer, como por ejemplo ‘paciente crónico’ o ‘persona que padece enfermedad descontrolada’. Se incluyeron un total de 120 definiciones. La Tabla AXIV.1 que se encuentra en el anexo XIV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *asociaciones*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas al cáncer y al enfermo de cáncer que utilizaron los sujetos entrevistados, como por ejemplo ‘cama de hospital’ o ‘médicos’. Se incluyeron un total de 225 palabras o expresiones. En la Tabla AXIV.2 que se encuentra situada en el anexo XIV están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *diálogos interiores*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras en calidad de pensamientos que se crean alrededor de la enfermedad y del enfermo oncológico, como por ejemplo véase ‘la vida se me escapa’ o ‘una mala pasada de la vida’. Fueron un total de 49 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AXIV.3 del anexo XIV.

La segunda categoría fue denominada *consecuencias*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas de la enfermedad de cáncer que se producen en la persona que la padece, como por ejemplo ‘anorexia’, ‘calvicie’ o ‘infección’. La categoría fue dividida en las siguientes categorías de segundo orden: *consecuencias físicas*, *consecuencias psicológicas* y *sentimientos que genera*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *consecuencias físicas* y se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían alusión a las secuelas que deja la enfermedad de cáncer en el cuerpo de las personas enfermas como por ejemplo ‘palidez’ o ‘sialorrea’. Fueron un total de 223 palabras o expresiones que se encuentran ubicadas en la Tabla AXIV.4 del anexo XIV.

La segunda subcategoría fue *consecuencias psicológicas*. En esta categoría de segundo orden se incorporaron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las secuelas que deja la dolencia en la mente de las personas como pueda ser ‘ansiedad’ o ‘estrés’. Fueron un total de 49 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AXIV.5.

La tercera categoría de segundo orden fue denominada *sentimientos que genera*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las sensaciones que produce el cáncer, como por ejemplo ‘temor’ o ‘valor’. Se incluyeron un total de 692 definiciones. La Tabla AXIV.6 que se encuentra en el anexo XIV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría de segundo orden.

La última categoría fue denominada *tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia al conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de la enfermedad o de sus síntomas, véase por ejemplo ‘morfina’, ‘sedación’ o ‘goteros’. La categoría *tratamientos* fue a su vez dividida en tres subgrupos: *tratamientos farmacológicos*, *tratamientos médicos* y *tratamientos quirúrgicos*.

La primera categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos farmacológicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a medicamentos, como por ejemplo ‘quimioterapia’. Se incluyeron un total de 52 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXIV.7 del anexo XIV.

La segunda categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos médicos*. En ella se incorporaron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los tratamientos que son pautados por los facultativos como pueda ser ‘radioterapia’ o ‘asistencia’. Se incluyeron un total de 15 definiciones. La Tabla AXIV.8 que se encuentra en el anexo XIV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

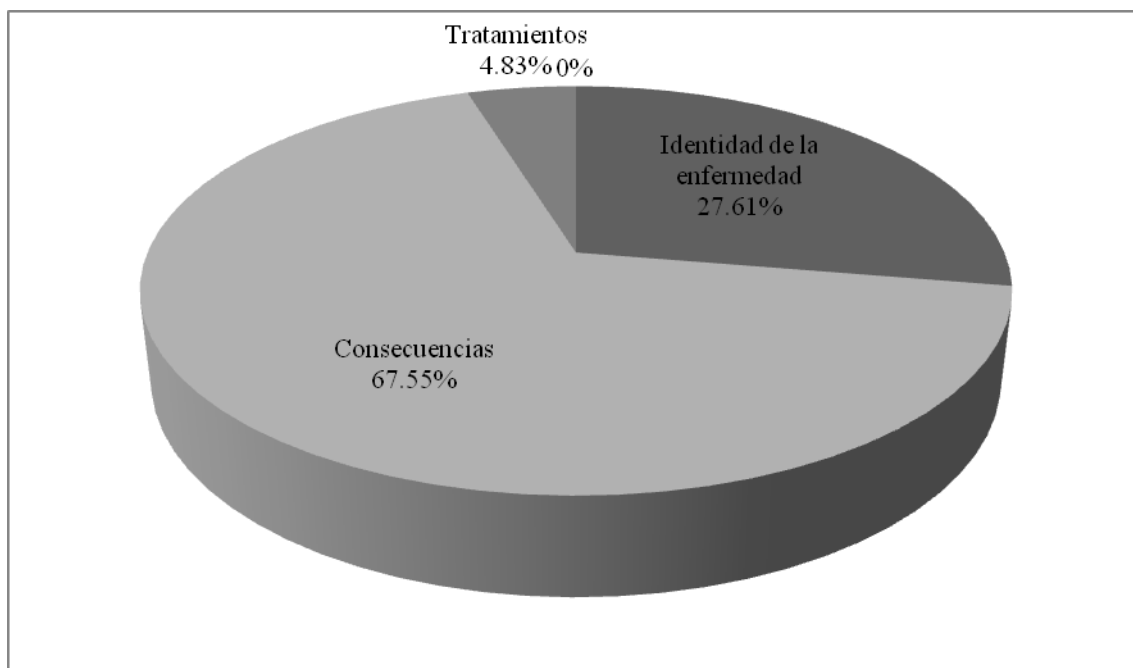
La tercera y última categoría de segundo orden fue denominada *tratamientos quirúrgicos* y se incluyó una única palabra que hacía referencia a procedimientos relacionados con la cirugía (‘operación’) y que se encuentra ubicada en la Tabla AXIV.9 del anexo XIV.

En la Figura 9.1.2.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *identidad de la enfermedad*, supuso el 27.61% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar al enfermo de cáncer. La segunda categoría denominada *consecuencias* constituyó el 67.55% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar al enfermo convirtiéndose en la categoría que obtuvo el porcentaje más elevado. Mientras que

la categoría *tratamientos*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 4.83% del total.

Figura 9.1.2.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘enfermo de cáncer’



La Tabla 9.1.2.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el enfermo de cáncer. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar al enfermo de cáncer fue *consecuencias* con una frecuencia de 964. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *tratamientos* con una frecuencia de aparición de 69.

Tabla 9.1.2.2.

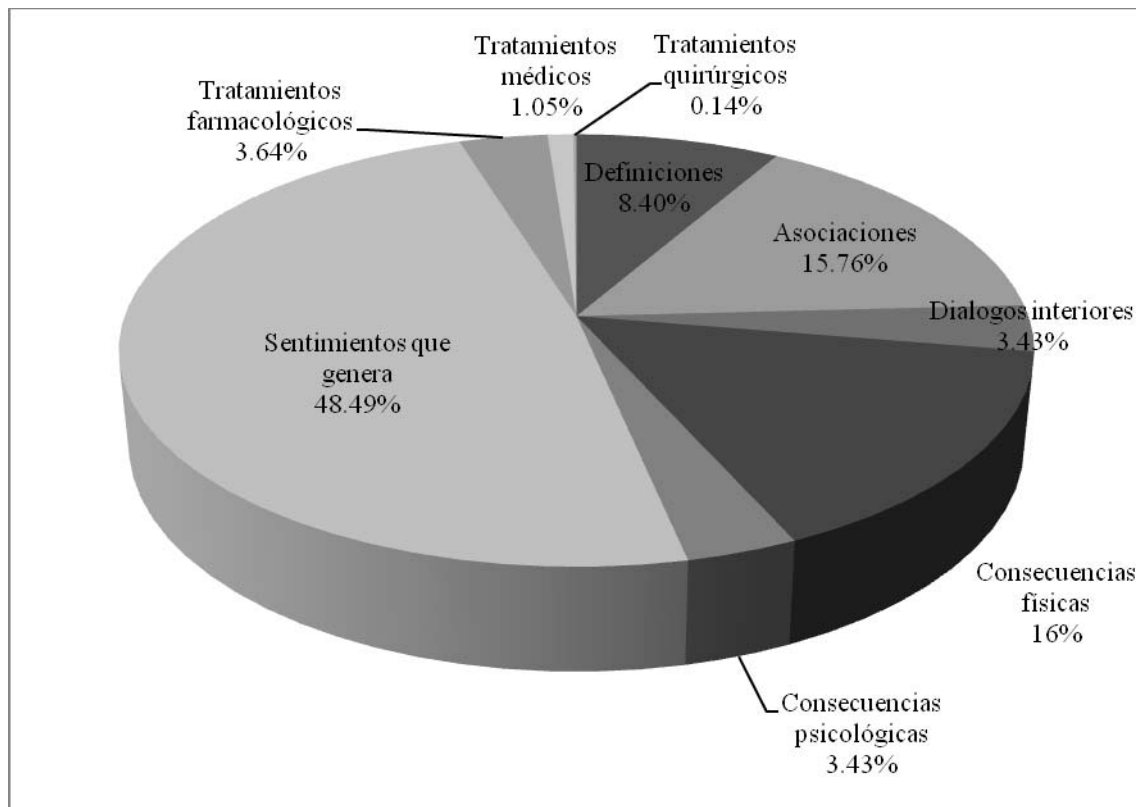
Frecuencias de las categorías de primer y segundo orden del concepto de ‘enfermo de cáncer’

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Identidad de la enfermedad	Definiciones	394
	Asociaciones	120
		225

	Diálogos interiores	49
Consecuencias		964
	Consecuencias físicas	223
	Consecuencias psicológicas	49
	Sentimientos que genera	692
Tratamientos		69
	Tratamientos farmacológicos	52
	Tratamientos médicos	15
	Tratamientos quirúrgicos	2

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.1.2.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *sentimientos que genera*, *consecuencias físicas* y *asociaciones* con porcentajes de 48.49%, 15.62% y 15.76% respectivamente. Las categorías de segundo orden *consecuencias físicas* y *sentimientos que genera* forman parte de la categoría de primer orden *consecuencias*, mientras que la categoría de segundo orden *asociaciones* forma parte de la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad*. Resaltar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *tratamientos quirúrgicos* y *tratamientos médicos* con porcentajes de 0.14% y 1.05% respectivamente. Las dos categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *tratamientos*.

Figura 9.1.2.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘cáncer’

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte personas diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *definiciones* destacó la palabra ‘luchador’ con una frecuencia de aparición de 22. De la categoría de segundo orden *asociaciones* destacó la palabra ‘familia’ con una frecuencia de 39. De la categoría de segundo orden *consecuencias físicas* sobresalieron las palabras ‘dolor’ y ‘muerte’ con frecuencias de 82 y 40 respectivamente. De la categoría *consecuencias psicológicas* despuntó ‘depresión’ con una frecuencia de 33; mientras que en la categoría de segundo orden *sentimientos que genera* predominaron las palabras ‘ánimo’, ‘compasión’, ‘esperanza’, ‘fuerza’, ‘lástima’, ‘lucha’, ‘miedo’, ‘pena’, ‘sufrimiento’ y ‘tristeza’. De todas ellas las más

repetidas fueron ‘miedo’, ‘pena’ y ‘sufrimiento’ con frecuencias de aparición de 60, 49 y 40 respectivamente. Por último, de la categoría *tratamientos farmacológicos* destacó la palabra ‘quimioterapia’ con una frecuencia de aparición de 27.

Tabla 9.1.2.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Identidad de la enfermedad			
	Definiciones	Luchador	22
	Asociaciones	Familia	39
Consecuencias			
	Consecuencias físicas	Dolor	82
		Muerte	40
	Consecuencias psicológicas	Depresión	33
	Sentimientos que genera	Ánimo	22
		Compasión	20
		Esperanza	29
		Fuerza	21
		Lástima	22
		Lucha	33
		Miedo	60
		Pena	49
		Sufrimiento	40
		Tristeza	54
Tratamientos			
	Tratamientos farmacológicos	Quimioterapia	27

9.1.3. Creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos.

Junto al concepto de cáncer y enfermo de cáncer se les preguntó a los profesionales sanitarios acerca de la creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos que fueran fácilmente identificables en el enfermo oncológico. La respuesta podía ser positiva o negativa. Como puede observarse en la Tabla 9.1.3.1, un 64.1% de la población respondió negativamente a la pregunta. Esto indica que, en general, la mayor parte de la

población sanitaria consideraba que no era una enfermedad visible a priori ya que no era sencilla su identificación por medio de la apariencia física, por un lado, y por otro, que no era sencilla su identificación en uno mismo o en los demás por medio de algún síntoma físico. No obstante, llama la atención que un porcentaje elevado (35.9%) respondió que sí creían en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables.

Tabla 9.1.3.1

Frecuencias y porcentajes de la creencia de síntomas, características o rasgos físicos

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	236	64.1
Con creencia	132	35.9

Posteriormente, se solicitó a los profesionales sanitarios que habían considerado que existían síntomas, características o rasgos físicos que mostraban que la persona estaba enferma de cáncer, que indicaran algunos de ellos. Con la muestra de 374 sujetos, las palabras o expresiones asociadas a recoger fueron un total de 272. Para su análisis se llevó a cabo la categorización siguiente: *síntomas físicos*, *síntomas psicológicos* y *síntomas generales*. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos. En la Tabla 9.1.3.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.1.3.2.

Categorización de creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Síntomas físicos	Manifestaciones que se producen en el cuerpo como consecuencia del cáncer
Síntomas psicológicos	Manifestaciones que se producen en la mente como consecuencia del cáncer
Síntomas generales	Manifestaciones que se producen como consecuencia del cáncer de un modo general

La primera categoría recibió el nombre de *síntomas físicos* y se entiende como tal las manifestaciones que se producen en el cuerpo de las personas enfermas como consecuencia de la enfermedad de cáncer, véase por ejemplo ‘anemia’ o ‘anorexia’. Se incluyeron un total de 236 definiciones. La Tabla AXV.1 que se encuentra en el anexo XV recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

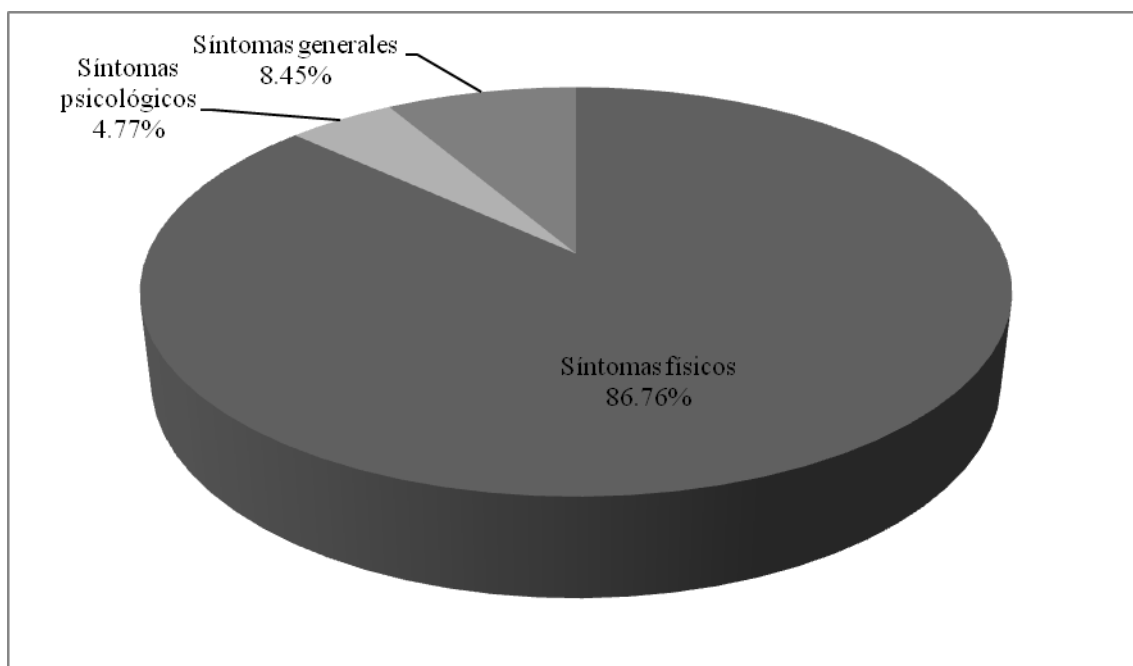
En la segunda categoría, que fue llamada *síntomas psicológicos*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a alguna manifestación de cáncer en la persona enferma a nivel de la mente como por ejemplo ‘apatía’ o ‘depresión’. Se incluyeron un total de 13 palabras o expresiones. En la Tabla AXV.2 que se encuentra situada en el anexo XV están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La tercera y última categoría fue denominada *síntomas generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que se consideraban manifestaciones que se producen de un modo general como consecuencia del cáncer, como por ejemplo ‘secuelas de quimio’. Se obtuvieron un total de 23 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AXV.3 en el anexo XV.

En la Figura 9.1.3.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *síntomas físicos*, supuso el 88.95% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar los síntomas, las características o los rasgos físicos del cáncer. La segunda categoría, denominada *síntomas psicológicos*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que supuso el 4.11% de los calificativos que las personas entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la dolencia. La última categoría, *síntomas generales*, obtuvo un porcentaje de 6.94% del total.

Figura 9.1.3.1.

Porcentajes de las categorías de primer orden de creencia de síntomas, características o rasgos físicos



La Tabla 9.1.3.3 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el cáncer fue *síntomas físicos* con una frecuencia de 236. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *síntomas psicológicos* con una frecuencia de aparición de 13.

Tabla 9.1.3.3.

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de 'síntomas, características o rasgos físicos'

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	FRECUENCIAS
Síntomas físicos	236
Síntomas psicológicos	13
Síntomas generales	23

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe destacar que ninguna palabra fue enunciada más de 20 veces por los sanitarios entrevistados. Sin embargo, la palabra ‘pérdida peso’ tuvo una frecuencia de aparición de 18 y pertenece a la categoría de *síntomas físicos*. En la Tabla 9.1.3.4 aparece la palabra y su frecuencia.

Tabla 9.1.3.4

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Síntomas físicos	Pérdida peso	18

9.1.4. Gravedad de la enfermedad

Posteriormente, se preguntó a los sanitarios por la gravedad de la enfermedad. Para valorar el factor *gravedad* se solicitó información acerca de si percibían el cáncer como una enfermedad grave (\bar{x} = 8.91; DT= 1.68). La Tabla 9.1.4.1 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En la Tabla se puede observar que un 91.4% de los sujetos entrevistados puntuaron el ítem con los máximos valores (7, 8, 9 y 10); es decir, parece que la población entrevistada estaba de acuerdo en considerar que el cáncer era una enfermedad grave. Tan sólo un 1.3% de la muestra consideró que el cáncer no era una enfermedad grave, dato que, a pesar de ser un porcentaje tan pequeño, no deja de resultar relevante en esta investigación. El 7.3% de los sujetos entrevistados le otorgaron valores medios lo que indica que consideraban el cáncer como una enfermedad medianamente grave.

Tabla 9.1.4.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de gravedad de la enfermedad

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	3	0.8
3	2	0.5
4	1	0.3
5	17	4.6
6	9	2.4
7	34	9.2
8	48	13.0
9	36	9.7
10	220	59.5

Junto a ello, también se solicitó información a la población sanitaria sobre si el cáncer era una de las enfermedades más graves de la actualidad en comparación con otras. Los resultados muestran que las personas consideraban que el cáncer era una de las enfermedades más graves (\bar{x} = 8.21; DT= 2.16). En la Tabla 9.1.4.2 se observa que un 79.2% de los sujetos entrevistados tenían la percepción que el cáncer era una de las enfermedades más graves en comparación con otras.

Tabla 9.1.4.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad más grave por comparación con otras

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	4	1.1
2	1	0.3
3	12	3.3
4	6	1.6
5	33	9.0
6	20	5.5
7	32	8.7
8	50	13.7
9	51	13.9
10	157	42.9

9.2. Percepción de los profesionales sanitarios de las causas de la enfermedad oncológica.

En cuanto a las *causas* que se relacionan con la enfermedad oncológica, al igual que ocurriera con la población general, la entrevista preguntaba si el cáncer se relacionaba *con un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; infecciones o gérmenes; condiciones climáticas; herencia genética; predisposición del organismo; estilo de vida insano; causas ambientales; el azar, la mala suerte; la ansiedad, la cólera, el estrés; problemas de pareja o familiares y, por último, situaciones críticas como la pérdida de un familiar*. La Tabla 9.2.1 muestra la distribución de porcentajes.

Tabla 9.2.1

Distribución de porcentajes de las *causas* relacionadas con el cáncer

Causa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Castigo divino	94.4	2.2	1.4	0.6	0.3	0.3	0.3	---	0.3	0.3
Mal de ojo, brujería, vudú	96.1	2.2	0.8	0.3	0.3	0.3	---	---	---	---
Infecciones o gérmenes	46.9	4.8	6.8	7.6	10.7	6.8	5.1	4.8	2.3	4.2
Condiciones climáticas	71.4	8.2	5.2	4.4	4.4	1.2	0.9	1.7	0.3	2.3
Herencia genética	1.6	0.5	2.7	2.2	11.3	7.1	14.6	18.1	9.6	32.1
Predisposición del organismo	2.8	0.3	1.7	2.8	9.7	8.8	12.7	21.0	12.4	27.9
Estilo de vida insano	3.3	0.8	0.6	1.1	7.8	7.2	15.5	16.3	18.3	29.1
Causas ambientales	7.5	1.1	3.3	1.7	10.8	7.2	13.9	21.1	12.5	20.8
El azar, la mala suerte	58.0	4.0	3.7	2.3	8.3	3.4	5.4	5.1	4.3	5.4
La ansiedad, la cólera, el estrés	35.3	6.2	7.3	7.0	11.5	6.4	7.0	6.7	4.8	7.8
Problemas de pareja o familiares	63.8	8.1	6.1	5.0	7.0	2.2	2.5	2.2	0.6	2.5
Situaciones críticas como la pérdida de un familiar	63.1	6.9	6.4	4.7	8.3	2.5	3.1	1.7	0.8	2.5

La primera causa que se analizó en este factor fue *el castigo divino*. Los sanitarios entrevistados no consideraban que ésta fuera una causa de cáncer ($\chi^2=1.16$; $DT=0.85$). El 94.4% de los sujetos entrevistados estaban totalmente en desacuerdo en que una de las causas de la enfermedad oncológica fuera un castigo divino.

La siguiente causa que se analizó fue *el mal de ojo, la brujería, el vudú*. Las personas sanitarias que fueron entrevistadas coincidieron en no considerar que ésta fuera una causa de

enfermedad oncológica ($\bar{x}=1.07$; $DT=0.44$) ya que un 99.1% de los sujetos contestaron que no estaban de acuerdo en que la causa del cáncer fuera el mal de ojo, la brujería o el vudú.

A continuación, se observa que la siguiente causa, *infecciones o gérmenes*, tampoco fue considerada por los entrevistados como posible causa del cáncer ($\bar{x}=3.38$; $DT=2.80$). El 46.9% del total de los profesionales sanitarios contestaron que estaban totalmente en desacuerdo en considerar las infecciones o los gérmenes como causa de enfermedad oncológica.

La cuarta causa analizada fue *condiciones climáticas* como lluvia, nieve, frío, calor, entre otras. En la Tabla 9.2.1 se observa que un 87.5% de los entrevistados no estaban de acuerdo en relacionar cáncer con esta variable ($\bar{x}=1.96$; $DT=2.0$).

La quinta causa que se analizó fue *herencia genética*. Los sanitarios entrevistados coincidieron en considerar que ésta era una causa de cáncer ($\bar{x}=7.74$; $DT=2.19$). El 74.4% de la población estaba de acuerdo con que una de las causas del cáncer fuera la herencia genética.

Con respecto a la causa *predisposición del organismo*, los resultados obtenidos muestran que ésta era una causa de enfermedad oncológica ($\bar{x}=7.68$; $DT=2.19$), ya que un 74% de los sanitarios respondieron con las máximas puntuaciones, lo que indica que estaban de acuerdo con que el cáncer se relacionaba con la predisposición del organismo.

La séptima causa analizada fue *estilo de vida insano*. Los sujetos entrevistados consideraban, en su mayoría, que el estilo de vida insano se relacionaba con el cáncer ($\bar{x}=7.88$; $DT=2.17$). El 79.2% de la población entrevistada respondió con las máximas puntuaciones.

La siguiente causa que se analizó fue *causas ambientales*. Los profesionales sanitarios que fueron entrevistados coincidieron, en un porcentaje elevado, en considerar que ésta era una causa de enfermedad oncológica ($\bar{x}=7.10$; $DT=2.60$) ya que un 68.3% de los sujetos contestaron que estaban de acuerdo en que la causa del cáncer fuera el medio ambiente.

Con respecto a ser la causa del cáncer *el azar y/o la mala suerte*, los sujetos entrevistados coincidieron en no considerar esta causa como motivo de la enfermedad oncológica ($\bar{x}=3.20$; $DT=3.06$). Más del 65% de los sujetos sanitarios entrevistados pensaban que estas dos variables no se relacionaban con el cáncer.

La décima causa que se analizó fue *la ansiedad, la cólera o el estrés*. Las personas entrevistadas parecían coincidir en relacionar poco el cáncer con esta causa ($\bar{x}=4.18$; $DT=3.09$) ya que el 48.8% de los sujetos respondieron que estaban en desacuerdo con que el cáncer se relacionase con la ansiedad, la cólera o el estrés.

Con respecto a la causa *problemas de pareja o familiares* los sanitarios entrevistados estaban totalmente en desacuerdo en relacionar el cáncer con los problemas de pareja o familiares ($\bar{x}=2.32$; $DT=2.59$), puesto que un 78% señaló el ítem con las puntuaciones más bajas.

La última categoría que se analizó fue *situaciones críticas como la pérdida de un familiar*. Los profesionales sanitarios entrevistados no consideraban que ésta era una causa de cáncer ($\bar{x}=2.39$; $DT=2.29$). El 76.4% de los sujetos entrevistados estaban totalmente en desacuerdo con que el cáncer se relacionase con situaciones críticas.

Posteriormente se solicitó información a los profesionales sanitarios sobre la existencia de alguna opción que no se hubiera mencionado. Las palabras recogidas fueron un total de 20. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, ciñéndose, en este caso, a las clasificaciones del *Instituto Nacional de Cáncer* (NCI,

2015). Dicho Instituto organiza las causas del cáncer en varios grupos; de ellos, sólo cinco aparecen en la asociación libre de palabras: sustancias químicas y medio ambiente, hormonas, radiación, tabaquismo y, por último, causas no catalogables. En la Tabla 9.2.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.2.2

Categorización del concepto ‘causas’

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Sustancias químicas y medio ambiente	Elementos químicos y del entorno como posibles causas de la enfermedad oncológica
Hormonas	Productos que secretan ciertas glándulas como causa de cáncer
Radiación	Partículas materiales como fundamento u origen del cáncer
Tabaquismo	Nicotismo como causa de la dolencia
Causas no catalogables	Palabras no clasificadas en las anteriores categorías por no tener elementos en común

Un primer bloque de contenido aglutinaría aquellas palabras que se incluyeron en la categoría *sustancias químicas y medio ambiente*. En la Tabla AXVI.1 que se encuentra en el anexo XVI se muestran las palabras que pertenecen a dicha categoría y la frecuencia de aparición. Se incluyeron un total de 5 palabras como por ejemplo ‘contaminación’ o ‘causas ambientales’.

Un segundo bloque lo formarían aquellas palabras que se incluyeron en la categoría *hormonas*. Como se observa en la Tabla AXVI.2, en esta categoría se incluyó un total de 1 palabra (‘tratamientos anticonceptivos’).

El tercer bloque de contenido aglutina aquellas palabras que se encuentran incluidas en la categoría de *radiación* (Tabla AXVI.3), como por ejemplo ‘radiaciones’.

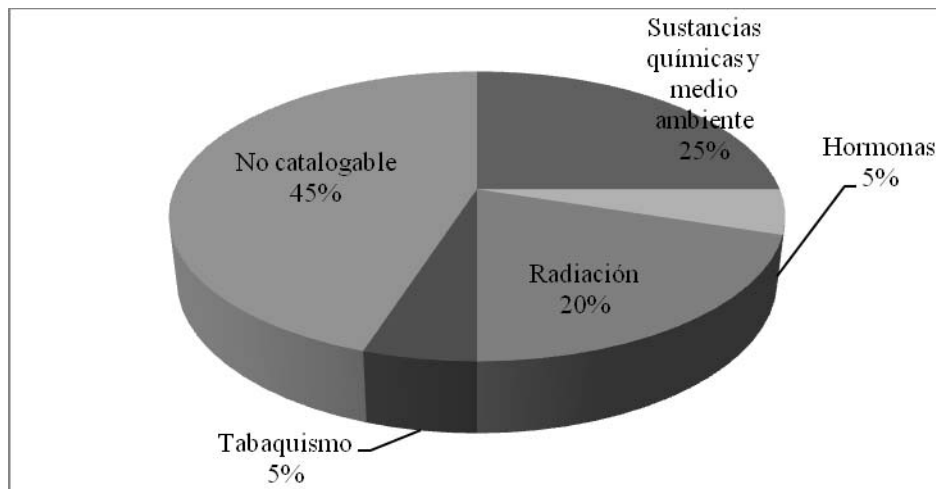
El cuarto bloque lo formarían aquellas palabras que se incluyeron dentro de la categoría *tabaquismo* como por ejemplo ‘tabaco’. Como puede observarse en la tabla

AXVI.4, en esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia al tabaquismo como causa de cáncer. Se incluyó 1 palabra.

El quinto y último bloque agrupa aquellas palabras que se encuentran en la categoría *causas no catalogables*. Como puede observarse en la tabla AXVI.5, en esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que no se podían catalogar dentro de las categorías anteriores. Se incluyeron un total de 9 palabras como por ejemplo ‘no se sabe con certeza’.

En la Figura 9.2.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *sustancias químicas y medio ambiente*, supuso el 25% de los atributos que los sujetos destacaron en el intento de conceptualizar las causas del cáncer. La segunda categoría denominada *hormonas*, fue una de las que obtuvieron el porcentaje menos elevado ya que tan sólo supuso el 5% de los calificativos que los sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las causas de la dolencia. La siguiente categoría, *radiación*, constituyó el 20% y la siguiente categoría que se denominó *tabaquismo* también obtuvo un porcentaje de 5% del total de los atributos. La quinta y última categoría, *no catalogable*, supuso el porcentaje más elevado con un 45% del total de los atributos que los sujetos sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar las causas de la enfermedad oncológica.

Figura 9.2.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘causas’

La Tabla 9.2.3 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre las causas de cáncer. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los sujetos entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las causas del cáncer fue *causas no catalogables* con una frecuencia de 9. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron *hormonas* y *tabaquismo* con una frecuencia de aparición de 1 en ambas categorías.

Tabla 9.2.3

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de ‘causas’

CATEGORÍAS PRINCIPALES	FRECUENCIAS
Sustancias químicas y medio ambiente	5
Hormonas	1
Radiación	4
Tabaquismo	1
Causas no catalogables	9

9.3. Percepción de los profesionales sanitarios de las consecuencias de la enfermedad oncológica.

Para analizar las *consecuencias de la enfermedad* se formularon dos preguntas. A los sujetos sanitarios se les preguntó, en primer lugar, si consideraban que después de la terapia el enfermo de cáncer podía llevar una vida normal. Los profesionales sanitarios debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el enfermo de cáncer no podía llevar una vida normal y la puntuación de 10 significaba que podía llevar una vida totalmente normal. Los resultados mostraron que la población sanitaria consideraba que el enfermo de cáncer después de la enfermedad podía llevar una vida bastante normal ($\bar{x}=7.67$; $DT=2.03$).

La Tabla 9.3.1 muestra el análisis de las frecuencias y los porcentajes. En ella se puede observar que un 75.2% de la población sanitaria respondió con las máximas puntuaciones, es decir, que pensaban en ese momento que tras la terapia se podía restablecer la normalidad. Mientras que un 4.4% de los sanitarios entrevistados respondieron con las puntuaciones más bajas, es decir, que pensaban que no se podía conseguir volver a la normalidad tras el tratamiento. Sin embargo, resulta significativo que el 20.3% respondieron que era posible reponer la normalidad tras el fin de la terapia pero tan sólo en parte, puesto que respondieron con las puntuaciones intermedias.

Tabla 9.3.1

Distribución de frecuencias y porcentajes en la percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se es enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	7	1.9
2	2	0.6
3	7	1.9
4	5	1.4
5	27	7.5

6	41	11.4
7	58	16.2
8	78	21.7
9	51	14.2
10	83	23.1

En segundo lugar, se preguntó a la población sanitaria entrevistada si esta enfermedad tenía consecuencias a lo largo de toda la vida. En caso que contestaran afirmativamente, se les solicitaba que indicasen que tipo de consecuencias. Los resultados muestran que los sanitarios consideraban que el padecer cáncer tenía consecuencias a lo largo de la vida (\bar{x} = 9.11; DT= 1.25). La Tabla 9.3.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En ella se observa que el 94.7% de los sujetos entrevistados respondieron las máximas puntuaciones (7, 8, 9 y 10), es decir, que consideraban que sí había consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer. Estos resultados contrastan con el 0% de la población que respondió que no había consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo oncológico. Tan sólo un 5.3% creía que había consecuencias en parte.

Tabla 9.3.2

Distribución de frecuencias y porcentajes en la consideración de la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se es enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
5	5	1.4
6	14	3.9
7	28	7.7
8	47	12.9
9	64	17.6
10	205	56.5

En cuanto al tipo de consecuencias que tiene el ser enfermo de cáncer, la entrevista preguntaba por si existían consecuencias en la *vida familiar*, en el *aspecto afectivo/sexual*, en la *vida laboral*, en el *aspecto físico*, en las *relaciones sociales*, en el *ocio*, en la *forma de*

pensar y en la *personalidad*. La Tabla 9.3.3 muestra la distribución de frecuencias y de porcentajes de cada una de estas categorías.

Tabla 9.3.3.

Distribución de frecuencias y porcentajes de las consecuencias

	Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje		Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
Vida familiar	1	2	0.5	Aspecto afectivo/sexual	1	4	1.1
	3	1	0.3		2	1	0.3
	4	1	0.3		3	1	0.3
	5	12	3.3		4	1	0.3
	6	5	1.4		5	19	5.2
	7	23	6.3		6	17	4.6
	8	53	14.4		7	31	8.4
	9	47	12.8		8	47	12.8
	10	224	60.9		9	62	16.9
						10	184
Vida laboral	1	2	0.5	Aspecto físico	1	2	0.5
	4	2	0.5		2	2	0.5
	5	20	5.4		3	4	1.1
	6	13	3.5		5	23	6.3
	7	30	8.2		6	27	7.3
	8	57	15.5		7	40	10.9
	9	54	14.7		8	52	14.1
	10	189	51.5		9	46	12.5
					10	172	46.7
	Relaciones sociales	1	11		3.0	Ocio	1
2		6	1.6	3	6		1.6
3		5	1.4	4	8		2.2
4		7	1.9	5	34		9.3
5		31	8.5	6	30		8.2
6		30	8.2	7	47		12.9
7		47	12.8	8	52		14.2
8		51	13.9	9	42		11.5
9		40	10.9	10	138		37.8
10		138	37.7				
Forma de pensar	1	3	0.8	Personalidad	1	12	3.3
	2	1	0.3		2	3	0.8
	3	4	1.1		3	10	2.7
	4	4	1.1		4	1	0.3
	5	13	3.5		5	27	7.4
	6	8	2.2		6	30	8.2
	7	25	6.8		7	34	9.3
	8	41	11.2		8	47	12.8
	9	54	14.7		9	40	10.9
	10	214	58.3		10	163	44.4

Con respecto a las consecuencias en la *vida familiar*, los resultados muestran que las personas sanitarias consideraban que el padecer cáncer tenía bastantes consecuencias en la vida familiar (\bar{x} = 9.10; DT= 1.47). Un 94.4% de la población estaba de acuerdo con que el cáncer afectaba en la vida familiar frente a un 1.1% que puntuaron con los valores más bajos.

Con relación a las consecuencias en la *vida afectivo/sexual*, los resultados obtenidos muestran que la población sanitaria entrevistada estimaba que el sufrir cáncer tenía bastantes consecuencias en la vida afectivo/sexual (\bar{x} = 8.72; DT= 1.77). Un 88.2% de la población estaba de acuerdo con que el cáncer afectaba a la vida afectivo/sexual frente a un 1.7% de los sujetos que puntuaron con los valores más bajos.

En cuanto a las consecuencias en la *vida laboral*, los resultados revelan que los profesionales sanitarios consideraban que el padecer la enfermedad de cáncer afectaba seriamente a la vida laboral (\bar{x} = 8.80; DT= 1.62). Un 89.9% de los sujetos entrevistados estaban de acuerdo con que el cáncer afectaba a la vida laboral en confrontación con un 0.5% que pensaba que no se generaba ningún tipo de problema laboral.

Con respecto a las consecuencias en el *aspecto físico*, los resultados obtenidos desvelan que la población sanitaria entrevistada opinaba que sí se producían consecuencias en el aspecto físico como resultado de padecer la enfermedad de cáncer (\bar{x} = 8.49; DT= 1.87). Un 46.7% de los sujetos entrevistados estaban totalmente de acuerdo con que el cáncer afectaba totalmente a las personas en el aspecto físico. Sólo el 2.1% de la población entrevistada creía que no se vía afectado este aspecto.

En cuanto a las consecuencias en las *relaciones sociales* los resultados exponen que las personas sanitarias entrevistadas, en su mayor parte, estaban de acuerdo en considerar que el cáncer afectaba a las personas en las relaciones sociales (\bar{x} = 7.86; DT= 2.35). La Tabla 9.3.3 muestra que un 75.3% estaba de acuerdo en considerar que la enfermedad oncológica

afectaba a las relaciones sociales mientras que un 6% no estaba de acuerdo con tal aseveración.

En relación a las consecuencias en el *ocio* los resultados evidencian que los sanitarios consideraban que el padecer cáncer tenía bastantes consecuencias en el ocio (\bar{x} = 7.98; DT= 2.18). Un 76.4% de los sujetos entrevistados pensaban que estar enfermo de cáncer afectaba o producía cambios sustanciales en la vivencia del ocio. Ahora bien, un porcentaje elevado de la población entrevistada (3.8%) creía que esta enfermedad no provocaba diferencias en el ocio.

Con respecto a las consecuencias en la *forma de pensar* los resultados muestran que la población sanitaria entrevistada estimaba que el padecer la dolencia tenía suficientes consecuencias en la forma de pensar (\bar{x} = 8.92; DT= 1.75). Un 58.3% respondieron que estaban totalmente de acuerdo con que el cáncer afectaba a las personas en la forma de pensar. Resulta interesante que tan sólo un 2.2% de los sujetos puntuaron el ítem con los valores más bajos.

Finalmente, en relación a las consecuencias en la *personalidad*, los resultados enseñan que la muestra sanitaria entrevistada consideraba que el sufrir la enfermedad oncológica conllevaba consecuencias en la personalidad (\bar{x} = 8.10; DT= 2.36). Un 77.4% de los sujetos respondieron que estaban de acuerdo con que el cáncer generaba cambios en la personalidad mientras que un 6.8% consideraba que los cambios en la personalidad eran mínimos.

9.4. Percepción de los profesionales sanitarios de la durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica.

La siguiente área temática que se analizó fue *durabilidad/cronicidad*. Para analizar si el cáncer es una enfermedad que se extienden en el tiempo, que se caracteriza por diferentes y sucesivos ciclos de recaídas y remisiones y que tiende a avanzar agravándose se les preguntó a los profesionales sanitarios, en primer lugar, si consideraban que el cáncer era una enfermedad duradera. Los sujetos debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no era una enfermedad duradera y la puntuación de 10 significaba que el cáncer si era una enfermedad que se dilataba en el tiempo. Los resultados mostraron que el cáncer era considerada una enfermedad duradera (\bar{x} = 7.43; DT= 2.30).

La Tabla 9.4.1 muestra el análisis de las frecuencias y de los porcentajes. En ella se observa la variabilidad de la muestra ya que las puntuaciones están repartidas entre la escala. Aún con todo se observa que, en su mayor parte, las puntuaciones se concentran en los valores más elevados (67.6%). Esto indica que, en general, la población consideraba que el cáncer era una enfermedad de difícil curación y, que, por tanto, duraba toda la vida.

Tabla 9.4.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad duradera

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	8	2.2
2	4	1.1
3	8	2.2
4	12	3.3
5	55	15.1
6	31	8.5
7	51	14.0
8	53	14.6
9	45	12.4

10	97	26.6
----	----	------

El segundo ítem preguntaba a los sanitarios entrevistados si pensaban que el cáncer era una enfermedad que se cronificaba. Como sucedía en el ítem anterior, debían valorarlo mediante una escala del 1 al 10, donde 1 significaba *totalmente en desacuerdo* y 10 *totalmente de acuerdo* (\bar{x} = 6.08; DT= 2.82). En la Tabla 9.4.2 se observa que el 22% de los sanitarios entrevistados puntuaron el ítem con los valores más bajos (1, 2 y 3), lo que indica que no opinaban que se trataba de una enfermedad crónica; frente a un 46.9% de los sujetos que valoraron el ítem con las puntuaciones más altas (7, 8, 9 y 10); que consideraban, pues, al cáncer como una enfermedad crónica. Llama la atención el porcentaje de sujetos que puntuaron el ítem con los valores intermedios (4, 5 y 6), considerando que el cáncer era una enfermedad crónica en parte solamente (31%).

Tabla 9.4.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad crónica

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	36	10.0
2	10	2.8
3	33	9.2
4	17	4.7
5	61	16.9
6	34	9.4
7	39	10.8
8	43	11.9
9	32	8.9
10	55	15.3

El último ítem que se valoró en este apartado fue el que solicitaba información sobre si tenía cura la patología oncológica. Los resultados mostraron que gran parte de la misma podía curarse (\bar{x} = 6.48; DT= 2.30). La Tabla 9.4.3 muestra que un 50.8% de los

profesionales sanitarios entrevistados pensaban que el cáncer era una enfermedad que se curaba. Un 8.8% de la población entrevistada opinaba que se trataba de una enfermedad incurable. No obstante, parece interesante que un 40.3% de los sanitarios creyeran que el cáncer tan sólo se curaba en ciertos casos. Así pues, se puede decir que los sanitarios tenían una representación mental de la enfermedad que se caracterizaba por considerar que era relativamente curable aunque muy pocos pensarán que tenía una curación total (13%) y también muy pocos señalaron que se trataba de una enfermedad que no tenía cura (5%).

Tabla 9.4.3

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad que se cura

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	18	5.0
2	3	0.8
3	11	3.0
4	14	3.9
5	91	25.1
6	41	11.3
7	58	16.0
8	55	15.2
9	24	6.6
10	47	13.0

9.5. Percepción de los profesionales sanitarios de patología prevenible.

Como *prevención* se entiende la disposición y la preparación que se realiza de manera anticipada para evitar la enfermedad de cáncer (RAE, s.f). El área temática de *prevención* se analizó mediante dos preguntas cerradas y una pregunta abierta. En primer lugar, se formuló a los profesionales sanitarios una pregunta donde debían contestar si creían que, en general, el cáncer se podía prevenir. En la Tabla 9.5.1 se puede observar que un 61% de los sujetos entrevistados creían que la patología oncológica sí que se podía prevenir, frente a un 39% de los sujetos que señalaron que no se podía prevenir la enfermedad de cáncer.

Tabla 9.5.1.

Distribución de frecuencias y porcentajes de creencia en la prevención del cáncer

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	140	39.0
Con creencia	219	61.0

Para profundizar sobre el tema se les realizó una segunda pregunta en la que se les solicitó la misma información pero con una escala de respuesta del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no se podía prevenir y la puntuación de 10 significaba que el cáncer sí se podía prevenir. Los resultados mostraron que en parte se podía prevenir (\bar{x} = 6.36; DT= 2.50). La Tabla 9.5.2 muestra el análisis de frecuencias y porcentajes. En ella se puede observar que, en general, los profesionales sanitarios entrevistados opinaban que sí se podía prevenir la enfermedad, ya que un total de 173 sujetos (47.6%) puntuaron el ítem con los valores más elevados (7, 8, 9 y 10). No obstante, 144 individuos (39.6%) puntuaron con valores intermedios el ítem (4, 5 y 6), significando que no siempre se podía prevenir. Y, 46 sujetos (12.7%) puntuaron con los valores más bajos (1, 2 y 3); es decir, que opinaban que la enfermedad de cáncer no se podía prevenir.

Tabla 9.5.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de percepción de ser enfermedad que se puede prevenir

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	17	4.7
2	7	1.9
3	22	6.1
4	27	7.4
5	85	23.4
6	32	8.8
7	38	10.5

8	52	14.3
9	27	7.4
10	56	15.4

Finalmente, se complementó la percepción arriba descrita con una cuestión de tipo cualitativo. Se pidió a los profesionales sanitarios que hubieran respondido afirmativamente a la cuestión anterior y que, por tanto, consideraran que se podía prevenir el cáncer, de qué modo se podía prevenir dicha enfermedad. Las palabras agrupadas fueron un total de 446. Al igual que en las categorizaciones anteriores, en la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, basándose en la clasificación previa de la Sociedad Española de Oncología Médica (Del Barco y Vidal). A partir de dicha clasificación, se estructuraron en 3 categorías: *prevención primaria*, *prevención secundaria* y *asociaciones generales*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 9.5.3 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.5.3

Categorización del concepto de prevención

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS
Prevención primaria		Reducción de la incidencia de cáncer mediante promoción de salud
	No tabaquismo	No consumo de tabaco
	Peso corporal saludable y ejercicio físico	Mantenimiento de peso corporal sano y realización de deporte
	Dieta saludable	Alimentación adecuada
	No consumo alcohol	No ingesta de bebidas alcohólicas
	No tomar rayos Ultravioleta	Actitud de protección frente a los rayos UV
	Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	Actitud vigilante ante sustancias nocivas en el trabajo y en el entorno de la vivienda
	Programas de vacunación	Cumplimiento del calendario vacunal autonómico
	Educación sanitaria	Informar a la población al respecto del cáncer
	Términos generales	Palabras usadas para referirse en rasgos generales a la prevención primaria
Prevención Secundaria		Detección temprana de casos nuevos de cáncer

	Detección precoz	Detección en estadios poco avanzados
	Tratamientos médicos y quirúrgicos	Medicamentos y cirugía
Asociaciones generales		Palabras o expresiones que se asocian a la prevención

La primera categoría recibió el nombre de *prevención primaria* y se entiende como tal la reducción de la incidencia del cáncer mediante promoción de la salud, véase por ejemplo ‘abandono tabaco’ o ‘actividad física’. Esta categoría fue subclasificada en nueve grupos que recibieron el nombre de *no tabaquismo, peso corporal saludable y ejercicio físico, dieta saludable, no consumo de alcohol, no tomar rayos Ultravioleta, protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral, programas de vacunación, educación sanitaria* y, por último, *términos generales*.

La primera subcategoría fue denominada *no tabaquismo*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las medidas preventivas del abandono del hábito tabáquico, como por ejemplo ‘evitando factores como tabaco’. Se incluyeron un total de 32 definiciones. La Tabla AXVII.1 que se encuentra en el anexo XVII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *peso corporal saludable y ejercicio físico*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los profesionales sanitarios con la finalidad de unificar las medidas de prevención relacionadas con el deporte y el peso saludable, como por ejemplo ‘realizando ejercicio de forma regular’. Se incluyeron un total de 18 palabras o expresiones. En la Tabla AXVII.2 que se encuentra situada en el anexo XVII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *dieta saludable*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de prevención la comida sana, como por ejemplo véase ‘dieta saludable’. Fueron un total de 39 palabras o expresiones. La Tabla AXVII.3 que se encuentra en el anexo XVII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La cuarta subcategoría fue denominada *no consumo de alcohol*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar como medida de prevención el abandono del hábito enólico, como por ejemplo ‘abstinencia alcohol’. Se incluyeron un total de 11 palabras o expresiones. En la Tabla AXVII.4 que se encuentra situada en el anexo XVII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La quinta subcategoría fue denominada *no tomar rayos ultravioleta* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar como medida preventiva no tomar el sol o tomarlo con protección, como por ejemplo ‘mínima exposición solar’. Se incorporaron un total de 8 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AXVII.5.

La sexta subcategoría fue denominada *protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los métodos de prevención frente a posibles sustancias cancerosas que se puedan encontrar en el lugar de trabajo o en el medio ambiente, como por ejemplo ‘evitar radiaciones ionizantes’. Se incluyeron un total de 7 definiciones. La Tabla AXVII.6 que se encuentra en el anexo XVII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La séptima subcategoría fue denominada *programas de vacunación*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas a las vacunas como método de prevención, como por ejemplo ‘vacunas papiloma’. Se incluyeron un total de 5 palabras o expresiones. En la Tabla AXVII.7 que se encuentra situada en el anexo XVII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La octava subcategoría fue denominada *educación sanitaria*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de referirse al adiestramiento que debe recibir la población con respecto a los métodos de prevención, como por ejemplo ‘educación sanitaria a la población’. Se incluyeron un total de 3 palabras o expresiones. En la Tabla AXVII.8 que se encuentra situada en el anexo XVII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La novena y última subcategoría fue denominada *términos generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que o bien eran métodos de prevención más generalistas o eran la combinación de varios métodos preventivos diferentes, como por ejemplo véase ‘buenos hábitos generales’ o ‘dieta, ejercicio’. Fueron un total de 154 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AXVII.9 del anexo XVII.

La segunda categoría fue denominada *prevención secundaria*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a los métodos empleados para diagnosticar de la manera más precoz posible el cáncer, una vez éste ya se ha instaurado en el cuerpo de la persona, como por ejemplo ‘chequeos médicos’, ‘análisis genéticos’ o ‘revisiones rutinarias’. La categoría fue dividida en los siguientes subgrupos: *detección precoz y tratamientos médicos y quirúrgicos*.

La primera subcategoría fue denominada *detección precoz*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir

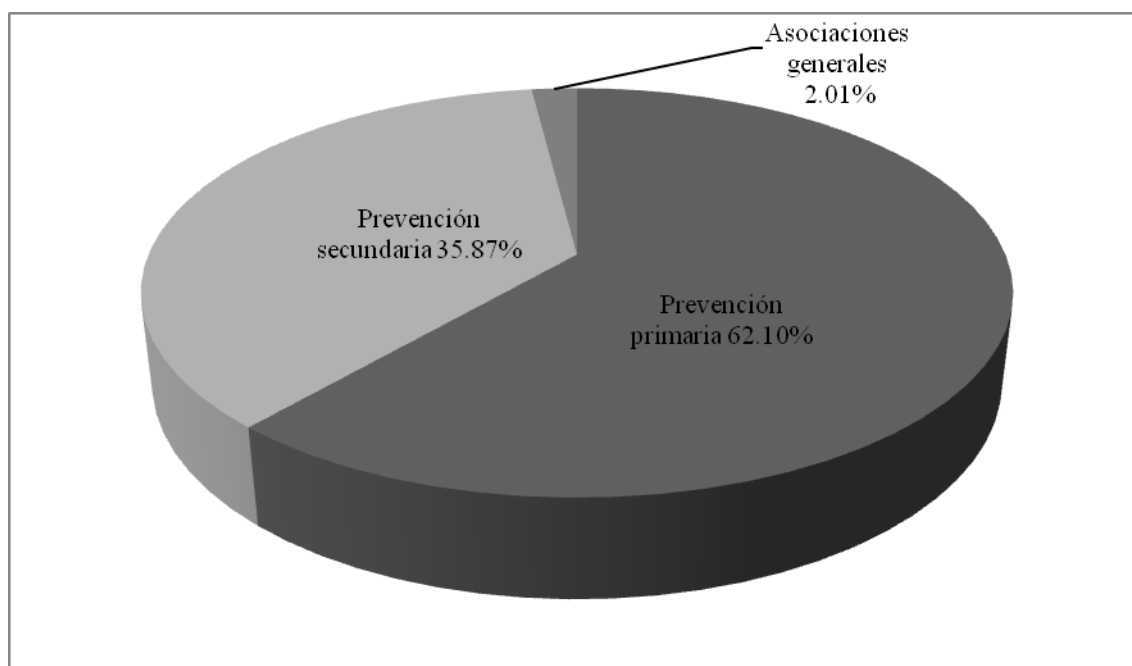
las medidas para un diagnóstico rápido, como por ejemplo ‘técnicas preventivas adecuadas a edad y sexo’ o ‘screening para detección precoz’. Se incluyeron un total de 157 definiciones. La Tabla AXVII.10 que se encuentra en el anexo XVII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *tratamientos médicos y quirúrgicos*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de prevención métodos relacionados con los facultativos y con la cirugía como por ejemplo véase ‘cirugía’ o ‘quimio’. Fueron un total de 3 palabras o expresiones. La Tabla AXVII.11 que se encuentra en el anexo XVII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La tercera y última categoría fue denominada *asociaciones generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que no pudieron ser catalogadas en las anteriores categorías por su variabilidad, como por ejemplo ‘gastritis crónica’ o ‘tranquilidad’. Se obtuvieron un total de 9 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AXVII.12 en el anexo XVII.

En la Figura 9.5.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *prevención primaria*, supuso el 62.10% de los atributos que los sujetos sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar la prevención. La segunda categoría denominada *prevención secundaria* constituyó el 35.87% de los calificativos que las personas sanitarias entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar la prevención. La tercera y última categoría, *asociaciones generales*, supuso el 2.01% del total de los atributos.

Figura 9.5.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto ‘prevención’

La Tabla 9.5.4 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre la prevención. En ella puede observarse que la categoría de primer orden que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar la prevención del cáncer fue *prevención primaria* con una frecuencia de 274. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *asociaciones generales* con una frecuencia de aparición de 9.

Tabla 9.5.4

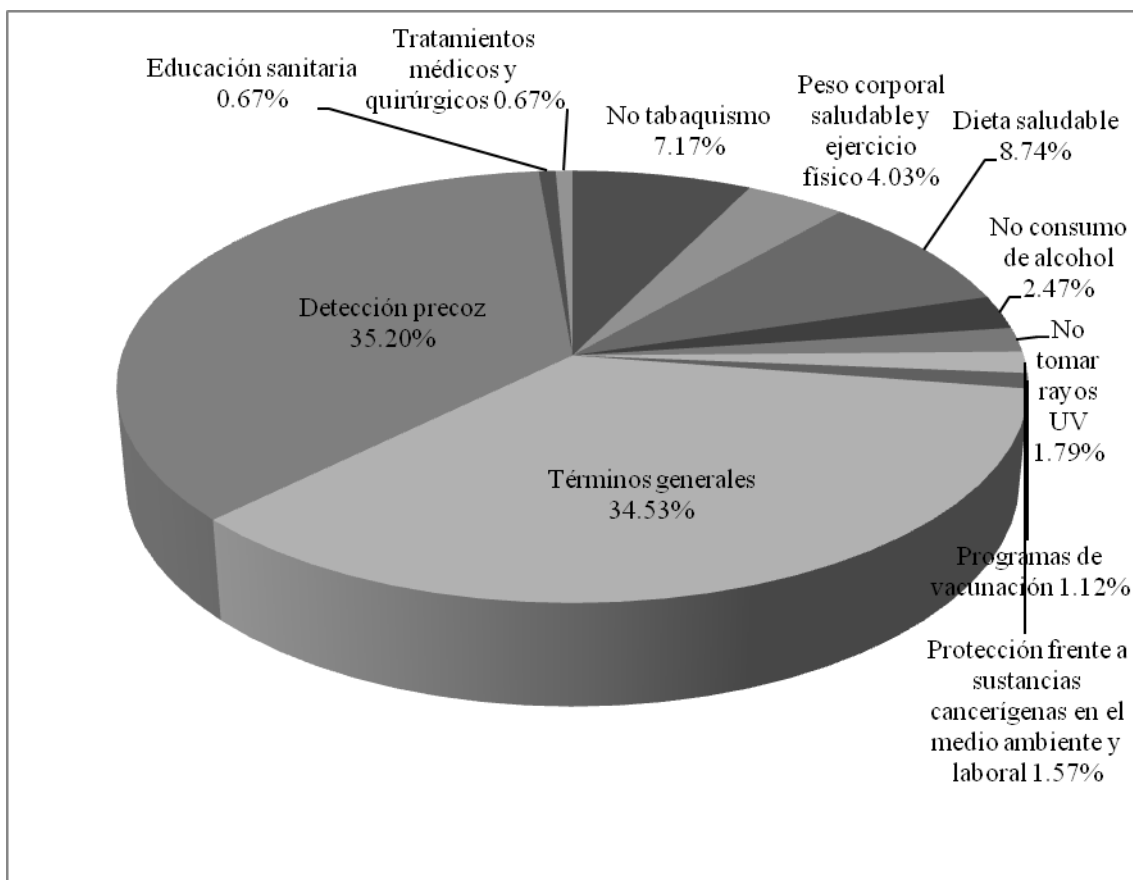
Frecuencias de las categorías de primer orden y segundo orden del concepto de ‘prevención’

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Prevención primaria		277
	No tabaquismo	32
	Peso corporal saludable y ejercicio físico	18
	Dieta saludable	39
	No consumo de alcohol	11
	No tomar rayos Ultravioleta	8

	Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	7
	Programas de vacunación	5
	Educación sanitaria	3
	Términos generales	154
Prevención secundaria		160
	Detección precoz	157
	Tratamientos médicos y quirúrgicos	3
Asociaciones generales		9

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.5.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *términos generales* y *detección precoz* con porcentajes de 34.53% y 35.20% respectivamente. La categoría de segundo orden *términos generales* forma parte de la categoría de primer orden *prevención primaria*, mientras que la categoría de segundo orden *detección precoz* forma parte de la categoría de primer orden *prevención secundaria*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *programas de vacunación*, *educación sanitaria* y *tratamientos médicos y quirúrgicos* con porcentajes de 1.12%, 0.67% y 0.67% respectivamente. La categoría de segundo orden *tratamientos médicos y quirúrgicos* forma parte de la categoría de primer orden *prevención secundaria*, mientras que las subcategorías *programas de vacunación* y *educación sanitaria* forman parte de la categoría de primer orden *prevención primaria*.

Figura 9.5.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de 'prevención'

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte profesionales sanitarios diferentes. La palabra fue la siguiente: de la categoría de segundo orden *términos generales* destacó la palabra 'hábitos de vida saludables' con una frecuencia de aparición de 24.

Tabla 9.5.5

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Prevención primaria	Términos generales	Hábitos de vida saludables	24

9.6. Percepción de los profesionales sanitarios de patología amenazante y controlable.

La siguiente área temática a analizar fue la de *amenazante y percepción de control*. Para analizarla se pidió a los profesionales sanitarios que fueron entrevistados que respondieran a tres ítems que debían valorar en una escala del 1 al 10. El primer ítem preguntaba si consideraban que el cáncer era una enfermedad mortal. Los resultados muestran que los sanitarios consideraban que era bastante mortal (\bar{x} = 6.82; DT= 2.44). La Tabla 9.6.1 muestra la distribución de las frecuencias y de los porcentajes. En ella se puede observar que el 57.3% de los profesionales sanitarios catalogaron el cáncer de ser una enfermedad mortal. El 8.4% puntuaron el ítem con los valores más bajos; es decir, que opinaban que no se trataba de una enfermedad mortal. También comentar que un 34.3% de los entrevistados sanitarios opinaron que era mortal en algunos casos.

Tabla 9.6.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad mortal

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	17	4.6
2	7	1.9
3	7	1.9
4	13	3.5
5	84	22.7
6	30	8.1
7	54	14.6
8	52	14.1
9	36	9.7
10	70	18.9

Posteriormente, se les solicitó información sobre si les daba miedo el cáncer. Los resultados muestran que tenían un miedo bastante alto a dicha enfermedad (\bar{x} = 8.63; DT= 1.98). La Tabla 9.6.2 muestra que a un 53% de los profesionales sanitarios entrevistados les

daba mucho miedo el cáncer. Sin embargo, un 0.8% de los sanitarios entrevistados no tenían nada de miedo a la enfermedad oncológica.

Tabla 9.6.2

Distribución de frecuencias y porcentajes del miedo a la enfermedad

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	3	0.8
2	2	0.5
3	4	1.1
4	6	1.6
5	30	8.2
6	10	2.7
7	28	7.6
8	35	9.5
9	55	14.9
10	195	53.0

También se preguntó a los sanitarios entrevistados a cerca de la preocupación que sentían por contraer algún día cáncer. Ésta también era medianamente alta (\bar{x} = 8.16; DT= 2.40). Así pues, si se observa la tabla 9.6.3, se puede advertir que un total de 48% de los sujetos puntuaron el ítem con el máximo valor (10), significando que les preocupaba totalmente contraer la enfermedad de cáncer en un futuro. Sin embargo, un 2.5% de los sujetos puntuaron con el valor más pequeño (1), es decir, que no sentían preocupación alguna por contraer la enfermedad en un futuro.

Tabla 9.6.3

Distribución de frecuencias y porcentajes de la preocupación por contraer la enfermedad en un futuro

Escala Likert	Frecuencia	Porcentajes
1	9	2.5
2	6	1.6
3	11	3.0
4	4	1.1

5	30	8.2
6	19	5.2
7	34	9.3
8	39	10.6
9	39	10.6
10	176	48.0

Una vez analizada la preocupación por contraer cáncer, se les preguntó por la consideración de que podrían ser algún día enfermos de cáncer. En la Tabla 9.6.4 se observa que un 92.6% de la población sanitaria entrevistada consideraba que era posible contraer la enfermedad.

Tabla 9.6.4

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia de poder contraer la enfermedad

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	27	7.4
Con creencia	338	92.6

Junto a la pregunta anterior también se les solicitaba información sobre la consideración de que todas las personas pudieran tener cáncer. Tal y como se observa en la Tabla 9.6.5, el 91.7% del total de los sanitarios que fueron entrevistados creían que todas las personas podían tener cáncer.

Tabla 9.6.5

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia que todos podemos tener cáncer

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	31	8.3
Con creencia	342	91.7

Por último, se analizó la percepción de ser el cáncer una enfermedad controlable. Parece que la muestra consideraba que era medianamente controlable (\bar{x} = 6.34; DT= 2.23). La Tabla 9.6.6 muestra que un 10.1% de los sujetos puntuaron el ítem con los valores más bajos frente al 48.5% de los individuos que puntuaron con los valores máximos, es decir, que tenían la percepción de ser el cáncer una enfermedad controlable. No obstante, un 41.4% de la muestra puntuó con los valores intermedios lo que muestra que para ellos el cáncer se podía controlar tan sólo en cierta medida.

Tabla 9.6.6

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad controlable

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	14	3.8
2	8	2.2
3	15	4.1
4	16	4.4
5	86	23.6
6	49	13.4
7	62	17.0
8	53	14.5
9	26	7.1
10	36	9.9

9.7. Percepción de los profesionales sanitarios de los tratamientos de la enfermedad oncológica.

El área temática *tratamiento* lo forma una única cuestión de tipo cualitativo donde los profesionales sanitarios que fueron entrevistados debían indicar los tratamientos que consideraban más efectivos contra el cáncer, entendiendo como tratamiento el “conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad” (RAE, s.f). Con la muestra de 374 sujetos, las palabras asociadas a recoger fueron un total de 888. En la formación de

categorías se procuró atender al contenido literal de los términos y se estructuraron en: *tratamientos genéricos; tratamientos preventivos; tratamientos farmacológicos; tratamientos médicos; tratamientos psicológicos, tratamientos quirúrgicos; tratamientos naturales; hábitos de vida saludable; combinación de tratamientos; no creencia/no conocimientos; tratamientos espirituales* y, por último, *tratamientos relacionados con la actitud personal*.

En la Tabla 9.7.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.7.1.

Categorización del concepto de tratamiento

CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Tratamientos genéricos	Tratamientos a nivel general
Tratamientos preventivos	Procedimientos relacionados con la acción de prevenir
Tratamientos farmacológicos	Medicamentos
Tratamientos médicos	Tratamientos pautados por facultativos
Tratamientos psicológicos	Tratamientos pautados por psicólogos
Tratamientos quirúrgicos	Procedimientos relacionados con la cirugía
Tratamientos naturales	Sustancias no químicas para tratar el cáncer
Hábitos de vida saludable	Acciones dirigidas para prevenir el cáncer
Combinación de tratamientos	Uso de varios tratamientos juntos
No creencia/no conocimientos	Relación de convicciones de los entrevistados acerca de la no creencia en tratamientos efectivos
Tratamientos espirituales	Procedimientos relacionados con la religión y la espiritualidad de las personas
Tratamientos relacionados con la actitud personal	Procedimientos que tienen que ver con la manera de afrontar la enfermedad

La primera categoría recibió el nombre de *tratamientos genéricos* y se entiende como tal los procedimientos usados para tratar la enfermedad de cáncer desde una perspectiva general, véase por ejemplo ‘depende de pacientes’ o ‘según el cáncer, los establecidos por los oncólogos’. Se incluyeron un total de 54 definiciones. La Tabla AXVIII.1 que se encuentra en el anexo XVIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La segunda categoría fue denominada *tratamientos preventivos*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de unificar las medidas de prevención, como por ejemplo ‘prevención primaria’ o ‘tratamiento de prevención’. Se incluyeron un total de 60 palabras o

expresiones. En la Tabla AXVIII.2 que se encuentra situada en el anexo XVIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera categoría fue denominada *tratamientos farmacológicos*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como tratamiento los medicamentos, como por ejemplo véase ‘citostáticos’ o ‘la quimio’. Fueron un total de 242 palabras o expresiones. La Tabla AXVIII.3 que se encuentra en el anexo XVIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La cuarta categoría fue denominada *tratamientos médicos*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar como tratamiento los procedimientos pautados por el personal facultativo, como por ejemplo ‘trasplante médula’ o ‘radioterapia’. Se incluyeron un total de 221 palabras o expresiones. En la Tabla AXVIII.4 que se encuentra situada en el anexo XVIII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La quinta categoría fue denominada *tratamientos psicológicos* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los entrevistados sanitarios con la finalidad de denominar como tratamiento los procedimientos pautados por los psicólogos, como por ejemplo ‘terapia psicológica’ o ‘tratamiento psicológico’. Se incorporaron un total de 17 palabras o expresiones que se encuentran agrupadas en la Tabla AXVIII.5

La sexta categoría fue denominada *tratamientos quirúrgicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los procedimientos relacionados con la cirugía, como por ejemplo ‘cirugía radical’ o ‘tratamiento quirúrgico’. Se incluyeron un total de 182 definiciones. La Tabla AXVIII.6 que se encuentra en el anexo XVIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La séptima categoría fue denominada *tratamientos naturales*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases vinculadas a procedimientos terapéuticos no químicos, como por ejemplo ‘terapias naturales’. Se incluyeron un total de 2 palabras o expresiones. En la Tabla AXVIII.7 que se encuentra situada en el anexo XVIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La octava categoría fue denominada *hábitos de vida saludables*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que están relacionadas con procedimientos beneficiosos para la salud, como por ejemplo véase ‘deporte’ o ‘dieta sana’. Fueron un total de 20 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AXVIII.8 del anexo XVIII.

La novena categoría fue denominada *combinación de tratamientos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a la mezcla de métodos para tratar la enfermedad de cáncer, como por ejemplo ‘quimioterapia + cirugía’. Se incluyeron un total de 33 definiciones. La Tabla AXVIII.9 que se encuentra en el anexo XVIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La décima categoría fue denominada *no creencias/no conocimientos*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sujetos sanitarios entrevistados con la finalidad de referirse al convencimiento propio que no existe un tratamiento para el cáncer, como por ejemplo ‘ninguno’ o ‘nada’. Se incluyeron un total de 15 palabras o expresiones. En la Tabla AXVIII.10 que se encuentra situada en el anexo XVIII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

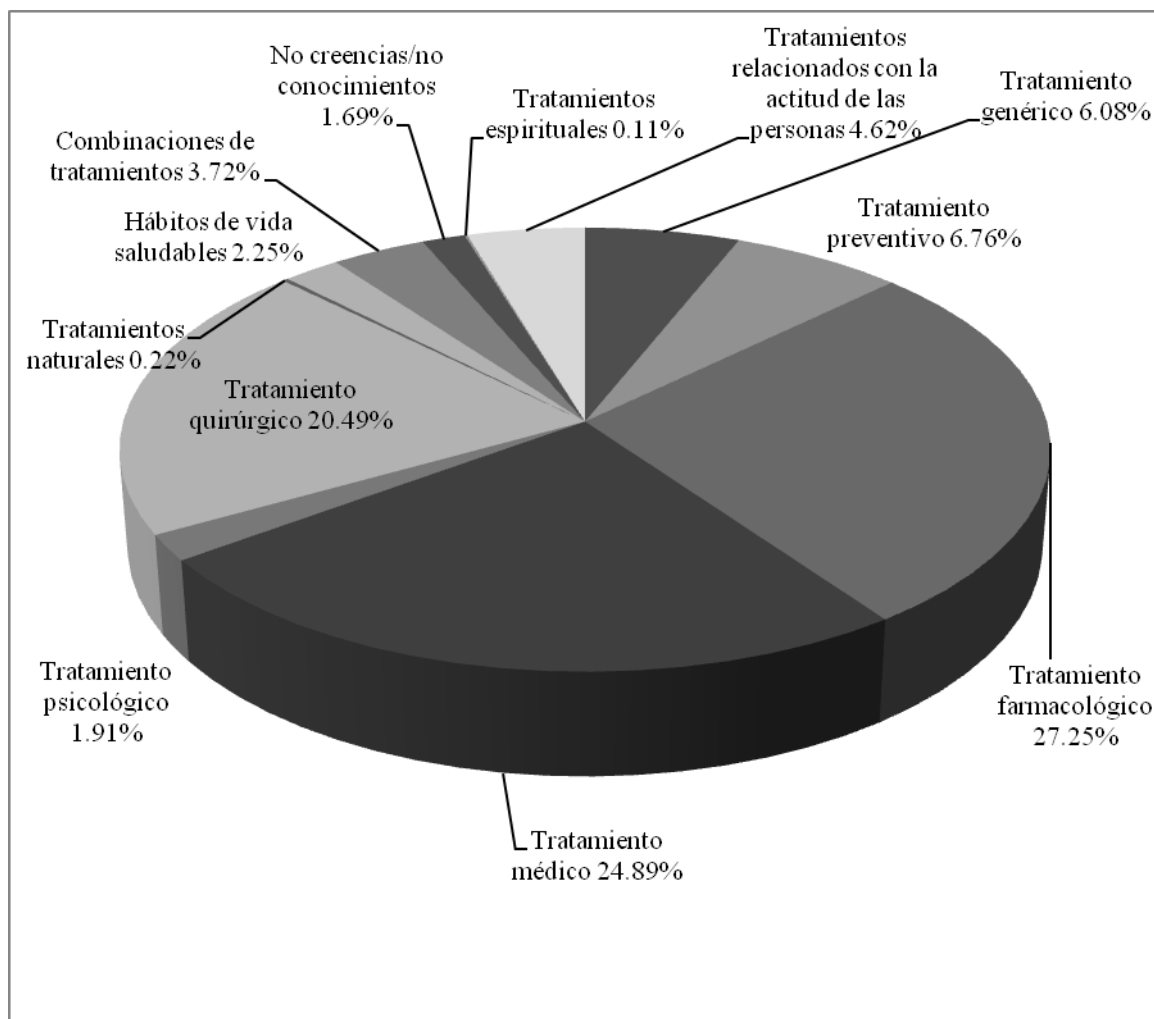
La penúltima categoría fue denominada *tratamientos espirituales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de cura los procedimientos relacionados con la espiritualidad de las personas, como por ejemplo véase

‘reiki’. Fue un total de 1 palabra o expresión. La Tabla AXVIII.11 que se encuentra en el anexo XVIII recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La última categoría fue denominada *tratamientos relacionados con la actitud de las personas*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que pretendían reunir como método de tratamiento la disposición que tienen las personas ante la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘cambiar la mentalidad’ u ‘optimismo’. Se obtuvieron un total de 41 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AXVIII.12 en el anexo XVIII.

En la Figura 9.7.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *tratamientos genéricos*, supuso el 6.08% de los atributos que los sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar el tratamiento. La segunda categoría denominada *tratamientos preventivos* constituyó el 6.76% de los calificativos que las personas sanitarias entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento para el cáncer. La tercera categoría, *tratamientos farmacológicos*, supuso el 27.25% del total de los atributos, siendo la categoría con el porcentaje más elevado. La categoría *tratamientos médicos* formó el 24.89% del total de los atributos, siendo así, la segunda categoría con el porcentaje más elevado. La siguiente categoría, *tratamientos psicológicos*, constituyó el 1.91% mientras que la categoría *tratamientos quirúrgicos* supuso el 20.49%. La séptima y la octava categoría, *tratamientos naturales y hábitos de vida saludables*, supusieron el 0.22% y el 2.25% respectivamente. La categoría *combinaciones de tratamientos* constituyó el 3.72% del total de los atributos que los sanitarios señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento; mientras que la categoría *no creencias/no conocimientos* supuso el 1.69%. Las dos últimas categorías, *tratamientos espirituales* y *tratamientos relacionados con la actitud de las personas* constituyeron el 0.11% y el 4.62% respectivamente del total.

Figura 9.7.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘tratamiento’

La Tabla 9.7.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre el cáncer. En ella puede observarse que las tres categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el tratamiento fueron *tratamientos farmacológicos*, *tratamientos médicos* y *tratamientos quirúrgicos*, con frecuencias de 242, 221 y 182 respectivamente. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron *tratamientos naturales* y *tratamientos espirituales* con una frecuencia de aparición de 2 y 1 respectivamente.

Tabla 9.7.2

Frecuencias de las categorías de primer orden del concepto de ‘tratamiento’

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	FRECUENCIA
Tratamientos genéricos	54
Tratamientos preventivos	60
Tratamientos farmacológicos	242
Tratamientos médicos	221
Tratamientos psicológicos	17
Tratamientos quirúrgicos	182
Tratamientos naturales	2
Hábitos de vida saludables	20
Combinación de tratamientos	33
No creencias/no conocimientos	15
Tratamientos espirituales	1
Tratamientos relacionados con la actitud de las personas	41

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte, es decir, una misma palabra fue mencionada, como mínimo, por veinte profesionales sanitarios diferentes. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría *tratamientos preventivos* destacó la palabra ‘prevención’ con una frecuencia de aparición de 26. De la categoría *tratamientos farmacológicos* sobresalió la palabra ‘quimioterapia’ con una frecuencia de 211. De la categoría *tratamientos médicos* despuntó ‘radioterapia’ con una frecuencia de 180; mientras que en la categoría *tratamientos quirúrgicos* destacó la palabra ‘cirugía’ con una frecuencia de aparición de 116.

Tabla 9.7.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Tratamientos preventivos	Prevención	26
Tratamientos farmacológicos	quimioterapia	211
Tratamientos médicos	Radioterapia	180
Tratamientos quirúrgicos	Cirugía	116

9.8. Percepción de los profesionales sanitarios de ser una enfermedad que se transmite y se contagia.

El área temática de *transmisión y contagio* se analizó a partir de dos ítems. El primer ítem valoraba si el cáncer era una enfermedad que se contagiaba. Los profesionales sanitarios debían valorar este ítem en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el cáncer no era una enfermedad contagiosa y la puntuación de 10 significaba que sí era una enfermedad contagiosa. Los resultados indican que los sanitarios consideraban que el cáncer no era una enfermedad que se contagiaba (\bar{x} = 1.18; DT= 0.78). En la Tabla 9.8.1 se observa que un 92.3% de la población entrevistada puntuó que no se trataba de una enfermedad contagiosa.

Tabla 9.8.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad contagiosa

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	334	92.3
2	13	3.6
3	6	1.7
4	3	0.8
5	4	1.1
6	1	0.3
10	1	0.3

El segundo ítem solicitaba información sobre si el cáncer se percibía como una patología hereditaria. Los resultados obtenidos indican que la consideraban medianamente hereditaria (\bar{x} = 6.31; DT= 2.42). Así pues, en la Tabla 9.8.2 se observa que el 47.8% de los sanitarios que fueron entrevistados puntuaron el ítem con los valores más elevados, mientras que el 40.1% con los valores intermedios y el 12% lo puntuaron con los valores más bajos.

Tabla 9.8.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la percepción de ser enfermedad que se hereda

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	17	4.6
2	8	2.2
3	19	5.2
4	25	6.8
5	82	22.4
6	40	10.9
7	56	15.3
8	44	12.0
9	24	6.6
10	51	13.9

9.9. Percepción de los profesionales sanitarios de los grupos de riesgo.

El área temática de *grupo de riesgo* se analizó a partir de tres preguntas cerradas y una pregunta abierta. La primera pregunta cerrada solicitaba información sobre los grupos poblacionales con más riesgo de contraer la enfermedad oncológica. En la Tabla 9.9.1 se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes. En ella se observa que el 96.2% de los profesionales sanitarios respondieron que sí creían en la existencia de un grupo de riesgo. Tan sólo el 3.8% de los sanitarios respondieron que no existía tal grupo de riesgo.

Tabla 9.9.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de la creencia de que existe grupo de riesgo

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
Sin creencia	14	3.8
Con creencia	359	96.2

Los sanitarios entrevistados que respondían afirmativamente a la pregunta anterior, debían indicar los grupos con más riesgo de contraer la enfermedad de cáncer. Las palabras que contestaron a esta pregunta fueron un total de 801. En la formación de categorías se procuró atender al contenido literal de los términos, ciñéndose, en este caso, a las clasificaciones de *MD Anderson Center* (2015). Se obtuvo un total de siete categorías que se denominaron de la siguiente manera: *factores de riesgo relacionados con la conducta*, *factores de riesgo ambientales*, *factores de riesgo biológicos*, *factores de riesgo hereditarios*, *no revisiones médicas*, *factores psicológicos* y, por último, *asociaciones generales*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 9.9.2 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.9.2

Categorización del concepto de grupo de riesgo

CATEGORÍAS PRIMERO ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS
Factores de riesgo relacionados con la conducta		Tipos de comportamiento como causa de cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Sustancias psicoactivas que pueden producir cáncer
	Factores de riesgo relacionados con la alimentación	La comida como desencadenante del cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	La falta de deporte y el peso corporal como desencadenantes del cáncer
	Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	Tipo de actividad sexual como posible causa de la enfermedad
	Factores de riesgo relacionados con el contagio por virus	Contagio de virus como circunstancia desencadenante de la enfermedad oncológica
	Términos generales	Términos que se asocian de manera general a los factores de riesgo del cáncer
Factores de riesgo ambientales		Elementos del ambiente que pueden desencadenar un cáncer
	Factores de riesgo relacionados con el sol	La exposición solar como posible causa
	Factor de riesgo laboral	Exposición a sustancias tóxicas en el trabajo como posible causa de cáncer
	Factores de riesgo medio ambiente	Exposición a sustancias tóxicas en el medio ambiente como posible causa de cáncer
Factores de riesgo biológico		Elementos intrínsecos de la persona que pueden provocar un cáncer

Factores de riesgo hereditarios	La herencia genética como probable causa de la dolencia
No revisiones médicas	La no prevención secundaria como causa de contraer cáncer
Factores psicológicos	La actitud ante la vida como causa de la enfermedad
Asociaciones generales	Términos relacionados de modo general con los factores de riesgo del cáncer

La primera categoría recibió el nombre de *factores de riesgo relacionados con la conducta* y se entiende como tal ciertos tipos de comportamientos que pueden llevar a desencadenar la enfermedad, véase por ejemplo ‘adictos al tabaco’ o ‘alcoholismo’. Esta categoría fue subclasificada en seis grupos que recibieron el nombre de *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas*, *factores de riesgo relacionados con la alimentación*, *factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal*, *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual*, *factores de riesgo relacionados con el contagio por virus* y, por último, *términos generales*.

La primera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las sustancias psicoactivas como elementos que pueden provocar cáncer, como por ejemplo ‘personas fumadoras’ o ‘personas que beben’. Se incluyeron un total de 240 definiciones. La Tabla AXIX.1 que se encuentra en el anexo XIX recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con la alimentación*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de reunir el tipo de alimentación que puede causar cáncer, como por ejemplo ‘dieta pobre de frutas, verduras’ o ‘que coman una dieta alta en grasas’. Se incluyeron un total de 42 palabras o expresiones. En la Tabla AXIX.2 que se

encuentra situada en el anexo XIX están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que trataban de explicar qué tipo de actividad física y peso corporal pueden ser causa de cáncer como por ejemplo véase ‘sedentarismo’ o ‘personas obesas’. Fueron un total de 16 palabras o expresiones. La Tabla que recoge las palabras de dicha subcategoría es la AXIX.3 y también se encuentran en el anexo XIX.

La cuarta subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir los comportamientos sexuales que pueden provocar la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘relaciones sexuales múltiples’. Se incluyeron un total de 4 definiciones. La Tabla AXIX.4 que se encuentra en el anexo XIX recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta subcategoría.

La quinta subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el contagio por virus*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de mencionar los virus que pueden causar cáncer, como por ejemplo ‘VIH’ o ‘VHC’. Se incluyeron un total de 7 palabras o expresiones. En la Tabla AXIX.5 que se encuentra situada en el anexo XIX están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La sexta y última subcategoría fue denominada *términos generales*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que hacían una proposición de manera general de los elementos que podrían causar la enfermedad oncológica, como por ejemplo véase ‘con hábitos poco saludables’ o ‘quien no lleve una vida sana’. Fueron un total de 116 palabras o

expresiones. La Tabla que recoge las palabras de dicha subcategoría es la AXIX.6 y también se encuentran en el anexo XIX.

En la segunda categoría, que fue llamada *factores de riesgo ambientales*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a los elementos que se encuentran en el ambiente que pueden provocar cáncer, como por ejemplo ‘abuso exposición solar’. Esta categoría fue a su vez dividida en tres subgrupos: *factores de riesgo relacionados con el sol*, *factores de riesgo laborales* y, por último, *factores de riesgo medioambientales*.

La primera subcategoría fue denominada *factores de riesgo relacionados con el sol*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar como probable causa de enfermedad oncológica la exposición inadecuada al sol, como por ejemplo ‘tomar sol sin protección’. Se incluyeron un total de 9 palabras o expresiones. En la Tabla AXIX.7 que se encuentra situada en el anexo XIX están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *factores de riesgo laborales* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar los elementos del trabajo que pueden causar la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘mineros’ o ‘trabajadores nucleares’. Se incluyeron un total de 37 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AXIX.8.

La tercera subcategoría fue denominada *factores de riesgo del medio ambiente*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar los elementos del medio ambiente que pueden causar cáncer, como por ejemplo ‘personas expuestas a medios contaminantes’. Se obtuvieron un total de 50 palabras o expresiones que se encuentran situadas en la Tabla AXIX.9 en el anexo XIX.

La tercera categoría fue denominada *factores de riesgo biológico*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a los elementos intrínsecos a la persona que pueden desencadenar un cáncer, como por ejemplo ‘mujeres’ o ‘ser mayor de 70 años’. Fueron un total de 18 palabras o expresiones se encuentran recogidos en la Tabla AXIX.10 y se encuentran en el anexo XIX.

La cuarta categoría fue denominada *factores de riesgo hereditarios*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a la herencia genética como probable causa de cáncer, véase por ejemplo ‘factor hereditario’ o ‘riesgos genéticos’. Se incorporaron un total de 225 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXIX.11 y se encuentra ubicada en el anexo XIX.

En la quinta categoría, que fue denominada *no revisiones médicas*, se incluyeron todas aquellas palabras o frases que hacían referencia a la no prevención secundaria (screening, controles médicos, etcétera), como por ejemplo ‘despreocupación exploraciones preventivas’. Se incorporaron un total de 6 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXIX.12.

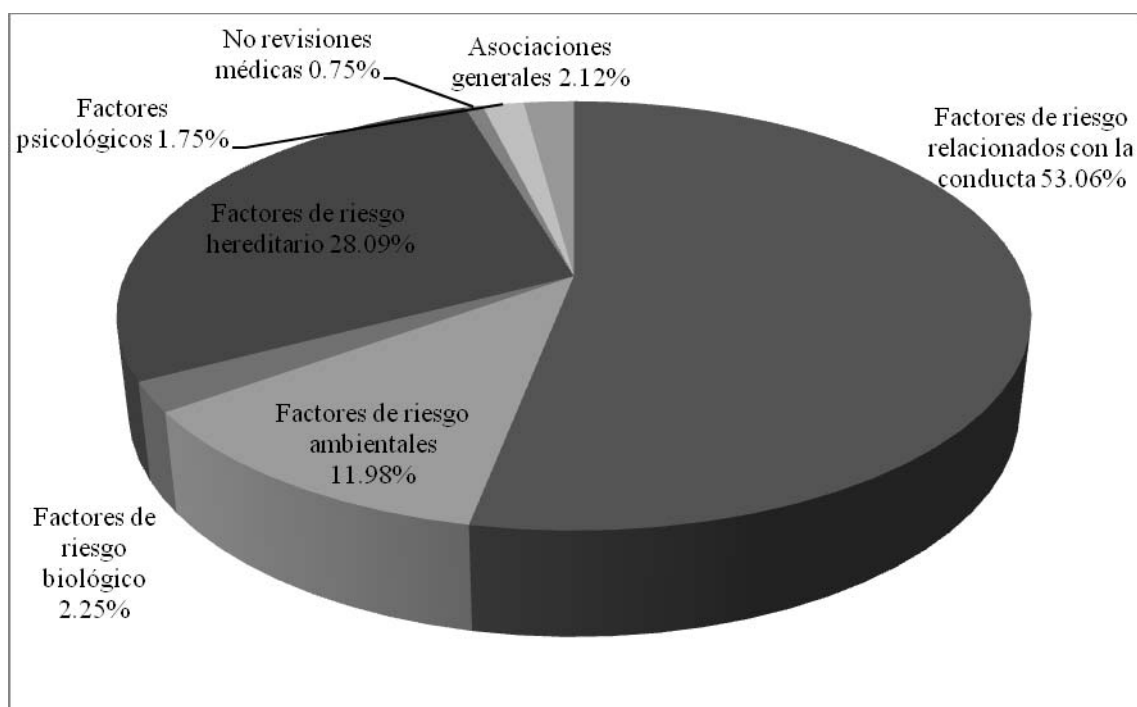
La sexta categoría fue denominada *factores psicológicos*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían a la actitud por parte de las personas como probable causa de cáncer, véase por ejemplo ‘personas con mucho estrés’ o ‘las personas negativas’. Se incorporaron un total de 14 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXIX.13 y se encuentra ubicada en el anexo XIX.

En la séptima y última categoría que fue denominada *asociaciones generales* se incorporaron todas las palabras o expresiones que utilizaron los sanitarios entrevistados en un intento de enumerar factores de riesgo del cáncer de un modo general como pueda ser ‘todos

en general'. Se incluyeron un total de 17 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXIX.14 del anexo XIX.

En la Figura 9.9.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *factores de riesgo relacionados con la conducta*, fue la que obtuvo el porcentaje mayoritario ya que supuso el 53.06% de los atributos que los sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar los grupos de riesgo. La segunda categoría, denominada *factores de riesgo ambientales*, constituyó el 11.98% de los calificativos que los profesionales entrevistadas señalaron en su intento de conceptualizar los grupos de riesgo. La siguiente categoría, *factores de riesgo biológico*, obtuvo un porcentaje del 2.25% mientras que la categoría que se denominó *factores de riesgo hereditario* obtuvo un porcentaje del 28.09% de los atributos. La quinta categoría, *no revisiones médicas*, fue la que obtuvo el porcentaje menos elevado ya que supuso el 0.75% del total. Las dos últimas categorías, *factores psicológicos* y *asociaciones generales*, obtuvieron porcentajes similares, 1.75% y 2.12% respectivamente.

Figura 9.9.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘grupos de riesgo’

La Tabla 9.9.3 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los grupos de riesgo. En ella puede observarse que las categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar los grupos de riesgo fueron *factores de riesgo relacionados con la conducta*, *factores de riesgo ambientales* y *factores de riesgo hereditarios*, con frecuencias de 425, 96 y 225 respectivamente. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *no revisiones médicas* con una frecuencia de aparición de 6.

Tabla 9.9.3

Frecuencias de las categorías de primer orden y segundo orden del concepto de ‘grupos de riesgo’

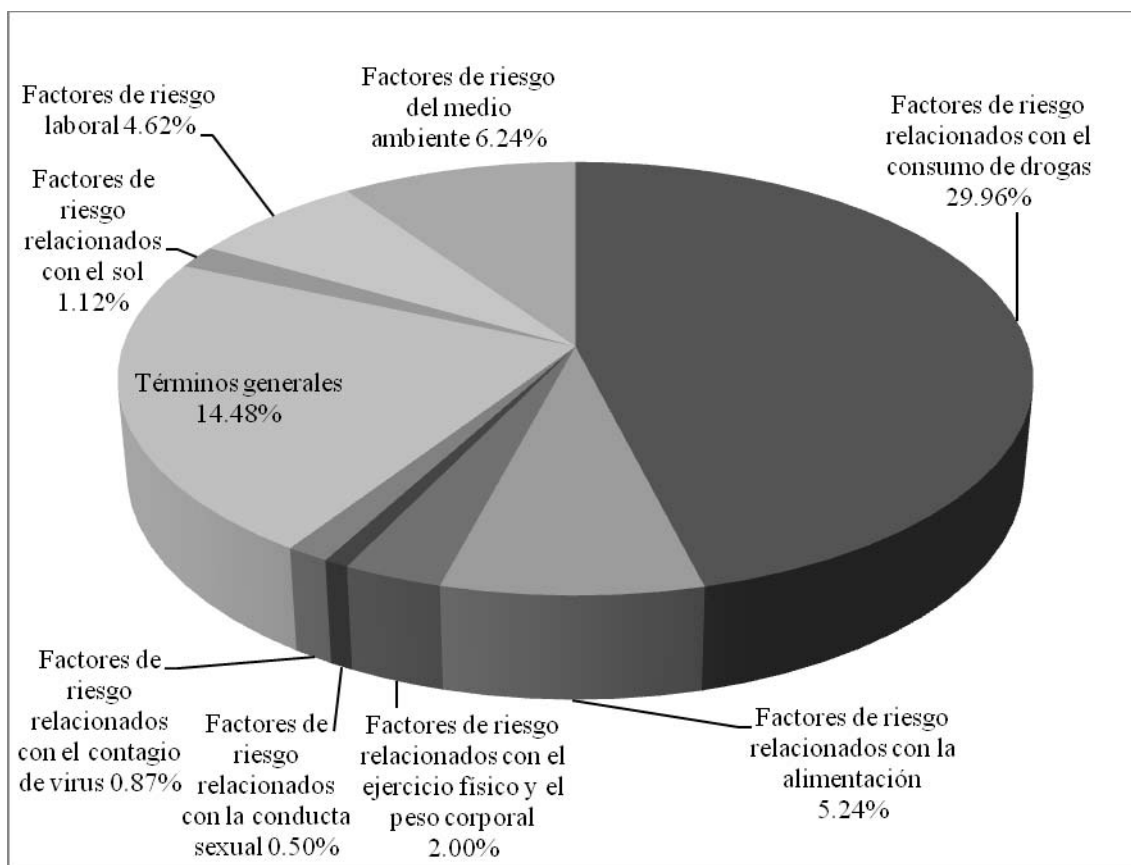
CATEGORÍAS DE PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS DE SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Factores de riesgo relacionados con la conducta		425
	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	240

	Factores de riesgo relacionados con la alimentación	42
	Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	16
	Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	4
	Factores de riesgo relacionados con el contagio de virus	7
	Términos generales	116
Factores de riesgo ambientales		96
	Factores de riesgo relacionados con el sol	9
	Factores de riesgo laboral	37
	Factores de riesgo del medio ambiente	50
Factores de riesgo biológico		18
Factores de riesgo hereditarios		225
No revisiones médicas		6
Factores psicológicos		14
Asociaciones generales		17

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.9.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas* y *términos generales* con porcentajes de 29.96% y 14.48% respectivamente. Ambas categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo relacionados con la conducta*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *factores de riesgo relacionados con el sol*, *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual* y *factores de riesgo relacionados con el contagio de virus* con porcentajes de 1.12%, 0.50 y 0.87% respectivamente. La categoría de segundo orden *factores de riesgo relacionados con el sol* forma parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo ambientales*; mientras que las dos categorías de segundo orden *factores de riesgo relacionados con la conducta sexual* y *factores de riesgo relacionados con el contagio de virus* forman parte de la categoría de primer orden *factores de riesgo relacionados con la conducta*.

Figura 9.9.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘grupos de riesgo’



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas* destacaron las palabras ‘alcohólicos’ y ‘fumadores/as’ con una frecuencia de aparición de 25 y 100 respectivamente. La Tabla 9.9.4 presenta las palabras.

Tabla 9.9.4

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Factores de riesgo relacionados con la conducta	Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Alcohólicos	25
		Fumador/es/as	100

Una vez concluido el análisis de las categorías sobre los grupos de riesgo se continuó con el análisis de la existencia de edades de riesgo. En la tabla 9.9.5 se observa que un 57.7% de los profesionales sanitarios pensaban que no había una edad de riesgo frente a un 42.3% que pensaban que sí que la había.

Tabla 9.9.5

Distribución de frecuencias y porcentajes de la existencia de edades de riesgo

Población sanitaria	Frecuencia	Porcentaje
No existe	213	57.7
Sí existe	156	42.3

Los sanitarios que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, debían indicar a qué edad creían que se era más vulnerable al cáncer. Para ello tenían cuatro opciones para elegir: infancia, adolescencia, adultez y tercera edad. Se podían añadir tantas opciones como se creyera conveniente. Un 90.5% de los sanitarios pensaban que la infancia no era una edad vulnerable de tener cáncer frente un 9.5% que opinaba que sí lo era. En la Tabla 9.9.6 se observa que el 91.9% indicaron que la adolescencia no era una edad vulnerable de tener cáncer y un 8.1% expresaron que sí era una edad vulnerable de padecer dicha enfermedad. El

84.6% de la población sanitaria entrevistada no estaba de acuerdo en afirmar que la adultez fuera una edad vulnerable de padecer cáncer, mientras que un 15.4% de las personas entrevistadas opinaban que sí era una edad vulnerable la adultez. Por último, en la Tabla se observa que el 19.8% expresaron que la tercera edad era una edad vulnerable de padecer la enfermedad oncológica mientras que el 80.2% manifestaron su disconformidad con dicha afirmación.

Tabla 9.9.6

Distribución de frecuencias y porcentajes de edad en que se considera que se es más vulnerable de tener cáncer

		Frecuencia	Porcentaje
Infancia	No	334	90.5
	Si	35	9.5
Adolescencia	No	339	91.9
	Si	30	8.1
Adultez	No	312	84.6
	Si	57	15.4
Tercera edad	No	296	80.2
	Si	73	19.8

9.10. Percepción de los profesionales sanitarios de los rasgos de personalidad.

La siguiente área temática es la que analizó los *rasgos de personalidad*. A los profesionales sanitarios se les preguntó, en primer lugar, si consideraban que la relación de

adjetivos que se presentaban podía describir a un enfermo de cáncer. Los adjetivos eran los siguientes: *activo, bueno, considerado, débil, divertido, eficaz, enfermo, extrovertido, generoso, grave, honrado, impulsivo, intolerante, introvertido, inútil, pesimista, profundo, resignado, simpático, sincero, triste y valiente*. La Tabla 9.10.1 muestra las distribuciones de frecuencias y porcentajes de cada uno de los adjetivos.

Tabla 9.10.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de los adjetivos como características que definen al enfermo de cáncer

	Adjetivo	Frecuencia	Porcentaje	Adjetivo	Frecuencia	Porcentaje
Caracteriza	Activo	264	77.0	Bueno	196	57.1
	No caracteriza	79	23.0		147	42.9
Caracteriza	Considerado	224	64.2	Débil	294	84.0
	No caracteriza	125	35.8		56	16.0
Caracteriza	Divertido	222	64.0	Eficaz	204	59.5
	No caracteriza	125	36.0		139	40.5
Caracteriza	Enfermo	305	88.2	Extrovertido	187	57.9
	No caracteriza	41	11.8		136	42.1
Caracteriza	Generoso	205	59.8	Grave	276	86.0
	No caracteriza	138	40.2		45	14.0
Caracteriza	Honrado	178	52.5	Impulsivo	194	55.7
	No caracteriza	161	47.5		154	44.3
Caracteriza	Intolerante	217	63.3	Introvertido	210	60.3
	No caracteriza	126	36.7		138	39.7
Caracteriza	Inútil	194	56.2	Pesimista	262	75.5
	No caracteriza	151	43.8		85	24.5
Caracteriza	Profundo	15	71.4	Resignado	267	77.4
	No caracteriza	6	28.6		78	22.6
Caracteriza	Simpático	178	51.4	Sincero	200	58.3
	No caracteriza	168	48.6		143	41.7
	Triste			Valiente		

Caracteriza	275	78.3	264	75.2
No caracteriza	76	21.7	87	24.8

En primer lugar, se puede observar en la Tabla 9.10.1 que el adjetivo que fue valorado con el porcentaje más elevado de la población sanitaria fue *enfermo*, con un 88.2% de los profesionales entrevistados, que creían que sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El resto de adjetivos fueron valorados por entre el 60 y el 70% de la población sanitaria entrevistada. A continuación se analizan los porcentajes obtenidos en el resto de adjetivos. En primer lugar los adjetivos vinculados a la enfermedad, en segundo lugar los relacionados con las emociones negativas, en tercer lugar los vinculados a las emociones y/o sentimientos positivos y, por último, el resto de adjetivos.

Los dos adjetivos que estaban vinculados a la patología oncológica, además del adjetivo *enfermo*, fueron *débil* y *grave*. En cuanto a *débil*, en la Tabla 9.10.1 se puede observar que un 84% de los sanitarios entrevistados consideraron al adjetivo *débil* como característica que podía definir al enfermo de cáncer. Mientras que el 86% de los profesionales entrevistados respondieron que sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo oncológico el adjetivo *grave*.

Los adjetivos que fueron vinculados a las emociones negativas fueron *inútil*, *pesimista*, *resignado* y *triste*. En cuanto al adjetivo *inútil*, un 56.2% del total de los sanitarios consideraban que dicho adjetivo sí era característica definitoria del enfermo de cáncer. Un 75.5% de los sanitarios que fueron entrevistados creían que el adjetivo *pesimista* caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El adjetivo *resignado* fue valorado de manera positiva por un 77.4% de la población entrevistada mientras que el atributo *triste* fue puntuado por un 78.3% de los profesionales sanitarios que pensaban que sí que caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer.

Los adjetivos que fueron unidos a los sentimientos y/o emociones positivas fueron *activo*, *profundo*, *simpático*, *sincero* y, por último, *valiente*. En relación al adjetivo *activo* en la Tabla se puede observar que para el 77% de la población sanitaria entrevistada sí caracterizaba de modo diferencial al enfermo de cáncer. El adjetivo *profundo* sí caracterizaba de modo diferencial según el 71.4% de los sujetos sanitarios que fueron entrevistados. El 51.4% del total de entrevistados sanitarios opinaron que el adjetivo *simpático* caracterizaba de modo diferencial a este tipo de personas; mientras que el adjetivo *sincero* era característico del enfermo oncológico para el 58.3% de la población sanitaria entrevistada. El último adjetivo relacionado con emociones y/o sentimientos positivos fue *valiente*, que tal y como se observa en la Tabla 9.10.1 resultó ser un atributo que sí caracterizaba al enfermo oncológico según el 75.2% del total de los profesionales sanitarios entrevistados.

El resto de adjetivos, *bueno*, *considerado*, *divertido*, *eficaz*, *extrovertido*, *generoso*, *honrado*, *impulsivo*, *intolerante* e *introvertido*, también fueron considerados como atributos que caracterizaban de modo diferencial al enfermo de cáncer. Para los adjetivos enumerados, los porcentajes fueron 57.1%, 64.2%, 64%, 59.5%, 57.9%, 59.8%, 52.5%, 55.7%, 63.3% y 60.3% respectivamente.

Así pues, los análisis muestran una representación social del enfermo oncológico que se caracterizaba por considerar que los adjetivos débil, enfermo y grave caracterizaban de modo diferencial a los enfermos de cáncer. También existió un gran acuerdo en que eran personas activas, pesimistas, profundas, resignadas, tristes y valientes. Asimismo había bastante acuerdo en que por ser enfermo de cáncer se tenía que ser considerado, divertido, intolerante e introvertido. Por último, depende de la persona entrevistada, pero no conformaba parte de la representación social, el que considerase al enfermo de cáncer una persona buena, eficaz, extrovertida, generosa, honrada, impulsiva, inútil, simpática y sincera.

En segundo lugar, los sanitarios que habían valorado el ítem anterior positivamente, es decir, que consideraban que los adjetivos anteriormente señalados caracterizaban de un modo diferencial al enfermo oncológico, debían valorar cada adjetivo en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que el enfermo de cáncer no se encontraba nada caracterizado por dichos adjetivos y la puntuación de 10 significaba que se encontraba totalmente caracterizado por estos adjetivos. La Tabla 9.10.2 muestra los porcentajes de cada uno de los adjetivos.

Tabla 9.10.2

Distribución de porcentajes de los adjetivos

Adjetivo	Porcentaje	Adjetivo	Porcentaje	Adjetivo	Porcentaje
Activo		Bueno		Considerado	
1	13.9	1	15.9	1	8.8
2	9.0	2	5.3	2	1.9
3	13.5	3	2.1	3	6.5
4	6.8	4	2.1	4	3.3
5	30.5	5	30.2	5	31.2
6	10.2	6	7.4	6	10.7
7	7.1	7	8.5	7	9.8
8	4.5	8	11.1	8	11.6
9	2.3	9	6.3	9	6.0
10	2.3	10	11.1	10	10.2
Débil		Divertido		Eficaz	
1	3.4	1	16.2	1	13.6
2	3.7	2	10.2	2	2.0
3	9.4	3	13.4	3	8.5
4	5.4	4	8.3	4	6.5
5	18.1	5	25.9	5	35.7
6	7.0	6	7.9	6	7.0
7	10.1	7	6.0	7	13.1
8	14.4	8	4.6	8	6.0
9	9.4	9	2.8	9	2.5
10	19.1	10	4.6	10	5.0
Enfermo		Extrovertido		Generoso	
1	2.2	1	17.2	1	9.6
2	0.6	2	8.1	2	2.0
3	2.5	3	10.2	3	2.0
4	1.5	4	7.0	4	4.6
5	13.5	5	29.6	5	26.9
6	5.8	6	4.3	6	7.6
7	7.7	7	6.5	7	10.7
8	13.2	8	4.8	8	16.8

	9	16.0		9	5.9		9	10.2
	10	36.9		10	6.5		10	9.6
Grave			Honrado			Impulsivo		
	1	2.2		1	11.8		1	11.0
	2	1.5		2	2.4		2	3.7
	3	1.5		3	2.9		3	6.3
	4	2.5		4	1.8		4	7.3
	5	14.9		5	27.6		5	26.2
	6	8.4		6	4.7		6	11.0
	7	11.6		7	7.1		7	7.9
	8	19.6		8	10.0		8	6.3
	9	13.1		9	16.5		9	8.4
	10	24.7		10	15.3		10	12.0
Intolerante			Introverso			Inútil		
	1	10.6		1	7.2		1	39.6
	2	2.8		2	1.4		2	12.0
	3	9.6		3	6.2		3	8.3
	4	10.1		4	10.5		4	6.8
	5	26.1		5	25.8		5	14.6
	6	10.6		6	11.5		6	4.2
	7	11.5		7	9.1		7	4.2
	8	6.9		8	7.7		8	4.7
	9	6.4		9	9.6		9	1.6
	10	5.5		10	11.0		10	4.2
Pesimista			Profundo			Resignado		
	1	4.2		1	10.0		1	4.9
	2	1.5		5	30.0		2	1.1
	3	6.1		6	10.0		3	3.0
	4	6.5		7	10.0		4	5.6
	5	21.0		8	30.0		5	22.8
	6	14.9		10	10.0		6	10.9
	7	12.6	Sincero				7	16.1
	8	11.8		1	7.1		8	12.4
	9	9.5		2	1.0		9	9.7
	10	11.8		3	2.5		10	13.5
Simpático				4	6.1	Triste		
	1	10.9		5	25.8		1	3.6
	2	1.1		6	8.6		2	0.4
	3	5.2		7	10.1		3	3.3
	4	9.2		8	10.1		4	3.6
	5	29.9		9	15.2		5	17.1
	6	16.1		10	13.6		6	9.1
	7	11.5					7	13.8
	8	4.0					8	12.7
	9	5.7					9	13.8
	10	6.3					10	22.5
Valiente								
	1	3.0						
	3	2.3						
	4	1.1						

5	18.6
6	11.4
7	6.8
8	10.6
9	14.8
10	31.4

En primer lugar, con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona débil (\bar{x} = 6.55; DT= 2.64), en la Tabla 9.10.2 se observa que la mayor parte de los sanitarios puntuaron el ítem con los valores más elevados (53%), lo que significa que consideraban a este tipo de enfermo como personas débiles. Añadir que un porcentaje que debe ser tenido en cuenta (16.5%) lo puntuó con los valores más bajos.

En segundo lugar, con respecto a ser el enfermo de cáncer una persona enferma (\bar{x} =7.93; DT=2.31), los resultados obtenidos demuestran que un 73.8% de las personas sanitarias respondieron las puntuaciones altas (7, 8, 9 y 10), lo que indica que estaban de acuerdo con que el enfermo de cáncer era una persona enferma. No obstante, llama la atención que un 5.3% de los sanitarios respondieran las puntuaciones más bajas (1, 2 y 3), es decir, que estaban totalmente en desacuerdo con que el enfermo oncológico fuera una persona enferma.

En tercer lugar, con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona que está grave (\bar{x} =7.48; DT=2.24), la Tabla muestra que un 69% de la población sanitaria estaba de acuerdo en considerar al enfermo de cáncer como una persona que estaba grave frente a un 5.2% que no estaba de acuerdo.

En cuarto lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona triste (\bar{x} = 7.17; DT= 2.39), el 62.8% de los sanitarios entrevistados pensaban que el enfermo de cáncer era una persona triste frente a un 29.8% que creían que se podía considerar a este tipo

de enfermos como personas tristes en parte y un 7.3% que creían que el enfermo de cáncer no se podía considerar como una persona triste.

En quinto lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona sincera (\bar{x} = 6.45; DT= 2.56), el 49% de los sujetos sanitarios entrevistados pensaban que el enfermo de cáncer era una persona sincera; mientras que un 10.6% de sanitarios creían que el enfermo de cáncer no se podía considerar una persona sincera y el 40.5% de los profesionales sanitarios pensaban que el enfermo oncológico se podía considerar como una persona sincera en parte.

Por último, se le preguntó a los sujetos si consideraban al enfermo de cáncer como una persona valiente (\bar{x} = 7.55; DT= 2.38). Al observar la Tabla se pueden realizar las siguientes conclusiones: un 31.4% de los sanitarios puntuaron con el valor de 10 el ítem, lo que indica que estaban totalmente de acuerdo con que el enfermo oncológico era una persona valiente; mientras que un 3% de la población sanitaria consideraba que el enfermo de cáncer no era una persona valiente (valor de 1).

El resto de adjetivos obtuvieron puntuaciones intermedias siendo éstas las siguientes: con respecto a considerar al enfermo de cáncer una persona activa: \bar{x} =4.42; DT= 2.25; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona considerada \bar{x} =5.83; DT=2.51; en cuanto a considerar al enfermo oncológico como una persona divertida: \bar{x} =4.38; DT=2.47; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona eficaz: \bar{x} =5.03; DT= 2.36; en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona extrovertida: \bar{x} =4.67; DT=2.68; en relación a considerar al enfermo oncológico como una persona generosa: \bar{x} =6.15; DT=2.57; en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona honrada: \bar{x} = 6.29; DT= 2.88; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona impulsiva: \bar{x} = 5.64; DT= 2.72; con respecto a considerar al enfermo de cáncer una persona

intolerante: \bar{x} = 5.28; DT= 2.44; en cuanto a considerar al enfermo oncológico como una persona introvertida: \bar{x} =5.90; DT=2.51; en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona inútil: \bar{x} =3.36; DT= 2.66; con respecto a considerar al enfermo de cáncer como una persona pesimista: \bar{x} = 6.33; DT= 2.36; con respecto a ser el enfermo de cáncer una persona profunda: \bar{x} =6.30; DT=2.50; en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona que está resignada: \bar{x} =6.52; DT=2.36, y, por último, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona simpática: \bar{x} = 5.39; DT= 2,35.

9.11. La actitud de los profesionales sanitarios ante la enfermedad y el enfermo.

Para analizar el área temática *actitud de las personas ante la enfermedad y ante el enfermo* se preguntó a los profesionales sanitarios si tenían una actitud positiva hacia el cáncer y hacia el enfermo de cáncer. Los sanitarios entrevistados debían puntuar en una escala del 1 al 10, donde la puntuación de 1 significaba que no tenían una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer/enfermedad de cáncer y, la puntuación de 10 significaba que tenían una actitud totalmente positiva. Los resultados muestran que la actitud era medianamente positiva en relación al cáncer (\bar{x} = 5.80; DT= 2.86) y muy positiva hacia el enfermo de cáncer (\bar{x} = 8.43; DT= 1.86). Las Tablas 9.11.1 y 9.11.2 muestran la distribución de frecuencias y porcentajes de las dos preguntas.

En la Tabla 9.11.1, que muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia la enfermedad de cáncer se puede observar que el 43.3% de los sanitarios entrevistados puntuaron el ítem con los valores más elevados lo que muestra que tenían una actitud positiva hacia el cáncer; frente a un 23.5% que puntuaron con los valores más bajos.

Tabla 9.11.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia la enfermedad de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	44	12.2
2	17	4.7
3	24	6.6
4	20	5.5
5	70	19.3
6	30	8.3
7	41	11.3
8	45	12.4
9	19	5.2
10	52	14.4

La Tabla 9.11.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer. En ella se observa que el 87.1% de los sanitarios entrevistados tenían una actitud positiva hacia el enfermo y el 42.4% indicaron que era muy positiva.

Tabla 9.11.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	5	1.4
2	1	0.3
3	1	0.3
4	3	0.8
5	22	6.1
6	15	4.2
7	45	12.5
8	67	18.6
9	49	13.6
10	153	42.4

9.12. Percepción de los profesionales sanitarios de información sobre la enfermedad.

El siguiente apartado que analiza la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en los profesionales sanitarios fue el de *información sobre la enfermedad*, que se encontraba formado por un ítem y por una pregunta abierta. El ítem preguntaba acerca de si la población sanitaria tenía suficiente información sobre el cáncer. Como sucedía con los ítems anteriores, los profesionales sanitarios entrevistados debían valorarlo con una escala del 1 al 10, donde el 1 significaba que no tenían nada de información y el número 10 significaba que tenían mucha información. La Tabla 9.12.1 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer. Los resultados muestran que la población sanitaria consideraba que tenía suficiente información sobre el cáncer (\bar{x} = 7.47; DT = 1.94). En concreto, el 19.1% de los sanitarios puntuaron el ítem con el máximo valor (10) lo que indicaba que tenían bastante información sobre el cáncer; ahora bien, el 1.1% de la población sanitaria indicaba que no tenía nada de información.

Tabla 9.12.1

Distribución de frecuencias y porcentajes de tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer

Escala Likert	Frecuencia	Porcentaje
1	4	1.1
2	2	0.6
3	5	1.4
4	5	1.4
5	44	12.2
6	53	14.6
7	57	15.7
8	73	20.2
9	50	13.8
10	69	19.1

Posteriormente, se solicitó información sobre la fuente desde la que habían obtenido la información sobre el cáncer. Como fuente de información se entiende la acción que nos permite adquirir o comunicar los conocimientos que nos permiten ampliar o poder detallar los que ya tenemos sobre el cáncer. Las posibilidades de elección eran: *estudios profesionales y formación académica; medios de comunicación* tales como *televisión, periódicos, revistas; otros profesionales de la salud; artículos y libros científicos y libros* y, la última posibilidad era *otros* por si hubiera alguna opción que no se hubiera indicado. La tabla 9.12.2 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes.

Tabla 9.12.2

Distribución de frecuencias y porcentajes de la obtención de la información acerca del cáncer de la población sanitaria

		Frecuencia	Porcentaje
Estudios profesionales y formación académica	No	91	25.0
	Sí	273	75.0
Medios de comunicación	No	229	62.9
	Sí	135	37.1
Otros profesionales de la salud	No	177	48.6
	Sí	187	51.4
Artículos y libros científicos	No	180	49.5
	Sí	184	50.5
Otros medios de información	No	295	81.0
	Si	69	19.0

En la Tabla se observa que gran parte de la muestra sanitaria obtuvo la información en sus *estudios profesionales y formación académica* (75%). Otras fuentes de información relevantes fueron *otros profesionales de la salud* y *artículos y libros científicos*, con 51.4% y 50.5% respectivamente.

Así pues, los resultados muestran que la población perteneciente al grupo de personal sanitario, sí poseía información elevada acerca de la enfermedad oncológica, obtenida

básicamente de estudios y formación académica; completándose ésta con artículos y libros científicos y otros profesionales de la salud.

9.13. Percepción de los profesionales sanitarios de ser el cáncer una de las enfermedades más peligrosas.

El primer ítem que fue añadido al instrumento de investigación CRSC (modificado) y que respondieron solamente los profesionales sanitarios, pedía que indicaran las tres enfermedades que les daban más miedo o que les parecían más peligrosas. Las palabras que se reunieron fueron un total de 953. En la formación de categorías se atendió al contenido literal de los términos tal cual fueron pronunciados por los sujetos entrevistados. Para su clasificación se tuvieron en cuenta las clasificaciones teóricas previas, más concretamente, se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10). Según ésta, las enfermedades se codifican de la siguiente manera: *ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; neoplasias; enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; trastornos mentales y de comportamiento; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del ojo y sus anexos; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del aparato circulatorio; enfermedades del aparato respiratorio; enfermedades del aparato digestivo; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo; enfermedades del aparato genitourinario; embarazo, parto y puerperio; ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto; lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas; causas*

externas de morbilidad y, por último, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. En la Tabla 9.13.1 se presentan las categorías que se destacaron junto a su definición según el CIE-10.

Tabla 9.13.1.

Categorización de las enfermedades que daban más miedo

CATEGORÍA	DEFINICIÓN DE LA CATEGORÍA
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Enfermedades que generalmente son reconocidas como contagiosas o transmisibles
Neoplasias	Crecimiento anormal de células en un tejido del organismo
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico	Alteración de la salud que afecta al sistema hematológico e inmunológico
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Alteración de la salud que afecta al sistema endocrino y metabólico.
Trastornos mentales y de comportamiento	Alteración de la salud mental
Enfermedades del sistema nervioso	Alteración de la salud que afecta al sistema nervioso
Enfermedades del ojo y sus anejos	Alteración de la salud que afecta al sentido de la vista
Enfermedades del aparato circulatorio	Alteración de la salud que afecta al sistema circulatorio
Enfermedades del aparato respiratorio	Alteración de la salud que afecta al aparato respiratorio
Enfermedades del aparato digestivo	Alteración de la salud que afecta al aparato digestivo
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Alteración de la salud que afecta al sistema dermatológico
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	Alteración de la salud que afecta al sistema musculoesquelético
Enfermedades del aparato genitourinario	Alteración de la salud que afecta al sistema genitourinario
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	Elementos que inciden en la salud de las personas
Enfermedades no catalogables	Alteraciones de la salud que no se pueden ubicar en las anteriores categorías

La primera categoría fue denominada *ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las enfermedades que generalmente son reconocidas como contagiosas o transmisibles, como por ejemplo ‘sífilis’ o ‘hepatitis B’. Se incluyeron un total de 113 definiciones. La Tabla AX.1 que se encuentra en el anexo X recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La segunda categoría recibió el nombre de *neoplasias* y se entiende como tal el crecimiento anormal de células en un tejido del organismo, véase por ejemplo ‘carcinoma’ o ‘mieloma’. Se incluyeron un total de 359 palabras que se encuentran en la Tabla AX.2 del anexo X.

La tercera categoría fue denominada *enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de reunir las alteraciones de la salud que afectan al sistema hematológico e inmunológico, como por ejemplo ‘inmunológica’. Se incluyeron un total de 5 palabras o expresiones. En la Tabla AX.3 que se encuentra situada en el anexo X están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La cuarta categoría fue denominada *enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían una proposición que pretendía reunir las alteraciones de la salud que afectan al sistema endocrino, nutricional y metabólico, como por ejemplo ‘diabetes’. Se incluyeron un total de 4 definiciones. La Tabla AX.4 que se encuentra en el anexo X recoge las palabras y expresiones que forman parte de esta categoría.

La quinta categoría fue denominada *trastornos mentales y de comportamiento*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que trataban de explicar las posibles alteraciones de la salud mental, como por ejemplo véase ‘alzheimer’ o ‘esquizofrenia’. Fueron un total de 98 palabras o expresiones. La Tabla que recoge las palabras de dicha categoría es la AX.5 y también se encuentran en el anexo X.

La sexta categoría fue denominada *enfermedades del sistema nervioso*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados

con la finalidad de mencionar las alteraciones que afectan al sistema nervioso, como por ejemplo ‘sección medular’ o ‘tetraplejias’. Se incluyeron un total de 119 palabras o expresiones. En la Tabla AX.6 que se encuentra situada en el anexo X están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La séptima categoría fue denominada *enfermedades del ojo y sus anexos*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que hacían una proposición de la alteración de la salud que afecta al sentido de la vista, como por ejemplo véase ‘ceguera’. Fueron un total de 3 palabras que se encuentran en la Tabla AX.7.

En la octava categoría, que fue llamada *enfermedades del aparato circulatorio*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a las alteraciones de la salud que afectan al sistema circulatorio, como por ejemplo ‘infarto’ o ‘trombosis’. Se incluyeron un total de 188 palabras que se encuentran en la Tabla AX.8 del anexo X.

La novena categoría fue denominada *enfermedades del aparato respiratorio*. En esta categoría se englobaron todas las palabras o frases que utilizaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar las alteraciones de la salud que afectan al aparato respiratorio como por ejemplo ‘asma’. Se incluyeron un total de 26 palabras o expresiones. En la Tabla AX.9 que se encuentra situada en el anexo X están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La décima categoría fue denominada *enfermedades del aparato digestivo* y se incluyeron todas las frases o palabras que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar las alteraciones de la salud que afectan al aparato digestivo, como por ejemplo ‘pancreatitis’. Se incluyeron un total de 14 palabras o expresiones que se encuentran en la Tabla AX.10.

La undécima categoría fue denominada *enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo*. En esta categoría se incluyeron todas aquellas palabras que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar las alteraciones de la salud que afectan al sistema dermatológico, como por ejemplo ‘vitiligo’. Se obtuvo un total de 1 palabra que se encuentra situada en la Tabla AX.11 en el anexo X.

La duodécima categoría fue denominada *enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las alteraciones de la salud que afectan al sistema musculoesquelético, como por ejemplo ‘distrofia muscular’. Fueron un total de 5 palabras o expresiones se encuentran recogidos en la Tabla AX.12 y se encuentran en el anexo X.

La décimo tercera categoría fue denominada *enfermedades del aparato genitourinario*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a la alteración de la salud que afecta al sistema genitourinario, véase por ejemplo ‘patología renal’. Se incorporaron un total de 7 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AX.13 y se encuentra ubicada en el anexo X.

En la penúltima categoría, que fue denominada *factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios*, se incluyeron todas aquellas palabras o frases que hacían referencia a los elementos que inciden en la salud de las personas, como por ejemplo ‘diálisis’. Se incorporó un total de 1 palabra que se encuentra recogida en la Tabla AX.14.

La última categoría fue denominada *enfermedades no catalogables*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que no se pudieron incluir en las anteriores categorías, véase por ejemplo ‘enfermedades con dolor’ o ‘tener un estoma’. Se incorporaron

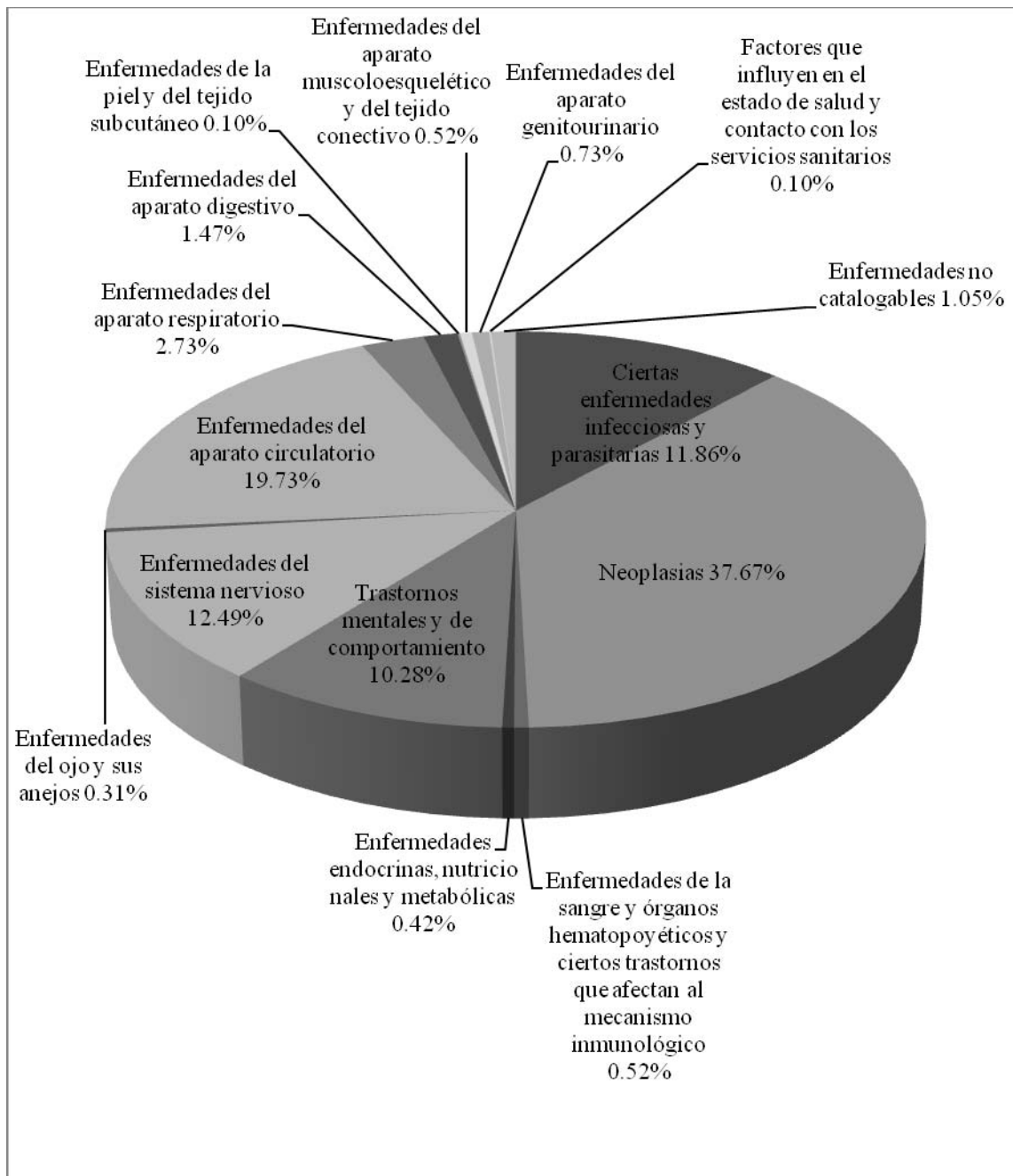
un total de 10 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AX.15 y se encuentra ubicada en el anexo X.

En la Figura 9.13.1 se presentan los porcentajes por categorías. En ella puede observarse que la primera categoría, *ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*, obtuvo un porcentaje que supuso el 11.86% de las enfermedades que los sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar las patologías que daban más miedo. La segunda categoría, *neoplasias*, constituyó el porcentaje mayoritario con un 37.67% sobre el total. La tercera y cuarta categoría, *enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas*, obtuvieron porcentajes similares, 0.52% y 0.42% respectivamente. La quinta categoría, *trastornos mentales y del comportamiento*, obtuvo un porcentaje que supuso el 10.28% del total. La sexta categoría, *enfermedades del sistema nervioso*, obtuvo un porcentaje que supuso el 12.49% de las enfermedades que los profesionales sanitarios destacaron en su intento de conceptualizar las enfermedades que daban más miedo. La séptima categoría, denominada *enfermedades del ojo y sus anejos*, obtuvo un porcentaje del 0.31% del total. La octava categoría, *enfermedades del aparato circulatorio*, obtuvo el segundo porcentaje más elevado con un 19.73%. Las siguientes categorías, *enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades del aparato digestivo*, obtuvieron porcentajes similares, 2.73% y 1.47% respectivamente. La categoría *enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo* junto con la categoría *factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios* obtuvieron el porcentaje menos elevado, con un 0,10% las dos categorías. *Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo y enfermedades del aparato genitourinario* obtuvieron porcentajes parecidos en el intento por parte de los sanitarios entrevistados de conceptualizar las enfermedades que daban más miedo; con un porcentaje de 0.52% y 0,73% respectivamente. La última categoría,

enfermedades no catalogables, obtuvo un porcentaje del 1,05% sobre el total. Así pues, se puede observar que las enfermedades más reconocidas por los profesionales sanitarios fueron las que pertenecen a la categoría *neoplasias*. Las enfermedades medianamente reconocidas fueron las que pertenecen a las siguientes categorías: *ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; trastornos mentales y de comportamiento; enfermedades del sistema nervioso y enfermedades del aparato circulatorio*. Por último, las enfermedades menos reconocidas fueron las que pertenecen a las categorías: *enfermedades del aparato respiratorio; enfermedades del aparato digestivo; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo; enfermedades del aparato genitourinario; factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios; enfermedades del ojo y sus anejos; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico y, por último, enfermedades no catalogables*.

No obstante, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), incluye otras enfermedades que se encuentran catalogadas dentro de otras categorías que no fueron enunciadas por los profesionales sanitarios. Estas categorías son las siguientes: *enfermedades del oído y del apófisis mastoides; embarazo, parto y puerperio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa y causas externas de morbilidad y de mortalidad*.

Figura 9.13.1

Porcentajes de las categorías del concepto de ‘enfermedades que daban más miedo’

La Tabla 9.13.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre las enfermedades que daban más miedo. En ella puede observarse que las categorías que destacaron sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las enfermedades que daban más miedo fueron *ciertas enfermedades*

infecciosas y parasitarias; neoplasias; trastornos mentales y de comportamiento; enfermedades del sistema nervioso y enfermedades del aparato circulatorio, con frecuencias de 113, 359, 98, 119 y 188 respectivamente. Mientras que las categorías que menos despuntaron fueron enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del ojo y sus anejos; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo; enfermedades del aparato genitourinario y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios con unas frecuencias de aparición de 5, 4, 3, 1, 5, 7 y 1, respectivamente.

Tabla 9.13.2

Frecuencias de las categorías del concepto de ‘enfermedades que daban más miedo’

CATEGORÍA	FRECUENCIAS
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	113
Neoplasias	359
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico	5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4
Trastornos mentales y de comportamiento	98
Enfermedades del sistema nervioso	119
Enfermedades del ojo y sus anejos	3
Enfermedades del aparato circulatorio	188
Enfermedades del aparato respiratorio	26
Enfermedades del aparato digestivo	14
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	5
Enfermedades del aparato genitourinario	7
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios	1
Enfermedades no catalogables	10

A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría *ciertas enfermedades infecciosas y*

parasitarias destacó la palabra ‘HIV/sida’ con una frecuencia de aparición de 89; de la categoría *neoplasias* destacó la palabra ‘cáncer’ con una frecuencia de aparición de 263; de la categoría *trastornos mentales y del comportamiento* destacó la palabra ‘alzheimer’ con una frecuencia de 61; de la categoría *enfermedades del sistema nervioso* destacó la palabra ‘esclerosis lateral amiotrófica’ (ELA) con una frecuencia de aparición de 27 y, por último, de la categoría *enfermedades del aparato circulatorio* destacaron las palabras ‘ACVA’ (accidente cerebrovascular) e ‘infarto’, con una frecuencia de 30 y 20 respectivamente. La Tabla 9.13.3 presenta las palabras.

Tabla 9.13.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORÍA	PALABRAS	FRECUENCIA
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	HIV/sida	89
Neoplasias	Cáncer	263
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico		
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		
Trastornos mentales y de comportamiento	Alzheimer	61
Enfermedades del sistema nervioso	Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	27
Enfermedades del ojo y sus anejos		

Enfermedades del aparato circulatorio	
ACVA	30
Infarto	20

Los resultados muestran que la población perteneciente al universo sanitario (médicos, enfermeros, psicólogos, auxiliares de enfermería) consideraba que la enfermedad que daba más miedo era, sin duda alguna, el cáncer. Dato que no hace más que constatar esa imagen mental negativa que tiene la población de la mencionada enfermedad, ya sean profesionales sanitarios o personas pertenecientes a la población general.

9.14. Percepción de los profesionales sanitarios de las emociones y sentimientos que genera el cáncer.

El segundo ítem que fue añadido al instrumento de investigación y que respondieron solamente los profesionales sanitarios, pedía que indicaran información sobre los sentimientos y emociones que creían que tendrían si se les informase que estaban enfermos de cáncer. Las palabras que se reunieron fueron un total de 544. En la formación de categorías se atendió al contenido literal de los términos tal cual fueron pronunciados por los profesionales entrevistados. Para su clasificación se tuvieron en cuenta las clasificaciones teóricas previas, más concretamente, se utilizó parte de la que hace Rafael Bisquerra (2009) de las emociones. Según ésta las emociones se clasifican de la siguiente manera: *emociones negativas*, *emociones positivas*, *emociones ambiguas* y, por último, *emociones estéticas*. En el presente trabajo de investigación se utilizaron los tres primeros grupos (*emociones positivas*, *emociones negativas* y *emociones ambiguas*) y se añadió *no clasificable*. En un segundo

momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 9.14.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.14.1

Categorización del concepto de emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS
Emociones negativas	Emociones y sentimientos negativos	Alteraciones del ánimo penosas Estado afectivo del ánimo adverso
	Diálogos internos negativos	Relación de pensamientos o afectos negativos
Emociones positivas	Emociones y sentimientos positivos	Alteraciones del ánimo agradables Estado afectivo del ánimo eficiente
	Diálogos internos positivos	Relación de pensamientos o afectos positivos
Emociones ambiguas		Alteración del ánimo que no está definida claramente si es penosa o agradable
No clasificable		Relación de palabras que no pueden ser ordenadas en las categorías anteriores

La primera categoría recibió el nombre de *emociones negativas* y se entiende como tal la alteración del ánimo penosa, véase por ejemplo ‘ansiedad’ o ‘temor’. Esta categoría fue subclasificada en dos grupos que recibieron el nombre de *emociones y sentimientos negativos* y *diálogos internos negativos*.

En la primera categoría de segundo orden que recibió el nombre de *emociones y sentimientos negativos*, se incluyeron todas las palabras que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de reunir el estado afectivo del ánimo negativo en relación con que les informasen que tenían cáncer, como por ejemplo ‘miedo’ o ‘pánico’. Se incluyeron un total de 315 definiciones. La Tabla AXII.1 que se encuentra en el anexo XII recoge las palabras que forman parte de esta subcategoría.

La segunda subcategoría fue denominada *diálogos internos negativos*. En esta categoría se incorporaron todas las frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la

finalidad de reunir los pensamientos negativos que les provocaría enterarse que son enfermos oncológicos, como por ejemplo ‘el fin del mundo’ o ‘ganas de llorar’. Se incluyeron un total de 106 expresiones. En la Tabla AXII.2 que se encuentra situada en el anexo XII están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

En la segunda categoría, que fue llamada *emociones positivas*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a las alteraciones del ánimo agradables en relación a que informasen a los profesionales sanitarios entrevistados que tenían cáncer, como por ejemplo ‘superación’ o ‘ganas de luchar’. Esta categoría fue a su vez dividida en dos subgrupos: *emociones y sentimientos positivos* y *diálogos internos positivos*.

La primera subcategoría fue denominada *emociones y sentimientos positivos*. En esta categoría se englobaron todas las palabras que utilizaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar el estado afectivo del ánimo positivo si les informasen que estaban enfermos de cáncer, como por ejemplo ‘consuelo’ y ‘esperanza’. Se incluyeron un total de 17 palabras. En la Tabla AXII.3 que se encuentra situada en el anexo XII están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *diálogos internos positivos* y se incluyeron todas las frases que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar la relación de pensamientos o afectos positivos al enterarse de la noticia que padecían cáncer, como por ejemplo ‘ganas de luchar para curarme’ o ‘luchar por vivir’. Se incluyeron un total de 17 expresiones que se encuentran en la Tabla AXII.4.

La tercera categoría fue denominada *emociones ambiguas*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a las alteraciones del ánimo que no estaban definidas claramente si eran penosas o agradables, en el hipotético caso que informasen a los profesionales sanitarios entrevistados que padecían la enfermedad de cáncer,

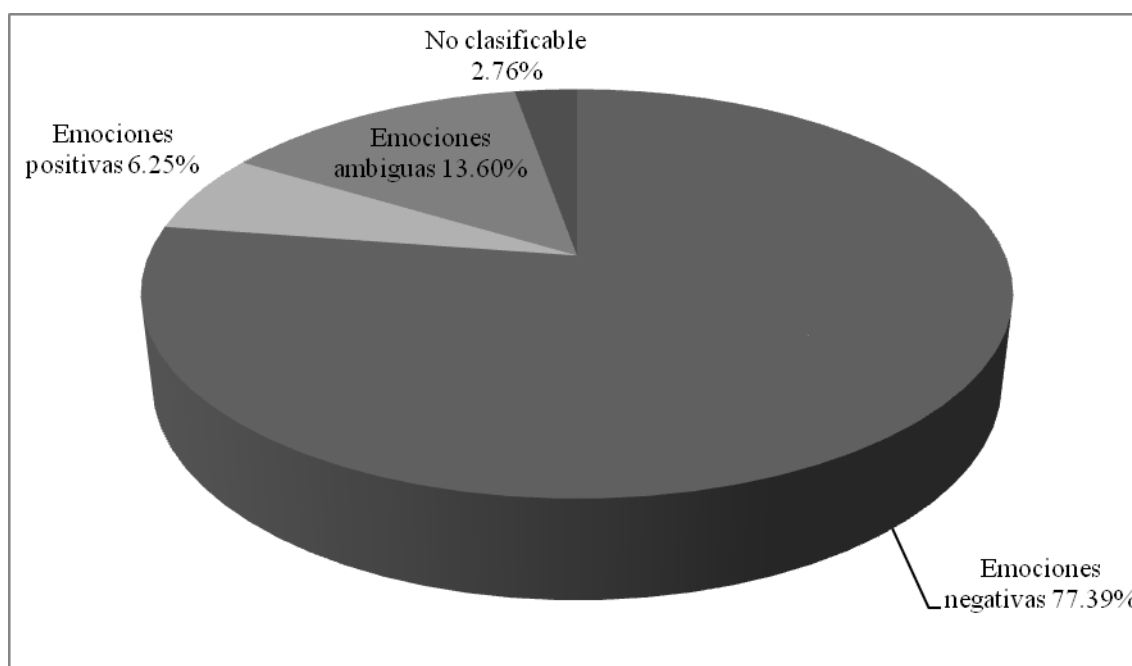
como por ejemplo ‘depende del tipo’ o ‘no tengo ni idea’. Fueron un total de 74 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXII.5 del anexo XII.

La cuarta y última categoría fue denominada *no clasificable*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que no podían ser ordenadas en las categorías anteriores, véase por ejemplo ‘pelo’ o ‘hijos’. Se incorporaron un total de 15 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXII.6 y se encuentra ubicada en el anexo XII.

En la Figura 9.14.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *emociones negativas*, fue la que obtuvo el porcentaje mayoritario ya que supuso el 77.39% de los atributos que los sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar las emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer. La segunda categoría, denominada *emociones positivas*, constituyó el 6.25% de las emociones y sentimientos que los profesionales entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar el cáncer. La siguiente categoría, *emociones ambiguas*, obtuvo un porcentaje del 13.60% mientras que la categoría que se denominó *no clasificable* obtuvo el porcentaje minoritario con un 2.76% de los atributos.

Figura 9.14.1

Porcentajes de las categorías de primer orden del concepto de ‘emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer’



La Tabla 9.14.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los grupos de riesgo. En ella puede observarse que la categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer fue *emociones negativas* con una frecuencia de 421. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *no clasificable* con una frecuencia de aparición de 15.

Tabla 9.14.2

Frecuencias de las categorías de primer y segundo orden del concepto de ‘emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer’

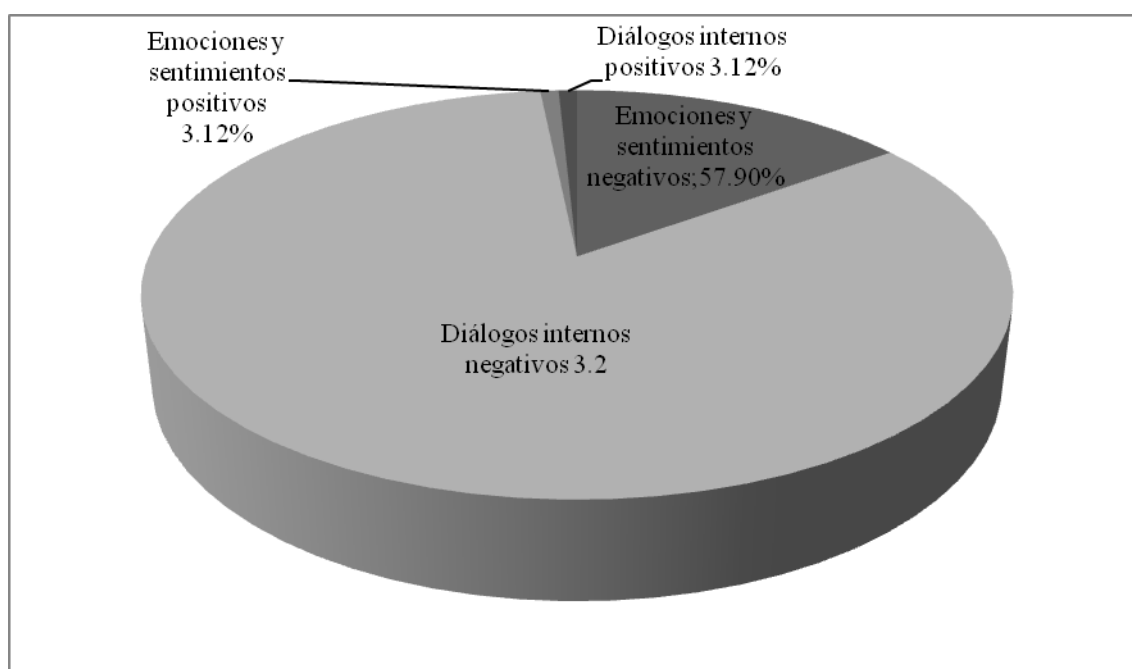
CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Emociones negativas	Emociones y sentimientos negativos	315
	Diálogos internos negativos	106
		34
Emociones positivas	Emociones y sentimientos positivos	17

	Diálogos internos positivos	17
Emociones ambiguas		74
No clasificable		15

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.14.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *emociones y sentimientos negativos* y *diálogos internos negativos* con porcentajes de 57.90% y 19.49% respectivamente. Ambas categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *emociones negativas*. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *emociones y sentimientos positivos* y *diálogos internos positivos* con porcentajes de 3.12% y 3.12% respectivamente. Ambas categorías de segundo orden forman parte de la categoría de primer orden *emociones positivas*.

Figura 9.14.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden del concepto de ‘emociones y sentimientos ante la enfermedad de cáncer’



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de segundo orden *emociones negativas* destacaron las palabras ‘angustia’, ‘miedo’ y ‘tristeza’ con una frecuencia de aparición de 20, 93 y 22 respectivamente. La Tabla 9.14.3 presenta las palabras.

Tabla 9.14.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORIAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Emociones negativas			
	Emociones y sentimientos negativos		
		Angustia	20
		Miedo	93
		Tristeza	22

9.15. Percepción de los profesionales sanitarios de las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.

El tercer y último ítem que fue añadido al instrumento de investigación y que tan sólo fue respondido por los profesionales sanitarios, preguntaba acerca de las tres primeras conductas que tendrían si les informaran, en una revisión rutinaria, que tenían cáncer. Con la muestra de 374 sanitarios, las palabras recogidas fueron un total de 956. En la formación de categorías se atendió al contenido literal de los términos tal cual fueron pronunciados por los sujetos entrevistados. Posteriormente se clasificaron todos estos términos en un total de cuatro categorías: *síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico*, *síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico*, *acerca del cáncer* y, por último, *no catalogable*. En un segundo momento, algunas de estas grandes categorías fueron divididas en subgrupos. En la Tabla 9.15.1 se presenta la clasificación por categorías.

Tabla 9.15.1

Categorización del concepto de conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS
Síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico		Alteraciones del ánimo penosas al saber que se tiene cáncer
Síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico		Alteraciones del ánimo agradables al saber que se tiene cáncer
Acerca del cáncer		Información relativa a la enfermedad que se padece
	Búsqueda de información	Realizar indagaciones sobre la enfermedad oncológica
	Confirmación del diagnóstico	Ratificar el dictamen de enfermedad de cáncer
	Información sobre posibles tratamientos	Averiguación sobre métodos de curación para el cáncer
	Búsqueda de ayuda	Búsqueda de refuerzo para combatir la enfermedad oncológica
	Entorno familiar y social	Cómo se relaciona el entorno socio-familiar con el enfermo de cáncer
	Planes de futuro	Proyectos posteriores al diagnóstico de cáncer
	Actuar contra la enfermedad	Métodos para combatir la enfermedad
No catalogable		Relación de palabras que no pueden ser clasificadas en las categorías anteriores

La primera categoría recibió el nombre de *síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico*, y se entiende como tal las alteraciones del ánimo penosas al saber que se tiene cáncer, véase por ejemplo ‘llorar’ o ‘miedo’. Se incluyeron un total de 123 palabras o frases. La Tabla XI.1 que se encuentra en el anexo XI recoge las palabras que forman parte de esta categoría.

La segunda categoría fue denominada *síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que utilizaron los sanitarios entrevistados con la finalidad de reunir las alteraciones del ánimo agradables al saber que se tiene cáncer, como por ejemplo ‘luchar’ o ‘reír’. Se incluyeron un

total de 98 palabras o expresiones. En la Tabla AXI.2 que se encuentra situada en el anexo XI están agrupadas las palabras o frases que conforman esta categoría.

La tercera categoría fue denominada *acerca del cáncer*. En esta categoría se incorporaron todas las palabras o frases que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de reunir información relativa a la enfermedad que se padece, como por ejemplo ‘repetirme las pruebas’ o ‘alternativas de curación’. Esta categoría fue a su vez dividida en siete subcategorías: *búsqueda de información, confirmación del diagnóstico, información sobre posibles tratamientos, búsqueda de ayuda, entorno familiar y social, planes de futuro* y, por último, *actuar contra la enfermedad*.

En la primera subcategoría, que fue llamada *búsqueda de información*, se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a realizar indagaciones sobre la enfermedad oncológica, como por ejemplo ‘buscar información de mi cáncer’ o ‘ver expectativas de vida’. Se incluyeron un total de 135 palabras o frases. En la Tabla AXI.3 que se encuentra situada en el anexo XI están agrupadas las palabras que forman esta categoría.

La segunda subcategoría fue denominada *confirmación del diagnóstico*. En esta categoría se englobaron todas las palabras que utilizaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de ratificar el dictamen de enfermedad de cáncer, como por ejemplo ‘confirmar el diagnóstico’ y ‘pedir otra opinión’. Se incluyeron un total de 29 palabras. En la Tabla AXI.4 que se encuentra situada en el anexo XI están agrupadas las palabras que conforman esta categoría.

La tercera subcategoría fue denominada *información sobre posibles tratamientos*, y se incluyeron todas las frases que usaron los profesionales sanitarios entrevistados con la finalidad de denominar las averiguaciones sobre métodos de curación para el cáncer, como

por ejemplo 'opciones de tratamiento'. Se incluyeron un total de 14 expresiones que se encuentran en la Tabla AXI.5.

La cuarta subcategoría fue denominada *búsqueda de ayuda*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a la búsqueda de refuerzo para combatir la enfermedad oncológica, como por ejemplo 'pedir ayuda' o 'buscar ayuda'. Fueron un total de 25 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXI.6 y se encuentran en el anexo XI.

La quinta subcategoría fue denominada *entorno familiar y social*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a cómo se relaciona el entorno socio-familiar con el enfermo de cáncer, véase por ejemplo 'apoyo familiar' o 'llamar a mis seres queridos'. Se incorporaron un total de 176 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXI.7 y se encuentra ubicada en el anexo XI.

La sexta subcategoría fue denominada *planes de futuro*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o expresiones que hacían referencia a los proyectos posteriores al diagnóstico de cáncer, como por ejemplo 'vivir el día a día' o 'viajar'. Fueron un total de 243 palabras o expresiones que se encuentran recogidas en la Tabla AXI.8 y se encuentran en el anexo XI.

La séptima y última subcategoría fue denominada *actuar contra la enfermedad*. En esta categoría se incluyeron todas las palabras o frases que hacían referencia a métodos para combatir la enfermedad, véase por ejemplo 'tratarme médicamente' o 'tratamiento inmediato'. Se incorporaron un total de 81 palabras o expresiones. La Tabla que recoge dichas palabras es la AXI.9 y se encuentra ubicada en el anexo XI.

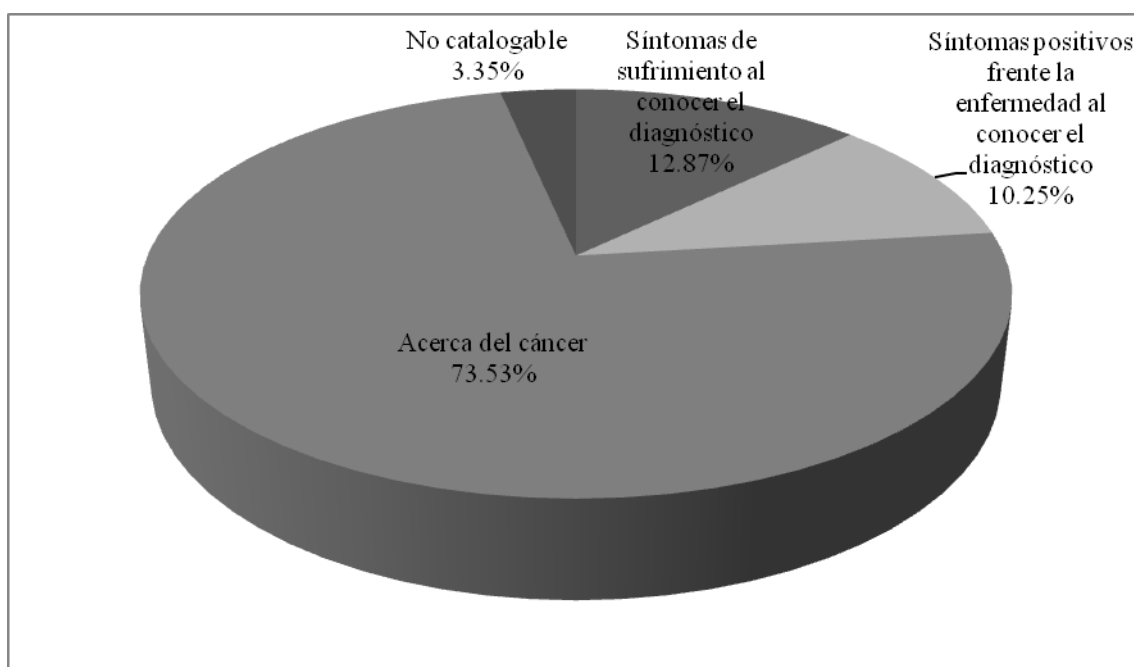
La cuarta y última categoría recibió el nombre de *no catalogable*. En esta categoría se incluyeron aquellas palabras que no pudieron ser clasificadas en las anteriores categorías,

como por ejemplo ‘fumar’ o ‘seguirlo’. Fueron un total de 32 palabras que se encuentran ubicadas en la Tabla AXI.10.

En la Figura 9.15.1 se presentan los porcentajes por categorías de primer orden. En ella puede observarse que la primera categoría, *síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico*, obtuvo un porcentaje del 12.87% de los atributos que los sanitarios destacaron en el intento de conceptualizar las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento a la enfermedad. La segunda categoría, denominada *síntomas positivos frente la enfermedad al conocer el diagnóstico*, constituyó el 10.25%. La siguiente categoría, *acerca del cáncer*, obtuvo el porcentaje mayoritario ya que supuso el 73.53% del total; mientras que la categoría que se denominó *no catalogable* obtuvo el porcentaje minoritario con un 3.35% de los atributos totales.

Figura 9.15.1

Porcentajes de las categorías de primer orden de las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad



La Tabla 9.15.2 muestra la distribución de frecuencias en función de la aparición en las categorías elaboradas sobre los grupos de riesgo. En ella puede observarse que la

categoría que destacó sobre las demás por la frecuencia de aparición de las palabras o frases que los profesionales sanitarios entrevistados señalaron en su intento de conceptualizar las conductas a realizar en la primera etapa del afrontamiento de la enfermedad de cáncer fue *acerca del cáncer* con una frecuencia de 703. Mientras que la categoría que menos despuntó fue *no catalogable* con una frecuencia de aparición de 32.

Tabla 9.15.2

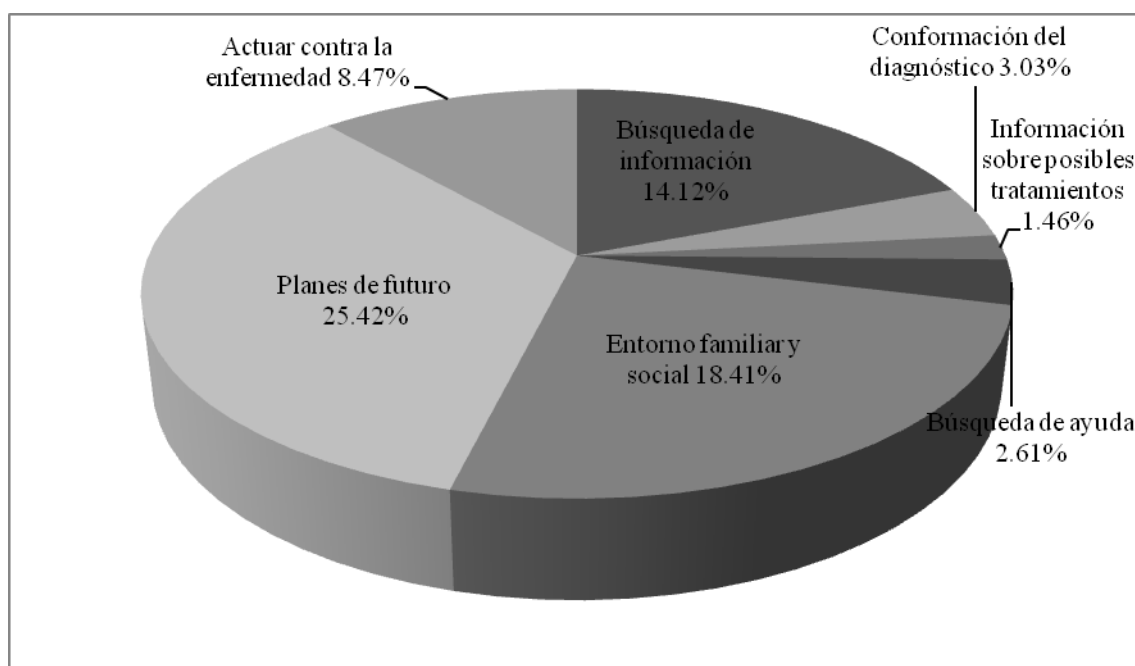
Categorización del concepto de conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	FRECUENCIAS
Síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico		123
Síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico		98
Acerca del cáncer		703
	Búsqueda de información	135
	Conformación del diagnóstico	29
	Información sobre posibles tratamientos	14
	Búsqueda de ayuda	25
	Entorno familiar y social	176
	Planes de futuro	243
	Actuar contra la enfermedad	81
No catalogable		32

Hasta el momento se ha analizado la asociación libre de palabras por categorías de primer orden. En la Figura 9.15.2 se presenta la distribución de las categorías de segundo orden. En ella puede observarse que las categorías de segundo orden con porcentajes de aparición que destacaron sobre el resto fueron *búsqueda de información*, *entorno familiar y social* y *planes de futuro* con porcentajes de 14.12%, 18.41 y 25.42% respectivamente. Mencionar que las categorías de segundo orden con porcentajes menos elevados fueron *confirmación del diagnóstico*, *información sobre posibles tratamientos* y *búsqueda de ayuda* con porcentajes de 3.03%, 1.46% y 2.61% respectivamente.

Figura 9.15.2

Porcentajes de las categorías de segundo orden de las conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad



A partir del análisis pormenorizado de las palabras recogidas individualmente, cabe resaltar la importancia de ciertas palabras que superaron la frecuencia de aparición de veinte. Las palabras fueron las siguientes: de la categoría de primer orden *síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico* destacó la palabra ‘llorar’ con una frecuencia de aparición de 74. De la subcategoría *entorno familiar y social* destacaron las palabras ‘hablar con familia’ e ‘informar a mi familia’ con unas frecuencias de aparición de 23 y 25 respectivamente. Esta categoría de segundo orden pertenece a la categoría de primer orden *acerca del cáncer*. La Tabla 9.15.3 presenta las palabras.

Tabla 9.15.3

Análisis pormenorizado de las palabras que conforman las categorías

CATEGORÍAS PRIMER ORDEN	CATEGORÍAS SEGUNDO ORDEN	PALABRAS O EXPRESIONES	FRECUENCIA
Síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico		Llorar	74
	Acerca del cáncer		
	Entorno familiar y social		

Hablar con familia	23
Informar a mi familia	25

9.16. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario.

En este punto se presentan los análisis diferenciales más significativos de la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en términos de la categoría de experiencia *personal sanitario*. Con el fin de comprobar si existían o no diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en función de su pertenencia al grupo social indicado, se utilizaron la prueba T y el chi-cuadrado como pruebas estadísticas.

Para la variable *personal sanitario* los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron las que se presentan a continuación.

En primer lugar, en la percepción de ser una enfermedad crónica ($t = -1.24$; $p = .22$). En concreto, parece que las personas que no eran profesionales sanitarios ($\square = 5.72$, $DT = 3.12$) consideraban menos crónica la enfermedad que las personas que sí eran profesionales sanitarios ($\square = 6.07$, $DT = 2.82$).

En segundo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la percepción de ser una enfermedad que se hereda ($t = .46$; $p = .64$). Parece que los entrevistados que no eran profesionales sanitarios ($\square = 6.42$, $DT = 2.80$), pensaban que era más hereditaria que lo que pensaban los profesionales sanitarios ($\square = 6.31$, $DT = 2.42$).

En tercer lugar, en cuanto a tener miedo a la enfermedad oncológica ($t = -1.45$; $p = .15$) las personas que eran sanitarias ($\square = 8.61$, $DT = 2.00$) tenían más miedo a la enfermedad que las personas que no eran sanitarias ($\square = 8.31$, $DT = 2.40$).

En cuarto lugar, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona activa ($t = -.92$; $p = .36$) también se encontraron diferencias estadísticamente importantes; ya que las personas no sanitarias encontraron que el enfermo oncológico era poco activo ($\bar{x} = 4.15$, $DT = 2.68$), mientras que los profesionales sanitarios no opinaron de la misma manera ($\bar{x} = 4.43$, $DT = 2.25$).

En quinto lugar, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona que se sentía enferma ($t = 4.11$; $p < .00$) se encontraron diferencias estadísticamente significativas; ya que las personas no sanitarias encontraron que el paciente oncológico se sentía muy enfermo ($\bar{x} = 8.75$, $DT = 1.93$), mientras que los profesionales sanitarios no opinaron del mismo modo ($\bar{x} = 7.93$, $DT = 2.30$).

En sexto lugar, en cuanto a considerar al enfermo oncológico como una persona intolerante ($t = -.87$; $p = .39$) también se hallaron diferencias, ya que la población entrevistada que no eran profesionales sanitarios pensaban que eran poco intolerantes ($\bar{x} = 4.92$, $DT = 3.14$); mientras que la población entrevistada que sí eran profesionales sanitarios pensaban que eran medianamente intolerantes ($\bar{x} = 5.27$, $DT = 2.44$).

En séptimo lugar, en relación a considerar al enfermo de cáncer como una persona pesimista ($t = -1.90$; $p = .06$) aparecieron diferencias entre el grupo de los que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 5.76$, $DT = 2.77$) y el grupo de los que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 6.33$, $DT = 2.36$). El primer grupo consideraba al enfermo de cáncer algo pesimista mientras que el segundo grupo lo consideraba medianamente pesimista.

En octavo lugar, se presentaron diferencias al considerar al enfermo de cáncer como una persona resignada ($t = -.32$; $p = .75$). Las medias para los sujetos que no eran profesionales sanitarios y para los sujetos que sí eran profesionales sanitarios fueron: $\bar{x} = 6.43$, $DT = 2.72$ y $\bar{x} = 6.53$, $DT = 2.35$, respectivamente.

En noveno lugar, en cuanto a considerar al enfermo de cáncer como una persona triste ($t = -.39$; $p = .70$), las personas que eran profesionales sanitarios ($M = 7.17$, $DT = 2.39$) estaban más de acuerdo con dicha afirmación que las personas que no eran profesionales sanitarios ($M = 7.06$, $DT = 2.70$).

En décimo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer ($t = -9.32$; $p < .00$). El grupo de los que no eran profesionales sanitarios ($M = 5.61$, $DT = 2.28$) tenía la percepción de no poseer tanta información acerca de la enfermedad oncológica mientras que el grupo de los que eran profesionales sanitarios ($M = 7.47$, $DT = 1.94$) creía tener información suficiente aunque podían aumentar sus conocimientos.

En undécimo lugar, en relación a la percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se es enfermo de cáncer ($t = -3.31$; $p < .00$), los sujetos que eran profesionales sanitarios ($M = 7.67$, $DT = 2.03$) no encontraban tan difícil que se restableciera la normalidad. En contraposición, los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($M = 6.95$, $DT = 2.50$) encontraban más difícil el restablecimiento de la misma.

En duodécimo lugar, se presentaron diferencias al considerar que existían consecuencias en la vida de las personas cuando se es enfermo de cáncer ($t = 3.77$; $p < .00$). Las medias para los sujetos que no eran profesionales sanitarios y para los sujetos que sí eran profesionales sanitarios fueron: $M = 8.57$, $DT = 1.67$ y $M = 9.11$, $DT = 1.25$, respectivamente.

En decimotercer lugar, también surgieron diferencias estadísticamente significativas en cierto tipo de consecuencias de la vida de las personas enfermas de cáncer. Tales consecuencias fueron: consecuencias en la vida familiar ($t = -3.75$; $p < .00$), consecuencias en el aspecto afectivo/sexual ($t = -6.88$; $p < .00$), consecuencias en la vida laboral ($t = -9.92$; $p < .00$), consecuencias en el aspecto físico ($t = -2.43$; $p < .05$), consecuencias en el ocio ($t = -5.58$;

$p < .00$), consecuencias en la forma de pensar ($t = -4.35$; $p < .00$) y, por último, consecuencias en la personalidad ($t = -2.99$; $p < .01$). Mientras que el grupo de los que no eran profesionales sanitarios creía que existían consecuencias a nivel familiar ($M = 8.49$, $DT = 1.90$), en el aspecto afectivo/sexual ($M = 7.13$, $DT = 2.85$), en la vida laboral ($M = 6.53$, $DT = 2.85$), en el aspecto físico ($M = 8.02$, $DT = 2.23$), en el ocio ($M = 6.60$, $DT = 2.92$), en la forma de pensar ($M = 8.02$, $DT = 2.51$) y en la personalidad ($M = 7.37$, $DT = 2.76$); el grupo de los profesionales sanitarios opinaba que dichas consecuencias estaban bastante más pronunciadas que lo que opinaban los sujetos del primer grupo, siendo las medias para las consecuencias en la vida familiar, en el aspecto afectivo/sexual, en la vida laboral, en el aspecto físico, en el ocio, en la forma de pensar y en la personalidad las siguientes: $M = 9.09$, $DT = 1.47$; $M = 8.72$, $DT = 1.77$; $M = 8.80$, $DT = 1.62$; $M = 8.49$, $DT = 1.86$; $M = 7.97$, $DT = 2.18$; $M = 8.92$, $DT = 1.75$ y $M = 8.09$, $DT = 2.36$, respectivamente.

En decimocuarto lugar, en cuanto a considerar que el cáncer se relacionaba con un castigo divino ($t = -3.32$; $p < .00$), ambos grupos estimaban que había poca relación entre la enfermedad oncológica y dicha causa; no obstante, el grupo de los que no eran profesionales sanitarios ($M = 1.00$, $DT = .07$) puntuaron más bajo el ítem que el grupo de los que eran profesionales sanitarios ($M = 1.16$, $DT = .85$). Lo mismo sucedió al relacionar el cáncer con el mal de ojo, la brujería y el vudú ($t = -2.52$; $p < .05$); siendo la media para los sujetos no profesionales $M = 1.01$, $DT = .10$ y $M = 1.07$, $DT = .44$ para los sujetos que sí lo eran.

En decimoquinto lugar, en referencia a considerar que el cáncer se relacionaba con condiciones climáticas como la lluvia y la nieve ($t = -3.29$; $p < .01$), los sujetos que no eran profesionales sanitarios estimaban que había una relación casi nula entre estas condiciones y el cáncer ($M = 1.48$, $DT = 1.32$), mientras que los sujetos que eran profesionales sanitarios ($M = 1.96$, $DT = 2.00$) estimaban que existía más relación entre padecer cáncer y las condiciones climáticas.

En decimosexto lugar se encontraron diferencias importantes en estimar que la enfermedad oncológica se relacionaba con la predisposición del organismo ($t = -5.47$; $p < .00$). Mientras que las personas que eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 7.68$, $DT = 2.19$) opinaban que en su mayoría se relacionaba con dicho ítem, las personas que no eran profesionales de éste tipo no veían tan directa la relación ($\bar{x} = 6.40$, $DT = 2.74$).

En decimoséptimo lugar, en referencia a la afirmación que el cáncer se relacionaba con un estilo de vida insano ($t = -4.064$; $p < .00$), los sujetos que eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 7.87$, $DT = 2.17$) creían que el cáncer era una enfermedad relacionada con el estilo de vida insano. Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 6.93$, $DT = 2.73$) creían que el cáncer estaba relacionado con éste ítem pero habían otras causas que también lo generaban.

En decimooctavo lugar, en cuanto a relacionar la enfermedad oncológica con causas ambientales ($t = -8.46$; $p < .00$) aparecieron también diferencias importantes, ya que el grupo de los que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 4.80$, $DT = 3.17$) no veían tan directa tal relación, mientras que el grupo de los que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 7.11$, $DT = 2.60$) estaban bastante de acuerdo en vincular el cáncer con causas ambientales.

En decimonoveno lugar, en relación a que el cáncer se relacionaba con el azar y la mala suerte ($t = -3.05$; $p < .01$) también aparecieron diferencias estadísticamente significativas. Las medias para los sujetos que no eran profesionales sanitarios y para los sujetos que sí eran profesionales sanitarios fueron: $\bar{x} = 2.39$, $DT = 2.73$ y $\bar{x} = 3.20$, $DT = 3.06$, respectivamente. Al igual que ocurrió al relacionar el cáncer con la ansiedad, la cólera o el estrés ($t = -4.01$; $p < .00$), siendo las medias de los que no eran profesionales y de los que sí lo eran $\bar{x} = 3.11$, $DT = 2.77$ y $\bar{x} = 4.17$, $DT = 3.09$, respectivamente.

En vigésimo lugar, aparecieron diferencias en cuanto a relacionar el cáncer con problemas de pareja o familiares ($t = -2.54$; $p < .05$). Ambos grupos veían poca relación entre el cáncer y el ítem, sin embargo, los que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 1.83$, $DT = 2.03$) veían menos relación que los que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 2.32$, $DT = 2.26$).

En último lugar, aparecieron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el cáncer con situaciones críticas como la pérdida de un familiar ($t = -2.61$; $p < .01$). Los que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 1.90$, $DT = 1.90$) creían que existía poca o ninguna relación entre la enfermedad oncológica y dicho ítem. Los que eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 2.38$, $DT = 2.29$) no tenían tan clara la poca relación entre el cáncer y tales situaciones críticas.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores las personas entrevistadas que no eran profesionales sanitarios fueron: percepción de ser una enfermedad que se hereda y considerar al enfermo de cáncer como una persona que se sentía enferma.

Mientras que los ítems que valoraron las personas entrevistadas que sí eran profesionales sanitarios con puntuaciones superiores fueron los siguientes: percepción de ser una enfermedad crónica; miedo a la enfermedad oncológica; considerar al enfermo de cáncer como una persona activa, intolerante, pesimista, resignada y triste; percepción de suficiencia de información acerca del cáncer; percepción de restablecimiento de la normalidad cuando se es enfermo de cáncer; existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se es enfermo de cáncer; consecuencias en la vida familiar, en el aspecto afectivo/sexual, en la vida laboral, en el aspecto físico, en el ocio, en la forma de pensar y en la personalidad; considerar que el cáncer se relaciona con un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; condiciones climáticas; predisposición del organismo; estilo de vida insano; causas ambientales; el azar y la mala suerte; la ansiedad, la cólera, el estrés; problemas de pareja o familiares y, en último

lugar, considerar que el cáncer se relaciona con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘cáncer’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *identidad de la enfermedad* ($t = -1.71$; $p = .09$). En concreto, parece que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 2.23$, $DT = 1.19$) consideraban la identidad de la enfermedad más representativa de la dolencia oncológica que lo que consideraban los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 1.03$, $DT = .17$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *consecuencias* ($t = -9.22$; $p < .01$). Los profesionales sanitarios ($\bar{x} = 3.65$, $DT = 1.59$) consideraban que las consecuencias del cáncer eran más importantes que lo que consideraban los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 2.47$, $DT = 1.28$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘enfermo de cáncer’ se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *identidad de la enfermedad/enfermo* ($t = -4.40$; $p < .01$); *consecuencias* ($t = -8.68$; $p < .01$) y *tratamientos* ($t = -1.22$; $p = .22$). Parece ser que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios opinaban que eran más importantes la identidad de la enfermedad/enfermo ($\bar{x} = 1.99$, $DT = 1.10$), las consecuencias de la enfermedad ($\bar{x} = 3.53$, $DT = 1.67$) y los tratamientos ($\bar{x} = 1.17$, $DT = .46$) que lo que consideraban los sujetos entrevistados que no eran profesionales sanitarios (identidad de la enfermedad/enfermo: $\bar{x} = 1.61$, $DT = .84$; consecuencias: $\bar{x} = 2.37$, $DT = 1.34$; tratamientos: $\bar{x} = 1.12$, $DT = .44$).

En tercer lugar, en la categorización ‘creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos’, se encontraron diferencias significativas en la categoría de

primer orden *síntomas físicos* ($t= .60$; $p=.55$). En concreto, parece que los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.65$, $DT= 1.28$) consideraban los síntomas físicos más representativos del cáncer que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.59$, $DT= 1.07$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *síntomas generales* ($t= -3.27$; $p<.01$). Al contrario que ocurriera con la anterior categoría, los sujetos que eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.06$, $DT= .27$) consideraban más importantes los síntomas generales que lo que opinaban los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.01$, $DT= .11$).

En cuarto lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *causas no catalogables* ($t= -1.27$; $p=.20$); ya que los profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.03$, $DT= .16$) encontraron que las causas no catalogables causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.01$, $DT= .11$).

En quinto lugar, en la categorización del concepto ‘prevención’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *prevención primaria* ($t= .84$; $p=.40$). Parece ser que los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.85$, $DT= 1.27$) opinaban que la prevención primaria del cáncer era más importante de lo que pensaban los sujetos que sí eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.75$, $DT= 1.12$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *asociaciones generales* ($t= 1.20$; $p=.23$) ya que los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.04$, $DT= .23$) pensaban que eran más importantes las asociaciones generales que lo que opinaban los profesionales sanitarios ($\bar{x}= 1.02$, $DT= .14$).

En sexto lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias significativas en las categorías de primer orden *tratamientos genéricos* ($t= -2.54$;

$p=.01$), *tratamientos preventivos* ($t= -2.91$; $p<.01$), *tratamientos psicológicos* ($t= -1.40$; $p=.16$), *tratamientos quirúrgicos* ($t= -4.85$; $p<.01$), *tratamientos naturales* ($t= 1.14$; $p=.26$), *hábitos de vida saludable* ($t= 1.67$; $p=.10$), *combinación de tratamientos* ($t= -4.34$; $p<.01$) y en la categoría *tratamientos espirituales* ($t= 1.43$; $p=.15$). En concreto, parece que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios relacionaban el cáncer con tratamientos genéricos ($\square=1.13$, $DT= .37$), tratamientos preventivos ($\square=1.16$, $DT= .42$), tratamientos psicológicos ($\square=1.04$, $DT= .19$), tratamientos quirúrgicos ($\square=1.48$, $DT= .50$) y combinación de tratamientos ($\square=1.05$, $DT= .21$) más de lo que lo hacían los sujetos que no eran profesionales sanitarios (tratamientos genéricos: $\square=1.06$, $DT= .24$; tratamientos preventivos: $\square=1.07$, $DT= .30$; tratamientos psicológicos: $\square=1.02$, $DT= .13$; tratamientos quirúrgicos: $\square=1.27$, $DT= .45$ y combinación de tratamientos: $\square=1.00$, $DT< .01$). Mientras que cuando se trataba de los tratamientos naturales ($\square=1.02$, $DT= .13$), los hábitos de vida saludable ($\square=1.12$, $DT= .49$) y los tratamientos espirituales ($\square=1.02$, $DT= .13$), los sujetos que no eran profesionales sanitarios opinaban que eran más importantes dichos tratamientos que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios (tratamientos naturales: $\square=1.01$, $DT= .07$; hábitos de vida saludable: $\square=1.06$, $DT= .28$; tratamientos espirituales: $\square=1.00$, $DT= .05$).

En último lugar, en la categorización del concepto ‘grupo de riesgo’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *factores de riesgo conductual* ($t= 2.04$; $p=.04$), *factores de riesgo ambiental* ($t= 2.12$; $p=.03$), *factor de riesgo hereditario* ($t= -5.07$; $p<.07$) y *asociaciones generales* ($t= 1.03$; $p=.30$); ya que los sujetos que no eran profesionales sanitarios encontraron que los factores de riesgo conductual ($\square= 2.36$, $DT= 1.14$), factores de riesgo ambiental ($\square= 1.37$, $DT= .70$) y las asociaciones generales ($\square= 1.06$, $DT= .24$) causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que sí eran profesionales sanitarios (factores de riesgo de conducta: $\square= 2.16$, $DT= .98$; factor de riesgo ambiental: $\square= 1.24$, $DT= .50$; asociaciones generales: $\square= 1.04$, $DT= .19$). Con la categoría *factores de*

riesgo hereditario ocurrió lo contrario. Los sujetos que eran profesionales sanitarios ($\bar{X}=1.60$, $DT=.53$) estimaron que eran más importantes los factores de riesgo hereditario que lo que opinaron los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{X}=1.36$, $DT=.49$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los profesionales sanitarios fueron: identidad de la enfermedad; consecuencias (categorización concepto ‘cáncer’); identidad de la enfermedad/enfermo; consecuencias (categorización concepto ‘enfermo de cáncer’); tratamientos; síntomas generales; causas no catalogables; tratamientos genéricos; tratamientos preventivos; tratamientos psicológicos; tratamientos quirúrgicos; combinación de tratamientos y, por último, factores de riesgo hereditario.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron los sujetos que no eran profesionales sanitarios con puntuaciones superiores fueron los siguientes: síntomas físicos; prevención primaria; asociaciones generales; tratamientos naturales; hábitos de vida saludable; tratamientos espirituales; factores de riesgo conductual; factores de riesgo ambiental y, por último, asociaciones generales.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, en relación a la creencia que existía un grupo de riesgo ($\chi^2=20.77^a$, $p<.01$) las frecuencias mostraron que los profesionales sanitarios consideraban en mayor medida la existencia de ese grupo de riesgo respecto a la opinión que dieron los sujetos que no eran profesionales sanitarios (profesionales sanitarios $f=360$; no profesionales sanitarios $f=154$).

En segundo lugar, en cuanto a considerar la infancia como grupo de edad más

vulnerable para padecer la enfermedad oncológica ($\chi^2= 6.66^a$, $p<.05$) las frecuencias señalaron que había más profesionales sanitarios que no consideraban la infancia como una edad vulnerable para tener cáncer ($f=335$) que sujetos que no eran profesionales sanitarios ($f=175$).

En tercer lugar, en referencia a considerar la adolescencia como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 10.90^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que los profesionales sanitarios tenían más claro que los que no eran profesionales sanitarios, que la adolescencia no era considerada una edad vulnerable para padecer la enfermedad oncológica (sanitarios $f=340$; no sanitarios $f=179$).

En cuarto lugar, en cuanto a considerar los adjetivos activo ($\chi^2= 54.27^a$, $p<.01$), débil ($\chi^2= 144.02^a$, $p<.01$), enfermo ($\chi^2= 289.24^a$, $p<.01$), honrado ($\chi^2= 14.33^a$, $p<.01$), impulsivo ($\chi^2= 4.17^a$, $p<.05$), pesimista ($\chi^2= 67.18^a$, $p<.01$), resignado ($\chi^2= 73.05^a$, $p<.01$), simpático ($\chi^2= 4.49^a$, $p<.01$), triste ($\chi^2= 104.52^a$, $p<.01$) y valiente ($\chi^2= 81.17^a$, $p<.01$) como características que definían al enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de sanitarios superior al de no sanitarios consideraron que los adjetivos activo, débil, enfermo, honrado, impulsivo, pesimista, resignado, simpático, triste y valiente sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de los sanitarios al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=264$; $f=294$; $f=305$; $f=178$; $f=194$; $f=262$; $f=267$; $f=178$; $f=275$ y $f=264$ respectivamente. Las frecuencias de los no sanitarios para los mismos adjetivos fueron: $f=72$; $f=52$; $f=17$; $f=121$; $f=112$; $f=64$; $f=65$; $f=106$; $f=54$ y $f=56$, también respectivamente.

En quinto lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 269.75^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de

chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de profesionales sanitarios que de no profesionales sanitarios sí que obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica (sanitarios $f=273$; no sanitarios $f=0$).

En sexto lugar, en cuanto a la afirmación que la información que poseían los sujetos entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2=137.01^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de sanitarios que de no sanitarios sí que habían obtenido la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud (sanitarios $f=187$; no sanitarios $f=1$).

En último lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2=38.96^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los sanitarios no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros medios de comunicación ($f=296$). No ocurría lo mismo con los no sanitarios ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=180$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los sujetos que eran profesionales sanitarios fueron: creencia en la existencia de un grupo de riesgo; infancia como grupo de edad más vulnerable para padecer la enfermedad oncológica; adolescencia como grupo de edad más vulnerable para padecer la enfermedad oncológica; considerar los adjetivos activo, débil, enfermo, honrado, impulsivo, pesimista, resignado, simpático, triste y valiente como características que definían al enfermo de cáncer, obtener la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; obtener la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud y, por último, obtener la información del cáncer de otros medios de comunicación.

Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios no valoraron ningún ítem con puntuaciones superiores a los sanitarios.

9.17. Las diferencias intercategoriales más relevantes en función de ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos.

En este punto se presentan los análisis diferenciales más significativos de la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en referencia a las diferencias intercategoriales más relevantes en función del tipo de relación con el enfermo oncológico.

Se contemplaron cuatro tipos de relaciones con este tipo de pacientes: soy enfermo de cáncer, soy familiar directo de enfermo de cáncer, soy amigo íntimo de enfermo de cáncer y, por último, soy profesional sanitario en contacto directo con enfermos de cáncer. Las 3 primeras opciones fueron analizadas en el capítulo anterior.

Con el fin de comprobar si existían o no diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en función de su pertenencia a la categoría de experiencia profesional *sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos*, se utilizaron la prueba T y el chi-cuadrado como pruebas estadísticas.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las categorías cuantitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, se encontraron diferencias en percibir el cáncer como una enfermedad crónica ($t = -1.631$; $p > .01$); donde el grupo de personas que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 5.53$) le otorgaban a la enfermedad una cronicidad media, y el grupo de personas que eran profesionales sanitarios en contacto

directo con enfermos de cáncer ($\square=6.03$) la percibían como más crónica.

En segundo lugar, en cuanto a la percepción de ser una enfermedad que se heredaba ($t= -1.69$; $p=.09$), los sujetos que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=6.28$) pensaban que el cáncer era una enfermedad que se heredaba; mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square=5,81$) no veían tan directa esa relación. El cáncer tenía tendencia a heredarse pero existían otras formas de contraer la enfermedad.

En tercer lugar, en referencia a la percepción de ser una enfermedad controlable ($t= -.35$; $p=.72$), ambos grupos opinaban que se trataba de una enfermedad bastante controlable, sin embargo, los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=6.26$) no la veían tan controlable como los que sí eran profesionales en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=6.35$).

En cuarto lugar, se encontraron diferencias en cuanto a la percepción de ser una enfermedad mortal ($t= 1.40$; $p= .16$). Los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=7.15$) consideraban la dolencia oncológica como mortal, mientras que el otro grupo ($\square=6.79$) estimaba que era una enfermedad relativamente mortal.

En quinto lugar, en relación a la afirmación que el enfermo oncológico era una persona activa ($t= .23$; $p=.82$) los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer creían que este tipo de pacientes eran medianamente activos ($\square=4.46$), mientras que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=4.39$) pensaban que eran algo activos.

En sexto lugar, se encontraron diferencias en la afirmación que el enfermo de cáncer

era una persona débil ($t = -.58$; $p = .56$). Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 6.41$) opinaban que el paciente oncológico era una persona medianamente débil, los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 6.59$) creían que eran personas bastante débiles.

En séptimo lugar, se encontraron diferencias en relación a considerar que el enfermo oncológico era una persona eficaz ($t = .07$; $p = .94$). Las medias para el grupo de los que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer y del grupo de los que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con este tipo de pacientes fueron $M = 5.09$ y $M = 5.07$, respectivamente.

En octavo lugar, en relación a la afirmación que el enfermo oncológico era una persona intolerante ($t = -.38$; $p = .70$), los sujetos que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer creían que este tipo de pacientes eran medianamente intolerantes ($M = 5.15$) mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 5.01$) estaban menos de acuerdo con tal aseveración.

En noveno lugar, surgieron diferencias al estimar que el enfermo de cáncer era una persona resignada ($t = -1.58$; $p = .12$). La diferencia que surgió entre el grupo de los que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 6.21$) y el grupo de los que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($M = 6.69$) consistía en que el segundo grupo los consideraba personas resignadas mientras que el primer grupo las consideraba personas algo resignadas.

En décimo lugar, aparecieron diferencias importantes al considerar que el enfermo de cáncer era una persona triste ($t = -1.01$; $p = .31$). Las personas que no eran profesionales

sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=6.81$) consideraban que los enfermos oncológicos eran personas que estaban entristecidas. Sin embargo, las personas que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con este tipo de pacientes ($\square=7.12$) opinaban que se encontraban bastante tristes.

En undécimo lugar, en relación a tener una percepción de suficiencia de información acerca del cáncer ($t= -5.06$; $p< .00$), el grupo de los que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=6,56$) tenía la percepción de no poseer tanta información acerca de la enfermedad oncológica como el grupo de los que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=7,71$), ya que creían tener información suficiente aunque podían aumentar aún más sus conocimientos.

En duodécimo lugar, en referencia a considerar que existían consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer ($t= -.25$; $p=.02$), aunque tanto los sujetos que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square=9,22$) como los que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con el enfermo oncológico ($\square=8,89$) creían que se producían tales consecuencias, el primer grupo de personas opinaba que habían más consecuencias.

En decimotercer lugar, en referencia a la afirmación que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar ($t= -2.770$; $p<.01$), en el aspecto afectivo/sexual ($t= -5.38$; $p<.01$), en la vida laboral ($t= -7.22$; $p<.01$), en el aspecto físico ($t= -2.52$; $p>.01$), en las relaciones sociales ($t= -3.75$; $p<.01$), en el ocio ($t= -5.57$; $p<.01$), en la forma de pensar ($t= -4.54$; $p<.01$) y, por último, en la personalidad ($t= -3.94$; $p<.01$), los resultados mostraron una serie de diferencias importantes. Las diferencias estribaban entre el grupo de los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer y el grupo de los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer. El

primer grupo opinaba que la enfermedad oncológica afectaba de manera considerable en la vida familiar ($\square = 8.65$), en el aspecto afectivo/sexual ($\square = 7.36$), en la vida laboral ($\square = 6.98$), en el aspecto físico ($\square = 8.04$), en las relaciones sociales ($\square = 7.02$), en el ocio ($\square = 6.58$), en la forma de pensar ($\square = 7.91$) y en la personalidad ($\square = 7.15$). Sin embargo, el segundo grupo consideraba que el cáncer producía muchas consecuencias en la vida familiar de los enfermos de cáncer ($\square = 9.15$); perjudicaba de manera considerable la vida afectivo/sexual ($\square = 8.79$); la vida laboral también se veía muy afectada ($\square = 8.82$); a nivel físico eran muchas las consecuencias que se producían ($\square = 8.58$); las relaciones sociales se veían bastante afectadas ($\square = 8.03$); lo mismo ocurría con el ocio ($\square = 8.08$) y con las consecuencias en la forma de pensar ($\square = 8.99$) y en la personalidad ($\square = 8.22$).

En decimocuarto lugar, en relación a considerar que el cáncer se relacionaba con la herencia genética ($t = -3.45$; $p < .01$), el conjunto de personas que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square = 6.96$) opinaba que la herencia genética era un factor de riesgo pero no era concluyente, mientras que el conjunto de personas que eran profesionales sanitarios en contacto directo con éste tipo de pacientes ($\square = 7.81$) creía que el factor hereditario era muy importante en el momento de desarrollar la enfermedad.

En decimoquinto lugar, en referencia a que el cáncer se relacionaba con la predisposición del organismo ($t = -4.30$; $p < .00$) surgieron diferencias significativas entre los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square = 6.80$) y los que sí tenían dicha relación ($\square = 7.84$). El primer grupo creía que la predisposición del organismo era una causa probable de cáncer, sin embargo, el segundo grupo le otorgó mayor importancia como factor de riesgo. Al igual que ocurrió al relacionar el cáncer con el estilo de vida insano ($t = -5.22$; $p < .00$), siendo las medias para el grupo de los

profesionales sanitarios y para el grupo de los que no eran profesionales sanitarios $\bar{x} = 7.87$ y $\bar{x} = 6.46$, respectivamente.

En último lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al relacionar el cáncer con causas ambientales ($t = -5.35$; $p < .00$). Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios ($\bar{x} = 5.69$) estimaban que el cáncer estaba relacionado con este ítem pero había otras causas que también lo generaban; los sujetos que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\bar{x} = 7.26$) creían que la enfermedad oncológica era una dolencia relacionada directamente con causas ambientales.

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores las personas entrevistadas que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer fueron: percepción de ser una enfermedad mortal y considerar al enfermo de cáncer como una persona activa y eficaz.

Mientras que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores las personas entrevistadas que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos fueron: percepción de ser una enfermedad crónica; percepción de ser una enfermedad que se heredaba; percepción de ser una enfermedad controlable; considerar al enfermo de cáncer como una persona débil, intolerante, resignada y triste; percepción de suficiencia de información acerca del cáncer; consideración de la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer; consideración que el cáncer afectaba a la vida familiar, al aspecto afectivo/sexual, a la vida laboral, al aspecto físico, a las relaciones sociales, al ocio, a la forma de pensar y a la personalidad y, en último lugar, considerar que el cáncer se relacionaba con la herencia genética, la predisposición del organismo, el estilo de vida insano y las causas ambientales.

Los análisis de pruebas T que resultaron estadísticamente significativos para las

categorías cualitativas fueron los siguientes:

En primer lugar, en la categorización del concepto ‘cáncer’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *tipos de cáncer* ($t= 1.20$; $p=.23$). En concreto, parece que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.12$, $DT= .48$) consideraban los tipos de cáncer más representativos de la dolencia oncológica que lo que consideraban los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($\square= 1.06$, $DT= .27$).

En segundo lugar, en la categorización del concepto ‘causas’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *sustancias químicas y medio ambiente* ($t= -1.90$; $p=.06$); ya que los profesionales sanitarios que estaban en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.02$, $DT= .16$) encontraron que las sustancias químicas y el medio ambiente causaban más cáncer de lo que opinaban los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.00$, $DT<.01$). También se encontraron diferencias en la categoría de primer orden *radiación* ($t=1.04$; $p=.30$). Parece ser que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.02$, $DT=.13$) opinaban que las radiaciones causaban más cáncer que lo que opinaban los profesionales sanitarios que sí estaban en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.00$, $DT=.06$).

En tercer lugar, en la categorización del concepto ‘tratamiento’, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las categorías de primer orden *tratamientos quirúrgicos* ($t= -2.68$; $p<.01$), *hábitos de vida saludable* ($t= 2.31$; $p>.01$), *combinación de tratamientos* ($t= -2.03$; $p=.04$) y en la categoría de primer orden *tratamientos relacionados con la actitud personal* ($t= 2.21$; $p=.03$). En concreto, parece que los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos relacionaban el cáncer

con tratamientos quirúrgicos ($\square=1.47$, $DT= .50$) y combinación de tratamientos ($\square=1.06$, $DT= .23$) más de lo que lo hacían los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos (tratamientos quirúrgicos: $\square=1.33$, $DT= .47$ y combinación de tratamientos: $\square=1.02$, $DT>.01$). Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos opinaban que los hábitos de vida saludables ($\square=1.16$, $DT= .56$) y los tratamientos relacionados con la actitud personal ($\square=1.20$, $DT=.65$) eran mejores tratamientos para curar el cáncer que lo que opinaban los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos (hábitos de vida saludable: $\square=1.04$, $DT=.21$ y tratamientos relacionados con la actitud personal: $\square=1.06$, $DT=.27$).

En último lugar, en la categorización del concepto 'grupo de riesgo', se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de primer orden *asociaciones generales* ($t= 1.52$; $p=.13$); ya que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos encontraron que las asociaciones generales ($\square= 1.08$, $DT= .27$) estaban más relacionadas con la dolencia de lo que opinaban los sujetos que sí eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($\square= 1.04$, $DT= .17$).

A modo de resumen, indicar que las categorías de primer orden que valoraron con puntuaciones superiores los profesionales sanitarios que estaban en contacto directo con enfermos oncológicos fueron: sustancias químicas y medio ambiente; tratamientos quirúrgicos y, en último lugar, combinación de tratamientos.

Mientras que las categorías de primer orden que valoraron los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos con puntuaciones superiores fueron los siguientes: tipos de cáncer; radiación; hábitos de vida saludables; tratamientos relacionados con la actitud personal y, por último, asociaciones generales.

Los análisis de Chi-cuadrado que resultaron estadísticamente significativos fueron los siguientes:

En primer lugar, en relación a la creencia que existía un grupo de riesgo ($\chi^2= 5.93^a$, $p>.01$) las frecuencias mostraron que los profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer consideraban en mayor medida la existencia de ese grupo de riesgo respecto a la opinión que dieron los que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos (sanitarios $f=248$; no sanitarios $f=149$).

En segundo lugar, en referencia a considerar la adolescencia como grupo de edad más vulnerable para tener cáncer ($\chi^2= 4.51^a$, $p<.05$), los resultados pusieron de manifiesto que los profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer tenían más claro que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer, que la adolescencia no era considerada una edad vulnerable para padecer la enfermedad oncológica (sanitarios $f=228$; no sanitarios $f=133$).

En tercer lugar, en relación a la creencia que existían síntomas, características o rasgos físicos que facilitarían la identificación de los enfermos oncológicos ($\chi^2= 9.48^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que el grupo de los profesionales sanitarios en contacto directo con los enfermos oncológicos ($f=155$) parecían no creer en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos, mientras que el grupo de los sujetos no sanitarios ($f=125$) no estaba tan de acuerdo con tal afirmación.

En cuarto lugar, en cuanto a considerar los adjetivos activo ($\chi^2= 10.43^a$, $p<.01$), débil ($\chi^2= 30.59^a$, $p<.01$), enfermo ($\chi^2= 38.61^a$, $p<.01$), grave ($\chi^2= 4.75^a$, $p<.05$), pesimista ($\chi^2= 5.79^a$, $p>.01$), resignado ($\chi^2= 15.17^a$, $p<.01$), triste ($\chi^2= 19.30^a$, $p<.01$) y valiente ($\chi^2= 10.21^a$, $p<.01$) como características que definían al enfermo de cáncer, los resultados mostraron que un número de profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer superior al

de las personas que no eran profesionales sanitarios consideraron que los adjetivos activo, débil, enfermo, grave, pesimista, resignado, triste y valiente sí que caracterizaban de modo diferencial al enfermo oncológico. Las frecuencias que se obtuvieron de los sanitarios al respecto de los citados adjetivos fueron las siguientes: $f=180$; $f=198$; $f=119$; $f=179$; $f=176$; $f=182$; $f=187$ y $f=173$ respectivamente. Las frecuencias de los no sanitarios para los mismos adjetivos fueron: $f=74$; $f=66$; $f=63$; $f=50$; $f=78$; $f=70$; $f=68$ y $f=63$ también respectivamente.

En quinto lugar, en referencia al ítem que la información que poseían las personas entrevistadas sobre el cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica ($\chi^2= 93.10^a$, $p<.01$), de los resultados que se obtuvieron al realizar la prueba de chi-cuadrado se obtuvieron las siguientes conclusiones: una frecuencia bastante superior de profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos ($f=187$) que de sujetos no profesionales sanitarios ($f=41$) sí que obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica.

En sexto lugar, en cuanto a la afirmación que la información que poseían los sujetos entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de otros profesionales de la salud ($\chi^2= 32.78^a$, $p<.01$), los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer ($f=126$) que de sujetos no profesionales sanitarios ($f=35$) sí que habían obtenido la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud.

En séptimo lugar, en cuanto a la afirmación que la información que poseían los sujetos entrevistados sobre el cáncer la habían obtenido de la interacción social informal ($\chi^2= 5.14^a$, $p>.01$), los resultados pusieron de manifiesto que una frecuencia superior de sujetos no profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer que de personas que sí

eran profesionales sanitarios en contacto directo con este tipo de pacientes no habían obtenido la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud (sanitarios $f=31$; no sanitarios $f=93$).

En último lugar, en relación a la afirmación de que la información que poseían los sujetos entrevistados al respecto de la enfermedad oncológica la habían obtenido de otros medios de información ($\chi^2= 4.50^a$, $p<.01$), la prueba estadística puso de manifiesto que los profesionales sanitarios no habían obtenido la información que poseían del cáncer de otros medios de comunicación ($f=209$). No ocurría lo mismo con los sujetos que no eran profesionales sanitarios ya que fueron menos los que no habían obtenido la información de dicha fuente ($f=146$).

A modo de resumen, indicar que los ítems que valoraron con puntuaciones superiores los profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos de cáncer fueron: creencia en la existencia de un grupo de riesgo; adolescencia como grupo de edad más vulnerable; creencia en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables; considerar los adjetivos activo, débil, enfermo, grave, pesimista, resignado, triste y valiente como características que definían al enfermo de cáncer; obtención de la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; obtención de la información al respecto del cáncer de otros profesionales de la salud y, por último, obtención de la información del cáncer de otros medios de comunicación.

Mientras que los sujetos que no eran profesionales sanitarios en contacto directo con el enfermo oncológico valoraron con puntuaciones superiores el ítem ‘información del cáncer obtenida de la interacción social’.

9.18. Aplicabilidad en enfermería oncológica.

A continuación se analizará cada una de las áreas temáticas en profundidad con la finalidad de abstraer que aspectos de la percepción del enfermo oncológico y de su enfermedad son adecuados y qué aspectos debe mejorar el personal sanitario.

En primer lugar, en el área temática *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*, con respecto al análisis del concepto de *cáncer* cabe señalar que la población sanitaria destacó expresiones o palabras que se incluyeron dentro de la categoría de ‘identidad de la enfermedad’ y que se encontraban vinculadas sobre todo a la enfermedad, a la familia, a la lucha y a los hospitales; dentro de la categoría de ‘consecuencias’, destacando las consecuencias físicas, las consecuencias psicológicas y los sentimientos que genera el cáncer, siendo las palabras más nombradas por los profesionales sanitarios: ‘dolor’, ‘muerte’, ‘miedo’ y ‘sufrimiento’ y, dentro de la categoría ‘tratamientos’, siendo la palabra más destacada ‘quimioterapia’.

Así pues, los resultados muestran que el cáncer tenía una representación negativa por parte de los profesionales sanitarios; los adjetivos que lo calificaron lo juzgaron desde el lado más desfavorable. Esto generaba emociones negativas muy intensas como la tristeza, el sufrimiento, el miedo, la incertidumbre, la impotencia y la angustia del que lo padecía. Ahora bien, parece que había, en la representación social, una predisposición positiva a la lucha y a la esperanza.

Con respecto al concepto de *enfermo de cáncer* cabe señalar que la población sanitaria destacó expresiones o palabras que se incluyeron en las categorías de ‘identidad de la enfermedad’ y ‘consecuencias’ y que se encontraban vinculadas al ‘dolor’ y a la ‘muerte’ pero también a la ‘familia’ y la ‘esperanza’.

Por consiguiente, los resultados muestran que el enfermo de cáncer tenía una representación positiva por parte de los profesionales sanitarios ya que los adjetivos lo calificaron de luchador y, aunque sufría consecuencias físicas negativas como el dolor y la muerte, estaba dispuesto para la lucha ya que la fuerza, el ánimo y la esperanza le acompañaban en el proceso de la enfermedad.

Con respecto a la *creencia de síntomas, características o rasgos físicos*, la mayor parte de la población sanitaria consideraba que no era una enfermedad visible a priori ya que no era sencilla su identificación por medio de la apariencia física, es decir, no consideraban que se tratase de una enfermedad fácilmente identificable. No obstante, los síntomas físicos eran los que la población sanitaria identificaba más fácilmente.

En cuanto a la *gravedad*, la población consideraba la enfermedad de cáncer no solo como una enfermedad grave, sino como una de las enfermedades más graves de la actualidad.

A la luz de los resultados obtenidos sobre la categoría *identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad*, se analizaron en profundidad las respuestas otorgadas por los sujetos sanitarios entrevistados, encontrándose definiciones del cáncer del tipo: '*enfermedad dura*', '*enfermedad grave*', '*grave y compleja enfermedad*'. Aunque hubo alguna respuesta del tipo '*enfermedad incurable*'.

Si se continúan analizando las respuestas dadas por los sujetos entrevistados se observa que en referencia a los síntomas físicos que padece el enfermo de cáncer, palabras recurrentes por muchos de los sujetos entrevistados fueron '*anorexia*', '*alopecia*', '*adelgazamiento*' y '*dolor*'.

Con todo y con esto, si se estudia el concepto *cáncer* desde una perspectiva científica no es difícil adivinar que la mayoría de los profesionales entrevistados poseía una idea real de la enfermedad.

Con respecto a las consecuencias físicas que se producen durante la enfermedad, ya sea como consecuencia de los tratamientos a los que se ve sometido el enfermo, ya sean por la propia enfermedad, los profesionales sanitarios entrevistados también tuvieron respuestas, en su gran mayoría, en consonancia con la realidad.

Así pues, teniendo en cuenta que la información que tenía la población sanitaria acerca del enfermo oncológico y la enfermedad de cáncer resultó ser bastante correcta, se recomienda que los profesionales sanitarios continúen formándose conforme la medicina avanza. Resulta primordial que los médicos, enfermeros, psicólogos, auxiliares de enfermería y demás profesionales sanitarios que se encuentran en contacto directo con la enfermedad de cáncer y su enfermo oncológico posean los conocimientos de los últimos avances en oncología. Deben estar formados en las últimas terapias, intervenciones, aparataje y demás avances que hacen posible diagnosticar de manera más precoz y tratar de manera más eficaz y eficiente a este tipo de enfermos.

En segundo lugar, con respecto al análisis del área temática *causas*, se puede indicar que los análisis pusieron de manifiesto que el cáncer no se relacionaba con un castigo divino; mal de ojo, brujería, vudú; infecciones o gérmenes; tampoco con las condiciones climáticas; el azar y/o la mala suerte; ansiedad, cólera o estrés; problemas de pareja o familiares ni, por último, con situaciones críticas como la pérdida de un familiar. Mayoritariamente se creía que las posibles causas del cáncer eran la herencia genética, la predisposición del organismo o el estilo de vida insano.

Si se analizan en profundidad las respuestas otorgadas por los sujetos sanitarios entrevistados se observa que, aunque parecían identificar de manera correcta las causas que provocan cáncer, a una de ellas no le otorgaron la importancia que tiene. Se trata de la causa *infecciones o gérmenes*.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 25% de los casos de cáncer en los países que tienen ingresos económicos medios y bajos se producen por infecciones oncogénicas como las causadas por el Virus del Papiloma Humano (OMS, s.f).

En consecuencia, sería recomendable que los profesionales sanitarios actualizasen los conocimientos que poseen al respecto de las causas que originan un cáncer. Es importante que los profesionales sanitarios ayuden a prevenir el cáncer desde atención primaria. Y no sólo explicando que el tabaco, el alcohol, la falta de ejercicio físico o una dieta poco saludable pueden producir, con el paso del tiempo, un tumor maligno en el cuerpo. También deben poder explicar, por ejemplo, que la promiscuidad en las relaciones sexuales, sin ser sinónimo de cáncer, es un factor de riesgo importante (León, G., de Bosques, O., 2005) y que, un modo de prevenirlo, es la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano ya que cuenta con evidencias de nivel alto que confirman su eficacia y su seguridad (Cortés, J. et al., 2010).

En tercer lugar, en cuanto al análisis del área temática *consecuencias de la enfermedad*, los resultados del presente trabajo de investigación pusieron de manifiesto que los profesionales sanitarios opinaban que, aunque después de la enfermedad se podía llevar una vida bastante normal, padecer cáncer producía consecuencias a lo largo de la vida. Las consecuencias más relevantes fueron de tipo familiar, del aspecto laboral, del afectivo/sexual y de la forma de pensar. Gran parte de dicha población creía que también existían consecuencias en el aspecto físico, en el área de las relaciones sociales, en el ocio y en la personalidad.

Si se analizan en profundidad las respuestas otorgadas por los sujetos sanitarios entrevistados se observa que es cierto que se producen todas estas consecuencias en la vida de las personas que padecen la enfermedad de cáncer. Lugo, Barroso y Fernández (1996) coinciden en que, el tratamiento oncológico puede afectar a nivel físico, psicológico y social la vida de los enfermos de cáncer. Produciéndose cambios en el cuerpo por la cirugía, signos

y síntomas como consecuencia de la quimioterapia y la radioterapia, cambios en el estilo de vida y repercusiones en la vida socio-familiar y laboral.

Será labor de los profesionales sanitarios que trabajen con este tipo de pacientes saber distinguir estas consecuencias para poder ayudar a solventarlas después. Tanto el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson como el de los patrones funcionales de Marjory Gordon son una excelente herramienta de trabajo para poder distinguir aquellas necesidades que no tienen cubiertas este tipo de enfermos y poder ayudar a cubrirlas después.

En cuarto lugar, en cuanto al análisis del área temática *durabilidad y cronicidad de la enfermedad oncológica*, los resultados mostraron una dolencia duradera en el tiempo; esto supone la existencia de ciclos, recaídas, remisiones y, si avanza, entonces agrava la vida de las personas. También era considerada una enfermedad de difícil curación y, que, por tanto, duraba toda la vida. Estaba, pues, considerada como relativamente crónica pero con cura aunque, sobre este último aspecto había mucha dispersión de resultados.

A la luz de los resultados obtenidos por los sujetos sanitarios entrevistados se puede afirmar que poseen una información bastante veraz al respecto del área temática *durabilidad y cronicidad*. Ya que, la supervivencia de los enfermos oncológicos está mejorando en todos los estadios. Esto implica una evidencia preliminar de que el cáncer avanzado se puede convertir en una patología crónica y, por consiguiente, ser controlada (Lage y Crombet, 2011).

Además, como se indicara en el capítulo siete del presente trabajo de investigación, con el uso de terapias más modernas parece que algunos pacientes tienen más probabilidades de morir con la enfermedad oncológica que morir de la enfermedad oncológica. Se trata, por ejemplo, el sunitinib y el sorafenib para el carcinoma renal y del Interferón alfa para el melanoma maligno (Lage y Crombet, 2011). No obstante, se hace necesario que los

profesionales sanitarios continúen investigando por un lado, para conseguir que los avances en el tratamiento de la enfermedad oncológica sigan su curso y, por el otro lado, que los profesionales estén informados de estos avances ya que si se investiga pero, los resultados de dichas investigaciones no llegan a los profesionales sanitarios que trabajan día a día con este tipo de pacientes, ¿qué sentido tiene? El curso de la investigación se ve interrumpido puesto que no se puede poner en práctica aquello que se ha conseguido en el laboratorio.

En quinto lugar, en relación al análisis del área temática *prevención*, los resultados obtenidos mostraron una representación social del cáncer como una patología que se podía prevenir en parte modificando ciertos estilos de vida, como por ejemplo no fumando, realizando ejercicio físico y llevando una dieta saludable. Si se continúa analizando en profundidad la categoría de *prevención* se observa que, para los sujetos entrevistados es más importante la prevención primaria. No obstante, en cuanto a la prevención secundaria se refiere, le otorgaron mucha importancia a la detección precoz.

A la luz de los resultados obtenidos se puede indicar que los conocimientos que poseían los profesionales sanitarios respecto a la prevención eran correctos ya que coinciden con la Organización Mundial de La Salud. Ésta indica que entre el 30 y el 50% de los cánceres se podrían evitar reduciendo los factores de riesgo por un lado y previniendo por el otro. La OMS entiende como prevención, aquellas acciones dirigidas a la detección precoz y el tratamiento (OMS, s.f).

Entre los factores de riesgo que enumera la OMS se encuentra el consumo del tabaco, el sobrepeso u obesidad o la alimentación insana.

En consecuencia, los médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y demás profesionales de la salud deberían seguir trabajando tanto en la prevención primaria como en la prevención secundaria del cáncer. Para ello es primordial que continúen formándose. La

medicina avanza a pasos agigantados y no se puede ayudar a la población si no se poseen los conocimientos adecuados.

En sexto lugar, en relación al área temática *amenazante y percepción de control*, indicar que los análisis mostraron que se trataba de una de las enfermedades más graves en comparación con otras dolencias ya que era considerada bastante mortal y que generaba mucho miedo y temor la posibilidad de contraerla ya que todas las personas formaban parte del grupo de riesgo. Aunque, por otra parte y con mayor variabilidad, la mayor parte de la población entrevistada consideraba que el cáncer era una enfermedad relativamente controlable.

A la luz de los resultados obtenidos, se puede indicar que los conocimientos expuestos por los profesionales sanitarios eran correctos. Por consiguiente sólo queda seguir transmitiendo tanto desde atención primaria como desde atención secundaria la manera en que se puede prevenir la enfermedad oncológica para que se pierda el miedo a la misma y se pueda controlar.

En séptimo lugar, al realizar el análisis del área temática *tratamiento* se advierte que los sanitarios entrevistados, en rasgos generales sí conocían algunos de los tratamientos utilizados en el cáncer ya que se encontraron definiciones del tipo: '*cirugía*', '*quimioterapia*' y '*radioterapia*'. De hecho, éstos tres son los más citados por la población estudiada con unas frecuencias muy elevadas de aparición. No obstante, como ya se indicara en el capítulo siete, los tratamientos que existen en la actualidad para el tratamiento del cáncer son múltiples y variados.

Sería aconsejable que los sanitarios en general y los enfermeros en particular que trabajasen en contacto directo con enfermos oncológicos, conociesen los tratamientos que existen en la actualidad, desde su forma de presentación, pasando por la manera de administración y hasta la forma de presentación.

En octavo lugar, en cuanto al análisis del área temática *transmisión y contagio*, los resultados obtenidos mostraron una representación social del enfermo de cáncer que se caracterizaba por considerar que el cáncer no era una enfermedad contagiosa y un porcentaje considerable de la población sanitaria afirmaba que se trataba de una enfermedad hereditaria. En rasgos generales, pues, poseían una visión realista sobre cuáles eran los factores de transmisión y contagio respecto a la enfermedad de cáncer.

Por consiguiente, el trabajo del personal de enfermería en esta área temática sería seguir adquiriendo conocimientos verídicos y fiables.

En noveno lugar, al realizar el análisis pormenorizado del área temática *grupo de riesgo*, los resultados pusieron de manifiesto que, los profesionales sanitarios sí creían en la existencia de un grupo de riesgo para contraer la enfermedad de cáncer. De todos los posibles grupos que tenían mayor probabilidad de contraer la enfermedad en la investigación, el grupo de riesgo mayoritario lo compusieron personas con factores de riesgo hereditario y personas que no llevaban un estilo de vida saludable y, entre ellos, los fumadores y los alcohólicos. Además, opinaban que no existía una edad de riesgo para padecer la enfermedad oncológica.

Así pues, los conocimientos al respecto de los grupos de riesgo que poseían los profesionales sanitarios eran correctos. En consecuencia, los profesionales sanitarios en general y los enfermeros en particular deberán seguir formándose al respecto de los avances de la oncología puesto que, el personal de enfermería, en las consultas de Atención Primaria debe llevar a cabo procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento de algún problema instaurado (como por ejemplo, la obesidad, la diabetes o el tabaquismo) con el individuo, la familia y la comunidad. Dentro de este marco conceptual, es obligación del enfermero formar e informar a la población acerca de los factores de riesgo que pueden producir ciertas enfermedades, como por ejemplo, el cáncer.

En décimo lugar, en referencia al área temática *rasgos de personalidad*, se puede indicar que los análisis mostraron una representación social del enfermo oncológico que se caracterizaba por considerar que los adjetivos débil, enfermo y grave caracterizaban de modo diferencial a los enfermos de cáncer. También existió un gran acuerdo en que eran personas activas, pesimistas, profundas, resignadas, tristes y valientes. Asimismo había bastante acuerdo en que por ser enfermo de cáncer se tenía que ser considerado, divertido, intolerante e introvertido. Por último, depende de la persona entrevistada, pero no conformaba parte de la representación social, el que considerase al enfermo de cáncer una persona buena, eficaz, extrovertida, generosa, honrada, impulsiva, inútil, simpática y sincera.

Respecto a los conocimientos que se poseen al respecto del área temática *rasgos de personalidad*, cabe señalar que la enfermedad no influye directamente en los cambios de las características de la personalidad. No obstante, como ya se indicara en el capítulo siete, este tipo de enfermos comparten una serie de procesos como pueden ser por ejemplo, los cambios en la imagen o el bajo rendimiento a la hora de desarrollar actividades de la vida cotidiana mientras dura el tratamiento o, procesos como la imposibilidad, en ciertos casos, de tener hijos (AECC, 2015). Estos sucesos pueden llegar a provocar sentimientos de inseguridad y baja autoestima que, en ocasiones, pueden generar conductas de aislamiento y reducción de las relaciones de pareja, familiares y sociales. Es decir, los enfermos de cáncer pueden compartir ciertos sentimientos ante la enfermedad. Así pues, adjetivos como ‘débil’, ‘pesimista’, ‘resignado’ o ‘triste’ bien podrían relacionarse con este tipo de pacientes. No como una constante a lo largo del proceso de la enfermedad sino, más bien como parte del proceso de tener una enfermedad como el cáncer.

El personal de enfermería, debe pretender descubrir las necesidades no cubiertas a nivel psicológico para, después, facilitar la mejoría a través del desahogo emocional; aprender cómo afrontar ciertas situaciones; enseñar métodos para solventar problemas, disminuir los

miedos, ayudar a continuar con las actividades que realizaba antes del diagnóstico de cáncer, recuperar la comunicación con la familia, etcétera. Además de todo lo mencionado, para conseguir dicha mejoría es fundamental ayudar al paciente a ser independiente y autónomo.

Así pues, enfermería debe contar con un amplio cuerpo de conocimientos sobre la enfermedad de cáncer para poder fomentar habilidades y actitudes que consigan un nivel alto de competencia además de mejorar el dominio de la comunicación y la empatía. Esto último se debe conseguir mediante la formación continuada que deberían cumplir todos los profesionales.

En undécimo lugar, en cuanto al área temática *actitud ante la enfermedad y el enfermo*, se podría indicar que los resultados pusieron de manifiesto que la representación social del enfermo oncológico se caracterizaba por realizar una valoración muy positiva hacia el enfermo de cáncer. No sucedió lo mismo con la valoración que se hizo de la enfermedad, que fue medianamente positiva.

Ante estas actitudes, se hace necesario que los profesionales sanitarios trabajen para cambiar el concepto que tengan de la enfermedad oncológica. Parece que, a pesar de poseer los conocimientos correctos al respecto del cáncer, el número de víctimas que viene unido a su diagnóstico no permite dejar de tenerle miedo.

En undécimo primer lugar, en cuanto al área temática *información sobre la enfermedad*, los resultados mostraron que la población perteneciente al grupo de personal sanitario, sí poseía información elevada acerca de la enfermedad oncológica, obtenida básicamente de estudios y formación académica; completándose ésta con artículos y libros científicos y otros profesionales de la salud.

A pesar de que los profesionales sanitarios tuvieron la percepción de poseer suficiente información acerca del cáncer, el análisis de las anteriores diez áreas temáticas ha puesto en

evidencia que sería aconsejable que los profesionales sanitarios en general y los profesionales de enfermería en particular trabajasen para mejorar los conocimientos poseídos al respecto de la enfermedad oncológica.

En undécimo primer lugar, en relación al área temática *considerar el cáncer como una de las enfermedades más peligrosas*, los resultados mostraron que la población perteneciente al universo sanitario (médicos, enfermeros, psicólogos, auxiliares de enfermería) consideraba que la enfermedad que daba más miedo era, sin duda alguna, el cáncer. Dato que contrasta con los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística que sitúa a las enfermedades cardiovasculares en el primer puesto en cuanto a causa de mortalidad (INE, 2017). Sin embargo, la población sanitaria entrevistada consideraba más peligrosos los tumores que los infartos agudos de miocardio.

En undécimo segundo lugar, en cuanto a las *emociones y sentimientos que genera el cáncer*, destacaron muy por encima de las emociones positivas, las emociones negativas, siendo la angustia, el miedo y la tristeza los sentimientos más mencionados por los profesionales sanitarios.

En último lugar, en cuanto al ítem *conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad*, los resultados mostraron que la población sanitaria tendría síntomas de sufrimiento al conocer la noticia; buscaría información acerca del cáncer que padece; realizaría acciones relacionadas con el entorno familiar y social y desarrollaría planes de futuro. Además, de entre todas las conductas a realizar una vez informan al profesional sanitario que padece cáncer, acciones como llorar y hablar con la familia destacaron respecto a las demás.

SECCIÓN CUARTA

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL ENFERMO ONCOLÓGICO Y EL CÁNCER COMO ENFERMEDAD. INTERVENCIÓN ENFERMERA.

CAPÍTULO DIEZ: Intervención enfermera.

10. CAPÍTULO DIEZ: Intervención enfermera

10.1. Los agentes implicados.

10.1.1. Pacientes y cuidadores.

10.1.2. Personal sanitario.

10. 2. La intervención enfermera en la representación social del enfermo oncológico y del cáncer.

10. CAPÍTULO DIEZ: Intervención enfermera

A la luz de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación sobre la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer tanto en la población general como en la población sanitaria (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos), se ha puesto de manifiesto que ciertos aspectos de la enfermedad oncológica eran desconocidos y los conocimientos que poseía, sobre todo la población general, en muchos de los casos eran erróneos. En consecuencia, en esta investigación se opta por explicitar dos tipos de intervención; por una parte, atender a las necesidades derivadas de las representaciones sociales de los pacientes y sus cuidadores. Esto está en consonancia con lo que se plantea en La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, en la cartera de servicios comunes de atención primaria, dentro de las *actividades de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria* específica de la promoción y educación para la salud. En concreto, plantea que deben realizarse actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados. Esto supone que es necesario proporcionar información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo o sobre estilos de vida saludables y actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2009).

Por otra parte, en esta investigación también se profundiza en la necesidad de atender a las necesidades derivadas de las representaciones sociales del personal sanitario. Según la Sociedad Española de Enfermería Oncológica:

El espectro social del cáncer está cambiando y requiere de estrategias de cuidados y modelos de organización más avanzados. El papel de los profesionales de oncología exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que

deben ser afrontadas desde una visión interdisciplinar y consensuada, como garantía para mejorar los objetivos terapéuticos y de calidad de vida de los enfermos. (SEEO, s.f).

Esto supone que los profesionales sanitarios deberán estar constantemente actualizándose en relación a los avances que se produzcan en oncología.

10.1. Los agentes implicados.

A continuación se recogen aquellos aspectos relativos a las representaciones sociales tanto de la población general como del personal sanitario que se han presentado en los capítulos anteriores. De todos los destacados en la investigación empírica únicamente van a tenerse en cuenta y a resaltar aquellos aspectos que se consideran relevantes modificar para la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares y aquellos que permiten una intervención sanitaria efectiva, eficiente y de calidad.

10.1.1. Pacientes y cuidadores.

La enfermedad oncológica no sólo afecta a los enfermos en sí, sino que también repercute en sus familiares (Llinares, Benedito, Espino y Casino, 2015). Esta repercusión es visible, al menos, en dos sentidos. Por un lado, es una fuente de estrés por la gravedad de la enfermedad y el deterioro físico que se genera en el paciente (Weitzner, et al., 1999). La literatura sobre el tema indica que los familiares pueden estar tan aquejados a nivel emocional (ansiedad, tristeza, miedo al futuro, rabia, frustración, depresión; Ferreira, 1997) como los propios pacientes (Barreto, et al., 2000) o incluso más afectados (Cliff y Mcdonagh, 2000). En algunos casos es

necesaria la atención psicológica en los familiares para el afrontamiento adecuado y, sobre todo, en el cuidador principal (Regina, Pezo, Alves y Machado, 2005).

Por otro lado, produce un aspecto pragmático de asunción de responsabilidades en el cuidado del paciente. Los procesos crónicos relacionados con el cáncer que han derivado de la pérdida de capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de su vida diaria, ponen de manifiesto la necesidad de apoyo de la familia para suplir esos cuidados (Gómez et al., 2008).

Junto a ello, Miguel, Sancho, Abellán y Rodríguez (2000) al igual que Calero (2012) afirman que la actual situación ha originado un desplazamiento de cuidados cada vez más complejos hacia las familias o sistemas de cuidados informales. La mayoría de los familiares desea cuidar a sus familiares pero hay ciertos factores sociales que hacen difícil la labor de cuidarlos (Dejo, 2007).

La persona encargada de satisfacer las necesidades físicas y emocionales del enfermo oncológico se denomina cuidador principal y, generalmente, tiende a ser un familiar. En numerosos artículos se han descrito los diferentes aspectos que conlleva el cuidado informal y sus implicaciones sobre la desigualdad de género y clase social, la dimensión de este cuidado en el medio actual, el perfil de los cuidadores, el trabajo que hacen y los modelos de apoyo a los mismos. También se ha escrito mucho sobre las consecuencias que tiene el cuidar sobre la salud del cuidador y el impacto negativo tanto sobre la dimensión psicológica del cuidador, como sobre la física (García, 2010; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). El cuidador es percibido como la persona sobre la que recae la tarea de cuidar al paciente dependiente y de ayudarlo en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria (Flores *et al.*, 1997); generalmente suele ser una mujer (Quero, 2003). El hecho de cuidar no libra de sufrir repercusiones en la salud de la persona que cuida ni es ajeno a sus representaciones sociales (Knibbe, Knibbe, 1996). En general, un familiar cuidador de una

persona dependiente tiene una cantidad de estresores mayor, ya que al ejercer varios roles, cuanto mayor diversificación de roles tiene una persona percibirá menos consenso en las expectativas acerca de estos roles, si el consenso no existe se produce el estrés de rol y se incrementa la probabilidad de abandonarlo.

Diversos autores, especialmente desde el ámbito de las ciencias sociales, indican esta problemática que incluye la sobrecarga física y emocional que presentan los cuidadores familiares y el estrés producido como consecuencia de la representación social del enfermo y de la enfermedad del cáncer.

Si se analizan en profundidad los resultados obtenidos en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer que poseía la población general, se pone de manifiesto que muchos de los aspectos al respecto de la enfermedad y su enfermo eran erróneos, lo que dificulta los cuidados a desarrollar por parte de las personas encargadas de atender a este tipo de enfermos, es decir, los cuidadores principales. Y no sólo eso, si la representación que se tiene de la enfermedad es incorrecta y por ende, negativa, el estrés generado alrededor de la enfermedad y su enfermo será mayor

A continuación se enumeran los aspectos que no estaban en consonancia con la realidad al respecto del paciente oncológico y su enfermedad.

En primer lugar la población general tenía un concepto erróneo de la enfermedad de cáncer siendo alguna de las definiciones enunciadas por los sujetos entrevistados ‘reproducción espontánea de células muertas’ o ‘enfermedad de un órgano no concreto’.

En segundo lugar, el tratamiento más nombrado por la población general fue la quimioterapia, entendiendo como tal un fármaco que produce efectos secundarios en los pacientes que son tratados con ella. Definición que está equivocada ya que la quimioterapia la forma un conjunto de fármacos, cada uno de ellos con unos posibles efectos adversos.

Además de la quimioterapia, radioterapia y cirugía –que fueron los tres tratamientos más nombrados- creyeron que, por ejemplo, ‘el ayuno’ o ‘la colonoscopia’ eran tratamientos que se podían utilizar para tratar el cáncer.

En tercer lugar, la población general consideraba que era una de las enfermedades más graves en comparación con otras y, aunque produce una elevada tasa de mortalidad, lo cierto es que según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017), las enfermedades cardiovasculares producen más número de muertes que el cáncer.

En cuarto lugar, a pesar de conocer las medidas que se podían emplear para prevenir el cáncer, lo cierto es que el número de casos nuevos de enfermos de cáncer sigue siendo demasiado elevado y continúa creciendo.

En quinto lugar, respecto a los conocimientos que se poseían al respecto del área temática *rasgos de personalidad* no eran correctos. Como bien se indicó en los capítulos siete y nueve, la enfermedad no produce directamente cambios en las características de la personalidad. No obstante, este tipo de enfermos comparten una serie de procesos como pueden ser por ejemplo, los cambios en la imagen o la imposibilidad, en ciertos casos, de tener hijos (AECC, 2015). Estos sucesos pueden llegar a provocar sentimientos de inseguridad y baja autoestima que, en ocasiones, pueden generar conductas de aislamiento y reducción de las relaciones de pareja, familiares y sociales. Es decir, los enfermos de cáncer pueden compartir ciertos sentimientos ante la enfermedad. Así pues, adjetivos como ‘débil’, ‘pesimista’, ‘resignado’ o ‘triste’ podrían relacionarse con este tipo de pacientes, no como una constante a lo largo del proceso de la enfermedad sino, más bien como parte del proceso de tener una enfermedad como el cáncer.

En sexto lugar, la actitud de la población general ante la enfermedad de cáncer era negativa aunque no ocurriese lo mismo con la actitud que tenían hacia el enfermo oncológico que era todo lo contrario, positiva.

En último lugar, los sujetos entrevistados a penas utilizaban como fuente de información al respecto del cáncer a los profesionales sanitarios.

A partir de los resultados obtenidos, se observa como necesario, entre otras, un cambio en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer en toda la población. Esto se desarrollará en el siguiente apartado.

10.1.2. Personal sanitario.

Si se analizan en profundidad los resultados obtenidos en la representación social del cáncer y del enfermo de cáncer que poseía la población sanitaria, se pone de manifiesto que algunos de los aspectos al respecto de la enfermedad y su enfermo eran erróneos, lo que dificulta los cuidados a desarrollar por parte de este colectivo de profesionales.

A continuación se enumeran los aspectos que no estaban en consonancia con la realidad al respecto del paciente oncológico y su enfermedad.

En primer lugar, se observa que, aunque parecían identificar de manera correcta las causas que provocan cáncer, a una de ellas no le confirieron la importancia que tiene. Se trata de la causa *infecciones o gérmenes*.

En segundo lugar, al igual que ocurriera con la población general, los conocimientos que poseía la población sanitaria al respecto del área temática *rasgos de personalidad* no eran correctos; ya que adjetivos como ‘débil’, ‘pesimista’, ‘resignado’ o ‘triste’ podrían

relacionarse con los pacientes oncológicos, no como una constante a lo largo del proceso de la enfermedad sino, más bien como parte del proceso de tener una enfermedad como el cáncer.

En tercer lugar, al igual que ocurriera con la población general, la población sanitaria no tenía una actitud ante la enfermedad positiva, algo que no ocurría en cuanto al enfermo oncológico se trataba.

En cuarto lugar, a pesar que la población sanitaria tenía la percepción de poseer suficiente información al respecto del cáncer, obtenida básicamente de estudios y formación académica, el análisis de las áreas temáticas ha puesto en evidencia que los profesionales sanitarios podrían poseer una información al respecto de la enfermedad oncológica más concisa y actualizada.

En último lugar, en relación a considerar el cáncer como una de las enfermedades más peligrosas de la actualidad, los resultados mostraron que la población perteneciente al universo sanitario consideraba que la patología que daba más miedo era el cáncer. Afirmación que contrasta con los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística que sitúa a las enfermedades cardiovasculares en el primer puesto en cuanto a causa de mortalidad (INE, 2017).

Así pues, se puede indicar que la representación social del cáncer y del enfermo oncológico que tenía tanto la población general como la población sanitaria no estaba basada en su totalidad, en hechos científicamente contrastados.

El modelo de la teórica Virginia Henderson y que ya ha sido explicado en el capítulo dos del Marco Teórico, pone en evidencia que la función del enfermero es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la

fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. (Citado por Alba et al. p. 18).

Pero, para poder asistir al enfermo, en este caso oncológico, en la realización de aquellas cuidados que no puede realizarse a sí mismo porque o bien no tiene fuerza porque la administración de un tratamiento le ha producido una neutropenia, por ejemplo; o porque no tiene ya voluntad para realizar esos cuidados puesto que simplemente ha decidido dejar de luchar o, porque no tiene los conocimientos precisos para poder realizar ese autocuidado; enfermería debe tener los conocimientos precisos y adecuados. Puesto que, la realización de cuidados sin el cuerpo de conocimientos obtenido mediante los estudios precisos, ya los presta el cuidador informal.

10.2. La intervención enfermera en la representación social del enfermo oncológico y del cáncer.

En los capítulos siete y nueve, se indicaron acciones enfermeras para solucionar el problema de conocimiento -tanto por parte de la población general como por parte de la población sanitaria- que se evidenció al realizar el análisis de las diferentes áreas temáticas.

Como acciones enfermeras se distinguieron dos tipos de actuaciones, unas que se deberían desarrollar desde Atención Primaria y otras desde Atención Secundaria; todas ellas en consonancia con las acciones que se indican desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Además, se toman como propias las palabras enunciadas por la Sociedad Española de Enfermería Oncológica y se está de acuerdo en que el enfermero **tiene la responsabilidad de procurar tener las habilidades, las actitudes y los conocimientos indispensables para suministrar cuidados que sean de calidad; y requiere de conocimientos para llevar**

hábitos de vida saludables que prevengan la aparición de un cáncer. El enfermero debe informar a la población sobre el cáncer, su prevención y su tratamiento. .

Así pues, enfermería debe contar con un amplio cuerpo de conocimientos sobre la enfermedad de cáncer para poder fomentar habilidades y actitudes que consigan un nivel alto de competencia además de mejorar el dominio de la comunicación y la empatía. Esto se debe conseguir mediante la formación continuada que deberían cumplir todos los profesionales.

No obstante, en este capítulo, no se trata de las acciones que debe realizar el enfermero sobre las características de un paciente concreto (enfermo oncológico), sino sobre lo que la sociedad trasmite y cómo lo hace. Puesto que las acciones individuales hacia la persona ya se han visto en los capítulos siete y nueve, en el presente capítulo se propone una acción colectiva con el fin de cambiar la representación social del enfermo de cáncer y de la enfermedad oncológica.

A partir de lo comentado anteriormente se ha comprobado como la representación social del cáncer la describe como una de las enfermedades crónicas de mayor impacto por su morbilidad y mortalidad (Seuc, Domínguez y Galán, 2003) y una de las principales causas de muerte ya que, según la Organización Mundial de la Salud, durante el año 2015, casi una de cada seis defunciones en el mundo se produjeron como consecuencia de un cáncer, convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial (OMS, 2017); junto a ello, su heterogeneidad (hay más de doscientos tipos diferentes de cáncer) y desconocimiento, ya que puede aparecer en cualquier órgano o tejido y su diagnóstico produce temor (Llinares, Benedito, Espino y Casino, 2015).

Si se alude al marco teórico, en el capítulo dos, no se debe olvidar que los cuidados proporcionados por enfermería se encuentran fundamentados por sus conocimientos y por una metodología científica y sistematizada. Dentro de esta metodología, los cuidados necesitan

del desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con la puesta en marcha de sus cinco fases –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación–, que se expresa mediante un lenguaje propio, aceptado de forma internacional y desarrollado por la ANA (American Nurses Association). Los tres lenguajes estandarizados y reconocidos por la ANA, son los diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la clasificación de las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification) y la clasificación de los resultados enfermeros NOC (Nursing Outcomes Classification). Los problemas identificados y expuestos en los resultados, sirven de valoración dentro del plan de cuidados y la aplicación para la mejora del cuidado enfermero se ha llevado a cabo a modo de recomendación comportamental y de análisis de sus características perceptivas y cognitivas para el aumento de su eficiencia y eficacia. Sin embargo, resta ahora centrarse en acciones colectivas para ambos grupos de sujetos. Es por ello que, en este apartado se pretende, en primer lugar, proporcionar acciones que transmitan información científica sobre el cáncer y sobre las consecuencias del mismo en el enfermo oncológico en función del tipo de cáncer y de las características del sujeto. En segundo lugar, se pretende, desmitificar el cáncer como enfermedad mortal en todos los casos y generar una valoración realista de su potencial degenerador de la persona ya que, según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2016), entre el 75 y el 80% de los cánceres se producen como consecuencia del contacto con agentes externos como el tabaco y el alcohol. Teniendo en cuenta que el grueso del porcentaje de los cánceres se producen por la acción de agentes carcinógenos y por ende, casi todos prevenibles, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) estima que un porcentaje mayoritario del 30% de las muertes producidas como consecuencia de un cáncer se podrían evitar modificando o evitando ciertos factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, las dietas no saludables o la exposición a determinadas radiaciones.

Para poder proporcionar información científica sobre el cáncer y sus consecuencias y, desmitificar el cáncer como enfermedad mortal en todos los casos y generar una valoración realista de su potencial degenerador de la persona, se poseen varias herramientas.

La primera herramienta serían las campañas y consejos de salud que se lanzan desde las Comunidades Autónomas como la campaña realizada en el año 2014 para la detección precoz del cáncer de colon (MSSSI, 2014); la guía ‘Plan oncológico de la Comunidad Valenciana. Código Europeo contra el cáncer. Adoptar un estilo de vida sano mejora el estado general de salud y evita algunos tipos de cáncer’ (Generalitat Valenciana, 2012); la campaña de ‘información y prevención solar’ de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2015); la campaña ‘Código europeo contra el cáncer. 12 maneras para reducir el riesgo de cáncer’ (Generalitat Valenciana, 2015); el folleto informativo ‘Consejo genético en el cáncer’ (Generalitat Valenciana, 2011); el folleto informativo ‘Linfedema. Prevención y tratamiento’ (Generalitat Valenciana, 2010); la publicación del folleto informativo ‘Protégete del sol. Protege tu piel’ (Generalitat Valenciana, 2012); la guía ‘Cuídate para prevenir el cáncer. Código Europeo contra el cáncer’ (Generalitat Valenciana, 2012); el programa de prevención de cáncer colorectal de la Comunidad Valenciana (Generalitat Valenciana, 2011); el folleto informativo ‘el cáncer de cérvix’ (Generalitat Valenciana, 2009); la guía ‘Información para el paciente oncológico’ (Generalitat Valenciana, 2005) o, la guía de información para los padres de niños con cáncer (Generalitat Valenciana, 2006).

Como se puede apreciar, las campañas son muchas y variadas orientadas tanto a la prevención como a las personas con la enfermedad de cáncer ya diagnosticada. Donde se puede encontrar información científica de cuáles son las señales de peligro que se deben vigilar en lesiones pigmentadas de la piel; qué es el consejo genético en el cáncer, a quién va dirigido el consejo genético o cómo funciona la unidad o; qué es el sistema linfático, qué es el linfedema, cómo se puede detectar o recomendaciones para su prevención.

Sería deseable que las campañas llegasen a un porcentaje mayoritario de la población por medio del uso de medios de comunicación que tengan la capacidad de llegar a un mayor número de personas, como por ejemplo a través de las nuevas tecnologías como el correo electrónico, las redes sociales o los mensajes de texto al móvil.

En la consulta de enfermería, que se debe informar a la población acerca de la prevención de enfermedades y fomento de la salud mediante estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2015), se debería explicar a la población la información al respecto de la campaña del momento, solventando las posibles dudas que pudieran surgir.

La segunda herramienta la forman organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) o la Comisión de psicología de la Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, que indican el desarrollo de programas de intervención específicos para controlar el cáncer mediante el desarrollo de programas eficaces. Es decir, estos organismos ofrecen información científica, contrastada y veraz al respecto de la enfermedad oncológica. El tipo de información que se hace necesaria en una sociedad que tiene miedo al cáncer. Miedo a su diagnóstico, a su tratamiento y a su pronóstico.

Si se centra la atención en la Organización Mundial para la Salud, ésta recomienda, para controlar el cáncer, la puesta en marcha de acciones dirigidas a la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y desarrollo de cuidados paliativos basados en la evidencia científica (OMS, 2007). Así pues, desde las consultas de enfermería, se podrían diferenciar dos tipos de intervenciones. La primera centrada en la prevención e iría encaminada a **personas no enfermas de cáncer pero con factores de riesgo**. El enfermero abordaría el tema del cáncer de manera directa, informando de la génesis del cáncer, los factores que influyen en su desarrollo, qué acciones debería realizar la persona para evitar, en

la medida de lo posible, contraer la enfermedad de cáncer -como por ejemplo la deshabituación tabáquica o alcohólica- indicándole que medios se le pueden ofrecer desde Atención Primaria para conseguir los objetivos marcados (abandono del hábito tabáquico o enólico; reducción de los niveles de colesterol en sangre; reducción de peso hasta llegar a Índices de Masa Corporal que entren dentro de los rangos de normalidad).

El segundo tipo de intervención se centraría en la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el desarrollo de cuidados paliativos, e iría encaminada a los **enfermos oncológicos**.

Para ello, se les realizaría una valoración completa tomando como base los patrones funcionales de Marjory Gordon (patrón percepción de la salud, patrón nutricional-metabólico, patrón eliminación, patrón actividad-ejercicio, patrón sueño-descanso, patrón cognitivo-perceptivo, patrón autopercepción-autoconcepto, patrón rol-relaciones, patrón sexualidad-reproducción, patrón tolerancia al estrés y, por último, patrón valores-creencias) o las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson (necesidad de respirar; de eliminar; de moverse y mantener una buena postura; de dormir y descansar; necesidad de vestirse y desvestirse; de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales; de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos; necesidad de evitar los peligros; de comunicarse; necesidades según las creencias y valores; necesidad de ocuparse para realizarse; de recrearse y, por último, necesidad de aprender). De esta manera, se sabría cómo se encuentra el paciente tanto en el aspecto físico, como en el psíquico, el social y el espiritual y dónde debería aplicar el enfermero sus cuidados.

Además, se debería recordar que aspectos deberían vigilar; que signos y síntomas son normales tras la administración de una quimioterapia o una radioterapia; qué realizar ante la aparición de una mucositis (inflamación de la mucosa), por ejemplo; qué hacer ante la aparición de estreñimiento como efecto secundario del uso de mórficos o valorar si se está

utilizando de forma correcta la vía subcutánea por parte de los cuidadores a la hora de administrar cloruro mórfico para paliar el dolor como cuidado paliativo.

Así pues, enfermería, desde su consulta, tanto en Atención Primaria como en Atención Secundaria, tiene el deber asistencial de promover la prevención de la enfermedad oncológica mediante la educación sanitaria en hábitos de vida saludables. Cuando la enfermedad ya está instaurada tiene la obligación, además de asistir al paciente durante el proceso de la enfermedad mediante la realización de pruebas diagnósticas, la administración de tratamientos o la aplicación de cuidados paliativos, de dar información verídica y de calidad sobre los pormenores de la enfermedad oncológica.

La información hace libre a las personas puesto que las libera de los miedos irracionales que produce la falta de conocimiento.

SECCIÓN QUINTA

LA DISCUSIÓN Y LAS CONCLUSIONES

CAPÍTULO ONCE: Las discusiones y las conclusiones

11. CAPÍTULO ONCE: Las discusiones y las conclusiones

11.1. Descripción de la representación social del enfermo oncológico y su patología en la población de la Comunidad Valenciana.

11.2. Análisis de las diferencias entre el personal sanitario y la población en general en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

11.3. Conclusiones finales.

11. CAPÍTULO 11: Las conclusiones y las discusiones.

El objetivo general del presente trabajo de investigación es identificar la representación social del cáncer de personas adultas en la Comunidad Valenciana para aumentar la comprensión del fenómeno y poder adoptar la conducta más apropiada en la acción enfermera a partir del análisis de la realidad concreta. Ya que analizar la representación social y su posterior modificación podría contribuir a que esta enfermedad fuera vivida de forma menos dramática y más adaptativa por parte de todos los miembros de la sociedad implicados en la misma.

No obstante, a pesar del interés del tema, y aunque existen algunos estudios que analizan las representaciones sociales del cáncer, estos trabajos se centran en aspectos muy concretos de algunos tipos de cáncer y no existen apenas trabajos que analicen la representación social del cáncer en la población general y en el personal sanitario en particular.

Esta falta de trabajos específicos, unido a la importancia de la patología implicada así como el aumento en la casuística, es lo que justifica el presente trabajo.

11.1. Descripción de la representación social del enfermo oncológico y su patología en la población de la Comunidad Valenciana.

Para llevar a cabo la investigación se formularon dos hipótesis. La primera hipótesis se fundamentó en el objetivo primero de describir la representación social del enfermo oncológico y su patología en la población de la Comunidad Valenciana. Este objetivo fue dividido en dos objetivos secundarios. En primer lugar, obtener una representación social del cáncer y del enfermo oncológico de la muestra general de la población que residía en la

Comunidad Valenciana. En segundo lugar, describir las diferencias intercategoriales de la representación social del cáncer en función de la edad, el sexo, el nivel de estudios, vivencia en pareja, creencias religiosas, tener relación con el cáncer y el tipo de relación que la persona tenía con el enfermo oncológico.

En relación a esta primera hipótesis se puede indicar que, según los resultados obtenidos, y que aquí se han presentado, se acepta la hipótesis planteada, ya que sí que existía una representación social del cáncer y del enfermo de cáncer y también existían diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico en función de las variables sociocategoriales anteriormente indicadas.

Para analizar la primera hipótesis planteada se delimitaron las siguientes áreas temáticas: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas de la enfermedad; consecuencias de la enfermedad; durabilidad y cronicidad; prevención de la enfermedad; amenaza y percepción de control; tratamiento de la enfermedad; transmisión y contagio; grupo de riesgo; rasgos de personalidad; actitud ante la enfermedad y el enfermo y, por último, información sobre la enfermedad.

A continuación, a partir de las áreas temáticas indicadas, se exponen los argumentos que indican que la primera hipótesis es aceptada.

En primer lugar, en referencia al área temática **identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad**, se puede indicar que los análisis muestran una representación social que se caracterizaba por relacionar, sobre todo, al enfermo de cáncer y su patología con palabras o expresiones que hacían referencia a algún tipo de emoción negativa, aunque también con predisposiciones de superación y fortaleza. En concreto, el enfermo de cáncer sería aquella persona enferma, que debido a la patología tiene consecuencias específicas como la caída del cabello o la debilidad; es una persona a la que se

le somete a múltiples tratamientos médicos, quirúrgicos y, sobre todo, farmacológicos y su posición de enfermo de cáncer le hace relacionarse con el personal sanitario.

Con respecto al concepto de cáncer cabe señalar que la población tenía una representación negativa de esta enfermedad y no sólo era considerada como una enfermedad grave, sino como una de las enfermedades más graves de la actualidad.

Por otro lado, el **grupo de riesgo** mayoritario lo compusieron personas que no llevaban un estilo de vida saludable y, entre ellos, los fumadores y los alcohólicos. En este tipo de pacientes no se encuentra tan fijada la noción de culpabilidad como ocurre, por ejemplo, en la representación social del SIDA, aunque el cáncer haya sido provocado por un hábito de comportamiento inadecuado. Es posible que este sesgo cognitivo se deba a que gran parte de la sociedad es fumadora o lo ha sido, lo que requiere un mecanismo de protección del 'ego' en contra de la culpabilidad en este caso.

Esto permite remitir a las **causas** que generan la enfermedad, y se puede indicar que los análisis muestran una representación social que se caracterizaba por considerar que el cáncer era debido a herencia genética, predisposición del organismo y/o estilo de vida insano. Esto proporcionó una imagen social del enfermo como víctima, por una parte, y como descuidado, por otra. Ya que la visión de estilo de vida insano no se relacionaba con prácticas no aprobadas socialmente sino con modos de comportamiento muy generalizados que se sabe que resultan perjudiciales para el organismo pero que están permitidos por la sociedad.

En un estudio anterior al presente, Klonoff y Landrine (1994) estudiaron las causas de 6 enfermedades, entre ellas el cáncer de pulmón, encontrando las siguientes causas: causas emocionales (ansiedad, cólera, estrés, alteración de relaciones interpersonales); castigo (por propia falta, por pecado, actividad sexual, castigo); causas naturales (infecciones/gérmenes, accidentes, condiciones climáticas como frío, viento) y, por último, retribuciones místicas

(diseño de Dios, sangre mala, castigo, genes/herencia). Como puede observarse, existen variaciones en las consideraciones de las causas del cáncer en función de la cultura de origen.

En el presente trabajo de investigación, el cáncer aparecía como una enfermedad cruel y el enfermo una víctima muy enferma y bastante grave, y aunque bastante triste, muy valiente. Esta víctima se caracterizaba, sobre todo, por las emociones negativas y la predisposición que tenía para la acción. Así pues, parece que la representación social las veía como personas enfermas que sufrían ya que su patología se relacionaba con la muerte. Esta creencia tiene una cierta base científica ya que multitud de estudios indican que alrededor de un 30-35% de las personas que sufren esta patología desarrollan algún tipo de alteración emocional de depresión y/o ansiedad (Claes, *et al.*, 2005; McPail, 1998; Blasco, 2000) como fruto del sufrimiento generado por la enfermedad. Los estudios indican la importancia del tipo de tratamiento (Bárez, 2002) y del período de la enfermedad en el que se encuentra la persona enferma para valorar el estado emocional (Moorey *et al.*, 1994).

Ahora bien, aunque consideraban los problemas emocionales como parte crucial del concepto de identidad de la enfermedad, cabe resaltar que la representación social también indicaba que este tipo de pacientes eran considerados fuertes ya que la sociedad los asociaba con energía; esto les permitía poder superarse e intentar enfrentarse a la enfermedad, ayudados por el apoyo social de familiares y amigos a pesar de que sus pensamientos internos eran negativos porque se relacionaban con la gravedad de la enfermedad y con las consecuencias de la misma. Los diversos estudios psicológicos que tratan el espíritu de lucha en el enfermo oncológico, lo asocian con la percepción de control, afrontamiento positivo, adaptación emocional y calidad de vida (Grassi *et al.*, 1993; Edgar *et al.*, 2000; Folkman y Green, 2000). Esto proporciona una visión de héroe a la víctima que lo convierte en una persona extraordinaria.

Según la representación social que se desprende del trabajo, el enfermo de cáncer era una víctima convaleciente que pasaba largas temporadas hospitalizado y, por lo tanto, en contacto con el personal sanitario y dependiente de los avances médicos. Debido a los tratamientos a los que se le sometía (se destaca la quimioterapia), sus características físicas cambiaban debido a la caída del cabello, la astenia, la palidez o la delgadez.

Ante esta situación de víctima-héroe la población tenía una **actitud** muy positiva **hacia el enfermo de cáncer**. Mientras que la **actitud hacia la enfermedad** parece que no estaba tan delimitada ya que existe gran variabilidad en las puntuaciones. Ahora bien, su representación social era muy similar a la del enfermo oncológico pero no estaba tan influida por las emociones y la predisposición a la acción.

Resulta interesante como el cáncer se vinculaba con los **tratamientos** (otra de las áreas temáticas de la investigación) de la enfermedad; se asociaba, sobre todo, con el más famoso de todos ellos, la quimioterapia y con sus consecuencias, al igual que con todo lo derivado de su implementación. Además de los tratamientos farmacológicos, la representación social muestra que los tratamientos más efectivos contra la enfermedad de cáncer son los tratamientos médicos, preventivos y quirúrgicos. Destacar de estos grupos de tratamientos, además de la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía.

Por otro lado, el cáncer no estaba considerado como una enfermedad visible a priori y la representación social no incluyó síntomas físicos. Menos de un 35% de la población indicó que sí que había síntomas visibles y de entre ellos se destacaron sobre todo, síntomas físicos como la palidez, pérdida de cabello o la pérdida de peso.

Además, estaba considerada como una enfermedad muy grave. Tanto es así que era considerada una de las más graves de la actualidad.

Siendo una enfermedad considerada muy grave, la representación social indicó que aunque la enfermedad producía consecuencias negativas en la vida de las personas, los enfermos podían llevar una vida relativamente normal.

De entre las posibles **consecuencias** de ser enfermo de cáncer la representación social indicó que las más relevantes eran de tipo familiar, del aspecto físico y de la forma de pensar. Gran parte de dicha población creía que también existían consecuencias en el área afectivo/sexual, en el laboral, en el área de las relaciones sociales, en el ocio y en la personalidad, aunque en estas últimas existió más variabilidad en las respuestas.

Resulta interesante tener en cuenta que, según la literatura médica, determinadas consecuencias físicas mejoran a los seis meses de finalizar el tratamiento (Beisercker et al, 1997) pero que dichas consecuencias dependen del tipo de cáncer que haya sufrido el enfermo y, por tanto, resulta difícil generalizar a nivel científico. La representación social, en cambio, percibe las consecuencias físicas como algo mucho más permanente en el tiempo y sin hacer diferenciaciones en relación al tipo de cáncer contraído.

Con respecto a cómo la enfermedad había influido en la vida familiar y social de los pacientes cabe resaltar que Bárez (2002) encuentra que en su muestra las puntuaciones se sitúan por debajo de la puntuación a partir de la cual estos problemas se consideran importantes. Esto muestra que aunque existe una variación familiar y social ésta no resulta tan estresante ni intensa como la propia representación social hace pensar.

Por otra parte, las relaciones afectivas y sexuales sí que parecen estar afectadas de forma significativa por la enfermedad. De hecho, diversos estudios ponen de manifiesto que existe una marcada alteración de este tipo de relación que puede mantenerse a lo largo de varios años, sobre todo en el caso de las mujeres mastectomizadas (Hoskins *et al* 1996; Passik *et al*, 1995; Weitzner *et al*, 1995). Ahora bien, la representación social del presente trabajo de investigación no la ve

tan problemática como indican los estudios presentados. Existe, pues, una contradicción entre los datos presentados por artículos científicos y la presente representación social. Quizá este fenómeno pueda explicarse por una premisa estrella en psicología social que indica que las representaciones que se tienen de las realidades no siempre se basan en hechos racionales y científicos sino que, en multitud de situaciones, las cogniciones se fundamentan en sesgos que la propia mente genera como mecanismo de defensa y protección.

Por otro lado, la representación social de la enfermedad muestra una dolencia **duradera** en el tiempo; esto supone la existencia de ciclos, recaídas, remisiones y, si avanza, entonces agrava la vida de las personas. Estaba, pues, considerada como relativamente **crónica** pero con cura aunque, sobre este último aspecto había mucha dispersión de resultados; no se puede decir, pues, que pertenezca a la representación social de la enfermedad.

Era, pues, una enfermedad parcialmente crónica que más del 50% de la población entrevistada aseguraba que se podía prevenir. La gran variabilidad en las puntuaciones mostró una representación social mayoritaria que consideraba que era posible su prevención; sin embargo, había una representación social también bastante elevada que consideraba lo contrario. La postura mayoritaria se puede explicar ya que todas las personas cognitivamente necesitan poder controlar el entorno. La postura minoritaria puede ser de autodefensa para evitar la culpa si llega a contraer la enfermedad (Baron y Byrne, 2005).

Ahora bien, si se pregunta cómo se puede **prevenir**, la representación social indicó que, en primer lugar no fumando; en segundo lugar, teniendo hábitos de vida saludables y, en tercer lugar, llevando una vida sana. Esto coincide con lo que se intenta transmitir desde la prevención primaria (Prieto, 2004; Guerra, 2003).

Estudios como el realizado por Helman (1994) indican que el mantenimiento de ciertos hábitos alimentarios o de higiene incorrectos, hábitos sociales inadecuados y estilos de

vida inconvenientes son señalados como posibles causas de las enfermedades. Ahora bien, se continúa realizándolos sin, aparentemente, tener en cuenta los efectos que pueden producir a largo plazo. La negación al igual que la distorsión cognitiva parecen ser, pues, una de las técnicas que se estén utilizando para no cambiar ciertos hábitos del repertorio comportamental, muy instaurados y que se sabe que tienen vinculación con esta enfermedad considerada muy grave.

En referencia al área temática **rasgos de personalidad**, se puede indicar que los análisis muestran que el enfermo de cáncer era visto como una persona ‘muy enferma’, que estaba ‘bastante grave’, ‘relativamente triste’ y era ‘bastante valiente’. Gran parte de la población pensaba que eran personas ‘relativamente: buenas, débiles, generosas, honradas, pesimistas, profundas, resignadas y sinceras’. En general, existió un acuerdo relativo en que los adjetivos *considerado, eficaz, impulsivo, intolerante, introvertido, y simpático* no caracterizaban a este tipo de enfermos. Por último, comentar que no parecía que formaran parte de la representación social el caracterizar o no a los enfermos oncológicos como personas *activas, divertidas, extrovertidas e inútiles*.

En referencia al área temática **amenazante/percepción de control**, indicar que los análisis muestran que se trataba de una de las enfermedades más graves en comparación con otras dolencias ya que era considerada bastante mortal y que generaba mucho miedo y temor la posibilidad de contraerla ya que todas las personas formaban parte del grupo de riesgo. Aunque, por otra parte y con mayor variabilidad, la mayor parte de la población entrevistada consideraba que el cáncer era una enfermedad relativamente controlable. Esta creencia podía ser debida a que el cáncer no era considerado, en la representación social del presente trabajo, como una enfermedad **contagiosa**, lo que presupone relativo control en su transmisión. Ahora bien, también se puede argumentar que tiene base científica ya que la mayor parte de las personas con cáncer consiguen vencer la enfermedad y sólo un porcentaje mínimo tienen un final trágico.

En cuanto a la última área temática, **información sobre la enfermedad**, la representación social indica que existía una creencia generalizada que se tenía la suficiente información pero no la información total de la enfermedad. Esto contrasta con los datos presentados ya que algunos contenidos de la representación social no coinciden con los resultados científicos de las diferentes investigaciones que se hacen en este campo. Así pues, se puede considerar que la ilusión de conocimiento de la enfermedad debe responder a la necesidad de control de la misma para mantener el equilibrio psicológico (Baron y Byrne, 2005).

Si se continúa analizando la primera hipótesis, ésta planteaba la existencia de variaciones en la representación social en función de las variables sociocategoriales de edad, sexo, nivel de estudios, convivencia en pareja, creencia religiosa, tener relación directa con enfermos de cáncer, tipo de relación con el paciente oncológico y, por último, ser personal sanitario. Los datos que se presentan a continuación confirmaron la hipótesis.

En primer lugar, en referencia a la variable **sexo**, los resultados pusieron de manifiesto que las mujeres, en comparación con los hombres, tenían la percepción que el cáncer era una enfermedad que daba miedo y estaban preocupadas por si la contraían en un futuro. Además, consideraban que el cáncer afectaba a las personas en su vida familiar, en el aspecto afectivo y sexual, en su vida laboral, en el ocio y en la forma de pensar. Creían en la existencia de un grupo de riesgo y la tercera edad como grupo de edad más vulnerable para contraer la enfermedad, aunque a cualquier edad se podía tener cáncer. En cuanto al enfermo de cáncer, adjetivos como activo, débil, enfermo, pesimista, resignado, triste y valiente lo podían definir. Las mujeres obtuvieron la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica, de otros profesionales de la salud y de otros medios de comunicación. En último lugar, relacionaban el cáncer con la ansiedad, la cólera o el estrés y con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

En segundo lugar, en relación a la variable **vivir en pareja**, los resultados mostraron que los sujetos que vivían en pareja, en comparación con los sujetos que no vivían en pareja, percibieron el cáncer como una enfermedad contagiosa que relacionaban con causas ambientales, problemas de pareja o familiares y situaciones críticas como la pérdida de un familiar. Consideraban que el enfermo de cáncer era una persona eficaz, impulsiva e introvertida y el cáncer les afectaba en su vida familiar y en el aspecto afectivo y sexual. Los estudios profesionales y la formación académica fueron las fuentes de información principales para las personas que vivían en pareja.

En tercer lugar, en cuanto a la variable **edad**, los resultados mostraron que también existían diferencias entre los diferentes grupos de edad (juventud, adultez, madurez y vejez). Parece que las personas más mayores, a diferencia del resto de grupos de edad, consideraban que el cáncer era una enfermedad mortal siendo algunas de las causas que la generaban el mal de ojo, la brujería y el vudú y los problemas de pareja o familiares. Consideraban que el enfermo de cáncer era una persona activa; además de buena persona, divertida, impulsiva, intolerante, inútil y simpática.

Mientras que las personas pertenecientes al grupo de edad *madurez* percibieron el cáncer como una enfermedad controlable que se producía por las condiciones climáticas; la herencia genética; las causas ambientales; la ansiedad, la cólera o el estrés y las situaciones críticas como la pérdida de un familiar. Enfermedad que, por otro lado, producía consecuencias en el ocio y de la que se tenía la percepción de tener suficiente información utilizando artículos, libros científicos y medios de información como medios habituales para obtener la información al respecto de la enfermedad oncológica.

En cuarto lugar, también se confirma la existencia de diferencias significativas en función del **nivel de estudio** (sin estudios, graduado escolar, BUP/ESO, COU/bachiller, FP;

estudios universitarios). Ya que, los sujetos que fueron a la universidad, a diferencia del resto, tenían la percepción de que el cáncer era una enfermedad duradera, que se curaba y que producía consecuencias en la vida familiar y laboral y en el aspecto afectivo y sexual, en el aspecto físico y en el ocio. Creían que la predisposición del organismo, el estilo de vida insano y las causas ambientales producían cáncer y, en último lugar, tenían la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer.

En quinto lugar, en referencia a la variable **tener creencia religiosa**, los sujetos que no eran creyentes, en comparación con los sujetos que sí eran creyentes, tenían la percepción que el cáncer era una enfermedad duradera, que se podía prevenir, se curaba y se relacionaba con un estilo de vida insano y con causas ambientales. Consideraban que el enfermo de cáncer era una persona pesimista y que el cáncer provocaba consecuencias en el aspecto afectivo y sexual, en la vida laboral, en las relaciones sociales y en la forma de pensar de estas personas. Además, tenían la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer.

En sexto lugar, se analizaron las diferencias intercategoriales entre los sujetos que no se **relacionaban con la enfermedad** de cáncer y los que sí tenían relación. Los sujetos que tenían una relación directa con enfermos de cáncer consideraron que habían consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer, relacionando la enfermedad oncológica con un castigo divino; con el mal de ojo, la brujería, el vudú; con las condiciones climáticas; con la predisposición del organismo; con las causas ambientales; con el azar, la mala suerte; con los problemas de pareja o familiares y, por último, con situaciones críticas como la pérdida de un familiar. Además, creían que existían grupos de riesgo con más predisposición a sufrir la dolencia. También creían en la existencia de edades de riesgo, siendo la adolescencia y la adultez como las edades más vulnerables para tener cáncer. Por otro lado, consideraban que los adjetivos activo, débil, enfermo, honrado, pesimista, resignado, triste y valiente eran

adjetivos que definían al enfermo de cáncer. Habían obtenido la información al respecto del cáncer de estudios profesionales y formación académica; de otros profesionales de la salud y, por último, de otros medios de información.

En séptimo lugar, también se confirma la existencia de diferencias significativas en función del **tipo de relación con el enfermo oncológico** (enfermo de cáncer, familiar directo de enfermo de cáncer, amigo íntimo de enfermo de cáncer). Los sujetos que no eran enfermos oncológicos, en comparación con los sujetos que sí eran enfermos oncológicos, percibieron el cáncer como una enfermedad grave, a la que tenían miedo y les preocupaba contraerla en un futuro. Mientras que el rasgo que resaltaban del enfermo oncológico es que era una persona introvertida en la que se producían consecuencias en su vida familiar y en su forma de pensar.

Los sujetos que no tenían familiares directos enfermos de cáncer, en comparación con los sujetos que sí tenían familiares directos enfermos de cáncer, creían en la existencia de consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer y, más concretamente, consecuencias en el aspecto afectivo y sexual; en la vida laboral; en las relaciones sociales; en la forma de pensar y en la personalidad. Por otro lado, consideraban que el cáncer se podía relacionar con causas ambientales y con problemas de pareja o familiares. También creían que existían grupos de riesgo con síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables en los enfermos de cáncer. Éstos –los enfermos de cáncer- eran personas que adjetivos como *activo, débil, divertido, enfermo, introvertido, pesimista, profundo, resignado, triste y valiente* los definían. Por último, la información al respecto del cáncer la habían obtenido de estudios profesionales y formación académica y de otros profesionales de la salud.

Los sujetos que no tenían amigos íntimos enfermos de cáncer tenían la percepción que el cáncer era una enfermedad que se heredaba y que daba miedo y por ello poseían suficiente

información sobre la misma. Creían que el cáncer producía consecuencias en la vida familiar; el aspecto afectivo y sexual; en la vida laboral; en el aspecto físico y en el ocio. Consideraban que el cáncer se relacionaba con un castigo divino; mal de ojo, brujería y vudú; con un estilo de vida insano y con situaciones críticas como la pérdida de un familiar.

11.2. Análisis de las diferencias entre el personal sanitario y la población general en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico.

La segunda hipótesis se fundamentó en el objetivo segundo de analizar si existían diferencias entre el personal sanitario y la población en general en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico. Este objetivo fue dividido en dos objetivos secundarios. En primer lugar, obtener una representación social del cáncer y del enfermo oncológico del personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y psicólogos). En segundo lugar, describir las diferencias intercategoriales de la representación social del cáncer en función de la pertenencia al grupo de personal sanitario o de población en general.

En relación a esta segunda hipótesis se puede indicar que, según los resultados obtenidos, y que aquí se han presentado, se acepta la hipótesis planteada, ya que sí existían diferencias en la representación social del cáncer y del enfermo oncológico entre la población general y la población sanitaria.

Para analizar la segunda hipótesis planteada se delimitaron las mismas áreas temáticas que para la primera hipótesis: identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad; causas de la enfermedad; consecuencias de la enfermedad; durabilidad y cronicidad; prevención de la enfermedad; amenaza y percepción de control; tratamiento de la enfermedad; transmisión y contagio; grupo de riesgo; rasgos de personalidad; actitud ante la enfermedad y

el enfermo y, por último, información sobre la enfermedad. Además, se añadieron tres más: considerar el cáncer como una de las enfermedades más peligrosas; emociones y sentimientos que genera el cáncer y, en último lugar, conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.

A continuación, a partir de las áreas temáticas indicadas, se exponen los argumentos que indican que la segunda hipótesis es aceptada.

En primer lugar, en referencia al área temática **identidad de la enfermedad: concepto, síntomas y gravedad**, se puede indicar que los análisis muestran una representación social del personal sanitario que se caracterizaba por relacionar, sobre todo, al enfermo de cáncer y su patología con palabras o expresiones que hacían referencia a algún tipo de emoción negativa aunque también con predisposiciones de superación y fortaleza.

Su posición de enfermo de cáncer le hacía relacionarse con el personal sanitario, era una persona a la que se le sometía a múltiples tratamientos médicos, quirúrgicos y, sobre todo, farmacológicos; y requería el apoyo de la familia y de los amigos más cercanos para el adecuado afrontamiento de la enfermedad.

Con respecto al concepto de cáncer cabe señalar que la población sanitaria tenía una representación negativa de esta enfermedad, ya que no sólo era considerada como una enfermedad grave, sino como una de las enfermedades más graves de la actualidad.

En cuanto a los **síntomas**, la mayor parte de la población sanitaria consideraba que no era una enfermedad visible a priori ya que no era sencilla su identificación por medio de la apariencia física, por un lado, y por otro, que no era sencilla su identificación en uno mismo o en los demás por medio de algún síntoma físico. No obstante, si hubiera un síntoma, rasgo o característica que ayudase a la identificación de enfermos oncológicos, la pérdida de peso fue uno de los síntomas físicos más nombrados por el personal sanitario.

Otra de las áreas temáticas que se analizaron fue la de **causas de la enfermedad**. Se puede indicar que los análisis muestran una representación social que se caracterizaba por considerar que el cáncer era debido a herencia genética, predisposición del organismo, estilo de vida insano o causas ambientales. Esto proporcionaba una imagen social del enfermo como víctima, por una parte, y como descuidado, por otra. El estilo de vida insano no se relacionaba con prácticas no aprobadas socialmente sino con modos de comportamiento muy generalizados que se sabe que resultan perjudiciales para el organismo pero que están permitidos por la sociedad como por ejemplo el consumo de tabaco. Estos modos de vida insanos no convierten a la persona en un grupo minoritario como sucede con otros grupos poblacionales como los toxicómanos o los enfermos mentales.

Aunque la población sanitaria consideraba que el enfermo de cáncer después de la enfermedad podía llevar una vida bastante normal, también opinaba que había **consecuencias** en la vida de las personas cuando se era enfermo oncológico. La representación social de los profesionales sanitarios indicó que las consecuencias más relevantes eran de tipo familiar, afectivo/sexual y laboral. Gran parte de dicha población creía que también existían consecuencias en las relaciones sociales, en el ocio y en la personalidad.

Por otro lado, la representación social de la enfermedad muestra una dolencia **duradera** en el tiempo; esto supone la existencia de ciclos, recaídas, remisiones y, si avanza, entonces agrava la vida de las personas. Estaba, pues, considerada como relativamente **crónica** pero con cura aunque, sobre este último aspecto había mucha dispersión de resultados; no se puede decir, pues, que pertenezca a la representación social de la enfermedad de los profesionales sanitarios.

Ahora bien, si se pregunta cómo se puede **prevenir**, la representación social de los profesionales sanitarios indicó que, en primer lugar no fumando, manteniendo un peso corporal saludable y realizando ejercicio físico, llevando una dieta saludable, no consumiendo alcohol, no

tomando rayos Ultra Violeta, protegiéndose frente a sustancias cancerígenas y cumpliendo los programas de vacunación, entre otros y, en segundo lugar, con detección precoz, con educación sanitaria y con tratamientos médicos y quirúrgicos. Esto coincide con lo que se intenta transmitir desde la prevención primaria, secundaria y terciaria (Prieto, 2004; Guerra, 2003) y desde la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2017).

En referencia al área temática **amenazante/percepción de control**, indicar que la representación social de los profesionales sanitarios muestra que se trataba de una enfermedad bastante mortal, que producía bastante miedo y bastante preocupación la posibilidad de contraer la enfermedad oncológica en un futuro. Además, la mayoría de la población sanitaria entrevistada consideraba que era posible contraer la enfermedad y todas las personas podían tener cáncer; siendo el cáncer, para la población sanitaria, medianamente controlable. Esta creencia podía ser debida a que el cáncer no era considerado, en la representación social de los sanitarios del presente trabajo, como una enfermedad **contagiosa**, lo que presupone relativo control en su transmisión.

Resulta interesante como el cáncer se vinculaba con los **tratamientos** de la enfermedad; se asociaba, sobre todo, con la quimioterapia. Además de los tratamientos farmacológicos, la representación social de los profesionales sanitarios muestra que los tratamientos más efectivos contra la enfermedad de cáncer eran los tratamientos médicos, preventivos y quirúrgicos. Destacar de estos grupos de tratamientos, además de la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía.

De todos los posibles grupos que tenían mayor probabilidad de contraer la enfermedad en la investigación, el **grupo de riesgo** mayoritario lo compusieron personas con factores de riesgo hereditario y personas que no llevaban un estilo de vida saludable y, entre ellos, los fumadores y los alcohólicos. Esto coincide con los datos publicados por la OMS, quien indica que la

ingesta de alcohol, el consumo de tabaco, no realizar ejercicio físico de forma regular y llevar una mala alimentación son los factores de riesgo principales a nivel mundial para el cáncer pero también para otras enfermedades que no son transmisibles (OMS, 2017).

En referencia al área temática **rasgos de personalidad**, se puede indicar que los análisis mostraron una representación social del enfermo oncológico que se caracterizaba por considerar que los adjetivos *débil, enfermo* y *grave* caracterizaban de modo diferencial a los enfermos de cáncer. También existió un gran acuerdo en que eran personas *activas, pesimistas, profundas, resignadas, tristes* y *valientes*. Asimismo había bastante acuerdo en que por ser enfermo de cáncer se tenía que ser *considerado, divertido, intolerante* e *introvertido*.

La población sanitaria tenía una **actitud** muy positiva **hacia el enfermo de cáncer**. Mientras que la **actitud hacia la enfermedad** parece que no estaba tan delimitada ya que existió gran variabilidad en las puntuaciones.

En cuanto al área temática, **información sobre la enfermedad**, los resultados mostraron que la población perteneciente al grupo de personal sanitario, sí poseía información elevada acerca de la enfermedad oncológica, obtenida básicamente de estudios y formación académica; completándose ésta con artículos y libros científicos y otros profesionales de la salud.

En relación al área temática **considerar el cáncer como una de las enfermedades más peligrosas**, los resultados mostraron que la población perteneciente al universo sanitario (médicos, enfermeros, psicólogos, auxiliares de enfermería) consideraba que la enfermedad que daba más miedo era, sin duda alguna, el cáncer. Dato que difiere con los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística que sitúa a las enfermedades cardiovasculares en el primer puesto en cuanto a causa de mortalidad (INE, 2017). Sin embargo, la población

sanitaria entrevistada consideraba más peligrosos los tumores que los infartos agudos de miocardio.

En cuanto a las **emociones y sentimientos que genera el cáncer**, destacaron muy por encima de las emociones positivas, las emociones negativas, siendo la angustia, el miedo y la tristeza los sentimientos más mencionados por los profesionales sanitarios.

En último lugar, en cuanto al ítem **conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad**, los resultados mostraron que tener síntomas de sufrimiento al conocer la noticia de que se padece cáncer; buscar información acerca del cáncer que se ha diagnosticado; acciones relacionadas con el entorno familiar y social y los planes de futuro fueron las respuestas mayoritarias dadas por la población sanitaria. De entre ellas destacaron llorar y hablar con la familia.

Si se continúa analizando la segunda hipótesis, ésta planteaba la existencia de diferencias intercategoriales en la representación social de los profesionales sanitarios en función de la pertenencia al grupo de personal sanitario o de población general.

En primer lugar, se encontraron diferencias en confrontación con ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos y no ser profesional sanitario en contacto directo con enfermos oncológicos.

Los sujetos que eran profesionales sanitarios en contacto directo con enfermos oncológicos tenían la percepción que el cáncer era una enfermedad crónica, que se heredaba pero que era controlable. Se relacionaba, además de con la herencia genética, con la predisposición del organismo, el estilo de vida insano y las causas ambientales. El cáncer producía consecuencias en la vida de las personas cuando se era enfermo de cáncer, siendo alguna de éstas, consecuencias en la vida familiar, en el aspecto afectivo y sexual, en la vida

laboral, en el aspecto físico, en las relaciones sociales, en el ocio, en la forma de pensar y en la personalidad. Respecto al enfermo de cáncer, lo consideraban una persona débil, intolerante, resignada y triste. Creían en la existencia de un grupo de riesgo, siendo la adolescencia el grupo de edad más vulnerable. También creían en la existencia de síntomas, características o rasgos físicos fácilmente identificables. Por otro lado, estos sujetos tenían la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer, información que habían obtenido de estudios profesionales y formación académica; de otros profesionales de la salud y de otros medios de comunicación.

En segundo y último lugar, en cuanto al hecho de ser profesional sanitario (médico, enfermero, psicólogo, auxiliar de enfermería), se encontraron diferencias en confrontación con el grupo de sujetos que no tenían una profesión sanitaria. Los individuos que eran profesionales sanitarios creían que el cáncer era una enfermedad crónica que daba muchísimo miedo, principalmente por las consecuencias que provocaba en la vida de las personas ya fuera en la vida familiar, en el aspecto afectivo y sexual, en la vida laboral, en el aspecto físico, en el ocio, en la forma de pensar y/o en la personalidad. Consideraban que el cáncer se relacionaba bastante con la predisposición del organismo, el estilo de vida insano y algunas causas ambientales. Respecto al enfermo de cáncer, lo consideraban como una persona activa, intolerante, pesimista, resignada y triste. Creían en la existencia de un grupo de riesgo, siendo la infancia y la adolescencia los grupos de edad más vulnerables para padecer la enfermedad oncológica. Tenían la percepción de suficiencia de información acerca del cáncer habiéndola obtenido de estudios profesionales y formación académica, de otros profesionales de la salud y de otros medios de comunicación.

11.3. Conclusiones finales.

En definitiva, los resultados de este estudio permiten afirmar que existe una representación social del cáncer y del enfermo de cáncer concreta y que diverge en función de diversos factores, en este caso la pertenencia al grupo de población general o población sanitaria. Aunque factores como el sexo, la edad, la convivencia en pareja, el nivel de estudios, tener o no creencia religiosa, tener o no relación con la enfermedad y, en último lugar, el tipo de relación con la enfermedad oncológica también hacen que la representación social de la patología oncológica y su enfermo se vean modificadas. Estos datos contrastan con la teoría de las representaciones sociales desarrollada por M^a Auxiliadora Banchs, quien opinaba que las representaciones sociales parten de la cultura y la sociedad de pertenencia y en éstas influye por un lado, tradiciones, mitos, creencias y saberes populares, y por el otro, la sociedad de pertenencia no sólo teniendo en cuenta el concepto *sociedad* como sociedad global (por ejemplo, sociedad valenciana), sino también como grupo específico (por ejemplo, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos). Estos dos conceptos -la cultura y la sociedad- cambian y se modifican y, en consecuencia, hacen cambiar la representación social (Banchs, 1999, p.3).

Así pues, conocer las representaciones sociales del cáncer y del enfermo oncológico, tanto de la población general como de la población sanitaria, van a permitir realizar acciones que posibiliten realizar un cambio de modo en estas representaciones con la finalidad que consientan al enfermo de cáncer insertarse, de nuevo, en la sociedad como un miembro más sin etiquetas ni categorías.

El hecho que la población general posea una representación social de la enfermedad oncológica y del enfermo de cáncer que concuerde con la realidad va a permitir a los profesionales sanitarios en general y a enfermería en particular, trabajar de manera fluida con

este tipo de enfermos y con su núcleo más próximo, familiares y amigos íntimos. Sin fisuras en el intercambio de información y sin escisiones en el continuum de la comunicación. Se conseguiría lo que ya ocurriera con el SIDA, al perder el miedo irracional a lo desconocido se puede llegar a la población y trabajar mejor aspectos tales como la transmisión y el contagio, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, entre otras.

Si se trata de la población sanitaria, el hecho de que ésta posea una representación social del cáncer y del enfermo de cáncer que concuerde con la realidad va a conseguir que los profesionales sanitarios en general y enfermería en particular, desarrollen cuidados de calidad y basados en la evidencia científica a este tipo de pacientes oncológicos

Ahora bien, el estudio que se ha mostrado es una primera aproximación. Quedan muchos aspectos sobre los que se deberá de profundizar para extraer conclusiones válidas para toda la población española ya que la muestra empleada no permite asegurar la generalización de los resultados aquí obtenidos a otras muestras o contextos.

Lo mismo ocurre con la muestra empleada de los profesionales sanitarios, tanto de médicos, como de enfermeros, psicólogos y auxiliares de enfermería. Además, faltarían otros grupos de profesionales sanitarios que también se encuentran en contacto directo con este tipo de pacientes y cuya representación social sería deseable confluyera con la realidad y estuviera basada en la evidencia científica, como pudiera ser el caso de los médicos oncólogos.

Por otro lado, la contestación libre y voluntaria de los encuestados hizo que muchas de las personas seleccionadas al azar no colaboraran y eso puede generar un sesgo relacionado con las características personales de los participantes.

No obstante, a pesar de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación, desde la psicología en general y la medicina en particular sería aconsejable profundizar tanto en la representación social del cáncer como del enfermo de cáncer, en la población general y la

sanitaria. Al mismo tiempo, se debería medir cuan de efectivo es el protocolo propuesto, además de proponer otras alternativas de intervención y poner en marcha aquellas que fueran más apropiadas.

Ahora bien, como primera aproximación a la representación social del cáncer y el enfermo de cáncer este trabajo abre nuevas líneas psicosociales de estudio y muestra otros panoramas de relación entre el bienestar social y personal y la enfermedad de cáncer de los estudiados actualmente.

Como se termina de indicar, este trabajo pretende ser un primer paso de un acercamiento psicosocial que desea ayudar tanto al enfermo como a la sociedad a superar la enfermedad, a convivir con ella y a aprender a prevenirla. En este contexto se considera que son tres las líneas diferenciales de investigación en las que ahondar para la elaboración de futuros trabajos.

La primera de las líneas de trabajo consiste en la ampliación de la muestra del estudio a otras comunidades y su posterior comparación. Con el objetivo de analizar las semejanzas y las diferencias debidas a las pautas culturales.

La segunda de las líneas de investigación, pretende comprobar la existencia de representaciones sociales similares en los aspectos centrales pero diferenciales en los periféricos entre enfermos y familiares de enfermos y los sujetos sin relación con el cáncer. Las diferencias encontradas en función de la pertenencia al grupo social de enfermos sociales y familiares nos ha mostrado que existe un núcleo de representación muy compacto y bastante amplio de contenidos que resulta común para todos los grupos pero que determinados aspectos que forman parte del contenido periférico de la representación social varían en función de la consideración de ser miembro de un grupo estigmatizado de enfermo de cáncer o sentirse del exogrupo.

La tercera línea de investigación, muy relacionada con la anterior, que aquí se considera, es la importancia de profundizar en los aspectos centrales y periféricos de la representación social del cáncer. En este trabajo de investigación se ha encontrado una representación social que se caracteriza por un núcleo central muy amplio y muy interiorizado; ahora bien, también se han presentado contenidos con gran variabilidad en la muestra y que no conforman otra representación social contrapuesta sino que muestran la existencia de un contenido periférico variable en función de las características y circunstancias vividas por el sujeto. Sería necesario seguir profundizando en este aspecto si el deseo es la intervención en la representación social con el fin de eliminar la discriminación positiva y su incidencia en la identidad social y personal deteriorada de los enfermos de cáncer.

Son, por tanto, muchas las vertientes hacia donde se podría continuar. Cabe señalar, que en este momento se han presentado algunas de las sugerencias pero que éstas no se agotan y que se espera continúen profundizando en este tema con el fin de ir avanzando en el conocimiento y poder sugerir nuevas vías de intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¿Qué es la formación continuada? *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

Recuperado de

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm>

10 datos sobre el cáncer. *Organización Mundial de la Salud.* Recuperado de

<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>

Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones.* México: Coyoacán.

Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención

comunitaria. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.* Recuperado de

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-PrevencionPromocion.htm>

Actividades. *Sociedad Española de Enfermería Oncológica.* Recuperado de

<http://www.seeo.org/pages/sociedad/actividad.aspx>

Alba, M. A., Bellido, J., Cárdenas, V., Muñoz, J., López, A., y Millán, M. (2010). *Proceso*

Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN.

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Alfonso, I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. *Psicología on-line.* Recuperado

(de http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml)

Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research.* Chapman and Hall.

Álvarez, V. (1984). *Diagnóstico pedagógico.* Sevilla. Alfar.

Andreu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: Una revisión actualizada. *Centro de*

Estudios Andaluces. Consejería de la presidencia y administración local. Recuperado de

<http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

- Ante la enfermedad. *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/EnfrentarseA/pautasparapacientes/antelaenfermedad/Paginas/antelaenfermedad.aspx>
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Facultad latinoamericana de ciencias sociales*, 127, 1-83.
- Baeza, E., y Van der Hofstadt, C. J. (2003). Representación de la enfermedad y representación social. Un estudio de representación social de la droga en usuarios tratados con metadona. *Revista de psicología social aplicada*, 13(2), 29-46.
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de Representaciones Sociales. Análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 5(8-9), 27-40.
- Banchs, M. A. (1999). Representaciones sociales, memoria social e identidad de género. *Akados II*, 1, 59-76. Recuperada de http://pmayobre.webs.uvigo.es/textos/maria_banchs/representaciones_sociales_memoria_i_dentidad.pdf
- Bárez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
- Baron, R. A., y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson Educación.
- Barreto, P., Molero, M., y Pérez, MA. (2000). Evaluación E Intervención Psicológica En Familias De Enfermos Oncológicos. En: Gil, F (Ed). *Manual De Psico-Oncología* (137-71). Nouva Sidonia. Madrid.
- Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C., y Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371-385.

- Beisercker, A., Cook, M., Ashworth, J., Hayes, J., Brecheisen, M., Helmig, L., Hyland, S., y Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: Perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6, 85-93.
- Bingham, W. V. D., y Moore, B. V. (1973). *Cómo entrevistar*. Madrid. Rialp.
- Bisquerra, R. (2009). *Educación emocional y bienestar*. Wolters Kluwer.
- Blanco, I., Cabrera, E., y lfort, G. (2005). Cáncer colorrectal hereditario. *Psicooncología*, 2(2-3), 213-228.
- Blasco, T. e Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de psicología*, 72, 81-90.
- Blasco, T. (2000). Variables psicológicas como predictoras de la intensidad de náuseas en pacientes que reciben quimioterapia. *Oncología*, 23, 333-336.
- Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M., (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª edición*. Madrid: Elsevier España.
- Cagnin, E., Liston, N., y Dupas, G. (2004). Children's social representation of cancer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(1), 51-60.
- Calero, M. R. (2012). La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera. *Enfermería Global* (versión on-line), 11(27)
- Cáncer. *Consejería de Sanidad, Universal y Salud Pública*. Recuperada de <http://cuidatecv.es/vida-saludable/cancer-2/>
- Cáncer. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Cannone, P., Dany, L., Dudoit, E., Duffaud, F., Salas, S. y Favre, R. (2004). Étude des représentations sociales de la chimiothérapie: une voie d'analyse des relations entre patients et médecins oncologues. *Bull cancer*, 91(3), 279-284.

- Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraS ervicios.pdf>
- Castaño, A. M., y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10(1), 79-93.
- Castellanos, G. E. (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *Anales de psicología*, 23(1), 85-91.
- Castro-Jiménez, M. A., Vera-Cala, L. M., y Posso-Valencia, H. J. (2006). Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(1), 182-189.
- Claes, E., Evers-Kiebooms, G., Denayer, L., Decruyenaere, M., Boogaerts, A., Philippe, K., y Legius, E. (2005). Predictive genetic testing for hereditary breast and ovarian cancer: psychological distress and illness representations 1 year following disclosure. *Journal of Genetic Counseling*, 14(5), 349-363.
- Cliff A.M., y Mcdonagh, R. P. (2000). Psychosocial Morbidity In Prostate Cancer: II. A Comparison Of Patients And Partners. *BJU Int*, 86(7), 834-39.
- Conill, C., y Lozano, M. (1988). Estudio preliminar sobre la representación psicosocial del cáncer. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y psicosomática*, 9(6-7), 38-44.
- Conrad, P., y Barker, K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 67-79.
- Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces (2007). Ministerio de Sanidad y Política Social y Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43690/1/9789243546995_spa.pdf

- Cortés, J., Martínón, F., Ramón, J. M., Gil, A., Velasco, J., Abizanda, M., Miranda, P., y Garrido, R. (2010). Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva recomendaciones para la práctica clínica. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 53(1), 1-19.
- Coutu, M., Dupuis, G., D'Antono, B., y Rochon-Goyer, L. (2003). Illness representation and change in dietary habits in hypercholesterolemic patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(2), 133-152.
- Coutu, M., Durand, M., Baril, R., Labrecque, M., Ngomo, S., Côté, D., y Rouleau, A. (2008). A review of assessment tools of illness representations: are these adapted for a work disability prevention context? *J OccupRehabi*, 18, 347-361.
- Cuál es la diferencia entre cura y remisión (2014). *Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico>
- Da Silva, S., Vasconcelos, E., de Santana, M., Rodrigues, I., Mar, D., y Carvalho, F. (2010). That so-called Papanicolau: women's social representations about the screening test for cervical cancer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 554-560.
- De la Corte, L., Sabucedo, J. M., y Blanco, A. (2004). Una función ética de la psicología social: Los estudios sobre el fondo ideológico de la violencia política. *Revista Interamericana de psicología*, 38(2), 171-180.
- Defunciones según la causa de muerte 2015. *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01001.px>
- Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 64-71.
- Del Barco, E. y Vidal, R. *Sociedad Española de Oncología Médica*. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/prevencion-cancer#content>

- Del Olmo, M. (2005). Prejuicios y estereotipos: un replanteamiento de su uso y utilidad como mecanismos sociales. *En-Clave Pedagógica*, 7(2), 13-23. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/672>
- Detección precoz del cáncer. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas14/cancer.htm>
- Día Mundial del Cáncer 2015. *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Campanas/Paginas/DiaMundialdelCancer2015.aspx>
- Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Dirección general de salud pública. *Conserjería de Sanidad, Universal y Salud Pública*.
Recuperada de <http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS23&Pag=punto.jsp?CodPuno=1261&MenuSup=SANMS142&Seccion=SANPS123416&Nivel=2&Opcion=SANMS12341#SANPS123416>
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., y Fournier, M. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9(5), 428-438.
- Ejarque, I., García-Ribes, M., Sorlí, J. V., Arenas, E., y Martín, V. (2008). Papel de la Atención Primaria ante el cáncer hereditario. *Atención Primaria*, 40(10), 525-529.
- El cáncer aumentará en 75% para 2030 (1 de julio de 2012). *BBC Salud*. Recuperado de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/06/120601_cancer_predicciones_2030_men.shtml
- 1
- El General de Valencia realiza la reconstrucción microquirúrgica inmediata en una paciente con cáncer en ambas mamas (7 de junio 2016). *20 minutos*. Recuperado de

<http://www.20minutos.es/noticia/2766034/0/general-valencia-realiza-reconstruccion-microquirurgica-inmediata-paciente-con-cancer-ambas-mamas/>

El Hospital Gregorio Marañón presenta el primer quirófano oncológico con navegador del mundo

(18 de diciembre del 2013). *ABC salud*. Recuperado de

<http://www.abc.es/salud/noticias/20131217/abci-quiropfano-oncologico-navegador-201312171318.html>

Estudio financiado por los NIH indica un aumento de la supervivencia en hombres con cáncer de próstata metastásico que reciben quimioterapia desde el inicio de la terapia hormonal (5 de diciembre de 2013). *Instituto Nacional de Cáncer*. Recuperado de

<https://www.cancer.gov/espanol/noticias/comunicados-de-prensa/2013/E3805>

Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.

Ferreira PEMS (1997). Alguns Pacientes Especiais No Hospital Geral: O Paciente Oncológico. *Cadernos Do IPUB*, 6, 143-154.

Flores-Lozano, J. A., Adeva-Cárdenas, J., García, M., y Gómez, M. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano*, 1218(3), 261-272.

Flores-Palacios, F., y Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de Méjico. *Salud pública de México*, 45(5), 624-631.

Folkman, S., y Green, S. (2000). Promoting psychological well-being the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9(1), 11-19.

Fortune, G., Barrowclough, C., y Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 347-364.

Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10, 1-18.

Fox, D. J. (1981). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: EUNSA.

Fundació Josep Laporte y Universitat Autònoma de Barcelona. Después del cáncer.

Experiencias y necesidades de personas que han superado la enfermedad y de sus familiares. Publicaciones Universidad de los Pacientes.

García, J. R. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Imserso.

García, M. P. (2010). Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados.

Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2(1), 871-889.

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(5), 83-92.

George, A. (1996). La diabetes: una declaración para las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121(5), 461-466.

Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V., y Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire.

Psicho-Oncology, 19, 85-92.

Giraldo, C. V., y Arango, M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 191-200.

Goerke, H. (1986). *3000 años de historia de la medicina. De Hipócrates a la medicina bioquímica*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Gómez Portilla, A., Martínez De Lecea, C., Cendoya, I., Olabarría, I., Martín, E., Magrach, L., Romero, E., Cortés, J., Muriel, J., Márquez, A., y Kvadatze, M. (2008). Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano. El reto que se avecina. *RevEspEnfermDig*, 100 (11), 706-715.

- Gómez, J. A. (1 de julio de 2014). En 50 años el cancer estará tan controlado como las infecciones. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2014/07/01/53b2ac0022601d85158b457f.html>
- Grassi, L., Rosti, G., Lasavia, A., y Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2(1), 11-20.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman y J. Haro, *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en investigación social*, 113-145. Recuperado de http://www.ustatunja.edu.co/cong-civil/images/curso/guba_y_lincoln_2002.pdf
- Guerra, M. L. (2003). La Psicología Oncológica en España: un análisis bibliométrico de las publicaciones en español. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 371-380.
- Gutiérrez, J.D. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*, 10(4), 211-219.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of health Psychology*, 4, 137-149.
- Heijmans, M., y de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 485-503.
- Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Bath: Bath typesetting.
- Hernández, F., Gallego, R., Alcaraz, S., y González, J. (1997). La Enfermería en la Historia: un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, 5(2), 21-35.
- Hirani, S., Pugsley, W., y Newman, S. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the illness perceptions questionnaire (IPQ) in patients

undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199-220.

Hoskins, C. N., Budin, W. C., y Maislin, G. (1996). Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 5, 31-44.

Información para el paciente oncológico. Generalitat Valenciana. Recuperado de <http://cuidatecv.es/pubs/información-para-el-paciente-oncologico/>

Informe anual aecc 2012 (2012). *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/Comunicacion/Informeannual2012/Paginas/Informeannual2012.aspx>

Instituto Nacional de las Cualificaciones (2008). *Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales*. Secretaría General Técnica. Subdirección General de Información y Publicaciones.

Jodelet, D. Representaciones Sociales: un campo en expansión. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/142405537/Representaciones-Sociales-Denise-Jodelet-pdf>

Joffe, H. (2003). Risk: from perception to social representation. *The British Journal of Social Psychology*, 42, 55-73

Kemp, S., Morley, S., y Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy. Do illness representations play a role? *The British Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 43-58.

Klonoff, E., y Landrine, H. (1994). Culture and Gender Diversity in Commonsense Beliefs About the Causes of Six Illnesses. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 407-418.

Knapp, E., León, I., Mesa, M., y Suárez, M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista cubana de Psicología*, 20(2), 153-164.

Knibbe J.J., y Knibbe N. E. (1996). Dolor de espalda. Cómo identificar y prevenir el problema en profesionales de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 210, 57- 64

Kornblit, A. (2007). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblos.

- Krause, M. (2003). The transformation of social representations of chronic disease in a self-help group. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 599-615.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Grupo Planeta (GBS).
- Lage, D., y Crombet, T. (2011). Control del cáncer avanzado: la ruta hacia la cronicidad. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 1(1), 1-20.
- Lemache, I. V. (2015). Proceso de Atención en Enfermería en adolescentes en complicaciones obstétricas atendidas en el hospital especializado “Mariana de Jesús” (Proyecto de Investigación). Universidad de Guayaquil.
- León, G., y Bosques, O. (2005). Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello de uterino. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 31(1), 1-8.
- León, M., Páez, D. y Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77, 39-70.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Artículo 12.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Llinares, L. I., Benedito, M. A., Espino, M. A., y Casino, A. M. (2015). Tercera edad y cáncer papel de la familia. *Familia: revista de ciencias y orientación familiar*, 50, 129-145.)
- Llinares, L. I., Benedito, M. A., y Piqueras, A. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicología & Sociedade*, 22(2), 318-327.
- Llinares, L. I., Benedito, M. A., y Piqueras, A. (2012). Ni herois ni víctimes. Representació social del càncer i dels malalts de càncer. *Anuari de Psicologia*, 14(1), 113-131.

- Llopis, D., Pons, J., y Borjano, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. *Psicothema*, 8(3), 465-474.
- Lobban, F., Barrowclough, C., y Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *The British Journal of clinical Psychology*, 44, 147-162.
- Lobban, F., Barrowclough, C., y Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. II. The illness perception questionnaire for schizophrenia: relatives' version. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 163-179.
- López, J. M. (2010). *Historia de la medicina universal*. Ayuntamiento de Valencia: Delegación de Cultura. Romeu Imprenta s.l.
- Lucio, C (4 de febrero del 2015). Enfermería, un eslabón clave en la asistencia. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/04/54cfd2a4e2704ef52e8b457d.html/>
- Lugo, J., Barroso, M. C., y Fernández, L. (1996). Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. *Revista cubana de oncología*, 12(1).
- Madrazo, A. (2009). Helicobacter pylori y cáncer. *Revista GASTROHNUP*, 11(3), 162-166.
- Marqués, S., y Bartolomé, I. (2009). ¿Cómo podemos encontrar nuevas intervenciones enfermeras? *Eventia: revista de enfermería basada en la evidencia*, 6(27).
- Marzo-Castillejo, M., Bellas-Beceiro, B., Nuin-Villanueva, M., Cierco-Peguera, P., Moreno-Baquerano, M., y Rubio-Toledano, L. (2005). Prevención del cáncer. *Atención Primaria*, 36(suplemento 2), 47-65.
- McPail, G. (1998). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Oncology in Practice*, 3, 17-19.
- Miglietta, S., y Gattino, S. (2006). La imagen del emigrante en estudiantes de Turín Estudio exploratorio en un contexto educativo. *Boletín de psicología*, 88, 65-84.

- Miguel, J. A., Sancho, M., Abellán, A., y Rodríguez, V. (2000). *La atención formal e informal en España*. En: IMSERSO, editor.
- Moldovan, R. (2009). An analysis of the impact of irrational beliefs and illness representation in predicting distress in cancer and type II diabetes patients. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13(2), 179-193.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Baruch, J., Robertson, B., Mason, A., y Bliss, J. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3(1), 39-46.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., y Swanson, E. (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid: Elsevier España.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>
- Morant, N. (1995). What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on social representations*, 4(1), 41-52.
- Morant, N. (2006). Social representation and profesional knowledge: the representation of mental illness among mental health practitioners. *British journal of Social Psychology*, 45(4), 817-838.
- Murray, M., y McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 87-100
- Navarro, Y., y Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, 9(2), 1-14. Recuperada de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

- Nouwen, A., Law, G. U., Hussain, S., McGovern, S., y Napier, H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychology and Health, 24*(9), 1071-1084.
- Observatorio del cáncer aecc (2012). *OncoBarómetro, percepción y conocimiento de factores de riesgo de un cáncer*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado de https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/OncoBarometro_conocimiento_factores_riesgo.pdf
- Olivella-Fernández, M. C., Bastidas-Sánchez, C. V., y Castiblanco-Amaya, M. A., (2012). La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan, 12*(1), 53-61.
- Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Ortega, T., de la Cuesta, D., y Días, C., (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería, 15*(3), 164-168.
- Passik, S. D., Newsman, M. L., Brennan, M., y Tunkel, R. (1995). Predictors of psychological distress, sexual dysfunction and physical functioning among women with upper extremity lymphedema related to breast cancer. *Psycho-Oncology, 4*, 255-263.
- Peña, A., García, J., Torre, M. J., Sánchez, L., Jiménez, M. C., y Lupiáñez, Y. (1998). Desarrollo del modelo de autocuidados de Dorothea Orem en pacientes D. P. C. A. *Sociedad Española de Enfermería en Desarrollo, 3*(1), 15-21.
- Perera, M. (1999). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Informe de Investigación. La Habana: CIPS.

- Perera, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*, 1-35. Recuperado de: http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf
- Perera, M. (2005). Sistematización crítica de la teoría de las representaciones sociales (Tesis Doctoral). Centro de investigaciones psicológicas y sociológicas. Ciudad Habana, Cuba.
- Pinto, R., y Grawitz, M. (1969). *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz.
- Porta, J., Gómez, X., y Tuca, A. (2008). *Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán ediciones.
- Posibles causas (2016). *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <http://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Posiblescausas.aspx>
- Prevención. *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Paginas/Sobreelc%C3%A1ncer.aspx>
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2(2), 107-120.
- Programa cribado poblacional del cáncer. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/cribadoCancer.htm>
- Quero, A. (2003). Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería clínica*, 13(6), 348-356.
- Ramos, D. (2013). Percepción y representaciones sociales que existen sobre la carrera de Educación Indígena, en la Universidad Pedagógica Nacional (Tesis de pregrado). Universidad Pedagógica Nacional, México D. F.
- Regina, S., Pezo, M. C., Alves, M., y Machado, A. (2005). El cuidado de la persona con cáncer: Un abordaje psicosocial. *Index enferm (on line)*, 51(14), 34-39. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962005000300007&script=sci_arttext

- Regnier-Denois, V., Poirson, J., y Pouyalet, F. (2009). Oral anti-cancer chemotherapy: social representations and medical practices. *Psycho-oncologie*, 3, 168-175.
- Retrasar el primer cigarrillo del día se podría asociar a un menor riesgo de cáncer de pulmón (23 de junio de 2014). *Europa Press*. Recuperado de <http://www.infosalus.com/salud-bienestar/noticia-retrasar-primer-cigarrillo-dia-podria-asociar-menor-riesgo-cancer-pulmon-20140623105113.html>
- Reynolds, N. R., Sanzero, L., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., Kemppainen, J. K.,... y Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes: a multi-site, cross-cultural study. *AIDS and behavior*, 13(2), 258-267.
- Rodríguez, A., y Rodríguez, M. I. (1996). Historia ilustrada de la medicina. Málaga: editorial Algazara.
- Rodríguez, T., y García, M. L. (2007). Representaciones sociales. *Teoría e investigación*. Guadalajara: editorial CUCSH-UDG.
- Roldán, A., y Fernández, M. S. (1999). Proceso de Atención de Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(2), 79-93.
- Rozema, H., Völlink, T., y Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8), 849-857.
- Ruisánchez, N., Álvarez, M. T., Menéndez, I., e Isnalvis, B. (2000). Registro de cáncer de mama hereditario. *Revista cubana de oncología*, 16(1), 48-53.
- Sacajiu, G., Fox, A., Ramos, M., Sohler, N., Heller, D., y Cunningham, C. (2007). The evolution of HIV illness representation among marginally housed persons. *AIDS care*, 19(4), 539-545.
- Salaverry, O (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 137-41.

- Salazar, T. R., Curiel, M. D. L. G., y Jodelet, D. (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Editorial CUCSH-UdeG.
- Sánchez, L. (2010). Representaciones socioculturales presentes en los docentes de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A de Bogotá respecto a la gestión del riesgo de desastre (Tesis Doctoral). Universidad de Manizales.
- Seuc, A. H., Domínguez, E., y Galán, Y. (2003). Esperanza de vida ajustada por cáncer. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 41(1), 0-0.
- Shilow, S. (2006). Illness Representations, Self-Regulation, and Genetic Counseling: A Theoretical Review. *Journal of Genetic Counseling*, 15(5), 325-3.
- Shilow, S., Drori, E., Orr-Urtreger, A., y Friedman, E. (2009). Being “at-risk” for developing cancer: cognitive representations and psychological outcomes. *J Behav Med*, 32, 197-208.
- Silva, F., Andrade, P., Barbosa, T., Hoffman, M., y Macedo, C. (2009). Representation of the getting sick process of children and teenagers with oncologic diseases together with family. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 334-341.
- Stagno, D. (2009). Social and private representations of cancer: a clinician’s point of view. *Psycho-oncologie*, 3, 38-42.
- Suarez, J. C., Lacalle, R., y Pérez, J. M. (2014). *II Conferencia Internacional sobre género y comunicación, libro de actas*. Dykinson.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Tratamientos. *Asociación Española Contra el Cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/Paginas/Tratamientos.aspx>

- Tza, L., Pinilla, P., y Paéz, D. (1987). Representación social de la enfermedad física y mental. En D. Paéz y cols. *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*, 318-146. Madrid: Fundamentos.
- Un estudio indica que la sigmoidoscopia reduce los índices de cáncer colorrectal (21 de mayo de 2012). *Instituto Nacional del Cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/comunicados-de-prensa/2012/PLCOScreeningSpanish>
- Usan células madre uterinas para tratar el cancer de mama (14 de noviembre de 2014). *ABC salud*. Recuperado de <http://www.abc.es/salud/noticias/20141114/abci-mama-cancer-celulas-madre-201411131656.html>
- Vaughan, R., Morrison, L., y Miller, E. (2003). The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome. *British Journal of Health Psychology*, 8, 287-301.
- Weitzner, M., Hughes, M. y Schusterman, M. (1995). Sexual dysfunction following Tram Flap breast reconstruction for breast cancer: A preliminary communication. *Psycho-Oncology*, 4(1), 55-59.
- Weitzner, M., Jacobsen, P., Wagner, H., y Friedland, J. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research*, 8(1), 55-63.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

AI. – Instrumento C.R.S.C.

AII.- Instrumento C.R.S.C (modificado).

AIII.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la representación social del cáncer (SISC-RSC).

AIV.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la representación social del enfermo de cáncer (SISC-RSC).

AV.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer.

AVI.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de las causas.

AVII.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la prevención del cáncer.

AVIII.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los tratamientos.

AIX.- Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los grupos de riesgo.

AX.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

AXI.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.

AXII.- Distribución de frecuencia de la población sanitaria según el sistema de categorización de las emociones y sentimientos que genera el cáncer.

AXIII.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la representación social del cáncer (SISC-RSC).

AXIV.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la representación social del enfermo de cáncer (SISC-RSC).

AXV.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer.

AXVI.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de las causas.

AXVII.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la prevención del cáncer.

AXVIII.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los tratamientos.

AXIX.- Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los grupos de riesgo.

C.R.S.C.

Edad: Sexo: V H

¿Vive en pareja?: No Sí

Nivel de estudios: Sin estudios Graduado Escolar
 BUP/ E.S.O. Módulos de F.P.
 COU /Bachiller Universidad

Profesión: _____

Religión: Creyente No creyente

En el caso de ser creyente, indique religión: _____

Nacionalidad: _____

¿Tiene relación directa con enfermos de cáncer? Sí No

En el caso de tener relación directa con enfermos de cáncer, indique por favor el tipo de relación:

Soy enfermo de cáncer
 Soy familiar directo de enfermo de cáncer
 Soy amigo íntimo de enfermo de cáncer.....
 Soy profesional sanitario en contacto directo con enfermos de cáncer

Por favor, conteste cada pregunta poniendo un una "X" en el cuadro que corresponda o
 Escribiendo los datos que se le solicitan sobre las líneas destinadas a ello.

A continuación se encontrará preguntas y afirmaciones sobre el cáncer y el enfermo de cáncer.

Lea atentamente cada pregunta y conteste lo más sinceramente posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas ni preguntas con trampa.

No piense demasiado ni emplee mucho tiempo en decidirse.

Este cuestionario es anónimo y en nada le compromete.

Por favor, procure no dejar cuestiones sin contestar.

Gracias por su colaboración.

1. Escriba todas las palabras que le vengan a la mente sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando lee:

CÁNCER:

ENFERMO DE CÁNCER:

2. A continuación aparecen una serie de frases. Marque con una "X" la casilla que mejor exprese su valoración del 1 al 10 (el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El cáncer es una enfermedad GRAVE										
El cáncer es una enfermedad DURADERA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE CRONIFICA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE CONTAGIA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE HEREDA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE PUEDE PREVENIR										
El cáncer es una enfermedad QUE TIENE CURA										
El cáncer es una enfermedad QUE ES CONTROLABLE										
El cáncer es una enfermedad QUE ES MORTAL										

3. Lea las frases siguientes y conteste, poniendo una "X", en la casilla que mejor exprese su valoración. En algunas preguntas también se le solicitan contestaciones libres donde usted puede escribir lo que considere oportuno.

Recuerde: el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El cáncer es una de las enfermedades más graves de nuestro tiempo.										
Me da miedo el cáncer.										
Me preocupa tener cáncer algún día.										

¿Cree que usted podría ser algún día enfermo de cáncer? Sí No

¿Cree que todos podemos tener cáncer? Sí No

¿Considera que hay personas que tienen más riesgo de contraer esa enfermedad?

Sí No

Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, conteste por favor a la siguiente pregunta:

¿Qué personas cree que tienen más riesgo de contraer esa enfermedad?

4. ¿A qué edad cree que se es más vulnerable al cáncer? Marque con una "X" las opciones que considere más adecuadas. Puede señalar más de una.

Niños Adolescentes
 Adultos Personas mayores A cualquier edad

5. ¿En general, cree que el cáncer se puede prevenir? Sí No

En caso afirmativo, indique de qué modo considera usted que se puede prevenir.

Problemas de pareja o familiares										
Situaciones críticas como pérdida de un familiar										

En el caso de que considere que existe alguna opción que no hayamos mencionado, indíquela por favor.

9. La información que usted tiene a cerca del cáncer la ha obtenido mayoritariamente de:

- Amigos, conocidos o familiares.....
- Medios de comunicación (televisión, periódicos, revistas etc.)
- Revistas especializadas (Revistas de salud, enciclopedias o páginas médicas de Internet).....
- Profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.).....
- Artículos y libros científicos.....
- Formación académica
- Otros

10. Para finalizar, indique por favor los tratamientos que usted considera más efectivos contra el cáncer.

Muchas gracias por su colaboración.

C.R.S.C. (modificado)

H M

Edad:

Sexo:

¿Vive en pareja?:

Sí

No

Profesión:

Auxiliar de Enfermería
Diplomado/a en Enfermería
Médico

En el caso de tener una segunda profesión, indique cual: _____

Trabaja en la sanidad: Pública

Privada

Ambas

Religión: Creyente

No creyente

En el caso de ser creyente, indique religión: _____

Nacionalidad: _____

¿Tiene relación directa con enfermos de cáncer?

Sí No

En el caso de tener relación directa con enfermos de cáncer, indique por favor el tipo de relación:

Soy enfermo de cáncer

Soy familiar directo de enfermo de cáncer

Soy amigo íntimo de enfermo de cáncer.....

Soy profesional sanitario en contacto directo con enfermos de cáncer

Por favor, conteste cada pregunta poniendo una "X" en el cuadro que corresponda o escribiendo los datos que se le solicitan sobre las líneas destinadas a ello.

A continuación se encontrará preguntas y afirmaciones sobre el cáncer y el enfermo de cáncer.

Lea atentamente cada pregunta y conteste lo más sinceramente posible.

No hay respuestas correctas o incorrectas ni preguntas con trampa.

No piense demasiado ni emplee mucho tiempo en decidirse.

Este cuestionario es anónimo y en nada le compromete.

Por favor, procure no dejar cuestiones sin contestar.

Gracias por su colaboración.

1. Indique las tres enfermedades que le dan más miedo o que le parecen más peligrosas.

2. Escriba 5 palabras que le vengan a la mente sin orden de importancia, libre y espontáneamente cuando lee:

CÁNCER: _____

ENFERMO DE CÁNCER:

3. ¿Qué cree que sentiría si le dijeran, en una revisión rutinaria, que tiene cáncer?

4. ¿Cuáles son las 3 primeras cosas que usted haría si le informaran, en una revisión rutinaria, que tiene cáncer?

5. A continuación aparecen una serie de frases. Marque con una "X" la casilla que mejor exprese su valoración del 1 al 10 (el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El cáncer es una enfermedad GRAVE										
El cáncer es una enfermedad DURADERA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE CRONIFICA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE CONTAGIA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE HEREDA										
El cáncer es una enfermedad QUE SE PUEDE PREVENIR										
El cáncer es una enfermedad QUE TIENE CURA										
El cáncer es una enfermedad QUE ES CONTROLABLE										
El cáncer es una enfermedad QUE ES MORTAL										

6. Lea las frases siguientes y conteste, poniendo una "X", en la casilla que mejor exprese su valoración. En algunas preguntas también se le solicitan contestaciones libres donde usted puede escribir lo que considere oportuno.

Recuerde: el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
El cáncer es una de las enfermedades más graves de nuestro tiempo.										
Me da miedo el cáncer.										
Me preocupa tener cáncer algún día.										

¿Cree que usted podría ser algún día enfermo de cáncer? Sí No

¿Cree que todos podemos tener cáncer? Sí No

¿Considera que hay personas que tienen más riesgo de contraer esa enfermedad?

Sí No

Si ha respondido afirmativamente a la pregunta anterior, conteste por favor a la siguiente pregunta:

¿Qué personas cree que tienen más riesgo de contraer esa enfermedad?

-
-
7. ¿A qué edad cree que se es más vulnerable al cáncer? Marque con una “X” las opciones que considere más adecuadas. Puede señalar más de una.

Niños Adolescentes
Adultos Personas mayores A cualquier edad

8. En general, ¿cree que el cáncer se puede prevenir? Sí No

En caso afirmativo, indique de qué modo considera usted que se puede prevenir.

9. ¿Cree que los enfermos de cáncer tienen algún síntoma, característica o rasgo físico fácilmente identificable?

Si No

En caso afirmativo, por favor, indique cuales.

10. Le presentamos una relación de adjetivos que pueden describir a un enfermo de cáncer. Marque con una “X” la casilla que mejor exprese su opinión.

Recuerde: el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo. Si considera que algún adjetivo no tiene ninguna relación con el enfermo de cáncer, marque la casilla “indiferente”.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indiferente
Activo											
Bueno											
Considerado											
Débil											
Divertido											
Eficaz											
Enfermo											
Extrovertido											
Generoso											
Grave											
Honrado											
Impulsivo											
Intolerante											
Introvertido											
Inútil											
Pesimista											
Resignado											
Simpático											
Sincero											
Triste											
Valiente											

11. A continuación le presentamos diversas cuestiones. Marque con una “X” la casilla que mejor exprese su opinión, en una escala del 1 al 10 (el número 1 indica totalmente en desacuerdo y el número 10 totalmente de acuerdo).

Tengo una actitud positiva hacia el cáncer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tengo una actitud positiva hacia el enfermo de cáncer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tengo bastante información sobre el cáncer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Después de la terapia el enfermo de cáncer puede llevar una vida normal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

El cáncer tiene consecuencias en la vida de las personas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Considero que el cáncer afecta a las personas en	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Su vida familiar										
El aspecto afectivo/sexual										
Su vida laboral										
Su aspecto físico										
Las relaciones sociales										
El ocio										
La forma de pensar										
La personalidad										

Considero que el cáncer se relaciona con	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Un castigo divino										
Mal de ojo, brujería, vudú										
Infecciones/gérmenes										
Condiciones climáticas (lluvia, nieve, frío, calor, etc.)										
Herencia genética										
Predisposición del organismo										
Estilo de vida insano										
Causas ambientales										
El azar, mala suerte										
La ansiedad, la cólera o el estrés										
Problemas de pareja o familiares										
Situaciones críticas como pérdida de un familiar										

En el caso de que considere que existe alguna opción que no hayamos mencionado, indíquela por favor.

12. La información que usted tiene a cerca del cáncer la ha obtenido mayoritariamente de:

Estudios profesionales y formación académica.....	<input type="checkbox"/>
Medios de comunicación (televisión, periódicos, revistas etc.)	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales de la salud.....	<input type="checkbox"/>
Artículos y libros científicos y libros.....	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

13. Para finalizar, indique por favor los tratamientos que usted considera más efectivos contra el cáncer.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo III

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la representación social del cáncer (SISC-RSC).

Tabla AIII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘definiciones’

Definiciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Cambio en las células	0	0	1	0	0	1
Células malignas que alteran el funcionamiento del organismo	1	0	0	0	0	1
Crecimiento descontrolado	1	0	0	0	0	1
Enfermedad	95	9	11	6	5	126
Enfermedad casi mortal, bueno un alto índice de mortalidad	1	0	0	0	0	1
Enfermedad complicada	1	0	0	0	0	1
Enfermedad crónica	1	0	0	0	0	1
Enfermedad de alta gravedad	1	0	0	0	0	1
Enfermedad de momento no curable	1	0	0	0	0	1
Enfermedad de un órgano no concreto	1	0	0	0	0	1
Enfermedad degenerativa	1	0	0	0	0	1
Enfermedad difícil de curar	1	0	0	0	0	1
Enfermedad dolorosa en todos los sentidos	1	0	0	0	0	1
Enfermedad dura	0	0	1	0	0	1
Enfermedad grave	7	0	0	0	0	7
Enfermedad grave cada vez más generalizada	1	0	0	0	0	1
Enfermedad horrorosa	2	0	0	0	0	2
Enfermedad incurable	0	1	0	0	0	1
Enfermedad mortal	1	1	0	0	0	2
Enfermedad muy grave	1	1	0	0	0	2
Enfermedad muy mala	1	0	0	0	0	1
Enfermedad peligrosa	1	0	0	0	0	1
Enfermedad producida por activación celular con multiplicación incontrolada de dichas células que produce invasión de otros órganos. Alteración	1	0	0	0	0	1

autorregulación inmunidad celular.						
Enfermedad que a tiempo hay probabilidad de curarla	0	0	1	0	0	1
Enfermedad que se presenta de muy diferentes maneras	0	1	0	0	0	1
Enfermedad terrible	1	0	0	0	0	1
Grave y compleja enfermedad	0	0	0	0	1	1
Reproducción espontánea de células muertas	0	0	1	0	0	1
TOTAL	122	13	15	6	6	162

Tabla AIII.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'calificaciones'

Calificaciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Agresivo	1	0	0	0	0	1
Anomalía	0	0	1	0	0	1
Benignidad	0	0	0	1	0	1
Benigno	0	0	0	1	0	1
Cabronada	0	1	0	0	0	1
Calvario	0	0	1	0	0	1
Cronicidad	0	2	1	0	0	3
Crónico	2	0	1	1	0	4
Cruel	0	0	1	0	0	1
Desconocimiento	0	0	0	1	0	1
Destrucción	1	0	0	0	0	1
Difícil	0	0	0	0	1	1
Doloroso	0	0	0	1	0	1
Drama	0	0	1	0	0	1
Duro	0	1	1	0	0	2
Duro proceso	0	0	1	0	0	1
Fatalista	0	1	0	0	0	1
Grave	1	6	1	0	2	10
Gravedad	2	4	3	3	1	13
Injusto	0	1	0	1	0	2
Irremediable	0	0	0	1	0	1
Lo peor	1	0	0	0	0	1
Mal	4	0	0	1	0	5
Malformación	0	0	0	1	0	1
Malignidad	1	1	1	0	0	3
Maligno/a	1	1	1	0	0	3
Malo	4	1	0	0	0	5
Mazazo	1	0	0	0	0	1
Mortal	1	0	0	0	1	2
Peligroso	0	1	0	0	0	1
Penoso	0	1	0	0	0	1
Pesadilla	0	0	0	0	1	1
Posibilidades	0	0	0	1	0	1
Putada	2	0	1	0	1	4
Sin remedio	0	0	1	0	0	1

Superable	0	0	0	0	1	1
Terminal	0	1	2	1	3	7
Terrorífico	0	0	1	0	0	1
Traicionero	0	0	0	0	1	1
TOTAL	22	22	19	14	12	89

Tabla .AIII.3.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones generales’

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿Curación?	0	0	1	0	0	1
¿Enfermedad?	0	0	1	0	0	1
¿Me salvaré?	0	0	0	1	0	1
¿Por qué?	0	0	0	1	1	2
“jodido”	1	0	0	0	0	1
Aire	0	1	0	0	0	1
Alarma social	0	0	1	0	0	1
Algo malo	1	0	0	0	0	1
Apoyo	0	0	2	5	3	10
Aprender	0	0	0	0	1	1
Aprendizaje	0	0	0	1	0	1
Asunto grave	1	0	0	0	0	1
Atención	0	0	0	0	1	1
Ausencia	1	0	0	0	0	1
Ayuda	0	0	1	0	3	4
Batalla	1	0	0	0	0	1
Bloqueamiento	0	0	0	0	1	1
Cambio/os	1	0	1	3	0	5
Casa	0	0	0	0	1	1
Células	0	1	1	0	0	2
Comprender	0	0	0	0	1	1
Compromiso	0	1	0	0	0	1
Común	1	0	0	0	0	1
Con/sin esperanza	0	1	0	0	0	1
Confianza	0	1	0	0	0	1
Consideración	0	0	0	0	1	1
Control	0	1	0	1	0	2
Crisis	0	0	1	0	0	1
Cuidados afectivos	0	0	0	0	1	1
Cultura	0	0	0	0	1	1
Cura	1	1	1	3	0	6
Curable	2	3	2	2	0	9
Curación	2	2	6	0	3	13
Damocles	0	0	1	0	0	1
Desafío	0	1	0	0	0	1
Desafortunado	1	0	0	0	0	1
Desajuste	0	0	0	0	1	1
Desastre	1	0	0	0	0	1
Desconocimiento	0	3	0	0	2	5
Desgracia	0	2	0	1	0	3
Desgracia familiar	0	0	0	1	0	1
Despedida	0	0	0	0	1	1
Destino	0	0	1	0	0	1
Diálogo	0	1	0	0	0	1
Difícil de llevar	1	0	0	0	0	1
Difícil solución	0	1	0	0	0	1

Dificultad	0	1	0	0	0	1
Dignidad	0	0	0	0	1	1
Distancia	0	1	0	0	0	1
Dura	0	1	0	0	0	1
Duración	0	0	1	1	0	2
Energía	1	0	0	1	0	2
Enfermo	6	1	0	0	0	7
Escuchar	0	0	0	1	0	1
Esfuerzo	0	0	0	0	1	1
Espada de Damocles	0	0	1	0	0	1
Espera	0	0	1	0	0	1
Esperanzable	0	0	0	1	0	1
Estadio	0	1	0	0	0	1
Etiquetas sociales erróneas	0	0	1	0	0	1
Expectativa	0	0	0	0	1	1
Falta de salud	1	0	0	0	0	1
Familia	3	1	1	19	10	34
Familiar	0	1	0	0	0	1
Fastidio	0	0	1	1	0	2
Fatal	1	0	0	0	0	1
Fatalidad	0	1	0	1	0	2
Fe	0	0	0	1	1	2
Fin	1	1	0	1	1	4
Fin de la vida próxima	1	0	0	0	0	1
Final	0	1	0	0	0	1
Final negativo	0	0	0	1	0	1
Finalización	1	0	0	0	0	1
Flor	0	0	1	0	0	1
Fobia	0	0	0	1	0	1
Fracaso	0	0	0	0	1	1
Frio	0	0	1	0	1	2
Fuerte	1	0	0	0	0	1
Grado de malignidad	0	0	0	1	0	1
Hijo de puta	0	0	0	1	0	1
Hijos	0	0	0	0	2	2
Hospitalización	0	0	2	0	1	3
Humanidad	0	1	0	0	0	1
Importante el diagnóstico precoz	0	0	1	0	0	1
Incapacidad	0	0	0	0	1	1
Incurable	0	0	1	0	0	1
Información	0	1	0	1	0	2
Inmunodeficiencia	0	0	0	1	0	1
Interés	0	0	1	0	0	1
Intolerancia	0	0	0	0	1	1
IVO	0	0	1	0	1	2
Jeringa	0	0	0	0	1	1
Lacra	1	0	0	0	0	1
Largo	1	0	0	0	0	1
Libertad	0	1	1	0	0	2
Llanto	0	0	1	0	0	1
Llorar	0	0	0	1	0	1
Lucha	9	9	12	4	11	45
Lucha constante	1	1	0	0	0	2
Luchador	1	0	0	0	0	1
Luchar	0	1	0	1	0	2
Luchar por vivir	0	1	0	0	0	1

Madre	1	0	1	0	0	2
Mal estado general	0	0	1	0	0	1
Mal pronóstico	0	0	1	0	0	1
Mala suerte	2	2	0	1	0	5
Me pongo en el puesto	1	0	0	0	0	1
Menor	0	0	0	0	1	1
Mentiras	0	1	0	0	0	1
Mucho apoyo	0	0	0	0	1	1
Mujer	1	0	0	0	1	2
Necesidad de apoyo	0	0	0	0	1	1
Negativo	0	0	1	0	0	1
Negro	0	1	1	0	0	2
No curable	0	1	0	0	0	1
No gusta tenerlo	0	0	0	1	0	1
No invalidante	0	0	0	0	1	1
No mortal	0	1	0	0	0	1
Nubes	0	0	0	1	0	1
Nuevas Prioridades	0	0	0	1	0	1
Obligación	0	0	1	0	0	1
Odio	0	1	0	0	0	1
Oncología	0	1	0	0	1	2
Paciencia	1	1	2	0	3	7
Paciente	0	1	0	0	1	2
Palabra muy, muy desagradable	1	0	0	0	0	1
Pareja	0	0	0	0	1	1
Peligro	3	2	3	1	2	11
Pelo	0	0	1	0	0	1
Peor	0	1	0	0	0	1
Pérdida rápida de la vida	0	1	0	0	0	1
Poca probabilidad de curación	0	1	0	0	0	1
Posibilidad de muerte	0	0	1	0	0	1
Positividad	0	0	1	0	0	1
Positivo	0	1	0	0	0	1
Prevenible	0	0	1	0	0	1
Problema importante	1	0	0	0	0	1
Problema/as	2	3	2	0	0	7
Problemas familiares	0	0	1	0	0	1
Prolongado	0	0	0	0	1	1
Pronóstico	0	1	0	0	1	2
Pronóstico breve	0	0	1	0	0	1
Rápido	0	0	0	0	1	1
Recaída	0	1	0	1	0	2
Remedio	0	0	1	0	0	1
Respeto	0	1	0	0	0	1
Reto	0	1	1	1	1	4
Riesgo	0	0	0	1	0	1
RIP	1	0	0	0	0	1
Risueño	0	0	1	0	0	1
Sacrificio	0	1	0	1	0	2
Salir adelante	0	0	1	0	0	1
Salud	1	0	1	1	0	3
Salvación	0	0	1	0	0	1
Sanar	0	0	0	0	1	1
Se puede convivir con el	1	0	0	0	0	1

Se puede curar	0	1	0	1	0	2
Si se coge a tiempo tiene salvación	1	0	0	0	0	1
Sol	1	0	0	0	0	1
Solución	0	0	0	1	1	2
Sueño	0	0	0	1	1	2
Suerte	0	1	0	0	0	1
Superación	1	5	7	3	5	21
Supervivencia	1	0	2	0	0	3
Susto	0	1	0	0	0	1
Tiemblo toda	1	0	0	0	0	1
Todo malo	1	0	0	0	0	1
Tragedia	1	0	0	0	0	1
Trauma	0	0	1	0	0	1
Unión	0	0	0	0	2	2
Vacío	0	0	0	0	2	2
Valorar lo que no tenía valor	0	0	0	1	0	1
Vencido	0	0	0	1	0	1
Viajes	0	0	0	1	0	1
Vida	0	0	2	1	2	5
TOTAL	67	77	85	78	88	395

Tabla AIII.4.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones temporales’

Asociaciones temporales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Curación con el tiempo	0	1	0	0	0	1
Futuro	0	0	1	1	1	3
Hospitalización larga	1	0	0	0	0	1
Largo tratamiento	0	0	0	1	0	1
Poco tiempo	0	0	0	1	0	1
Temporal	0	1	0	0	0	1
Tiempo	1	1	1	1	3	7
TOTAL	2	3	2	4	4	15

Tabla AIII.5.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones espaciales’

Asociaciones espaciales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Hospital/es	3	6	9	12	6	36
Ingreso	0	0	1	1	0	2
Quirófano	0	0	0	0	1	1
Sanidad	0	0	0	1	0	1
TOTAL	3	6	10	14	7	40

Tabla AIII.6.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones profesionales’

Asociaciones profesionales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Médicos	0	0	1	1	2	4
Oncóloga	0	0	1	0	0	1
Trabajo	1	1	2	1	0	5
TOTAL	1	1	4	2	2	10

Tabla AIII.7.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘avances científicos’

Avances científicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Avances	0	0	1	2	1	4
Ciencia	0	0	1	1	0	2
Investigación	0	1	1	1	2	5
Mucho hecho pero mucho por hacer	1	0	0	0	0	1
Prevención	0	1	2	0	0	3
TOTAL	1	2	5	4	3	15

Tabla AIII.8.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones con la dieta’

Asociaciones con la dieta	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Alimentación	0	0	0	0	1	1
Comida	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	0	1	0	1	2

Tabla AIII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘cáncer asociado a un órgano concreto’

Cáncer asociado a un órgano concreto	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Cáncer de mama bultos en el pecho	0	0	0	0	1	1
Colon	0	0	0	0	1	1
De mama	1	0	0	0	0	1
De útero	0	1	0	0	0	1
Estómago	0	0	0	1	0	1
Hígado	0	0	2	0	0	2
Leucemia	0	0	0	1	1	2
Mama/as	1	3	1	1	0	6
Páncreas	0	1	0	0	0	1
Pulmón	2	1	0	0	0	3
Sangre	1	0	0	0	0	1
Tiroides	0	0	1	0	0	1

Útero	0	0	1	0	0	1
TOTAL	5	6	5	3	3	22

Tabla AIII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘cáncer no asociado a un órgano concreto’

Cáncer no asociado a un órgano concreto	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Bulto	1	0	1	0	0	2
Carcinoma	0	0	1	0	0	1
Líquido	0	1	0	0	0	1
Metástasis	1	1	3	1	0	6
Neoplasia	1	0	0	0	0	1
Sarcoma	0	0	0	1	0	1
Tumor /Tumores	5	1	0	0	3	9
TOTAL	8	3	5	2	3	21

Tabla AIII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘causas’

Sustancias químicas y medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Contaminación	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	0	1	0	1
Genética	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Hereditaria	0	1	0	0	0	1
Constitución	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	1	0	1	0	2
Agentes infecciosos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Bacterias	0	0	1	0	0	1
Virus	0	0	0	2	0	2
TOTAL	0	0	1	2	0	3
Tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Tabaco	0	1	1	0	1	3
TOTAL	0	1	1	0	1	3

Tabla AIII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias físicas’

Consecuencias físicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Adelgazamiento	0	0	1	0	0	1
Agonía	1	1	1	0	1	4
Alopecia	1	1	3	1	0	6
Astenia	0	0	0	0	1	1
Caída de pelo	0	0	1	1	1	3
Calvicie	1	0	1	0	0	2
Cambio físico	0	0	1	0	0	1
Cambio imagen	0	0	0	0	1	1
Cansancio	1	0	0	1	2	4

Colostomía	0	1	0	0	0	1
Convalecencia	0	0	1	0	0	1
Cuidarse	0	0	0	0	1	1
Debilidad	0	1	4	0	2	7
Decaimiento	0	0	0	1	0	1
Delgadez	0	0	2	0	1	3
Dependencia	1	1	2	4	2	10
Deterioro	0	2	2	2	0	6
Deterioro rápido	0	1	0	0	0	1
Dolor	64	63	31	25	11	194
Efectos secundarios	0	1	0	0	0	1
Empeoramiento del aspecto físico	0	1	0	0	0	1
Envejecimiento	0	0	1	0	0	1
Éxitus	0	0	1	0	0	1
Fatiga	0	0	0	1	0	1
Fiebre	0	1	0	0	0	1
Flojedad	0	0	0	0	1	1
Incapacidad	0	0	2	4	0	6
Inmovilidad	0	0	1	0	0	1
Insomnio	0	0	1	0	0	1
Interrupción de la vida	0	0	0	1	0	1
Limitaciones	0	2	0	0	0	2
Mínusvalía	0	0	0	0	1	1
Mucositis	0	0	0	1	0	1
Muerte	78	68	45	21	24	236
Muerte cercana	0	0	1	0	0	1
Nauseas	0	0	1	0	0	1
Palidez	0	0	0	1	0	1
Pérdida de pelo	0	0	0	1	0	1
Riesgo de muerte	0	1	0	0	0	1
Secuela	0	0	0	1	0	1
Tos	0	0	0	0	1	1
Vómitos	1	2	0	1	0	4
TOTAL	148	147	103	67	50	515

Tabla AIII.13

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias psicológicas’

Consecuencias psicológicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ansiedad	3	6	11	7	3	30
Baja autoestima	0	0	0	1	0	1
Cambio en la forma de pensar	0	0	0	1	0	1
Conformidad al final	0	0	0	1	0	1
Depresión	2	6	12	8	10	38
Desgaste emocional	0	0	0	1	0	1
Dolor de la familia de verme con quimioterapia	0	0	0	1	0	1
Estrés	0	1	0	0	0	1
Falta de mentalización del momento que se vive	0	0	0	1	0	1

Introversión	0	1	0	0	0	1
Padecer	1	1	0	1	0	3
Renacimiento	0	0	0	0	1	1
Replanteamiento de los valores de la vida	0	0	0	1	0	1
Shock	0	0	1	0	0	1
Sufrimiento moral	0	1	0	0	0	1
Sufrir	0	1	0	0	0	1
Trastorno	0	0	0	0	1	1
TOTAL	6	17	24	23	15	85

Tabla AIII.14

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias sociales’

Consecuencias sociales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Afecta al entorno familiar y profesional	0	1	0	0	0	1
Calidad de vida	0	2	0	0	0	2
Cambio de vida	0	1	1	0	0	2
Cambio radical de vida	1	0	0	0	0	1
Contorno familiar sin alegría	0	0	0	0	1	1
Dificultad a integrarse en el mundo por cansancio y medicación	0	0	1	0	0	1
Pérdida	1	0	3	2	4	10
TOTAL	2	4	5	2	5	18

Tabla AIII.15

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘sentimientos que genera’

Sentimientos que genera	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
“Resignamiento”	0	0	0	1	0	1
Agonía lenta	0	1	0	0	0	1
Aislamiento	0	0	0	0	3	3
Alegría	0	0	0	1	1	2
Amistad	0	0	0	1	0	1
Amor	2	0	0	0	1	3
Angustia	3	5	9	9	7	33
Animado	0	0	0	1	0	1
Ánimo	1	0	0	1	0	2
Ánimo de superación	1	0	0	0	0	1
Apatía	0	1	0	0	0	1
Cariño	1	1	0	1	0	3
Compasión	1	1	0	1	0	3
Comprensión	1	0	0	2	0	3
Confianza	0	0	0	1	0	1
Conflicto emocional	0	0	0	0	1	1
Conformismo	0	0	0	0	1	1
Consuelo	0	0	0	1	0	1
Coraje	1	0	0	0	0	1
Decepción	0	0	1	0	0	1

Desamparo	0	0	0	0	1	1
Desánimo	0	0	1	0	0	1
Desasosiego	1	0	0	0	1	2
Desconcierto	0	0	1	0	0	1
Desconfianza	0	0	0	1	0	1
Desesperación	0	3	4	3	2	12
Desesperanza	1	1	3	4	2	11
Desolación	0	0	0	0	1	1
Disgusto	0	1	0	0	0	1
Duda/as	0	1	1	1	0	3
Empatía	0	0	1	2	0	3
Esperanza	4	5	7	7	12	35
Esperanza de vida	0	1	0	0	0	1
Fortaleza	0	2	0	2	0	4
Fracaso	0	0	0	1	0	1
Fuerza	1	3	4	1	0	9
Fuerza de superación	0	1	0	0	0	1
Honestidad	1	0	0	0	0	1
Horror	2	0	1	0	2	5
Impotencia	3	4	12	6	3	28
Incertidumbre	3	5	7	4	5	24
Incomprensión	1	0	0	2	2	5
Incredulidad	0	0	0	0	2	2
Indefensión	1	0	0	0	0	1
Inseguridad	1	0	0	1	0	2
Intranquilidad	0	1	0	0	1	2
Ira	0	1	0	0	1	2
Malestar	0	0	1	0	0	1
Miedo	83	31	25	16	11	166
Miedo a morir	0	0	0	0	1	1
Negación	0	0	0	1	1	2
Negatividad	1	0	0	0	0	1
Negativismo	0	0	0	1	0	1
Nervios	1	0	1	1	1	4
Optimista	0	0	0	0	1	1
Padecimiento	1	1	1	0	1	4
Pánico	0	1	0	0	1	2
Paz	0	0	0	1	0	1
Pena	1	6	5	4	5	21
Pesar	0	0	1	0	0	1
Pesimismo	0	0	0	0	1	1
Positividad	0	0	1	0	0	1
Preocupación	1	5	4	3	0	13
Rabia	0	4	1	2	6	13
Rechazo	0	0	1	1	0	2
Resignación	0	0	3	1	0	4
Respeto	0	0	1	0	0	1
Responsabilidad	0	0	0	1	0	1
Sensibilidad	0	0	1	0	1	2
Sentimientos	0	0	1	0	0	1
Soledad	0	2	3	5	3	13
Solidaridad	0	0	1	0	1	2
Sorpresa	0	0	0	1	0	1
Sufrimiento	18	46	27	18	5	114
Sufrimiento familiar	0	0	0	1	0	1
Temor	3	3	2	1	2	11
Temor a lo desconocido	1	0	0	0	0	1
Tensión	0	0	0	1	0	1
Ternura	0	0	1	0	0	1

Terror	0	1	0	1	0	2
Timidez	0	0	1	0	0	1
Tolerancia	0	0	0	1	0	1
Triste	0	2	0	0	0	2
Tristeza	1	19	13	13	6	52
Valentía	1	1	0	1	1	4
Valiente	0	1	0	0	0	1
Valor	0	1	1	1	0	3
Vergüenza	0	0	1	0	0	1
Vulnerable	1	0	0	0	0	1
TOTAL	143	162	149	131	97	682

Tabla AIII.16

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos’

Términos genéricos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	columna 5	Total
Prótesis	0	1	0	0	0	1
Tratamiento médico grave	0	1	0	0	0	1
Tratamiento prolongado	0	1	0	0	0	1
Tratamiento/os	4	5	7	5	3	24
Tratamientos fuertes	0	0	0	1	0	1
TOTAL	4	8	7	6	3	28
Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Medicación	0	3	0	0	0	3
Medicación cara	0	0	0	1	0	1
Medicamentos	0	0	0	1	0	1
Quimioterapia	25	17	13	18	10	83
Sedación	0	0	0	1	0	1
Vacunas	0	0	0	1	0	1
TOTAL	25	20	13	22	10	90
Tratamientos médicos y psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ayuda social y psicológica	0	0	0	0	1	1
Pruebas	0	0	0	1	4	5
Pruebas diagnósticas	0	0	1	0	0	1
Pruebas médicas	0	0	0	1	0	1
Pruebas y técnicas	0	0	0	0	1	1
Radiación	0	0	0	0	1	1
Radioterapia	0	6	7	3	3	19
Screening	0	0	0	1	0	1
Terapia	0	1	0	1	0	2
TOTAL	0	7	8	7	10	32
Tratamientos quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Amputación	0	0	0	0	1	1
Cirugía	0	1	1	1	1	4
Mutilación	0	0	1	1	0	2
Operación	0	1	1	2	0	4

TOTAL	0	2	3	4	2	11
--------------	---	---	---	---	---	----

Anexo IV

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la representación social del enfermo de cáncer (SISC-RSC).

Tabla AIV.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'definiciones'

Definiciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
"jodido"	1	0	0	0	0	1
Adulto	0	1	0	0	0	1
Agradecido	2	0	0	0	1	3
Amigo/a/os/as	1	1	1	1	1	5
Anciano	0	0	1	0	0	1
Colaborativo	1	0	0	0	0	1
Comprensivo	0	0	0	0	1	1
Condenado	1	0	0	0	0	1
Conformista	0	0	1	0	0	1
Dejar de tener una vida saludable	0	0	0	0	1	1
Dependiente	2	1	1	0	0	4
Dependiente (cuidado, afecto)	0	0	0	1	0	1
Dependiente de tratamientos agresivos	0	1	0	0	0	1
Desafortunado	1	0	0	1	0	2
Desamparado	0	1	0	0	0	1
Desprotegido	0	0	1	0	0	1
Deteriorado	0	0	0	0	1	1
Elegido	1	0	0	0	0	1
Encamado	0	1	0	1	1	3
Enfermedad	12	2	1	1	0	16
Enfermedad grave	1	0	0	0	0	1
Enfermedad larga	1	0	0	0	0	1
Enfermedad muy mala	1	0	0	0	0	1
Enfermo	8	3	3	0	0	14
Enfermo crónico dependiendo de su gravedad del cáncer	1	0	0	0	0	1
Enfermo de cáncer	1	0	0	0	0	1
Enfermo grave	2	0	0	0	0	2
Esperanzado	0	0	1	0	0	1
Exigentes	0	0	1	0	0	1
Familiar	0	0	1	0	0	1
Fuerte	0	2	1	1	1	5
Hermano	1	0	0	0	0	1
Hijos	1	0	0	1	0	2
Hijos-familia	1	0	0	0	0	1
Impotente	0	1	1	1	0	3
Incomprensido	0	0	1	0	0	1
Indefenso	0	1	0	0	0	1
Informado	1	0	0	0	0	1
Inmunodeprimido	1	1	0	0	0	2

Inseguro	0	1	0	0	0	1
Joven/jóvenes	1	0	0	0	0	1
Limitado	0	0	0	1	0	1
Luchador	13	4	5	2	1	25
Madre	0	1	0	0	0	1
Moribundo	3	0	0	0	1	4
Mujeres	0	0	1	0	0	1
Necesitado	0	0	1	0	0	1
Paciente	4	2	0	1	1	8
Paciente crónico	1	0	0	0	0	1
Paciente que sufre la enfermedad cancerosa y que como consecuencia de esta enfermedad devastadora padecen un sufrimiento físico, moral, social y espiritual. La familia de estos pacientes sufre con él.	1	0	0	0	0	1
Padre	1	0	0	0	0	1
Perdedor	0	1	0	0	0	1
Persona	6	0	0	2	0	8
Persona con enfermedad grave	1	0	0	0	0	1
Persona con tratamiento de quimioterapia o radioterapia	1	0	0	0	0	1
Persona debilitada por el tratamiento	0	1	0	0	0	1
Persona desafortunada	1	0	0	0	0	1
Persona destinada a sufrir y a enfrentarse según qué casos con la muerte	1	0	0	0	0	1
Persona enferma con ganas de vencer la enfermedad	1	0	0	0	0	1
Persona que debe estar en guardia y revisar periódicamente su estado de salud	1	0	0	0	0	1
Persona que está muy grave	1	0	0	0	0	1
Persona que padece enfermedad descontrolada	1	0	0	0	0	1
Persona que si lo detectan a tiempo y según que cáncer se puede curar	1	0	0	0	0	1
Persona que sufre	1	0	1	0	0	2
Persona que sufre la enfermedad anteriormente citada	1	0	0	0	0	1
Persona que sufre	1	0	0	0	0	1

mucho							
Persona que sufre mucho se cure o no	0	1	0	0	0	1	
Personas muy valientes que afrontan su enfermedad con resolución	1	0	0	0	0	1	
Pobre	1	0	0	0	0	1	
Pobrecito	0	1	0	0	0	1	
Prima	0	1	0	0	0	1	
Resignado	0	1	0	0	0	1	
Retado	0	1	0	0	0	1	
Sensible	0	0	1	0	0	1	
Sentenciado	0	0	0	0	1	1	
Sufridor	1	0	0	1	0	2	
Superviviente	0	0	1	0	0	1	
Temeroso	0	1	0	0	0	1	
Un enfermo como cualquier otro de otra enfermedad	1	0	0	0	0	1	
Víctima	2	0	0	0	0	2	
TOTAL	90	32	25	15	11	173	

Tabla AIV.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'asociaciones'

Asociaciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Anonimato	0	0	1	0	0	1
Apariencia	0	1	0	0	0	1
Aprendizaje	1	0	0	0	0	1
Aptitud	0	0	1	0	0	1
Asociaciones	0	0	0	0	1	1
Atención	1	0	0	1	0	2
Autonomía	0	0	0	0	1	1
Ayuda	2	9	6	3	2	22
Azul	0	0	0	1	0	1
Benigno	0	0	0	0	1	1
Calidad	0	0	1	0	0	1
Calidad vida	0	1	0	0	0	1
Cama	1	0	0	0	0	1
Cama de hospital	0	1	0	0	0	1
Cambio	0	1	0	1	1	3
Camisón	0	0	1	0	0	1
Capacidad	0	0	1	0	0	1
Colaboración	0	0	1	0	0	1
Compañía	0	1	1	0	0	2
Convalecencia	0	1	0	0	0	1
Convivencia	0	0	0	1	0	1
Crisis	1	0	0	0	0	1
Crónico	2	1	0	0	0	3
Cuidado	2	0	0	0	0	2
Cuidador	0	1	0	1	0	2
Cuidados	4	1	1	0	0	6
Cuidar	0	0	0	1	0	1
Cuidarse	0	0	0	1	0	1
Cura	0	1	0	0	1	2
Curable	1	0	0	0	0	1

Curación	1	1	2	2	2	8
Dar información	0	0	0	0	1	1
Desaparecer	0	0	0	1	0	1
Desinformación	0	1	0	0	0	1
Deterioro	1	1	1	0	0	3
Diaria	0	0	1	0	0	1
Diferente	0	0	1	0	1	2
Edad	0	0	0	1	0	1
Efectos secundarios	0	0	1	0	0	1
Empeño	0	0	0	0	1	1
En peligro	1	0	0	0	0	1
Energía	0	0	1	0	0	1
Esfuerzo	0	0	1	0	0	1
Especial	0	0	0	1	0	1
Estacazo	0	0	1	0	0	1
Estadio	0	1	0	0	0	1
Evolución	0	1	0	1	0	2
Familia	11	4	19	8	7	49
Fin	0	0	0	0	1	1
Final	2	0	0	0	0	2
Futuro	0	0	0	1	1	2
Grave	1	2	0	0	0	3
Hospital/es	7	8	4	3	1	23
Hospitalizado	1	1	0	0	0	2
Impacto	1	0	0	0	0	1
Información	0	0	0	0	1	1
Injusto	1	1	1	0	0	3
Introspección	0	1	0	0	0	1
Investigación	0	0	0	2	0	2
Lágrimas	1	0	0	0	1	2
Lentitud	0	0	0	1	0	1
Leucemia	1	0	0	0	0	1
Limitaciones	0	0	1	0	0	1
Llanto	0	0	0	0	1	1
Llorar	0	1	0	0	0	1
Mal	1	0	0	0	0	1
Malo	1	1	0	0	0	2
Mama	0	1	1	0	0	2
Médicos	0	2	0	0	1	3
Mimos	0	0	0	0	1	1
Mortal	1	1	0	0	0	2
Mutación	0	1	0	0	0	1
Negociación	0	0	1	0	0	1
Obligación	0	0	1	0	0	1
Olvido	0	0	0	0	1	1
Oportunidad	1	0	0	0	0	1
Pañuelo	0	1	1	0	0	2
Pasivo	1	0	0	0	0	1
Peligro	0	0	1	0	0	1
Pelo	2	1	0	0	0	3
Pijama	1	2	0	0	0	3
Problema/as	1	0	0	1	0	2
Protección	0	0	0	1	0	1
Putada	0	1	0	0	0	1
Quirófano/nos	0	1	0	3	0	4
Recidiva	0	0	0	0	1	1
Recuperación	1	0	0	0	0	1
Reproducirse	0	1	0	0	0	1
Ruptura	1	0	0	0	0	1
Sala	0	1	0	0	0	1

Sentencia	1	0	0	0	0	1
Sentimiento/s	0	0	0	1	1	2
Síntomas	0	0	0	1	0	1
Sobrevivir	0	1	0	0	0	1
Sol	0	0	0	0	1	1
Soledad	1	3	5	1	1	11
Solución	0	2	0	0	0	2
Sonrisa	0	0	0	0	1	1
Suerte	1	0	1	0	0	2
Susto	1	0	0	0	0	1
Terminal	3	2	4	2	0	11
Testamento	0	1	0	0	0	1
Tiempo	0	0	2	0	2	4
Tipo de cáncer	0	0	1	0	1	2
Trabajo	0	0	0	2	0	2
Tragedia	1	0	1	0	0	2
Transformación	0	0	1	0	0	1
Triunfo	0	0	1	0	0	1
Tumor	1	0	0	0	0	1
Tumor maligno	0	1	0	0	0	1
Unidad	0	1	0	0	0	1
Unión	0	0	0	0	1	1
Vida	1	2	2	2	5	12
Vivir	0	0	0	0	1	1
Voluntad	1	0	0	1	2	4
Voluntariado	0	1	0	0	0	1
TOTAL	66	70	71	46	45	298

Tabla AIV.3.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'diálogos interiores'

Diálogos interiores	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿¿¿¿Qué será???? Vivir o morir	1	0	0	0	0	1
¿Por qué?	0	0	1	0	0	1
A ver si avanzamos	1	0	0	0	0	1
Actitud positiva	0	0	0	0	1	1
Afán de superación	0	1	0	0	0	1
Alto porcentaje de curación	0	0	1	0	0	1
Cambio de hábitos	0	0	0	0	1	1
Cambio de vida	0	0	1	0	1	2
Carga para la familia	0	0	0	1	0	1
Compartir preocupaciones	0	1	0	0	0	1
Con incertidumbre	0	1	0	0	0	1
Dejar las actividades, proyectos	0	0	0	1	0	1
Depende del tipo de cáncer, más o menos esperanza	0	1	0	0	0	1
Destinado a un final espantoso, sino cambia sus hábitos e incluso hasta su forma de pensar que le llevaron	1	0	0	0	0	1

posiblemente a la enfermedad							
Ejemplo de afrontamiento	0	0	0	0	1	1	
Familia preocupada	0	0	1	0	0	1	
Fuerza de voluntad	0	0	0	1	0	1	
Ganas de luchar y vivir	0	0	0	0	1	1	
Ganas de vivir	3	0	0	0	2	5	
Gran pérdida	0	0	0	1	0	1	
Hacer todas las pruebas y decidir qué hacer	1	0	0	0	0	1	
Hay, con ganas de luchar, sobrevivir, ves la vida de otra manera, le dan importancia a cosas que no le das cuando estás enfermo	1	0	0	0	0	1	
Héroes anónimos corriendo carreras de obstáculos	1	0	0	0	0	1	
Involuntariamente un cuidado especial en el trato directo	0	0	1	0	0	1	
La vida se me escapa	1	0	0	0	0	1	
Mal informado	0	1	0	0	0	1	
Mala calidad de vida	1	0	0	0	0	1	
Mala suerte	2	1	0	1	0	4	
Me da pena	1	0	0	0	0	1	
Muerte lenta	0	0	0	0	1	1	
Muerte segura si está en un estado avanzado la enfermedad	1	0	0	0	0	1	
Nada que hacer	0	0	0	1	0	1	
Necesidad de apoyo	1	1	0	0	0	2	
Necesidad de ayuda	1	0	0	0	0	1	
No curable	0	1	0	0	0	1	
No lo asimila	1	0	0	0	0	1	
Nombre de mi amiga	0	0	1	0	0	1	
Objetivos cumplidos	0	0	0	1	0	1	
Pérdida de la libertad	0	0	1	1	0	2	
Pérdida rápida de la independencia	0	0	0	0	1	1	
Periodos normales y periodos de sufrimiento	0	0	1	0	0	1	
Pero también surge una valentía y un coraje que no parecía estar	0	0	0	1	0	1	
Poca vida social	0	1	0	0	0	1	
Pocas ganas de hablar	0	0	1	0	0	1	
Poco tiempo de vida	0	0	1	0	0	1	
Posibilidad de recuperación	0	1	0	1	0	2	

Possible pérdida del trabajo	0	0	0	1	0	1
Puedo ser yo	0	1	0	0	0	1
Que es una lástima	1	0	0	0	0	1
Que mala suerte	1	0	0	0	0	1
Que mi familia sufriera por verme cada día peor	0	1	0	0	0	1
Que no es mortal	0	0	1	0	0	1
Que puedes	0	0	1	0	0	1
Que se puede curar	0	1	0	0	0	1
Saber vivir	0	0	0	0	1	1
Se muere	1	0	0	0	0	1
Ser fuerte	0	1	0	0	0	1
Si lo cogen a tiempo se puede curar	1	0	0	0	0	1
Sin futuro	0	0	1	0	0	1
Sin suficiente información	0	0	0	1	0	1
Sobreesfuerzo admirable	0	0	0	0	1	1
Tener ganas de vivir	0	1	0	0	0	1
Tirar pa'lante	0	0	0	1	0	1
Todos los enfermos son iguales, viven un proceso de pérdida y trabajo-personal-interior	1	0	0	0	0	1
Últimas voluntades	0	0	1	0	0	1
Una mala pasada de la vida	1	0	0	0	0	1
Verme cada día peor	1	0	0	0	0	1
TOTAL	25	15	14	13	11	78

Tabla AIV.4.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'consecuencias físicas'

Consecuencias físicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
"Demacre"	0	0	0	1	0	1
Agonía	1	2	0	0	0	3
Agotamiento	0	0	0	1	0	1
Alopecia	6	2	0	3	1	12
Anémico	0	1	0	0	0	1
Anorexia	0	1	0	0	0	1
Aspecto físico	1	0	0	0	0	1
Caída de pelo/cabello	0	1	1	1	0	3
Calvicie	3	0	0	0	2	5
Calvo	2	1	3	1	0	7
Cambio imagen corporal	0	1	0	0	0	1
Cansado	0	1	1	0	1	3
Cansancio	0	3	0	3	0	6
Caquexia	1	0	0	0	1	2
Cicatriz/cicatrices	0	1	1	0	0	2
Con dolor	1	1	0	0	0	2

Débil	9	1	1	1	3	15
Debilidad	6	5	1	1	1	14
Decaído	1	0	0	0	0	1
Decaimiento	0	1	0	0	0	1
Delgadez	0	3	0	0	1	4
Delgado	1	0	1	0	0	2
Delicado	1	0	0	0	0	1
Demacrado	0	1	0	0	0	1
Desgaste	0	0	0	1	0	1
Dolor	30	27	22	15	9	103
Dolorido	0	0	0	1	0	1
Enfermizo	0	1	0	0	0	1
Enfrentarse a la nueva imagen	0	0	0	1	0	1
Éxito	0	1	0	0	0	1
Fiebre	0	0	1	0	1	2
Incapacidad	2	0	0	1	1	4
Infección	0	0	0	1	0	1
Insomnio	0	1	0	0	0	1
Lánguido	0	0	0	1	0	1
Malestar	0	1	0	0	1	2
Muerte	15	14	9	6	17	61
Muerto	1	0	1	0	0	2
Nauseas	0	0	0	2	0	2
Ojeroso	0	1	0	0	0	1
Palidez	2	1	0	0	0	3
Pálido	0	1	0	0	0	1
Quemadura	0	1	0	0	0	1
Sialorrea	0	1	0	0	0	1
Sin pelo	1	1	1	0	0	3
Vivir con dolor	1	0	0	0	0	1
Vómitos	0	1	2	2	0	5
TOTAL	85	78	45	43	39	290

Tabla AIV.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'consecuencias psicológicas'

Consecuencias psicológicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ansiedad	3	2	1	1	5	12
Depresión	11	8	6	6	9	40
Depresión o ansiedad	0	0	0	0	1	1
Depresivo	1	1	1	0	0	3
Deprimido	0	2	1	0	0	3
Deprimido psicológicamente	0	0	1	0	0	1
Estrés	0	0	1	0	0	1
Malestar emocional	0	0	1	0	0	1
Shock	0	0	0	0	1	1
TOTAL	15	13	12	7	16	63

Tabla AIV.6.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘sentimientos que genera’

Sentimientos que genera	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Abatimiento	0	1	0	0	0	1
Abrumado	0	0	1	0	0	1
Aceptación	1	1	0	3	0	5
Actitud	0	1	0	0	0	1
Admirable	0	1	0	0	0	1
Afectividad	0	1	0	0	0	1
Afecto	0	0	1	0	0	1
Aferramiento	0	0	1	0	0	1
Afrontamiento	0	0	1	0	2	3
Afrontar	0	0	1	0	0	1
Aislamiento	0	0	0	0	1	1
Alegría	0	0	1	1	0	2
Alegría/tristeza	0	0	1	0	0	1
Altibajos de humor	0	0	0	1	0	1
Amabilidad	0	0	0	0	1	1
Amistad	0	0	0	2	0	2
Angustia	4	6	3	0	1	14
Angustiado	1	0	0	0	0	1
Ánimo	2	10	4	5	4	25
Apatía	1	1	1	0	1	4
Apoyo	3	1	6	6	0	16
Apoyo familiar	0	0	0	1	0	1
Apoyo psicológico	0	0	1	0	0	1
Asustado	2	1	1	0	0	4
Autoestima	0	1	0	0	0	1
Autoestima baja	0	0	0	1	1	2
Automarginación	0	0	1	1	0	2
Cariño	1	0	4	1	0	6
Cercanía	1	0	0	0	1	2
Compadecer	0	0	1	0	0	1
Compasión	5	7	3	4	1	20
Comprensión	5	3	3	1	0	12
Compromiso	0	0	1	0	0	1
Condescendencia	0	0	0	0	1	1
Confianza	0	0	0	1	1	2
Confort	0	0	0	1	0	1
Confusión	0	0	1	0	0	1
Constancia	0	2	0	0	0	2
Consuelo	0	0	1	0	0	1
Coraje	1	2	0	0	0	3
Dar ánimos	0	0	0	0	1	1
Delicadeza	0	0	0	1	0	1
Dependencia	0	1	1	4	2	8
Desamparo	0	0	1	1	0	2
Desánimo	1	2	0	0	0	3
Desconcierto	1	0	0	0	1	2
Desconocimiento	1	0	0	0	0	1
Desconsuelo	0	0	0	1	0	1
Desesperación	1	3	1	1	1	7
Desesperado	0	1	0	0	0	1
Desesperanza	0	0	5	2	1	8
Desespero	0	1	0	0	0	1

Desgracia	1	1	0	0	0	2
Desilusión	0	0	0	1	0	1
Desilusiones	0	1	0	0	0	1
Desolación	2	0	0	0	0	2
Dignidad	0	1	0	0	0	1
Disconformidad	0	0	1	0	0	1
Dolor (de sufrimiento)	0	1	0	0	0	1
Drama	0	0	0	1	0	1
Duda	0	0	0	0	1	1
Duelo	0	0	2	0	0	2
Egoísmo	0	0	0	1	0	1
Empatía	3	4	6	2	2	17
Enfado	0	0	0	0	1	1
Entereza	1	0	1	0	1	3
Entrega	0	0	1	0	0	1
Esperanza	3	9	6	10	11	39
Esperanzable	0	0	0	1	0	1
Fortaleza	2	1	0	5	1	9
Fracaso	0	0	1	0	0	1
Fragilidad	0	1	0	1	0	2
Frustración	1	0	0	0	0	1
Fuerza	6	4	4	7	5	26
Gravedad	0	1	2	1	1	5
Horrible	0	0	0	1	0	1
Horror	0	0	0	1	1	2
Hundido	1	0	0	0	0	1
Ilusión	0	0	1	0	0	1
Impotencia	3	3	5	6	1	18
Incapaz	0	0	0	1	0	1
Incertidumbre	1	1	2	3	3	10
Incomprensión	0	1	2	0	0	3
Infeliz	1	0	0	0	0	1
Ingenuidad	0	1	0	0	0	1
Injusticia	0	2	1	1	1	5
Inseguridad	1	0	1	0	0	2
Intimidad	0	0	1	0	0	1
Ira	0	0	1	0	0	1
Lamentos	0	0	0	1	0	1
Lástima	19	6	5	1	2	33
Lástima (padre)	1	0	0	0	0	1
Lucha	10	9	12	6	5	42
Lucha constante	1	0	0	0	0	1
Luchar	2	0	0	1	2	5
Luchar con constancia	1	0	0	0	0	1
Mal carácter	1	0	0	0	0	1
Malhumor	0	0	0	1	0	1
Melancolía	0	1	0	0	0	1
Melancólico	0	0	0	1	0	1
Miedo	28	19	12	4	8	71
Miedo a la muerte	0	0	0	0	1	1
Miedo a morir	0	0	0	0	2	2
Miedoso	0	0	0	1	0	1
Necesidad	0	1	0	0	0	1
Negación	1	1	2	3	1	8
No lástima	0	0	1	0	0	1
Nostalgia	0	1	0	0	0	1
Optimismo	1	1	1	0	1	4

Optimista	0	0	0	1	0	1
Paciencia	2	1	1	3	2	9
Padece	0	0	0	1	0	1
Padecer	2	1	0	0	0	3
Padecimiento	0	0	0	1	0	1
Pánico	1	0	0	0	0	1
Pena	36	14	9	1	1	61
Pérdida	0	0	0	2	2	4
Pesar	0	0	0	0	1	1
Pesimismo	0	1	0	0	1	2
Pesimista	0	0	0	0	2	2
Positividad	0	0	1	0	1	2
Positivismo	0	0	0	1	0	1
Preocupación	2	2	2	1	1	8
Preocupado	1	0	1	0	0	2
Rabia	2	7	2	0	0	11
Rechazo	1	0	0	0	0	1
Resignación	4	1	1	2	1	9
Resiliencia	0	1	0	0	0	1
Respeto	0	0	2	1	0	3
Responsabilidad	0	0	1	0	0	1
Resurgir	0	0	0	0	1	1
Sacrificio	1	0	1	0	0	2
Sensibilidad	0	0	0	1	0	1
Serenidad	1	0	0	1	0	2
Sinceridad	0	0	0	0	1	1
Sobrepasado	0	0	1	0	0	1
Solidaridad	0	1	2	1	0	4
Sufrimiento	17	26	10	9	3	65
Sufrimiento moral	0	1	0	0	0	1
Sufrir mucho	0	0	1	0	0	1
Sufro	1	0	0	0	0	1
Sumisión	0	0	0	1	0	1
Superación	3	5	6	3	5	22
Supervivencia	2	1	0	1	0	4
Temor	1	0	0	0	0	1
Ternura	1	0	1	0	0	2
Terror	0	1	0	0	0	1
Triste	1	4	2	2	0	9
Tristeza	26	16	10	17	4	73
Valentía	6	3	5	1	0	15
Valiente	2	1	2	1	0	6
Valor/es	0	2	1	0	1	4
Vulnerable	0	0	0	0	1	1
TOTAL	235	207	179	153	100	874

Tabla AIV.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos farmacológicos’

Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Fármacos	0	0	0	1	0	1
Goteros	0	1	0	0	0	1
Medicación/es	0	3	1	1	1	6

Medicamentos	0	1	1	1	0	3
Morfina	0	0	1	0	0	1
Quimioterapia	4	4	15	10	3	36
Quimioterapia radioterapia	0	0	0	0	1	1
Sedación	0	0	0	0	1	1
Tratamiento eficaz	0	0	0	1	0	1
Tratamiento/s	5	6	4	5	4	24
Tratamientos largos y muy agresivos	1	0	0	0	0	1
TOTAL	10	15	22	19	10	76

Tabla AIV.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos médicos’

Tratamientos médicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Analítica/as	0	0	1	0	0	1
Asistencia	0	0	0	1	0	1
Detección	0	1	0	0	0	1
Diagnóstico	0	0	1	0	0	1
Hospitalización	0	0	3	1	1	5
Ingreso/os	0	0	1	0	0	1
Ingresos hospitalarios	1	0	0	0	0	1
Prevención	0	0	0	1	1	2
Pruebas	0	0	1	0	0	1
Radioterapia	0	1	1	5	1	8
Revisiones	0	0	1	2	0	3
Terapia	1	0	0	0	0	1
TOTAL	2	2	9	10	3	26

Tabla AIV.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos quirúrgicos’

Tratamiento quirúrgico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Operación	0	0	0	2	1	3
TOTAL	0	0	0	2	1	3

Anexo V

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer.

Tabla AV.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'síntomas físicos'

Síntomas físicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
A algunas no se les nota, sólo se les diferencia por la caída de pelo	1	0	0	0	0	0	1
Adelgazamiento	1	1	0	1	0	0	3
Algunos se quedan calvos	1	0	0	0	0	0	1
Algunos, color cetrino piel	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia	5	5	1	1	0	0	12
Alopecia (aunque no en todos los casos)	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia en quimio	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia transitoria por el tratamiento de quimio	1	0	0	0	0	0	1
Amarillez piel	0	0	1	0	0	0	1
Anemia	0	0	0	2	1	0	3
Anemia importante	0	1	0	0	0	0	1
Anorexia	2	2	3	3	0	0	10
Aspecto "hinchado"	0	0	1	0	0	0	1
Aspecto físico	1	0	0	0	0	0	1
Astenia	8	3	2	0	0	0	13
Aumento de peso	0	2	0	0	0	0	2
Aumento del abdomen	0	1	0	0	0	0	1
Boca seca	0	0	1	0	0	0	1
Bronceado en exceso	0	1	0	0	0	0	1
Bulto/os	5	0	0	1	0	0	6
Caída del cabello/pelo	15	4	2	0	0	0	21
Caída del pelo (si les cae)	0	1	0	0	0	0	1
Calvicie	4	0	0	0	0	0	4
Calvo/os	4	0	0	0	0	0	4
Cambio de color en la piel	0	1	0	0	0	0	1
Cambios en la estructura piel	0	0	1	0	0	0	1
Cambios en los hábitos urinarios o	1	0	0	0	0	0	1

intestinales							
Cansancio	4	2	2	1	0	0	9
Caquexia	3	3	0	0	0	0	6
Cara hundida, se les nota (no a todas)	1	0	0	0	0	0	1
Caras hinchadas	0	0	1	0	0	0	1
Color cetrino	1	0	0	0	0	0	1
Color de cara	0	0	1	0	0	0	1
Color de la piel	5	2	0	0	0	0	7
Color piel grisáceo	0	0	1	0	0	0	1
Color tez	1	0	0	0	0	0	1
Coloración de piel	1	0	0	0	0	0	1
Con la p.q.t es evidente	1	0	0	0	0	0	1
Cuando pierden el pelo, pero si no lo pierden no hay ningún rasgo significativo	1	0	0	0	0	0	1
Débil	0	0	1	0	0	0	1
Debilidad	7	2	4	0	0	0	13
Debilidad física	0	1	0	0	0	0	1
Decoloración piel	0	1	0	0	0	0	1
Delgadez	2	4	3	1	0	0	10
Delgadez (pérdida peso brusca)	0	1	0	0	0	0	1
Delgadez extrema, etc.	0	0	0	1	0	0	1
Demacrado	1	0	0	0	0	0	1
Depende del cáncer que padezcan pero en enfermedad avanzada la caquexia les caracteriza	1	0	0	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer que tengas. Ejemplo: tumor en la cabeza pues dolor de cabeza constante sin poder quitarse sin ningún tipo de paracetamol	1	0	0	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer, por ejemplo el cáncer de colon puede presentar rectorragia o pérdida de peso	1	0	0	0	0	0	1
Depende del tipo: pérdida peso y apetito	1	0	0	0	0	0	1
Depende. Ejemplo caída del pelo por quimio	1	0	0	0	0	0	1
Derrame	0	1	0	0	0	0	1

Desmejorados	0	0	0	1	0	0	1
Desnutrición	1	0	0	0	0	0	1
Deterioro de la persona	1	0	0	0	0	0	1
Deterioro físico	1	1	0	0	0	0	2
Disminución peso	1	0	0	1	0	0	2
Dolor	4	3	2	0	0	0	9
Durante el tratamiento con corticoides edemas faciales, caída cabello, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Efectos de la quimio: caída pelo	1	0	0	0	0	0	1
El aspecto físico durante la quimio y/o la fase aguda se ve alterado	1	0	0	0	0	0	1
El deterioro físico en estados avanzados es evidente	1	0	0	0	0	0	1
En algunos casos alopecia postquimioterapia	0	0	1	0	0	0	1
En algunos casos la alopecia derivada del tratamiento con quimio	1	0	0	0	0	0	1
En caso de quimio, alopecia	1	0	0	0	0	0	1
En estadios avanzados, se caracterizan por pérdida de peso, pérdida del pelo, edemas a causa de los tratamientos	1	0	0	0	0	0	1
En estados avanzados la anorexia	1	0	0	0	0	0	1
En general cambio fisiológico	0	0	1	0	0	0	1
Entumecimiento de la piel	0	1	0	0	0	0	1
Estar amarillento (ictericia)	0	1	0	0	0	0	1
Expresión facial	1	0	0	0	0	0	1
Extrema delgadez	2	0	0	0	0	0	2
Extrema delgadez (no siempre)	0	0	1	0	0	0	1
Falta de apetito	0	1	0	0	0	0	1
Falta de vello/pelo	2	1	0	0	0	0	3
Falta de voz	0	0	0	0	0	1	1
Fatiga	0	1	3	0	0	0	4
Fatiga oncológica	1	0	0	0	0	0	1
Fatigados	1	0	0	0	0	0	1
Fiebre	0	1	1	0	0	0	2
Flojedad	0	0	1	0	0	0	1
Hematuria	0	0	1	0	0	0	1

Hemorragia	0	1	0	0	0	0	1
Hemorragia sospechosa	0	1	0	0	0	0	1
Hincha el cuerpo	0	1	0	0	0	0	1
Hinchados	0	0	0	0	1	0	1
Hinchazón en si	0	0	1	0	0	0	1
Ictericia	0	2	0	0	0	0	2
Inapetencia	1	0	0	0	0	0	1
La caída del cabello/pelo	2	0	0	0	0	0	2
La falta de pelo por el tratamiento	1	0	0	0	0	0	1
La mayoría padecen calvicie (no todos)	1	0	0	0	0	0	1
La pérdida excesiva de peso en poco tiempo	1	0	0	0	0	0	1
La quimio hace que se les caiga el pelo	1	0	0	0	0	0	1
Lánguida	0	1	0	0	0	0	1
Los derivados de los tratamientos: falta de pelo	1	0	0	0	0	0	1
Los enfermos que se someten a tratamiento con quimio (palidez, calvicie,...)	1	0	0	0	0	0	1
Mal color	0	0	0	1	0	0	1
Mal estado general	2	0	1	0	0	0	3
Mancha o lunar con cambio reciente de aspecto y tamaño	0	0	0	1	0	0	1
manchas	0	0	0	0	1	0	1
Manchas en la piel	0	1	0	0	1	0	2
Manos y uñas	0	0	1	0	0	0	1
Muy delgados	0	1	0	0	0	0	1
No siempre, aunque en general suelen tener síndromes constituciones en forma de pérdida de peso	1	0	0	0	0	0	1
Normalmente según el tipo de cáncer, hay manifestaciones físicas y alteraciones fuera de lo normal	1	0	0	0	0	0	1
Ojeras	0	1	0	0	0	0	1
Ojos hundidos	0	1	0	0	0	0	1
Pacientes delgados	1	0	0	0	0	0	1
Palidez	7	8	4	0	1	0	20
Palidez cutánea	0	1	1	0	0	0	2
Palidez en la piel	1	1	1	0	0	0	3

Pálido/os	1	1	3	0	0	0	5
Pérdida de apetito	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de pelo (quimio)	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de peso (no siempre)	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de peso muy llamativa	1	0	0	0	0	0	1
Pérdida de peso no explicable	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de peso no justificada	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de sangre (vaginal, origen digestivo u origen pulmonar)	0	0	0	0	1	0	1
Pérdida pelo/cabello	7	2	2	1	0	0	12
Pérdida peso	14	9	0	1	1	0	25
Pérdidas de sangre pulmonares	0	1	0	0	0	0	1
Pérdidas de sangre recto	1	0	0	0	0	0	1
Peso	0	2	0	0	0	0	2
Piel pálida	1	1	0	0	0	0	2
Piel seca	0	0	0	1	0	0	1
Pocas ganas de comer	0	0	1	0	0	0	1
Poco pelo	2	0	0	0	0	0	2
Por ej. En cáncer de colon hay pérdida de peso	1	0	0	0	0	0	1
Por el tratamiento: pérdida de pelo, delgadez	1	0	0	0	0	0	1
Por experiencia, me ha dado siempre la impresión de los enfermos de cáncer siempre tienen la boca fatal...retracción de encías y ennegrecimiento de las mismas	1	0	0	0	0	0	1
Por la quimio se les cae el pelo	1	0	0	0	0	0	1
Rostro amarillento	0	1	0	0	0	0	1
Salud oral desfavorable	0	1	0	0	0	0	1
Sangrados	0	0	1	0	0	0	1
Se les cae el pelo	1	0	0	0	0	0	1
Si acaso.... La alopecia	1	0	0	0	0	0	1
Sin fuerzas	0	0	1	0	0	0	1
Sin pelo	0	1	0	0	0	0	1
Síndrome constitucional	1	0	0	0	0	0	1
Solo en caso de	1	0	0	0	0	0	1

alopecia							
Sudoración o frío (según)	0	0	0	1	0	0	1
Suelen tener la cara más inflamada por los corticoides	0	1	0	0	0	0	1
Suelen tener la piel siempre pálida	1	0	0	0	0	0	1
Tez pálida	0	1	0	0	0	0	1
Tos	1	0	0	0	0	0	1
Tos y ronquera persistente	0	0	1	0	0	0	1
Variando el tipo de cáncer controlando manchas en piel, controlando heridas, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Vómitos	1	0	0	0	0	0	1
Vómitos inespecíficos	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	169	95	54	20	7	1	346

Tabla AV.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'síntomas psicológicos'

Síntomas psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
A veces les influye hasta el carácter	0	0	0	1	0	0	1
Apatía	0	0	1	0	0	0	1
Decaimiento	0	2	0	0	0	0	2
Depresión	0	1	0	0	1	0	2
Deprimidos	0	0	0	0	1	0	1
Desconfianza	0	0	0	1	0	0	1
Desesperación ahogada o no	0	0	1	0	0	0	1
Desgana	0	0	1	0	0	0	1
Generoso	0	0	0	1	0	0	1
Melancolía	0	1	0	0	0	0	1
Serenidad	0	0	0	1	0	0	1
Tristeza	0	0	1	1	0	0	2
Tristeza continua	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	5	4	5	2	0	16

Tabla AV.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘síntomas generales’

Síntomas generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Con la cirugía también	0	1	0	0	0	0	1
Creo que tienen muchos síntomas comunes: la tristeza y el dolor	1	0	0	0	0	0	1
Cuando aparecen es tarde	1	0	0	0	0	0	1
Cuando están recibiendo el tratamiento de quimio o radio	1	0	0	0	0	0	1
Depende de la agresividad, del tipo de cáncer, del estadio, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Depende de la fase de la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Depende de lo avanzada que esté la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Depende del estado evolutivo de la enfermedad, si tratamiento quimio o cirugía	1	0	0	0	0	0	1
Depende que casos, hay ocasiones en las que es fácilmente identificable y otras asintomático hasta que ya está avanzada la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Depende, si estén con quimio, si están operados,....	1	0	0	0	0	0	1
El cáncer es impredecible	1	0	0	0	0	0	1
El sufrimiento tanto a nivel emocional como físico	1	0	0	0	0	0	1

En determinados casos hereditarios	1	0	0	0	0	0	1
En enfermedad evolucionada	1	0	0	0	0	0	1
En ocasiones no	0	1	0	0	0	0	1
En ocasiones si	1	0	0	0	0	0	1
Fumador empedernido	1	0	0	0	0	0	1
Los que están en tratamiento	1	0	0	0	0	0	1
Principalmente los causados por el tratamiento	0	0	1	0	0	0	1
Secuelas de quimio	0	1	0	0	0	0	1
Si cuando están recibiendo tratamiento de lo contrario es un poco difícil	1	0	0	0	0	0	1
Si han pasado por un tratamiento de quimio o radio las secuelas que dejan	1	0	0	0	0	0	1
Si, cuando están en tratamiento con quimio	1	0	0	0	0	0	1
Sin vitalidad	0	1	0	0	0	0	1
Síntomas en función neoplasia	0	1	0	0	0	0	1
Solamente cuando están en tratamiento de quimio	1	0	0	0	0	0	1
Solo son identificables cuando sufren los de la quimio	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	21	5	1	0	0	0	27

Anexo VI

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de las causas.

Tabla AVI.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘sustancias químicas y medio ambiente’

Sustancias químicas y medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Alteraciones ambientales como vertidos tóxicos/humos contaminantes que interfieren en los ciclos biológicos y no están controlados	1	0	0	1
Causas ambientales	1	0	0	1
Contaminación	3	0	0	3
Falta de seguridad en ciertos trabajos tóxicos y peligrosos	0	1	0	1
Productos químicos	0	1	0	1
TOTAL	5	2	0	7

Tabla AVI.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘hormonas’

Hormonas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Tratamientos anticonceptivos (hormonales)	1	0	0	1
TOTAL	1	0	0	1

Tabla AVI.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘radiación’

Radiación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Agentes químicos/cancerígenos/radiaciones	1	0	0	1
Cerca de centrales nucleares	1	0	0	1
Exposición a radiación	1	0	0	1
Radiaciones	2	0	0	2
Radiaciones (centrales, etc.)	1	0	0	1
Teléfono móvil	0	1	0	1
TOTAL	6	1	0	7

Tabla AVI.4

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tabaquismo'

Tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Tabaco	1	0	0	1
Tabaquismo	0	0	1	1
TOTAL	1	0	1	2

Tabla AVI.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'causas no catalogables'

Causas no catalogables	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Accidente (caída de una caña de "fuegos artificiales" sobre un pecho)	1	0	0	1
Edad	1	0	0	1
El desamor hacia uno mismo	1	0	0	1
El tema se considera de manera muy general, cuando hay tipos de cáncer que asustan más que otros	1	0	0	1
Faltan estudios sobre las causas de ésta enfermedad	1	0	0	1
La pobreza pues no tiene acceso a tratamientos	1	0	0	1
Los conflictos o traumas emocionales somatizados	1	0	0	1
No realizarse chequeos médicos rutinarios	1	0	0	1
No se sabe con certeza	1	0	0	1
Somos unidades únicas, cada uno con su propia autoridad de reacción ante un caso puntual. Por lo tanto, creo que es necesario el factor "tiempo" entre el que trata de sanar y el enfermo	1	0	0	1
Todo lo negativo influye negativamente sobre el cuerpo e incluso baja nuestro sistema inmunológico	1	0	0	1
Un mal diagnóstico y tratamiento	1	0	0	1
TOTAL	12	0	0	12

Anexo VII

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de la prevención del cáncer.

Tabla AVII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'no tabaquismo'

No tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Abandono tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Abstinencia tabaco	0	0	1	0	0	0	1
Cáncer de pulmón tabaco????	1	0	0	0	0	0	1
Depende el tipo de cáncer, si es de pulmón no fumando	1	0	0	0	0	0	1
Evitando factores como tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Evitando factores de riesgo, por ej. Tabaco	0	1	0	0	0	0	1
Evitando fumar	1	0	0	0	0	0	1
Evitando tabaco en algunos casos	0	1	0	0	0	0	1
Evitar fumar	1	0	0	0	0	0	1
Evitar tabaco	0	1	0	0	0	0	1
No adquirir malos hábitos (tabaquismo)	0	0	1	0	0	0	1
No consumiendo tabaco	0	1	0	0	0	0	1
No fumando	5	2	0	0	0	0	7
No fumar	18	10	5	5	1	0	39
No tabaco	1	0	1	0	0	0	2
Se puede prevenir no fumando	1	0	0	0	0	0	1
Si y no, hay algunos como el de pulmón o laringe que es prevenible sino eres fumador	1	0	0	0	0	0	1
Sin fumar	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	33	16	8	5	1	0	63

Tabla AVII.2

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘peso corporal saludable y ejercicio físico’

Peso corporal y ejercicio físico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Con ejercicio físico	0	0	0	0	0	1	1
Deporte	1	2	4	0	0	0	7
Ejercicio	3	7	2	1	0	0	13
Ejercicio físico	1	0	1	0	0	0	2
Ejercicios /aire	0	1	0	0	0	0	1
Hacer deporte	0	2	1	0	1	0	4
Hacer ejercicio	1	2	1	1	0	0	5
Realizando ejercicio de forma regular	0	1	0	0	0	0	1
Realizar ejercicio	0	1	0	0	0	0	1
Vigilar el peso	0	0	0	0	1	0	1
Y ejercicio	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	6	17	9	2	2	1	37

Tabla AVII.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘dieta saludable’

Dieta saludable	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Algunos tipos de cáncer como el CANCER DE COLON se puede prevenir con una buena alimentación	1	0	0	0	0	0	1
Alimentación	4	2	4	0	0	0	10
Alimentación adecuada	0	1	0	0	1	0	2
Alimentación alcalina	1	0	0	0	0	0	1
Alimentación buena	0	0	1	0	0	0	1
Alimentación saludable	1	0	0	0	0	0	1
Alimentación sana	1	3	2	0	0	0	6
Alimentación sana (sin conservantes)	1	0	0	0	0	0	1
Alimentación, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Alimentos sanos	0	0	0	1	0	0	1
Bebiendo solo agua pura (destilada)	1	0	0	0	0	0	1
Buena	6	3	0	0	0	0	9

alimentación							
Buena nutrición	2	0	0	0	0	0	2
Buenas condiciones alimentarias	0	0	1	0	0	0	1
Buenos hábitos alimenticios	0	1	0	0	0	0	1
Buenos hábitos dietéticos	0	1	0	0	0	0	1
Comer bien	0	0	1	0	0	0	1
Comer equilibradamente	0	0	1	0	0	0	1
Comer fruta y verdura	0	0	1	0	0	0	1
Comer para corregir la bioquímica y biofísica individual	0	0	0	0	1	0	1
Comer sano	0	0	1	0	0	0	1
Comida saludable	1	0	0	0	0	0	1
Comida sana	0	1	1	0	0	0	2
Comiendo saludablemente	0	0	0	0	1	0	1
Comiendo sano	0	1	0	0	0	0	1
Con buena dieta	1	0	0	0	0	0	1
Consumir agua pura	1	0	0	0	0	0	1
Controlando alimentación	0	1	0	0	0	0	1
Cuidando la dieta	0	0	1	0	0	0	1
Cuidar la alimentación	0	0	1	0	0	0	1
Cuidarse en la comida	0	1	0	0	0	0	1
Dieta	3	0	0	0	0	0	3
Dieta equilibrada	2	3	1	1	0	0	7
Dieta mediterránea	0	1	0	1	0	0	2
Dieta saludable	0	1	2	0	0	0	3
Dieta sana	1	2	1	0	0	0	4
Dieta sana (fruta y verdura)	1	0	0	0	0	0	1
En la dieta	1	0	0	0	0	0	1
Estilo de vida saludable (alimentación adecuada)	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos de salud adecuados que incluyan antioxidantes, vitaminas y minerales en la alimentación	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos dietéticos saludables	1	0	0	0	0	0	1

Hay alimentos que reducen riesgos	0	1	0	0	0	0	1
La alimentación	0	1	0	0	0	0	1
Llevando una comida sana	1	0	0	0	0	0	1
Minimizar factores riesgo alimentarios	1	0	0	0	0	0	1
Realizando una dieta sana	0	0	1	0	0	0	1
Una dieta equilibrada	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	34	26	20	3	3	0	86

Tabla AVII.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'no consumo de alcohol'

No consumo de alcohol	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Abstinencia	0	1	1	0	0	0	2
Abstinencia alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Alcohol moderado	0	0	1	0	0	0	1
Evitando alcohol en algunos casos	1	0	0	0	0	0	1
Evitar alcohol	0	0	1	0	0	0	1
Ni bebiendo alcohol en exceso	0	1	0	0	0	0	1
No alcohol	0	1	0	1	0	0	2
No beber	0	4	1	1	1	0	7
No beber alcohol	0	1	1	0	0	0	2
No beber en exceso	0	0	0	0	1	0	1
No bebiendo	0	1	0	0	0	0	1
No tomando alcohol	1	0	0	0	0	0	1
Sin beber alcohol	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	2	10	6	2	2	0	22

Tabla AVII.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'no tomar rayos Ultravioleta'

No tomar rayos ultravioleta	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Controlar las exposiciones al sol	0	0	1	0	0	0	1
Evitando exposiciones largas al sol	1	0	0	0	0	0	1
Evitando factores	1	0	0	0	0	0	1

externos (ej. Protección solar frente melanoma)							
Mínima exposición solar	0	0	0	1	0	0	1
No exponerse al sol	1	0	1	0	0	0	2
No sol	0	1	0	0	0	0	1
No tomar mucho el sol	0	0	2	0	0	0	2
Prevención solar	0	0	1	0	0	0	1
Protección solar	0	0	3	0	0	0	3
Protegiéndose del sol	0	0	0	1	0	0	1
Tomar poco el sol	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	3	1	8	3	0	0	15

Tabla AVII.6

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral’

Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ambientales (no los biológicos)	0	1	0	0	0	0	1
Ambiente	0	1	0	0	0	0	1
Evitando exposición a agentes cancerígenos	1	0	0	0	0	0	1
Evitar ambientes y trabajos dañinos para la salud	0	1	0	0	0	0	1
Evitar lugares o zonas contaminadas	0	0	1	0	0	0	1
Evitar lugares radiactivos	0	1	0	0	0	0	1
Evitar radiaciones ionizantes	0	0	0	1	0	0	1
Medio ambiente	0	1	0	0	0	0	1
Mejores condiciones laborables	0	1	0	0	0	0	1
No exposición a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
No frecuentar y evitando lugares contaminados o	0	1	0	0	0	0	1

químicos								
Protección en el trabajo si se trabaja con sustancias cancerígenas	0	1	0	0	0	0	0	1
Sustituyendo en los trabajos elementos que puedan producir cáncer por otras que no	0	1	0	0	0	0	0	1
Trabajo (estilo)	0	1	0	0	0	0	0	1
Vivir lejos de centrales o lugares contaminantes	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	11	2	1	0	0	0	15

Tabla AVII.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'programas de vacunación'

Programas de vacunación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Vacunación HPV para las adolescentes para cáncer de cérvix	0	0	1	0	0	0	1
Vacunándonos (papiloma)	0	0	1	0	0	0	1
Vacunas	1	1	0	1	0	0	3
Vacunas papiloma	0	0	2	0	0	0	2
TOTAL	1	1	4	1	0	0	7

Tabla AVII.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'educación sanitaria'

Educación sanitaria	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Educación sanitaria	1	0	0	0	0	0	1
Educación sanitaria a la población	0	1	0	0	0	0	1
Educación en hábitos saludables desde la infancia	0	1	0	0	0	0	1
Una buena información	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	3	0	0	0	0	4

Tabla AVII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘términos generales’

Términos generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Adoptando un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1
Algunos tipos de cáncer, se sabe que se pueden prevenir, vida sana, etc. Otros se pueden diagnosticar pronto y curarlos	1	0	0	0	0	0	1
Buen descanso	0	0	0	1	0	0	1
Buena alimentación, vida tranquila, deporte	0	0	0	1	0	0	1
Buena calidad de vida	1	0	0	0	0	0	1
Buenos hábitos	3	1	0	0	0	0	4
Buenos hábitos (dieta, tóxicos, fumar, cuidarse, deporte)	1	0	0	0	0	0	1
Buenos hábitos de vida	0	2	0	0	0	0	2
Buenos hábitos generales	0	0	1	0	0	0	1
Calidad de vida	0	0	1	0	0	0	1
Como anteriormente...siguiendo hábitos saludables,	1	0	0	0	0	0	1
Con estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida más saludables	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida saludables	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1
Con una vida saludable	0	2	0	0	0	0	2
Conducta saludable en general	0	1	0	0	0	0	1
Conductas sexuales adecuadas	0	1	0	0	0	0	1
Conductas y hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1
Consumo moderado de alcohol, control de peso	0	0	0	1	0	0	1
Controlando esas medidas higiénico-dietéticas (fumar, deporte, alimentación, estilos de vida)	1	0	0	0	0	0	1
Controlando hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Costumbres	1	0	0	0	0	0	1
Costumbres de vida saludables	1	0	0	0	0	0	1
Cuidando alimentación, sin fumar,	0	1	0	0	0	0	1
Cuidando nuestros hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Cuidando su salud	1	0	0	0	0	0	1
Cuidándose	2	0	0	0	0	0	2
Cuidarse en general	0	0	0	0	0	1	1

De colon alimentación y prevención	0	1	0	0	0	0	1
Dejando de fumar y beber	3	0	0	0	0	0	3
Depende de qué tipo de cáncer pero evitando el alcohol, tabaco, buena alimentación, con controles de screening	1	0	0	0	0	0	1
Deporte, trabajos sanos, menos contaminación	0	0	0	1	0	0	1
Dieta variada, no sobrepeso, protección solar en la playa	0	0	0	1	0	0	1
Dieta y costumbres saludables	0	0	1	0	0	0	1
Dieta, ejercicio	0	0	0	1	0	0	1
Disminuir conductas de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Eliminación de malos hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Eliminando alimentos nocivos para el cuerpo, tabaco, ...	1	0	0	0	0	0	1
Eliminando factores de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Eliminar factores de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
En ciertos casos, evitando sustancias perjudiciales (tabaco, ...), evitando la contaminación, antenas, ...	1	0	0	0	0	0	1
En determinados tipos, no asumiendo prácticas de riesgo (tabaco, alimentación, exposición a agentes cancerígenos)	1	0	0	0	0	0	1
Estilo de vida	2	1	1	0	0	0	4
Estilo de vida adecuado	1	0	0	0	0	0	1
Estilo/s de vida sano	2	0	0	0	0	0	2
Estilos de vida saludable	1	0	1	0	0	0	2
Evitando drogas (tabaco, alcohol, ...)	0	0	1	0	0	0	1
Evitando exposiciones innecesarias	0	1	0	0	0	0	1
Evitando factores de exposición en unos casos	1	0	0	0	0	0	1
Evitando factores de riesgo	3	0	0	0	0	0	3
Evitando factores de riesgo (tabaco, alcohol, ETS)	1	0	0	0	0	0	1
Evitando hábitos tóxicos	1	0	0	0	0	0	1
Evitando hábitos tóxicos directamente relacionados	1	0	0	0	0	0	1
Evitando los factores de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Evitando los factores de	1	0	0	0	0	0	1

riesgo o predisponentes							
Evitando riesgos (tabaco, sol, radiaciones)	1	0	0	0	0	0	1
Evitando sustancias cancerígenas	1	0	0	0	0	0	1
Evitando tabaco, alcohol y todos los que he citado en la pregunta 6	1	0	0	0	0	0	1
Evitando tabaco, alcohol,	1	0	0	0	0	0	1
Evitar conductas riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Evitar exposición a factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Evitar exposición agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Evitar exposiciones al sol, radiaciones	0	0	1	0	0	0	1
Evitar factores de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Evitar hábitos tóxicos	0	0	1	0	0	0	1
Evitar los malos hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Hábito de vida	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos de vida	0	0	1	0	0	0	1
Hábitos de vida saludables	23	9	0	1	0	0	33
Hábitos higiénico-dietéticos	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos insalubres, tales como tabaquismo, alimentarios, prácticas sexuales peligrosas, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos no tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos sanos	0	1	0	0	0	0	1
Haciendo una vida sana	1	1	0	0	0	0	2
Higiene	1	1	0	0	0	0	2
Intentando llevar una vida saludable	0	0	1	0	0	0	1
Intentar vivir de forma sana	0	1	0	0	0	0	1
Llevando hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1
Llevando una vida muy normal pero sin abusos ni adicciones	1	0	0	0	0	0	1
Llevando una vida relajada y sana	1	0	0	0	0	0	1
Llevando una vida saludable	2	0	0	0	0	0	2
Llevando una vida sana en todos los sentidos	1	0	0	0	0	0	1
Llevando una vida sana: no fumar, no beber o beber con moderación, tener una dieta equilibrada, hacer un mínimo de deporte	5	0	0	0	0	0	5
Llevar una vida y dieta sana	0	0	1	0	0	0	1
Los estilos de vida	0	1	0	0	0	0	1
Mantener relaciones sexuales con protección	0	0	0	1	0	0	1
Manteniendo una vida	1	0	0	0	0	0	1

sana								
Mejorando algunos hábitos	1	0	0	0	0	0	1	
Modificando el estilo de vida	0	1	0	0	0	0	1	
Modo de vida	0	1	0	0	0	0	1	
Nada de tabaco ni alcohol	0	0	1	0	0	0	1	
No conductas adictivas	0	0	0	1	0	0	1	
No es que se pueda prevenir pero tienes menos boletos en la rifa sino fumas, no bebes, te alimentas correctamente, etc.	1	0	0	0	0	0	1	
No exponiéndose a factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1	
No fumar, controlar otras patologías que tengan (hereditaria, congénita)	0	0	0	1	0	0	1	
No hábitos nocivos	1	0	0	0	0	0	1	
No hábitos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1	
No ser drogadicto	0	0	1	0	0	0	1	
No teniendo hábitos nocivos	1	0	0	0	0	0	1	
Prevenible sólo en ciertos casos, aquellos que se encuentran en relación con ciertos hábitos	1	0	0	0	0	0	1	
Procurar tener una vida sana	0	1	0	0	0	0	1	
Quitar factor riesgo	1	0	0	0	0	0	1	
Reduciendo factores riesgo	1	0	0	0	0	0	1	
Reformas en los hábitos	1	0	0	0	0	0	1	
Reposo suficiente	0	0	1	0	0	0	1	
Respirar aire sano	0	1	0	0	0	0	1	
Salud	1	0	0	0	0	0	1	
Se puede prevenir evitando factores de riesgo, pero existen otros factores sobre los que no podemos actuar	1	0	0	0	0	0	1	
Sin hacer abusos	1	0	0	0	0	0	1	
Tener hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1	
Tener hábitos saludables como no fumar, comer fruta y verdura	1	0	0	0	0	0	1	
Tener hábitos sanos	0	1	0	0	0	0	1	
Teniendo hábitos de vida saludables	0	1	0	0	0	0	1	
Teniendo hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1	
Teniendo un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1	
Teniendo una vida sana	1	0	0	0	0	0	1	
Teniendo unos hábitos de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1	
Una alimentación que por	1	0	0	0	0	0	1	

el contrario, no alimentara esas células cancerosas, una actitud positiva y ejercicio físico								
Vida reposada y saludable	0	1	0	0	0	0	0	1
Vida saludable	6	3	0	0	0	0	0	9
Vida saludable dentro de lo posible	1	0	0	0	0	0	0	1
Vida sana	9	10	2	0	0	0	0	21
Vida sana y saludable	1	0	0	0	0	0	0	1
Viviendo bien	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	129	50	17	10	0	1	0	207

Tabla AVII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'detección precoz'

Detección precoz	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Acudir al médico ante cualquier anomalía	0	0	0	1	0	0	1
Acudir al médico ante cualquier síntoma sospechoso	0	1	0	0	0	0	1
Acudir programas prevención	0	0	1	0	0	0	1
Acudir regularmente al ginecólogo	0	1	0	0	0	0	1
Análisis de prevención	0	1	0	0	0	0	1
Análisis genéticos	1	0	0	0	0	0	1
Asistiendo a controles periódicos de los órganos más vitales del cuerpo	1	0	0	0	0	0	1
Atención a los primeros síntomas	0	0	0	1	0	0	1
Aumentando los programas de screening	0	1	0	0	0	0	1
Aunque sólo determinados tipos de cáncer realizándose cribado (cáncer de mama, cáncer de colon, dejando de fumar para cáncer de pulmón)	1	0	0	0	0	0	1
Autoexploración	0	0	1	0	0	0	1
Buenas revisiones	1	0	0	0	0	0	1
Bueno, con consultas medicas, pero el problema es que no creemos que nos puede tocar	1	0	0	0	0	0	1

Campañas	1	0	0	0	0	0	1
Campañas de detección precoz	1	0	0	0	0	0	1
Campañas de vigilancia	3	0	0	0	0	0	3
Campañas informativas	1	0	0	0	0	0	1
Campañas sanitarias preventivas (públicas)	1	0	0	0	0	0	1
Charlas informativas: métodos de cribaje, ejemplo, mamografías, citologías	1	0	0	0	0	0	1
Chequeos	0	1	1	0	0	0	2
Chequeos médicos	0	0	0	1	0	0	1
Citología cérvix	0	1	0	0	0	0	1
Con chequeos anuales	1	0	0	0	0	0	1
Con el screening	1	0	0	0	0	0	1
Con la promoción de la salud (charlas, screening, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Con las medidas de prevención, revisiones periódicas	1	0	0	0	0	0	1
Con los planes de ayuda en los centros de salud	1	0	0	0	0	0	1
Con medicina preventiva	1	0	0	0	0	0	1
Con prevención	1	0	0	0	0	0	1
Con programas de screening	1	0	0	0	0	0	1
Con programas de screening para mama, próstata, sangre oculta en heces	0	1	0	0	0	0	1
Con revisiones	0	1	0	0	0	0	1
Con revisiones con los especialistas	1	0	0	0	0	0	1
Con revisiones mama	1	0	0	0	0	0	1
Con revisiones periódicas	2	0	0	0	0	0	2
Con revisiones periódicas al médico	1	0	0	0	0	0	1
Con revisiones periódicas según edad	0	1	0	0	0	0	1
Con revisiones precoces	1	0	0	0	0	0	1
Con todas las pruebas del mercado, mamografía, PSA, sangre oculta en heces	1	0	0	0	0	0	1
Con tratamiento	1	0	0	0	0	0	1

Con una medicina preventiva	1	0	0	0	0	0	1
Consejo genético	0	1	0	0	0	0	1
Constantemente en manos de médicos y medicamentos	1	0	0	0	0	0	1
Control infección virus	0	1	0	0	0	0	1
Control medico	1	0	0	1	0	0	2
Controlarse con visitas médicas (mamografías, análisis periódicos, etc.)	0	0	1	0	0	0	1
Controles	1	2	0	0	0	0	3
Controles (mamografía, citología, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Controles analíticos	0	1	0	0	0	0	1
Controles de prevención cáncer de mama	1	0	0	0	0	0	1
Controles médicos	1	0	0	0	0	0	1
Controles médicos preventivos	0	1	0	0	0	0	1
Controles periódicos	0	1	0	0	0	0	1
Controles periódicos en todas las especialidades médicas	1	0	0	0	0	0	1
Controles periódicos según recomienda la OMS: citologías, mamografías, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Controles preventivos	0	1	0	0	0	0	1
Controles regulares	0	1	0	0	0	0	1
Controles salud	0	0	1	0	0	0	1
Controles sanitarios	0	1	0	0	0	0	1
Controles si hay antecedentes	1	0	0	0	0	0	1
Controles y análisis periódicos	1	0	0	0	0	0	1
Corrigiendo los desequilibrios minerales en el cuerpo	0	0	0	0	0	1	1
Cribado	0	0	1	0	0	0	1
Cuidándose en muchas cosas	1	0	0	0	0	0	1
Cuidar la salud en general	0	0	2	0	0	0	2
Detección precoz	0	0	0	1	0	0	1
Detección precoz preventiva	0	1	0	0	0	0	1
Diagnostico precoz	2	1	0	0	0	0	3
Diagnósticos más precoces de la enfermedad que eviten que llegue a	0	0	0	1	0	0	1

estadios más avanzados							
Diagnósticos preventivos	1	1	0	0	0	0	2
En el cáncer de mama se puede prevenir mediante revisiones y palpando y no detectan nada sospechoso así como el de lunares y otras zonas del cuerpo	1	0	0	0	0	0	1
En el caso de predisposición genética, realizar un estudio genético y analizar las posibles opciones posteriores de prevención	0	0	0	1	0	0	1
Estados genéticos	0	0	1	0	0	0	1
Estudiar el mapa genético	0	1	0	0	0	0	1
Estudio genético	0	3	0	0	0	0	3
Estudios preventivos	0	1	0	0	0	0	1
Evitando riesgos (preguntas)	0	1	0	0	0	0	1
Exploraciones	1	0	0	0	0	0	1
Hacerse controles médicos	0	1	0	0	0	0	1
Hacerse revisiones	0	0	1	0	0	0	1
Hacerse revisiones anuales	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo controles médicos	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo controles rutinarios (mamografías, colonoscopias, SOH)	0	1	0	0	0	0	1
Haciendo las revisiones oportunas	2	0	0	0	0	0	2
Haciendo las revisiones que toquen	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo los screenings protocolizados	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo medicina preventiva	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo prevención	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones todos los años	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones y controles	1	0	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones y más si tienes familiares con ello	1	0	0	0	0	0	1
Haciéndome pruebas cada un periodo de tiempo	0	1	0	0	0	0	1
Haciéndose chequeos	0	1	0	0	0	0	1
Haciéndose las	1		0	0	0	0	1

pruebas pertinentes preventivas (mamografías para prevenir cáncer de mama)								
Haciéndose revisiones	1	0	0	0	0	0	0	1
Haciéndose revisiones adecuadas y periódicas las personas con alto índice de poder tenerlo	0	1	0	0	0	0	0	1
Haciéndote las revisiones correspondientes	0	1	0	0	0	0	0	1
Hay ciertos cánceres hereditarios (portador de gen)	1	0	0	0	0	0	0	1
Hay controles médicos para lograrlo	1	0	0	0	0	0	0	1
Identificamos familias de riesgo	0	1	0	0	0	0	0	1
Información	1	0	0	0	0	0	0	1
Información y difundirla	0	0	1	0	0	0	0	1
Informándose de las causas de contraer cáncer (prevención con información)	0	0	1	0	0	0	0	1
Intentar no provocarlo	0	1	0	0	0	0	0	1
Ir a revisiones	2	0	0	0	0	0	0	2
Ir al médico	1	0	0	0	0	0	0	1
La detección precoz mediante pruebas a pacientes de alto riesgo	1	0	0	0	0	0	0	1
Llevando un control sanitario	0	0	0	1	0	0	0	1
Mamografía (en realidad es más bien detección precoz)	1	0	0	0	0	0	0	1
Mamografías	3	1	0	0	0	0	0	4
Mayores revisiones y más extensas	1	0	0	0	0	0	0	1
Mediante detección precoz: screening	1	0	0	0	0	0	0	1
Mediante pruebas diagnósticas y preventivas	1	0	0	0	0	0	0	1
Mediante revisiones periódicas	1	0	0	0	0	0	0	1
Medicina preventiva	2	0	1	0	0	0	0	3
Medidas de prevención (mamografías, colonoscopias)	0	1	0	0	0	0	0	1
Observándote	0	1	0	0	0	0	0	1

Pasando controles médicos (mamografías)	0	1	0	0	0	0	1
Prevención	2	1	3	0	0	0	6
Prevención primaria	1	0	0	0	0	0	1
Prevención secundaria	0	1	0	0	0	0	1
Programas de control en personas de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Programas de prevención	1	0	0	0	0	0	1
Programas de screening	1	0	0	0	0	0	1
Pronóstico precoz	1	0	0	0	0	0	1
Pruebas de prevención	0	1	0	0	0	0	1
Realizando controles médicos	1	0	0	0	0	0	1
Realizando controles médicos	0	0	0	1	0	0	1
Realizando exploraciones preventivas en algunos casos	0	1	0	0	0	0	1
Realizando revisiones periódicas	0	0	0	1	0	0	1
Realizando screenings de rutina	0	1	0	0	0	0	1
Realizar controles periódicos si antecedentes familiares	0	0	0	0	1	0	1
Reconocimientos médicos rutinarios	0	1	0	0	0	0	1
Revisiones	9	5	1	2	0	0	17
Revisiones gine	0	1	0	0	0	0	1
Revisiones médicas	4	2	0	0	0	0	6
Revisiones medicas anuales	1	0	0	0	0	0	1
Revisiones medicas preventivas	0	1	0	0	0	0	1
Revisiones médicas, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Revisiones periódicas	8	2	1	0	0	0	11
Revisiones periódicas al medico	0	1	0	0	0	0	1
Revisiones periódicas añadido a buenos hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Revisiones periódicas si tienes factores de riesgo	0	0	1	0	0	0	1
Revisiones preventivas	1	0	0	0	0	0	1
Revisiones próstata	0	0	1	0	0	0	1
Revisiones rutinarias	1	0	0	0	0	0	1
Revisiones temporales	1	0	0	0	0	0	1
Revisiones y controles de algunos	0	0	1	0	0	0	1

tipos de cáncer							
Screening	6	2	0	0	0	0	8
Screening a la población de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Screening de ciertos cánceres	1	0	0	0	0	0	1
Screening genético	0	1	0	0	0	0	1
Screening para detección precoz	1	0	0	0	0	0	1
Screenings (mama, colon,...)	1	0	0	0	0	0	1
Se puede detectar antes en algunos casos (con chequeos)	1	0	0	0	0	0	1
Se puede prevenir el riesgo a ello	1	0	0	0	0	0	1
Se puede prevenir en algunos casos como en cáncer de mama y útero	1	0	0	0	0	0	1
Si se detecta a tiempo	1	0	0	0	0	0	1
Si tienen dolores constantes acudir al médico para su análisis	0	1	0	0	0	0	1
Siguiendo los seguimientos médicos y consejos que sabemos todos	1	0	0	0	0	0	1
Solo algunos tipos de cáncer con revisiones preventivas	1	0	0	0	0	0	1
Técnicas preventivas adecuadas a edad y sexo	1	0	0	0	0	0	1
Técnicas screening (mamografías, test de sangre oculta en heces)	1	0	0	0	0	0	1
Tomando medidas preventivas	1	0	0	0	0	0	1
Visitas médicas	0	1	0	0	0	0	1
Yendo a revisiones de salud	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	128	66	21	12	1	1	229

Tabla AVII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'tratamientos médicos y quirúrgicos'

Tratamientos médicos/quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Algunos suprimiendo el origen	0	0	1	0	0	0	1
Cirugía	1	0	0	0	0	0	1
Incrementando la oxigenación celular	0	0	0	1	0	0	1

Quimio	0	1	0	0	0	0	1
Radio	0	0	1	0	0	0	1
Tratamiento farmacológico	0	0	1	0	0	0	1
Tratamiento quirúrgico	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	2	3	1	0	0	7

Tabla AVII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'asociaciones generales'

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Aun así hoy en día "todo" produce cáncer y mucha falta de información	0	0	1	0	0	0	1
Aunque siempre es posible tener cáncer siendo el tío más sano del mundo	0	1	0	0	0	0	1
Buen humor	0	1	0	0	0	0	1
Con una cultura menos materialista, una dieta vegetariana, menos competitividad, una visión más integrada de la naturaleza y una sociedad más justa e igualitaria	1	0	0	0	0	0	1
Confort o vida ordenada sin estrés	0	0	0	0	1	0	1
Consumiendo alimentos ecológicos de alto grado brix	0	1	0	0	0	0	1
Consumiendo solo alimentos bíblicos	0	0	1	0	0	0	1
Cultivando la fe	0	0	0	1	0	0	1
Esperanza	0	1	0	0	0	0	1
Evitar estrés	0	0	1	0	0	0	1
Evitar preocupaciones	0	0	0	1	0	0	1
Gastritis crónica	1	0	0	0	0	0	1
Imposible saberlo	1	0	0	0	0	0	1
Mas avances en medicina nuclear	0	1	0	0	0	0	1
Más inversión en técnicas, aparatajes, investigación, etc.	0	0	1	0	0	0	1

No se puede prevenir, pero con un diagnostico en su inicio se mejora el tratamiento	1	0	0	0	0	0	1
Pensando en positivo	0	0	1	0	0	0	1
Reducir stress	0	1	0	0	0	0	1
Resolver conflictos	1	0	0	0	0	0	1
Rostro pálido	1	0	0	0	0	0	1
Ser feliz	1	0	0	0	0	0	1
Tener esperanza en Dios y dejarle todos nuestros problemas	0	1	0	0	0	0	1
Tranquilidad	0	0	2	0	0	0	2
TOTAL	7	7	7	2	1	0	24

Anexo VIII

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los tratamientos.

Tabla AVIII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos genéricos’

Tratamientos genéricos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
A parte de los prescritos	1	0	0	0	0	1
A parte de los tratamientos convencionales hay que darles cariño y que se sientan tratados con respeto y no dejar que dejen caer su autoestima antes de tiempo o nunca	1	0	0	0	0	1
A partir de ahí dependiendo del futuro, histología y estadio	0	1	0	0	0	1
Apoyo profesionales	0	0	0	1	0	1
Aquellos con fundamentación médica	1	0	0	0	0	1
Atención sanitaria	0	0	1	0	0	1
Ayudan tanto física como psíquicamente en todo su proceso	0	0	1	0	0	1
Biológicos	1	0	0	0	0	1
Buenas instalaciones hospitalarias	0	0	0	1	0	1
Cada uno responde mejor a uno o varios tipos de tratamientos	0	0	1	0	0	1
Cogerlo a tiempo	1	0	0	0	0	1
Creo que queda mucho por avanzar y descubrir	0	0	1	0	0	1
Creo que se deben tratar todos los aspectos de la persona	0	0	1	0	0	1
Cualquiera en el que el paciente se considere elemento activo, se respeten sus límites y que acepte el fin sin ensañamiento	1	0	0	0	0	1
Cuidados paliativos	0	0	0	0	1	1
Depende	2	0	0	0	0	2
Depende de cada caso	1	0	0	0	0	1
Depende de casos	1	0	0	0	0	1
Depende de casos y circunstancias no soy la persona indicada	1	0	0	0	0	1
Depende de pacientes	1	0	0	0	0	1
Depende del cáncer que sea y el tratamiento que se le deba aplicar, pienso que además del tratamiento debería ir acompañado siempre por apoyo psicológico	1	0	0	0	0	1
Depende del tipo	1	0	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	1

Dependerá del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	1
Dependiendo del tipo humoral	0	0	0	1	0	1
El amor y el cariño por parte de los facultativos y personal sanitario y de los familiares y amistades	0	1	0	0	0	1
El no tenerlo	1	0	0	0	0	1
El tratamiento depende de las características de cada uno, tratamiento individual	1	0	0	0	0	1
Encontrar a profesionales de la salud excelentes, como los hay	0	0	1	0	0	1
Genéticos	0	1	0	0	0	1
Investigación científica mayor a la actual	0	1	0	0	0	1
Lo que proceda	0	0	0	1	0	1
Los científicamente probados	1	0	0	0	0	1
Los clásicos	0	0	0	1	0	1
Los que existen actualmente	1	0	0	0	0	1
Los tratamientos son estándar, lo que cambian son los diagnósticos y el propio paciente (un mismo tratamiento puede irle bien a un paciente y a otro no)	1	0	0	0	0	1
Los utilizados actualmente	1	0	0	0	0	1
Más investigación para que los tratamientos sean más efectivos y menos agresivos	0	1	0	0	0	1
Medicina	0	0	1	0	0	1
Medicina alternativa	0	0	1	0	0	1
Mucho trabajo	1	0	0	0	0	1
Nuevos tratamientos	0	0	1	0	0	1
Pienso que a cada tipo de cáncer será más efectivo un tratamiento dependiendo además de la respuesta de cada paciente	1	0	0	0	0	1
Pienso que cada zona tendrá su tratamiento más o menos eficaz	1	0	0	0	0	1
Previas a cirugía o postquirúrgicas	0	0	0	1	0	1
Seguir investigando para aplicar tratamientos menos agresivos y más efectivos	1	0	0	0	0	1
Según el cáncer, los establecidos por los oncólogos	1	0	0	0	0	1
Según el tipo de cáncer	2	0	0	0	0	2
Según la gravedad de cada caso, hay un tratamiento específico y más o menos efectivo pero no es estándar	1	0	0	0	0	1
Según qué clase de cáncer, el momento en el que se detecta y la resistencia del paciente	1	0	0	0	0	1
Sobre todo preventivos	0	0	1	0	0	1
Son muy agresivos	0	0	1	0	0	1
Tener suerte que no te toque	0	1	0	0	0	1
Terapias actuales (quimio, radio, cirugía)	0	1	0	0	0	1
Todos aquellos que sean eficaces	1	0	0	0	0	1
Todos en general	0	0	0	1	0	1

TPM (tumor/progresión/metástasis)	0	0	0	1	0	1
Tratamiento adecuado en el momento adecuado	0	1	0	0	0	1
Tratamiento oncológico	0	0	1	0	0	1
Tratamiento/s	0	1	2	0	0	3
Tratamientos paliativos (cáncer terminal)	0	0	0	1	0	1
Y acudir cuanto antes al médico al primer síntoma de algún malestar que pueda estar relacionado con problemas de cáncer (prevención = detección temprana)	0	0	1	0	0	1
TOTAL	32	9	15	9	1	66

Tabla AVIII.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos preventivos'

Tratamientos preventivos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¡¡Prevención!!	1	0	0	0	0	1
Ante todo la prevención es el tratamiento más efectivo	1	0	0	0	0	1
Controles más exhaustivos de la población de riesgo	0	0	0	0	1	1
Controles rutinarios	0	1	0	0	0	1
Detectar a tiempo	1	0	0	0	0	1
Diagnosticarlo antes de tiempo	0	0	1	0	0	1
Diagnóstico	0	1	0	0	0	1
Diagnóstico precoz	2	1	0	0	0	3
El diagnóstico precoz	0	1	0	0	0	1
El mejor tratamiento para el cáncer es prevenir	1	0	0	0	0	1
Investigación y prevención contra la enfermedad	0	0	0	0	1	1
La prevención	2	0	0	0	0	2
La prevención y las revisiones las considero muy importantes	0	1	0	0	0	1
Lo más efectivo es la detección precoz	1	0	0	0	0	1
Mayor revisiones y más extensas	1	0	0	0	0	1
Medidas de prevención	1	0	0	0	0	1
Medidas preventivas	0	0	1	0	0	1
Prevención	28	2	2	3	0	35
Prevención (estilos de vida, comida)	1	0	0	0	0	1
Prevención (sol)	1	0	0	0	0	1
Prevención primaria	1	0	1	0	0	2
Prevención y detección precoz	1	0	0	0	0	1
Prevención, detección genética	1	0	0	0	0	1
Prevención: tipo vida	1	0	0	0	0	1
Preventivos	0	0	1	0	0	1
Primero la prevención, no es un tratamiento pero para mí es fundamental	1	0	0	0	0	1
Programas de educación	0	0	1	0	0	1

poblacional						
Programas de screening	1	0	0	0	0	1
Pruebas de screening, como la mamografía ayudan a prevenirlo	0	1	0	0	0	1
Revisión para prevención	1	0	0	0	0	1
Revisiones	0	1	0	0	0	1
Revisiones médicas cada año	1	0	0	0	0	1
Revisiones médicas periódicas de ginecología y otros	1	0	0	0	0	1
Revisiones para su diagnóstico precoz	1	0	0	0	0	1
Revisiones periódicas	1	1	0	0	0	2
Seguimiento de pacientes con patología potencialmente neoplásica	0	1	0	0	0	1
Tratamiento de prevención	0	0	1	0	0	1
TOTAL	52	11	8	3	2	76

Tabla AVIII.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos farmacológicos’

Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
3° farmacológico (radio o quimio)	0	0	1	0	0	1
Bicarbonato sódico IV y oral	0	0	0	1	0	1
Citostáticos	0	0	1	0	0	1
Farmacológicos en la actualidad	1	0	0	0	0	1
Fármacos	0	1	1	0	0	2
Fármacos con diana	1	0	0	0	0	1
Fármacos específicos	0	0	0	1	0	1
Hormonoterapia	0	1	1	3	0	5
Hoy en día está la quimio pero la veo muy agresiva ya que si hay otros métodos pero sólo están al alcance de la privada, no de la pública y son menos agresivos para el paciente	0	1	0	0	0	1
La quimio	0	1	0	0	0	1
La terapia hormonal	0	1	0	0	0	1
Medicación	0	0	1	0	0	1
Medicación experimental	0	0	1	0	0	1
Medicamentos	2	3	1	0	0	6
P.Q.T (poliquimioterapia)	0	0	1	0	0	1
Pastillas	1	0	0	0	0	1
Quimio (según el cáncer)	0	0	1	0	0	1
Quimio depende del cáncer	1	0	1	0	0	2

Quimioembolización	0	0	1	0	0	1
Quimioterapia	208	102	30	2	1	343
Sólo conozco la quimio	2	0	0	0	0	2
Suministro de ácidos grasos esenciales	0	0	1	0	0	1
Suplementos de minerales	1	0	0	0	0	1
Terapia hormonal	0	0	0	1	0	1
Terapias orales hormonales	0	0	0	1	0	1
Tratamiento con medicación para control de síntomas y del dolor	0	0	0	1	0	1
Tratamiento farmacológico	1	0	0	0	0	1
Tratamiento por vía oral	0	0	1	0	0	1
Tratamiento quimioterápico	0	1	0	0	0	1
Tratamiento/s hormonal/es	0	0	1	2	0	3
Vacunación	0	1	0	0	1	2
Vacunas	1	1	1	1	0	4
Vitamina B-17 y ácido ascórbico (vit. C)	0	0	1	0	0	1
Vitaminas adecuadas	0	1	0	0	0	1
Xeloda	1	0	0	0	0	1
Y en mi caso maphtera, es un complemento que ayuda a la quimio	0	1	0	0	0	1
TOTAL	220	115	46	13	2	396

Tabla AVIII.4

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos médicos'

Tratamientos médicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿Radioterapia?	0	1	0	0	0	1
Acudir al médico	1	0	0	0	0	1
Anticuerpos	0	0	0	2	0	2
Biología molecular	0	0	0	1	0	1
Biomagnetismo	1	0	0	0	0	1
Braquiterapia	0	0	1	2	0	3
Células madre	0	1	0	0	0	1
Cobalto	0	0	1	0	0	1
Colonoscopias	0	1	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer, en la actualidad radio	1	0	0	0	0	1
Factores de trasferencia	0	1	0	0	0	1
Génicos	0	0	0	1	0	1
Inmunológico	0	0	1	0	0	1
Inmunoterapia	1	0	1	0	0	2
La radio	0	0	1	0	0	1
La radioterapia para la próstata	0	0	1	0	0	1
Los indicados por la medicina	1	0	0	0	0	1
Mamografía	0	0	1	0	0	1
Manipulación genética	0	0	1	0	0	1

Médico	2	0	0	0	0	2
Menos medicación (químico)	0	0	1	0	0	1
Modificación del VIH (soluciones con bombas genéticas)	1	0	0	0	0	1
Neuropsicoinmunología	0	0	0	1	0	1
Radioterapia	38	160	62	10	1	271
Rayos	0	1	0	0	0	1
Regulación biofísica (pH, RH2, número de brix, conductividad)	1	0	0	0	0	1
Regulación bioquímica (vitaminas, minerales, etc.)	0	1	0	0	0	1
Sin olvidar la psicoterapia como apoyo dentro de la enfermedad y fisioterapia para el dolor y posibles secuelas	0	0	0	0	1	1
Terapia	1	0	0	0	0	1
Terapia de células madre	0	0	0	1	0	1
Terapias biológicas	0	0	0	1	0	1
Transfusiones	0	1	1	0	0	2
Transfusiones sanguíneas	0	1	0	0	0	1
Trasplante alogénico	0	0	0	1	0	1
Trasplante de médula ósea/TMO	0	0	3	2	1	6
Trasplante médula	1	0	2	2	0	5
Tratamiento con radioterapia	0	0	1	0	0	1
Tratamiento médico	2	0	0	0	0	2
Tratamientos de soporte (trasfusiones, ...)	0	0	0	0	1	1
Tratamientos médicos adecuados para esta enfermedad	0	0	0	1	0	1
Tratamientos nucleares	0	1	0	0	0	1
TOTAL	51	169	78	25	4	327

Tabla AVIII.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos psicológicos'

Tratamientos psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Apoyo psicológico	0	1	1	0	1	3
Ayuda psicología	0	1	0	0	0	1
Ayuda psicológica	0	0	0	1	0	1
Bienestar psicológico	0	0	1	0	0	1
Psicología	0	0	1	0	0	1
Psicológico/s	0	2	2	0	0	4
Psicoterapia	0	0	1	0	0	1
Salud mental	0	1	0	0	0	1
Terapia psicológica	1	1	0	0	0	2
Terapia psicológica de afrontamiento para el paciente y su entorno	0	1	0	0	0	1
Terapias alternativas (apoyo psicológico)	0	0	0	0	1	1
Tratamiento psicológico	1	1	1	0	0	3
TOTAL	2	8	7	1	2	20

Tabla AVIII.6

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos quirúrgicos’

Tratamientos quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
2° extirpar la zona afectada	0	1	0	0	0	1
Ablación tumor	0	1	0	0	0	1
Cirugía	67	25	46	6	1	145
Cirugía (según casos)	1	0	0	0	0	1
Cirugía agresiva	1	0	0	0	0	1
Cirugía o extirpación del tumor	1	0	0	0	0	1
Cirugía radical	1	0	0	0	0	1
Cirugía radical cuando es posible	1	0	0	0	0	1
Cirugía si precisa	0	0	1	0	0	1
Cirugía: extirpar toda la masa tumoral	1	0	0	0	0	1
Depende el tipo de cáncer puede ser eficaz el tratamiento quirúrgico	1	0	0	0	0	1
Después intervención quirúrgica	0	1	0	0	0	1
Exéresis	1	0	0	0	0	1
Exéresis quirúrgica	0	1	0	0	0	1
Extirpación	1	0	3	0	0	4
Extirpación del cáncer	0	0	2	0	0	2
Extirpación del tumor	3	0	2	0	0	5
Extirpación o resección del tumor	0	1	0	0	0	1
Extirpación quirúrgica (cuando es posible)	0	0	1	0	0	1
Extracción tumor	0	1	0	0	0	1
Intervención quirúrgica	6	5	3	1	0	15
Intervención-cirugía	1	0	0	0	0	1
La cirugía	1	0	0	0	0	1
La cirugía para el pecho	0	1	0	0	0	1
La extirpación del tumor	1	0	0	0	0	1
Los que hay operación	1	0	0	0	0	1
Operación quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Operación/es	4	0	2	1	0	7
Operar	1	0	0	0	0	1
Quirófano	3	0	0	0	0	3
Quirúrgico (los existentes)	0	0	1	0	0	1
Quirúrgico/s	5	1	2	1	0	9
Radio quirúrgico	0	1	0	0	0	1
Resección quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Sólo la cirugía	0	1	0	0	0	1
Trasplante/s	0	0	2	1	0	3
Tratamiento quirúrgico	3	0	2	0	0	5
Tratamiento quirúrgico extirpando el tumor	1	0	0	0	0	1
Y sobre todo la cirugía	0	0	0	1	0	1
TOTAL	108	40	67	11	1	227

Tabla AVIII.7

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos naturales’

Tratamientos naturales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Medicina natural	0	0	1	0	1	2
Probaría con tratamientos naturales	1	0	0	0	0	1
Terapias naturales	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	0	2	0	1	4

Tabla AVIII.8

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘hábitos de vida saludables’

Hábitos de vida saludables	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Alimentación	1	0	0	1	0	2
Alimentación (con fibras, verduras y frutas)	0	1	0	0	0	1
Alimentación alcalina	0	1	0	0	0	1
Alimentación equilibrada y sana	0	0	0	1	0	1
Alimentación sana	0	1	0	0	0	1
Ayuno/s	2	0	0	0	0	2
Buen entorno	1	0	0	0	0	1
Buen estilo de vida	1	0	0	0	0	1
Buena alimentación	0	0	1	0	0	1
Comida sana	0	1	0	0	0	1
Creo que hay que prevenir con buenos hábitos	0	1	0	0	0	1
Cuidar la alimentación	1	0	0	0	0	1
Cuidar la alimentación y el cuerpo con ejercicio físico	0	1	0	0	0	1
Deporte	0	0	0	2	0	2
Descanso	0	1	0	0	0	1
Dieta alcalina, frutoterapia, jugoterapia, etc.	0	0	0	0	1	1
Dieta saludable	0	0	0	1	0	1
Dieta sana	0	0	0	0	1	1
Ejercicio	0	0	0	1	0	1
Entorno	1	0	0	0	0	1
Estilo de vida saludable	0	2	0	0	0	2
Estilo vida sano	1	0	0	0	0	1
Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas.	1	0	0	0	0	1
Hábitos alimenticios	0	0	1	0	0	1
Llevar una vida lo menos estresada y estresante posible	0	1	0	0	0	1
Llevar una vida sana	2	0	0	0	0	2
Llevar una vida sana sin tomar café ni	1	0	0	0	0	1

bebidas alcohólicas						
No alcohol	0	0	0	1	0	1
No comer carnes de ningún tipo	0	1	0	0	0	1
No comer demasiado	0	1	0	0	0	1
No comer pescados ni mariscos	0	0	1	0	0	1
No drogas	0	0	1	0	0	1
No fumar	0	0	0	0	2	2
No fumar, beber alcohol no habitualmente	0	1	0	0	0	1
No soy médico o especialista para decir un tratamiento, pero por la información que tengo, se puede mejorar con buena actitud, alimentación adecuada y ejercicio físico	1	0	0	0	0	1
Una mejor calidad de vida, sin estrés, comida sana, descanso adecuado, deporte, inteligencia emocional, ser más positivo en la vida, trabajar menos, disfrutar más,....	1	0	0	0	0	1
Vida activa	0	0	1	0	0	1
Vida saludable	0	0	1	0	0	1
Vida sana	1	0	1	0	0	2
Vida sana, tranquila, afectiva	1	0	0	0	0	1
TOTAL	16	13	7	7	4	47

Tabla AVIII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'combinaciones de tratamientos'

Combinaciones de tratamientos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Actualmente se está aplicando la radio y la quimio	0	1	0	0	0	1
Cada uno o combinado puede ser efectivo para distintos tipos de cáncer	0	0	0	1	0	1
Cirugía ¿quimio, radio?	1	0	0	0	0	1
Cirugía + quimioterapia	1	0	0	0	0	1
Cirugía + Radioterapia	0	1	0	0	0	1
Cirugía/radio/quimio	0	1	0	0	0	1
Cirugía+quimio o radio	1	0	0	0	0	1
Combinación de distintos procedimientos	0	0	0	1	0	1
Combinación según tipo de cáncer cirugía, quimio+radio	1	0	0	0	0	1
Dependiendo del tipo y estadiaje quimio, radio o la combinación de los	1	0	0	0	0	1

dos. Además de trasplantes de médula ósea						
Después quimio o radio para prevención	0	1	0	0	0	1
El tratamiento es multidisciplinar y depende de qué tipo se trata con protocolos adecuados. Todos los tratamientos son importantes tanto la cirugía, como la quimioterapia o radioterapia y la terapia con monoclonales	1	0	0	0	0	1
Farmacología+tratamientos radioterapia	0	0	1	0	0	1
Los indicados en cada caso: quimio, trasplantes, cambios en la alimentación	0	1	0	0	0	1
Luego, en función de qué tipo de cáncer es mejor un tratamiento u otro, ya sea quimio, radio, intervención, fármacos	0	1	0	0	0	1
Medicación, radiación, quimio, cirugía	0	0	0	1	0	1
O todo	0	0	0	1	0	1
Prevención y buen estilo de vida	0	0	0	1	0	1
Puede que en algunos casos sea la medicación pero en otros los cambios de tipo de vida, alimentación, de manera de aceptar y actuar, los sentimientos, terapias alternativas	1	0	0	0	0	1
Pues depende del tipo de cáncer, pero básicamente la quimio, la radio y la cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimio o radio, dependiendo del tipo	0	1	0	0	0	1
Quimio y radio y cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimio/radio	1	1	1	0	0	3
Quimioterapia + cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimioterapia/radioterapia/cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimioterapia+radioterapia+cirugía	1	0	0	0	0	1
Radio+quimio+intervención quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Radioterapia+quimioterapia	1	1	0	0	0	2
Tratamiento médico y/o quirúrgico si precisa	1	0	0	0	0	1
Tratamientos que llevan como quimio, radio, etc.	0	0	1	0	0	1
TOTAL	16	9	3	5	0	33

Tabla AVIII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'no creencia/no conocimientos'

No creencia/no conocimientos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Aunque algunos médicos piensan que el tratamiento perjudica tanto a los órganos vitales que no son favorables o partidarios de dichos tratamientos y eso nos confunde	0	0	1	0	0	1
Desconozco el tema de los tratamientos	1	0	0	0	0	1
Estos tratamientos solamente hoy en día en los canceres benignos son efectivos pero no en los malignos	0	0	0	0	1	1
Los desconozco que tratamientos pueden ser más efectivos contra esta enfermedad	1	0	0	0	0	1
Nada	1	0	0	0	0	1
Ninguno	4	0	0	0	0	4
No confié en la curación	1	0	0	0	0	1
No considero que existan tratamientos más o menos efectivos, para cada tipo/estadio de cáncer hay un tratamiento que a veces es más efectivo que otras veces no	1	0	0	0	0	1
No estoy cualificada	1	0	0	0	0	1
No lo se	2	0	0	0	0	2
No lo sé, creo que en el futuro la respuesta estará en la causa determinante y en especial en nuestro sistema autoinmune	1	0	0	0	0	1
No sabría contestar	1	0	0	0	0	1
No tengo conocimientos para determinar, pues cada caso requerirá un tratamiento, "diagnostico precoz"	1	0	0	0	0	1
NS/NC	1	0	0	0	0	1
Pero no siempre son eficaces	0	0	0	1	0	1
Realmente no lo sé y tampoco sé si hay tratamiento específico que lo cure en su totalidad y para siempre	1	0	0	0	0	1

Son poco efectivos	1	0	0	0	0	1
TOTAL	18	0	1	1	1	21

Tabla AVIII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos espirituales’

Tratamientos espirituales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Comer lo que dios manda y beber	0	0	1	0	0	1
Fe	0	0	1	0	0	1
Reiki	0	0	0	1	1	2
Una vida espiritual positiva	0	0	0	0	1	1
TOTAL	0	0	2	1	2	5

Tabla AVIII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos relacionados con la actitud de las personas’

Tratamientos relacionados con la actitud personas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Actitud	1	0	0	0	0	1
Actitud positiva	1	0	0	0	0	1
Afecto	0	0	1	0	0	1
Alegría	0	0	0	1	0	1
Ambiente familiar positivo	0	1	0	0	0	1
Amistad	0	0	0	1	0	1
Amor	0	0	0	1	0	1
Apoyo	1	0	0	0	0	1
Apoyo emocional	0	0	0	0	1	1
Apoyo entorno	0	0	1	0	0	1
Apoyo familiar	0	2	1	2	0	5
Apoyo pareja	0	1	0	0	0	1
Apoyo social	1	1	0	0	0	2
Apoyo social/familiar	0	1	0	0	0	1
Aptitud positiva	0	0	0	1	0	1
Buen estado de ánimo	0	1	0	0	0	1
Buena actitud	0	1	0	0	0	1
Cambiar la mentalidad	1	0	0	0	0	1
Colaboración y participación del paciente oncológico	0	0	0	1	0	1
Comprensión	0	1	0	0	0	1
Considero que el optimismo ayuda bastante	0	1	0	0	0	1
Cuidados familiares	0	1	0	0	0	1
El amor de tu familia/amigos	1	0	0	0	0	1
Encauzar tu vida lo mejor posible	0	1	0	0	0	1
Esperanza	1	1	0	0	0	2
Estado de ánimo y ganas de luchar	1	0	0	0	0	1

Estar con alegría	0	0	0	1	0	1
Estimulo familiar	0	0	1	0	0	1
Fuerza	0	0	1	0	0	1
Fundamentalmente apoyo psicológico	0	1	0	0	0	1
Ganas de vivir	0	0	1	0	0	1
Ganas de vivir, mucho afecto familiar y amistad. Confianza en los médicos (buena información). Paciencia	0	0	0	0	1	1
Hacer que el enfermo se encuentre comprendido	1	0	0	0	0	1
Hacerle la vida más agradable y alegre	0	1	0	0	0	1
La ayuda familiar, su apoyo y el de tus amigos, eso es esencial	0	1	0	0	0	1
La fuerza de voluntad	0	0	1	0	0	1
La predisposición del paciente ante la enfermedad	0	0	0	1	0	1
Más actitud positiva	0	0	1	0	0	1
No dramatizar si no es por situación extrema	0	0	0	1	0	1
No engañar	0	0	0	0	1	1
Oír conciertos, bailar, comer con apetito y ser feliz	0	0	0	0	1	1
Optimismo	0	0	1	1	0	2
Positividad frente a ella	0	0	0	0	1	1
Positivo	0	1	0	0	0	1
Que la persona nunca se dé por vencida	0	1	0	0	0	1
Reír	0	1	0	0	0	1
Ser positivo	1	0	0	0	0	1
Sobre todo VIVIR	0	0	1	0	0	1
Suerte	0	0	0	1	0	1
Una casa alegre	0	0	1	0	0	1
Unión en el entorno familiar	0	0	0	0	1	1
Vida al aire libre	0	0	0	0	1	1
Vida feliz	1	0	0	0	0	1
Vistas al mar	0	0	0	1	0	1
Vivir la vida	0	1	0	0	0	1
Y si toca, afrontarlo lo mejor posible	0	0	1	0	0	1
TOTAL	11	20	12	13	7	63

Anexo IX

Distribución de frecuencias de la población general según el sistema de categorización de los grupos de riesgo.

Tabla AIX.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas’

Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Abuso de alcohol	0	0	1	0	0	0	1
Abuso de tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Adicción	0	0	1	0	0	0	1
Adictas a drogas	0	1	0	0	0	0	1
Adictos al tabaco	2	0	0	0	0	0	2
Al igual que ciertos hábitos (fumar, alcohol)	0	1	0	0	0	0	1
Alcohol	0	2	0	2	1	1	6
Alcohol, tabaco	0	0	1	0	0	0	1
Alcohólicos/as	2	36	14	0	1	0	53
Alcoholismo	0	0	1	0	1	0	2
Aquellas con factores de riesgo asociados a tener esa enfermedad (tabaco, alcohol, mala alimentación)	1	0	0	0	0	0	1
Aquellos que están expuestos a sustancias cancerígenas (fumadores,...)	1	0	0	0	0	0	1
Bebedor activo moderado crónico	0	1	0	0	0	0	1
Bebedor/es	0	3	0	0	0	0	3
Bebedoras (alcohólicas)	1	0	0	0	0	0	1
Bebedores de alcohol	0	3	1	0	0	0	4
Bebedores de alcohol o que tomen drogas	0	0	1	0	0	0	1
Bebedores en exceso	0	1	0	0	0	0	1
Bebedores en general	0	1	0	0	0	0	1
Bebedores/as	1	18	7	0	0	0	26
Beben	0	1	0	0	0	0	1
Beben alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Cáncer de pulmón: personas que fuman mucho	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida poco saludables (p.e. Fumadores)	0	1	0	0	0	0	1

Con hábitos de vida poco saludables, tabaco	0	1	0	0	0	0	1
Con hábitos poco saludables (tabaquismo, alcohol, drogas, ...)	0	1	0	0	0	0	1
Consumidoras de alcohol y tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Consumidores alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Consumo alcohol	1	0	0	0	0	0	1
Droga	0	0	0	1	0	0	1
Drogadictos	0	2	3	2	1	0	8
Etilismo	0	1	0	0	0	0	1
Factores externos (tabaco, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Factores riesgo (tabaco)	0	1	0	0	0	0	1
Fumador pasivo	0	1	0	0	0	0	1
Fumador/es/as	157	34	5	2	0	0	198
Fumadores de muchos años	0	1	0	0	0	0	1
Fumadores de tiempo	0	1	0	0	0	0	1
Fumadores por ejemplo	1	0	0	0	0	0	1
Fumadores y bebedores	0	0	0	1	0	0	1
Fuman	0	0	1	0	0	0	1
Fuman y no comen adecuadamente	0	1	0	0	0	0	1
Fumar	0	1	1	0	0	0	2
Habito alcohólico	0	1	0	0	0	0	1
Hábito enólico	0	1	0	0	0	0	1
Habito tabáquico	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos adquiridos (fumar o beber en exceso)	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos contrarios a la salud como fumar, beber, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos poco saludables (tabaco, etc.)	0	1	0	0	0	0	1
La gente fumadora	1	0	0	0	0	0	1
Las fumadoras	1	0	0	0	0	0	1
Las malas costumbres (fumar, beber, etc.)	0	1	0	0	0	0	1
Las personas expuestas a ciertos ambientes (tabaco, alcohol, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Las personas fumadoras	1	0	0	0	0	0	1
Las personas que fuman	2	0	0	0	0	0	2
Las personas que fuman bastante (un	1	0	0	0	0	0	1

paquete de tabaco diario)							
Las que beben	0	1	0	0	0	0	1
Las que fuman	2	0	0	0	0	0	2
Las que fuman o beben en exceso	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen factores de riesgo: tabaco, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos poco saludables (fumar, alcohol, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Los bebedores	0	2	0	0	0	0	2
Los drogadictos	0	0	1	0	0	0	1
Los fumadores	6	0	0	0	0	0	6
Los pacientes con hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Los que asocian habito alcohólico y tabaco	0	0	0	1	0	0	1
Los que beben	0	1	0	0	0	0	1
Los que fuman	2	0	0	0	0	0	2
Los que realizan actitudes que conllevan este riesgo (ej. fumar)	0	1	0	0	0	0	1
Los que son alcohólicos	0	1	0	0	0	0	1
Los que tienen factores de riesgo tales como tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen hábitos no saludables (como fumar, beber)	1	0	0	0	0	0	1
Los que toman alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Malos hábitos (fumar, alcohol, etc.)	0	0	0	1	0	0	1
Personas con conductas de riesgo: alcohólicos graves	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilo de vida perjudiciales tabaco, alcohol, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Personas con hábitos, estilos de vida no saludables (tabaco, alcohol)	0	1	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos saludables (ej. Fumadores)	0	1	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos tanto alimentarios como ser adictos al tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Personas con problemas de	1	0	0	0	0	0	1

alcoholismo							
Personas cuyos hábitos de vida predisponen al cáncer (tabaco, alcohol)	1	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a factores de riesgo (ej. Tabaco, alcohol, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Personas fumadoras	6	4	0	0	0	0	10
Personas predispuestas por estilos de vida (alcohol, tabaco, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Personas que beben	0	1	0	0	0	0	1
Personas que fuman	4	0	0	1	1	0	6
Personas que no llevan una vida saludable como ser un gran fumador o bebedor también	1	0	0	0	0	0	1
Personas que tienen hábitos tóxicos (como el fumar)	0	1	0	0	0	0	1
Por conductas adictivas	1	0	0	0	0	0	1
Por ejemplo: en un cáncer de pulmón una persona fumadora	1	0	0	0	0	0	1
Por ser alcohólica	0	0	1	0	0	0	1
Por ser fumadora	0	1	0	0	0	0	1
Que beben mucho alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Que fumen	0	1	0	0	0	0	1
Tabaco	2	2	0	0	1	0	5
Tabaquismo	1	4	1	0	0	0	6
TOTAL	214	150	40	11	6	1	422

Tabla AIX.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'factores de riesgo relacionados con la alimentación

Factores de riesgo relacionados con la alimentación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Alimentación	0	2	2	0	0	0	4
Alimentación desequilibrada	0	0	1	0	0	0	1
Alimentación inadecuada	0	0	1	0	0	0	1
Alimentación incorrecta	0	1	0	0	0	0	1
Alimentación muy	0	0	1	0	0	0	1

carnívora							
Comer sano	0	1	0	0	0	0	1
Con alimentación inadecuada	0	0	1	0	0	0	1
Con mala alimentación	0	0	1	1	0	0	2
Con malos hábitos alimentarios	0	1	0	0	0	0	1
Consumidores de alimentos basura e industrializados	0	0	1	0	0	0	1
Consumidores de productos de agricultura y ganadería convencionales	0	0	0	0	1	0	1
Dieta	0	1	0	0	0	0	1
Dieta inadecuada	0	1	0	0	0	0	1
Dieta pobre frutas-verduras	0	0	1	0	0	0	1
Dieta poco equilibrada y rica en grasas saturadas	0	0	1	0	0	0	1
Dieta rica en grasas	0	0	0	1	0	0	1
Gente que come muchas grasas	0	0	1	0	0	0	1
Las que llevan una mala alimentación	1	0	0	0	0	0	1
Las que no se alimentan adecuadamente	0	1	0	0	0	0	1
Los ciudadanos que abusan en alimentos	0	1	0	0	0	0	1
Los que no comen frutas y verduras	0	1	0	0	0	0	1
Los que se alimentan mal	1	0	0	0	0	0	1
Los que se relacionan o consumen sustancias cancerígenas	0	1	0	0	0	0	1
Los que tienen malos hábitos alimenticios	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen una alimentación inadecuada	1	0	0	0	0	0	1
Mal alimentados	0	1	2	0	0	0	3
Mala alimentación	3	6	6	2	0	0	17
Mala dieta	0	1	0	0	0	0	1
Mala nutrición	0	1	1	0	0	0	2

Malos hábitos alimentarios	0	1	2	0	1	0	4
Malos hábitos alimenticios y en la vida diaria	0	1	0	0	0	0	1
No comer crudo	0	0	1	0	0	0	1
Pautas alimenticias	0	1	0	0	0	0	1
Personas con alimentación desequilibrada con exceso grasa en la dieta	0	1	0	0	0	0	1
Personas con dieta deficiente en fruta/verdura	0	0	0	0	1	0	1
Personas con mala alimentación	0	0	1	0	0	0	1
Personas con malos hábitos alimentarios	1	1	0	0	0	0	2
Personas con malos hábitos que aumentan los factores de riesgo, como mala alimentación	0	1	0	0	0	0	1
Personas mal alimentadas	0	1	0	0	0	0	1
Personas que no tienen una dieta saludable, etc.	0	0	1	0	0	0	1
Personas que tienen malos hábitos alimenticios	0	0	1	0	0	0	1
Por una mala alimentación	1	0	0	0	0	0	1
Que coman una dieta alta en grasas	0	0	1	0	0	0	1
Que no llevan una alimentación sana	0	1	0	0	0	0	1
Que no tengan una dieta saludable	0	0	1	0	0	0	1
Tipo de comida que comen	0	0	1	0	0	0	1
Y muy carnívoros	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	9	28	29	4	4	0	74

Tabla AIX.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal’

Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Las personas con hábitos sedentarios	1	0	0	0	0	0	1
Los de vida sedentaria	0	0	0	1	0	0	1
No deporte	0	2	0	0	0	0	2
No hacen deporte	0	0	0	1	0	0	1
No hacen ejercicio	0	0	0	1	0	0	1
Obesos/as	2	3	1	1	0	0	7
Persona que no practica deporte	0	0	0	1	0	0	1
Personas con sobrepeso	0	1	0	0	0	0	1
Personas obesas	1	0	0	0	0	0	1
Personas que no hacen casi deporte	0	0	0	1	0	0	1
Sedentarios	0	1	2	2	0	0	5
Sedentarismo	1	0	0	1	0	0	2
Tener vida sedentaria	0	0	1	0	0	0	1
Vida sedentaria	0	1	1	0	0	0	2
TOTAL	5	8	5	9	0	0	27

Tabla AIX.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con la conducta sexual’

Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Conductas sexuales de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Los homosexuales	0	0	1	0	0	0	1
Promiscuos	0	1	0	0	0	1	2
Relaciones sexuales múltiples	0	1	0	0	0	0	1
Sexo sin protección	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	4	1	0	0	1	6

Tabla AIX.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el contagio por virus’

Factores de riesgo relacionados con el contagio por virus	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Hepatitis	0	0	1	0	0	0	1
Pacientes con ciertos virus	0	1	0	0	0	0	1
Pacientes infección virus C, HIV	1	0	0	0	0	0	1
Personas que contraen virus potencialmente cancerígenos	0	0	1	0	0	0	1
Sida	0	0	1	1	0	0	2
VHC	0	0	0	1	0	0	1
VIH positivo	0	1	0	0	1	0	2
TOTAL	1	2	3	2	1	0	9

Tabla AIX.6

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘términos generales’

Términos generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Actitudes/hábitos poco saludables	0	1	0	0	0	0	1
Aquellos con hábitos higiénico-dietéticos no recomendables	1	0	0	0	0	0	1
Aunque hay personas con factores de riesgo más propensas	0	1	0	0	0	0	1
Ciertos hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Con factores de riesgo que lo predispongan: tabaco, alcohol, radiaciones, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Con factores de riesgo tipo estilo de vida	0	1	0	0	0	0	1
Con hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Con malos hábitos	0	1	0	0	0	0	1
Con malos hábitos continuados	0	1	0	0	0	0	1
Con malos hábitos, etc.	0	0	0	1	0	0	1

Creo que el mayor riesgo es para personas con hábitos tóxicos y que además viven desconectados de las emociones y los sentimientos con dificultades para expresar y resolver conflicto, emocionales y traumas	1	0	0	0	0	0	1
Cuando presenta conducta de riesgo: fumar, alcoholismo, riesgo sexual,...	1	0	0	0	0	0	1
Depende el tipo de cáncer tendrán más riesgo para unos tipos de factores de exposición	1	0	0	0	0	0	1
El estilo de vida que tienen	0	1	0	0	0	0	1
En general incluiría a las personas que llevan una vida poco sana	0	0	1	0	0	0	1
En general todos tenemos riesgo elevado por cambio en los hábitos de vida	0	0	1	0	0	0	1
Estilo de vida (alimentación, deporte, etc.)	1	2	0	0	0	0	3
Estilo de vida insano	0	0	1	0	0	0	1
Estilo de vida no sano	1	0	0	0	0	0	1
Estilos de vida favorecedores de algún tipo de cáncer	0	1	0	0	0	0	1
Estilos de vida no saludables	0	0	1	0	0	0	1
Estilos de vida poco saludables (alcohol, tabaco, mala alimentación)	1	0	0	0	0	0	1

Existen hábitos muy nocivos	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a factores de riesgo (tabaco, radiación)	0	1	0	0	0	0	1
Factores de riesgo Fumadores, personas que comen cierto tipo de alimentos o malos hábitos alimentarios	0	1	1	0	0	0	2
Gente con malos hábitos de vida	1	0	0	0	0	0	1
Gente de malos hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Gente que sea muy descuidada en su salud	0	0	1	0	0	0	1
Hábitos	0	1	0	0	1	0	2
Hábitos de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos de vida	0	1	1	0	0	0	2
Hábitos de vida no saludables	3	0	0	0	0	0	3
Hábitos insalubres	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos no saludables	0	2	0	0	0	0	2
Hábitos nocivos	1	1	1	0	0	0	3
Hábitos poco saludables	1	1	0	0	0	0	2
Hábitos sesenales	0	0	0	0	0	1	1
Hábitos susceptibles	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos tóxicos	1	2	0	0	0	0	3
Hábitos tóxicos y de alimentación	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos tóxicos: fumar, exposición solar	0	1	0	0	0	0	1
Inmunodeprimidos	0	1	0	0	0	0	1
La persona que sabiendo los riesgos que pueden tener de esa enfermedad y no lleven una vida saludable al respecto	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con hábitos de vida poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con hábitos/estilos de vida no saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con	1	0	0	0	0	0	1

mas factores de riesgo (fumadores, expuestos a sustancias nocivas, malos hábitos, ...)							
Las personas que no se cuiden y que no hagan prevención primaria	0	0	1	0	0	0	1
Las personas que tienen hábitos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Las personas que tienen los malos hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Las que no llevan hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las que no llevan una vida sana	0	0	1	0	0	0	1
Las que no previenen	1	0	0	0	0	0	1
Las que no tengan buenos hábitos de vida	1	0	0	0	0	0	1
Las que no tienen hábitos de vida saludables	0	1	0	0	0	0	1
Las que no tienen un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1
Las que poseen hábitos perjudiciales para la salud: alcohol, drogas, alimentos ricos en grasas, picantes,...	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos de vida contrarios a la buena salud	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Los de hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Los malos hábitos	2	0	0	0	0	0	2
Los que aumentan actividades de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Los que tienen "malos" hábitos tanto físicos como mentales	1	0	0	0	0	0	1

Los que tienen factores de riesgo no controlados	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen hábitos no saludables	1	0	0	0	0	0	1
Los que usan productos pre-hormonales o incluso hormonas	0	0	1	0	0	0	1
Malos hábitos	4	5	1	0	0	0	10
Malos hábitos de vida	1	1	0	0	0	0	2
Malos hábitos higiénico-dietéticos (fumar, sedentarismo, alimentación,...)	1	0	0	0	0	0	1
Malos hábitos, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Mayor conductas de riesgo (fumar, beber, dieta, ...)	0	1	0	0	0	0	1
No cuidan su cuerpo y su alimentación	0	1	0	0	0	0	1
O por sus hábitos de vida	0	1	0	0	0	0	1
Personas con ciertos riesgos: alcohol, tabaco, drogas, mala alimentación, insomnio	1	0	0	0	0	0	1
Personas con determinados hábitos de vida	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilo de vida insano	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilos de vida poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo asociados (tabaco, mala alimentación, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo como fumadores, sedentarios que cuidan poco su vida	1	0	0	0	0	0	1
Personas con hábitos de riesgo: tabaco, alcohol,	0	1	0	0	0	0	1

obesidad, sedentarismo, dietas ricas en grasas y pobres en verduras y frutas y exposición continua y durante periodos de tiempo largo a situaciones de estrés								
Personas con hábitos de vida que supongan riesgos para la salud	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con hábitos de vida tóxicos	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con hábitos no saludables	2	1	1	0	0	0	0	4
Personas con hábitos nocivos para la salud: tabaco, alcohol, no practicar ejercicio, dieta desequilibrada	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con hábitos poco saludables	0	2	0	0	0	0	0	2
Personas con hábitos tóxicos o factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos (fumar,¿¿¿ comer???)	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos de vida	1	2	0	0	0	0	0	3
Personas con malos hábitos de vida: alimentación, alcoholismo, fumadoras, etc.	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos/estilos de vida (tabaquismo, alcohol, no prevención en crema solar, etc.)	0	1	0	0	0	0	0	1

Personas que están en contacto con agentes cancerígenos (tabaco, productos químicos, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Personas que llevan una vida cotidiana y diaria descontrolada (mala alimentación, desorden de todo tipo en horarios)	0	0	1	0	0	0	1
Personas que llevan una vida saludable	0	1	0	0	0	0	1
Personas que no llevan una vida sana	0	0	0	0	1	0	1
Personas que no se cuidan (alcohol, drogas, alimentación)	1	0	0	0	0	0	1
Por hábitos vida	0	1	0	0	0	0	1
Por malos hábitos	0	1	0	0	0	0	1
Por malos hábitos voluntarios	0	1	0	0	0	0	1
Por no saber cuidarse	0	0	1	0	0	0	1
Posiblemente algunas que no tengan una alimentación adecuada, o que abusen de ciertas sustancias tóxicas	1	0	0	0	0	0	1
Que no se cuida	0	1	0	0	0	0	1
Quien no lleva una vida sana	1	0	0	0	0	0	1
Riesgos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
También de estilo de vida	0	1	0	0	0	0	1
También según estilo de vida de la persona	0	1	0	0	0	0	1
Tienen factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Tienen hábitos poco saludables	0	0	0	1	0	0	1
Vida estresada	0	1	0	0	0	0	1
Vida insana	1	1	2	0	0	0	4
Vida poco saludable	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	57	63	20	3	2	1	146

Tabla AIX.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el sol’

Factores de riesgo relacionados con el sol	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Abuso exposición solar	0	0	0	1	0	0	1
Exceso de sol	0	0	1	0	0	0	1
Exceso en radiación solar	0	0	1	0	0	0	1
Exposición al sol	0	2	0	0	0	0	2
Exposición excesiva al sol	0	0	0	1	0	0	1
Exposición prolongada al sol	0	0	1	0	0	0	1
Exposición sol	0	0	2	0	0	0	2
Exposiciones al sol	0	0	0	1	0	0	1
Expuestos al sol	0	0	1	0	0	0	1
Largas exposiciones al sol	0	0	1	0	0	0	1
Las que toman el sol sin tomar protección	0	0	0	1	0	0	1
Personas con exposición al sol	0	1	0	0	0	0	1
Personas con larga exposición al sol	0	1	0	0	0	0	1
Personas que no cuidan su piel ante el sol	0	1	0	0	0	0	1
Personas que se exponen al sol sin protección	0	0	1	0	0	0	1
Sol	0	1	0	0	0	0	1
Tomar sol sin protección	1	1	0	0	0	0	2

TOTAL	1	7	8	4	0	0	20
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

Tabla AIX.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'factor de riesgo laboral'

Factor de riesgo laboral	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ciertas profesiones (mineros)	0	1	0	0	0	0	1
Ciertos oficios	1	0	0	0	0	0	1
Ciertos profesionales	0	0	1	0	0	0	1
Con hábitos tóxicos o que viven y trabajan en ambientes insalubres	0	1	0	0	0	0	1
Con trabajos de riesgo	0	0	1	0	0	0	1
Determinadas profesiones por riesgos fisicoquímicos	0	0	1	0	0	0	1
Determinados trabajos	0	0	0	1	0	0	1
Enfermedades profesionales	1	0	0	0	0	0	1
Exposiciones a trabajos tóxicos	0	0	1	0	0	0	1
Las que están expuestas al manejo de citotóxicos	1	0	0	0	0	0	1
Las que trabajan en productos tóxicos	0	0	1	0	0	0	1
Los mineros	0	1	0	0	0	0	1
Los que en sus trabajos se expongan a más contaminación	1	0	0	0	0	0	1
Los que trabajan con productos que son cancerígenos	1	0	0	0	0	0	1
Los que trabajan en ambientes contaminados	1	0	0	0	0	0	1
Lugar de trabajo	0	0	1	0	0	0	1
Mineros	0	3	0	1	0	0	4
Personal que trabaja en medicina nuclear	1	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan con agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Personas que trabajan con productos "tóxicos"	0	0	0	0	1	0	1

Personas que trabajan con productos que produzcan cáncer	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan en centrales nucleares	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan en contacto con el plomo	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan en puestos de riesgo (Rx, sustancias nocivas)	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan o se exponen con tóxicos (radiaciones, asbesto, selenio)	0	0	0	0	1	0	0	1
Personas que trabajen con materia de riesgo	0	0	1	0	0	0	0	1
Profesionales de centrales nuclear y eléctrica	0	0	1	0	0	0	0	1
Profesionales industriales Rx medicina Rx	0	0	0	0	1	0	0	1
Profesiones con riesgo	0	0	1	0	0	0	0	1
Que trabajan en contacto con el plomo	0	1	0	0	0	0	0	1
Químicos	1	0	0	1	0	0	0	2
Químicos (sustancias)	0	0	1	0	0	0	0	1
Químicos/nucleares	1	0	0	0	0	0	0	1
Riesgo laboral (exposición agentes solares, etc.)	0	1	0	0	0	0	0	1
Riesgos ambientales/laborales	0	0	1	0	0	0	0	1
Riesgos laborales	0	1	0	0	0	0	0	1
Sanitarios	0	0	0	1	0	0	0	1
Sometidos a productos cancerígenos en su trabajo	0	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores	0	1	0	0	0	0	0	1
Trabajadores con ciertos productos químicos	0	1	0	0	0	0	0	1
Trabajadores con contaminantes	0	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores con	0	0	0	1	0	0	0	1

productos radioactivos								
Trabajadores de centrales nucleares	0	0	0	1	0	0	1	
Trabajadores de minas	0	0	1	0	0	0	1	
Trabajadores en algunos trabajos	0	0	1	0	0	0	1	
Trabajadores en contacto con sustancias cancerígenas	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajadores en contacto con tóxicos	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajadores especialistas en unidades peligrosas	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajadores expuestos a altos factores de riesgo laborales (agentes nocivos, contaminantes)	1	0	0	0	0	0	1	
Trabajadores expuestos a ciertas sustancias	0	0	1	0	0	0	1	
Trabajadores expuestos a sustancias nocivas (mineros)	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajadores expuestos a tóxicos	0	0	1	0	0	0	1	
Trabajadores nucleares	0	1	1	0	0	0	2	
Trabajo aire contaminado	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajos con contactos químicos o radiológicos	0	0	0	0	1	0	1	
Trabajos con productos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajos con riesgo	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajos con riesgos inhalación	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajos de riesgo	0	0	0	1	0	0	1	
Trabajos en ciertos lugares	0	0	1	0	0	0	1	
Trabajos expuestos a radiaciones	0	1	0	0	0	0	1	
Trabajos expuestos a radiaciones o productos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1	
TOTAL	12	25	19	7	4	0	67	

Tabla AIX.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo medio ambiente’

Factores de riesgo medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Agentes externos (productos químicos, factores solares)	0	1	0	0	0	0	1
Ambientales	0	1	0	0	0	0	1
Ambiente	0	1	0	0	0	0	1
Ambientes insanos	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas personas que están más en contacto con sustancias cancerígenas	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas que se exponen al uso de sustancias que puedan provocarlo	1	0	0	0	0	0	1
Aquellos que se exponen a tóxicos, aumenta la probabilidad	1	0	0	0	0	0	1
Atmosfera contaminada	0	0	1	0	0	0	1
Condiciones de vida y/o trabajo	0	0	1	0	0	0	1
Contacto con metales pesados	0	1	0	0	0	0	1
Contacto con productos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Contacto con sustancias cancerígenas, químicos, radiaciones, etc.	0	0	1	0	0	0	1
Contaminación	0	0	0	0	0	1	1
Entorno hostil	0	0	0	1	0	0	1
Estar expuestos a radiaciones	0	1	0	0	0	0	1
Estar expuestos en lugares contaminados o químicos	0	0	1	0	0	0	1
Exposición a ciertos factores	0	1	0	0	0	0	1
Exposición a fuentes radioactivas	0	1	0	0	0	0	1
Exposición a radiaciones	0	1	0	0	0	0	1
Exposición al mundo moderno (polvo, humos, carburantes, radiaciones electromagnéticas)	0	0	1	0	0	0	1
Exposición ambiental a radiaciones, etc.	0	0	1	0	0	0	1
Exposición contaminantes	0	1	0	0	0	0	1
Exposición químicos	1	0	0	0	0	0	1
Exposición sustancias nocivas	0	1	0	0	0	0	1
Expuesto factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1

Expuestos a factores físicos (radiaciones)	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a la radiaciones	0	0	0	1	0	0	1
Expuestos a productos químicos	0	1	1	0	0	0	2
Expuestos a radiaciones ionizantes	1	0	1	0	0	0	2
Expuestos a radiaciones ionizantes	1	0	0	0	0	0	1
Expuestos a riesgos agresivos	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a sustancias tóxicas	0	0	0	1	0	0	1
Expuestos a sustancias tóxicas	0	0	1	0	0	0	1
Factores ambientales	0	0	0	1	0	0	1
Gente que viva en ciudades con alta contaminación	0	1	0	0	0	0	1
Las personas que viven o trabajan en entornos con productos con efecto cancerígeno	1	0	0	0	0	0	1
Las que están en contacto con productos radioactivos	0	0	0	0	1	0	1
Las que vivan con alta polución	0	1	0	0	0	0	1
Las sobreexpuestas a radiaciones electromagnéticas	0	0	1	0	0	0	1
Los que están expuestos a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Los que están expuestos a factores de riesgo	1	0	0	0	0	0	1
Los que estén en contacto con radiaciones	0	0	1	0	0	0	1
Los que respiran aire muy contaminado	0	0	0	1	0	0	1
Los que se exponen a factores que han demostrado ser cancerígenos (voluntarios o no)	0	1	0	0	0	0	1
Los que viven en climas contaminados	0	0	1	0	0	0	1
Lugares cercanos a centrales eléctricas, terminales, etc.	0	0	0	0	1	0	1
Pacientes con exposición medioambiental contaminado	1	0	0	0	0	0	1
Persona con exposición a tóxicos	0	0	0	0	0	1	1
Persona que esté en contacto con agentes químicos, radioactividad, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Personas con exposición a productos químicos	0	0	0	1	0	0	1
Personas con exposición	0	0	1	0	0	0	1

a radiaciones								
Personas en contacto con radiaciones	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas en contacto con sustancias nocivas	0	0	1	0	0	0	0	1
Personas en contacto con sustancias peligrosas/cancerígenas	0	0	1	0	0	0	0	1
Personas en contacto con sustancias químicas	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas en contacto con tóxicos y radiaciones con múltiples antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a agentes de riesgo	0	0	1	0	0	0	0	1
Personas expuestas a ambientes químicos	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a ciertas sustancias	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a determinada contaminación	0	0	0	1	0	0	0	1
Personas expuestas a medios contaminantes	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a productos cancerígenos	0	0	0	1	0	0	0	1
Personas que estén expuestas a ellos	0	0	0	1	0	0	0	1
Personas que viven en lugares donde hay mucha contaminación	0	0	1	0	0	0	0	1
Polución	0	0	1	0	0	0	0	1
Que estén mucho tiempo expuestos a materiales tóxicos	0	0	0	1	0	0	0	1
Radiación/es	1	0	1	0	0	0	0	2
Radiaciones solares	0	1	0	0	0	0	0	1
Reciben radiaciones	0	1	0	0	0	0	0	1
Relacionados con productos tóxicos	0	0	1	0	0	0	0	1
Residentes en zonas con alta radiación	0	0	0	0	0	0	1	1
También factores ambientales	0	0	1	0	0	0	0	1
Todas aquellas personas que estén vinculadas con la radioactividad y consuma productos (comida) con sustancias químicas	1	0	0	0	0	0	0	1
Viven en donde hay contaminación	0	0	1	0	0	0	0	1
Vivir zona riesgo	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	16	26	22	10	2	3	3	79

Tabla AIX.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘factores de riesgo biológico’

Factores de riesgo biológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Adolescencia	1	0	0	0	0	0	1
Ancianos	1	0	0	2	0	0	3
Bajas de defensa	1	0	0	0	0	0	1
Con enfermedades de otro tipo graves	0	0	1	0	0	0	1
El género femenino de cáncer de mama	1	0	0	0	0	0	1
Enfermedades que predisponen a padecer algunos tipos de cáncer	0	0	1	0	0	0	1
Enfermos crónicos con una cantidad excesiva	0	0	1	0	0	0	1
Estreñimiento	0	0	0	1	0	0	1
Estreñimiento crónico	0	1	0	0	0	0	1
Etnias o poblaciones	0	1	0	0	0	0	1
Gente mayor	1	0	0	0	0	0	1
Les falta un pecho	0	1	0	0	0	0	1
Mayor de 70 años	0	0	0	0	1	0	1
Mayor edad	1	0	0	0	0	0	1
Mujeres	1	2	2	0	0	0	5
Personas inmunes	1	0	0	0	0	0	1
Que tienen patologías respiratorias	0	0	0	0	1	0	1
Quien tiene pólipos	0	0	1	0	0	0	1
Ser mayor de 70 años	0	0	0	1	0	0	1
Tiene una patología de otra enfermedad	0	1	0	0	0	0	1

Traqueotomía	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	8	6	7	4	2	0	27

Tabla AIX.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘factores de riesgo hereditarios’

Factores de riesgo hereditarios	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
¿Por qué creo que es genético?	0	1	0	0	0	0	1
A parte de los riesgos hereditarios genéticos de algunos tipos de cáncer (brca1, brca2 en mama o colorectal)	1	0	0	0	0	0	1
Alteraciones genéticas que lo marquen	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes	1	2	1	0	0	0	4
Antecedentes de cáncer	0	0	0	1	0	0	1
Antecedentes de cáncer familiar	1	0	0	0	0	0	1
Antecedentes familia	0	1	0	0	0	0	1
Antecedentes familiares	13	6	2	0	0	0	21
Antecedentes familiares con cáncer	0	1	0	0	0	0	1
Antecedentes familiares de cáncer	3	0	0	0	0	0	3
Antecedentes familiares de determinados cánceres	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes hereditarios	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes personales	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas con antecedentes familiares de algún tipo de cáncer (como el de colon)	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas familias que generación tras generación, un gran número de sus	0	1	0	0	0	0	1

miembros lo padecen (herencia)								
Aquellas personas con antecedentes de cáncer en su familia	1	0	0	0	0	0	0	1
Aquellas personas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	0	1
Aquellas personas que tengan antecedentes personales o familiares	1	0	0	0	0	0	0	1
Aquellas que tengan antecedentes familiares	0	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas que tienen un familiar cercano con ésta enfermedad	1	0	0	0	0	0	0	1
Aquellos con predisposición genética	0	1	0	0	0	0	0	1
Aquellos que tienen antecedentes familiares	0	0	1	0	0	0	0	1
Aunque la podemos padecer por transferencia genética	0	1	0	0	0	0	0	1
Causas genéticas	0	0	1	0	0	0	0	1
Cierto tipo de cáncer con factor genético	1	0	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes	0	0	3	0	0	0	0	3
Con antecedentes cáncer	1	0	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes de cáncer	0	1	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes familiares	3	0	2	2	2	0	0	9
Con antecedentes familiares y herencia genética	1	0	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes genéticos	0	0	1	0	0	0	0	1
Con antecedentes hereditarios	1	0	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes personales familiares	0	1	0	0	0	0	0	1
Con factores genéticos	0	1	0	0	0	0	0	1
Creo que hay un componente genético	1	0	0	0	0	0	0	1
Creo que las que tienen un factor genético	1	0	0	0	0	0	0	1

Creo que personas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Creo que se hereda o no se ponen medios	1	0	0	0	0	0	1
Cuando hay antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
De forma hereditaria	0	1	0	0	0	0	1
De padres cancerosos	0	0	0	0	0	1	1
Descendientes de enfermos de cáncer	0	0	1	0	0	0	1
Determinadas personas con mutaciones genéticas	1	0	0	0	0	0	1
El que tiene familia con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
En determinados cánceres hay predisposición genética (por ejemplo colon)	1	0	0	0	0	0	1
Enfermedades familiares directos	1	0	0	0	0	0	1
Existe una predisposición genética, especialmente en algunos tipos de cáncer (mama) aunque el porcentaje de estos es bajo	1	0	0	0	0	0	1
Factor genético	2	0	0	0	0	0	2
Factor genético y modo de vida	1	0	0	0	0	0	1
Factor hereditario	0	1	0	0	0	0	1
Factores genéticos	0	2	1	0	0	0	3
Factores hereditarios	1	1	1	2	0	0	5
Familia con antecedentes cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiar de enfermo de cáncer	0	0	0	1	0	0	1
Familiares	1	0	0	0	0	0	1
Familiares con cáncer	0	1	1	2	0	0	4
Familiares de ...	1	0	0	0	0	0	1
Familiares de personas que lo tienen o han tenido	1	0	0	0	0	0	1
Familiares de personas que ya han tenido cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiares de primer grado de cierto tipo	1	0	0	0	0	0	1

de cánceres							
Familiares directos	0	1	0	0	0	0	1
Familiares directos con antecedentes cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiares directos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiares enfermo	0	1	0	0	0	0	1
Familiares padecen cáncer hereditario	0	1	0	0	0	0	1
Familiares primer grado cáncer colon, mama menores de 40 años	0	0	1	0	0	0	1
Familiares que han tenido cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Genes	0	1	0	0	0	0	1
Genes cancerígenos	1	0	0	0	0	0	1
Genes que predisponen	1	0	0	0	0	0	1
Genética	0	4	4	0	1	0	9
Genéticamente	1	0	1	1	0	0	3
Gente con antecedentes familiares de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Gente con familiares que hayan padecido cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Herederos	2	0	0	0	0	0	2
Hereditaria	1	0	0	0	0	0	1
Hereditario/s/as	5	3	1	1	0	0	10
Hereditarios por genes	0	0	1	0	0	0	1
Herencia	5	0	1	2	0	0	8
Herencia genética	2	1	0	0	0	0	3
Hijos de familiares directos o indirectos de personas con cáncer (padres, hermanos, ...)	0	1	0	0	0	0	1
Historia familiar	0	2	0	0	0	0	2
La genética es muy importante	1	0	0	0	0	0	1
La gente en general que tienen familiares directos con esta enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
La herencia	0	1	0	0	0	0	1
La predisposición genética	0	1	0	0	0	0	1
Las genéticamente predispuestas	1	0	0	0	0	0	1
Las hereditarias, cáncer de colon por ejemplo	1	0	0	0	0	0	1

Las madres que tienen cáncer a la sangre se la pueden pasar al bebé	0	1	0	0	0	0	1
Las personas con antecedentes	1	1	0	0	0	0	2
Las personas con antecedentes familiares de cáncer	2	0	0	0	0	0	2
Las personas que tienen algún familiar cercano que padece cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Las personas que tienen familia con antecedentes de esta enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Las que en la familia han tenido ya algún enfermo	1	0	0	0	0	0	1
Las que estén predispuestas genéticamente	1	0	0	0	0	0	1
Las que han tenido familiares directos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Las que tengan familiares con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Las que tengan una carga genética importante	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen antecedentes familiares	1	3	0	0	0	0	4
Las que tienen antecedentes familiares con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Los familiares de enfermos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Los familiares de enfermos de cáncer	0	0	0	1	0	0	1
Los hay que responden a un factor genético	1	0	0	0	0	0	1
Los pacientes de familiares con cáncer (hereditarios)	1	0	0	0	0	0	1
Los que genéticamente tienen predisposición (gen)	1	0	0	0	0	0	1
Los que han tenido algún familiar con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Los que han tenido familia con cáncer	0	0	0	1	0	0	1

Los que han tenido familiares que han tenido cáncer, por ejemplo padres, hermanos, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Los que la pueden heredar	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen antecedentes familiares	4	0	0	0	0	0	4
Los que tienen familiares con cáncer en algunas de ellas como el de mama, colon	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen familiares directos con esa enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen familiares que hayan tenido	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen prevalencia por herencia	0	0	0	1	0	0	1
Paciente que en su familia han tenido o tienen enfermos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Pacientes con antecedentes familiares	0	1	0	0	0	0	1
Pacientes que tengan antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Perfil genético	1	0	0	0	0	0	1
Personas con algún familiar con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes	2	1	0	0	0	0	3
Personas con antecedentes cancerosos	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes de cáncer	4	0	0	0	0	1	5
Personas con antecedentes de enfermedades familiares y	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes de riesgo externo	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes en familiares	13	3	0	0	1	0	17

Personas con antecedentes familiares	con	0	0	1	0	0	0	1
Personas con antecedentes familiares de cáncer	con	4	0	0	0	0	0	4
Personas con antecedentes familiares o predispuestas a tenerlo	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes familiares que tengan cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con carga genética	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo biológico	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo, sea genético (antecedentes familiares de determinados tipos de cáncer),	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores genéticos o hereditarios	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con familiares que ya han tenido cánceres hereditarios (mama, etc.)	con	0	1	0	0	0	0	1
Personas con herencia genética	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con historia de cáncer familiar	con	0	1	0	0	0	0	1
Personas con predisposición genética	con	2	0	0	0	0	0	2
Personas con predisposición genética. Antecedentes de cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con riesgo	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su círculo familiar haya predisposición a ello	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su familia hayan padecido cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su	con	1	0	0	0	0	0	1

familia hayan tenido cáncer							
Personas que en su familia lo han padecido varias personas	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su familia tengan algún tipo de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Personas que han tenido secuelas sus padres o abuelos, deben de tener cuidado porque son vulnerables a ello	1	0	0	0	0	0	1
Personas que sus padres hayan padecido la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Personas que sus parientes puedan haber tenido	0	1	0	0	0	0	1
Personas que tienen antecedentes familiares de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Pienso que la genética es un factor determinante	1	0	0	0	0	0	1
Por antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Por familia (genes)	1	0	0	0	0	0	1
Por genética	2	0	1	0	0	0	3
Por genética en algunos tipos de cáncer (cáncer mama)	1	0	0	0	0	0	1
Por herencia	0	2	1	0	0	0	3
Por otro lado, las personas que tienen los factores de riesgo o predisponentes para cada tipo de cáncer (por ejemplo cáncer de pulmón el fumador)	0	1	0	0	0	0	1
Por razones genéticas	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición familiar	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición genética	3	1	0	1	0	0	5
Predisposición genética. Antecedentes	1	0	0	0	0	0	1

Que lo puedan heredar	0	1	0	0	0	0	1
Quienes tienen carga genética	1	0	0	0	0	0	1
Quienes tienen predisposición genética	1	0	0	0	0	0	1
Riesgo hereditario	1	0	0	0	0	0	1
Riesgos genéticos	0	0	1	0	0	0	1
Se hereda	1	0	0	0	0	0	1
Según herencia genética	0	0	1	0	0	0	1
Si, ya sea por motivos hereditarios	1	0	0	0	0	0	1
También por herencia	0	0	0	1	0	0	1
Va en nuestros genes	0	1	0	0	0	0	1
Y también los que tengan factores hereditarios	0	1	0	0	0	0	1
Y/o con predisposición genética	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	173	62	32	17	4	2	290

Tabla AIX.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'no revisiones médicas'

No revisiones médicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Asistir a citas de prevención	0	0	1	0	0	0	1
Despreocupación exploraciones preventivas	0	0	1	0	0	0	1
El problema es que no en todas ocasiones se puede prevenir con screening o modificación de hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Las personas que no tienen sus revisiones	0	0	1	0	0	0	1
Los que no se hacen controles médicos	0	0	0	1	0	0	1
Los que no toman medidas de prevención	1	0	0	0	0	0	1
No revisiones periódicas	0	1	0	0	0	0	1
Personas que no realizan exámenes preventivos (screening)	0	1	0	0	0	0	1
Sin revisiones	0	1	0	0	0	0	1

TOTAL	1	3	4	1	0	0	9
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Tabla AIX.13

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'factores psicológicos'

Factores psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ansiedad	0	0	1	0	0	0	1
Ansiosos	0	0	0	1	0	0	1
Con mucho estrés	0	1	0	0	0	0	1
Con un estrés prolongado	0	0	1	0	0	0	1
Estrés	0	0	2	2	0	1	5
Exceptivos	0	0	0	0	0	1	1
Intemperantes	1	0	0	0	0	0	1
Las personas negativas	1	0	0	0	0	0	1
Las personas que se depriman con facilidad	1	0	0	0	0	0	1
Los que se estresan demasiado	0	1	0	0	0	0	1
No son felices, "reír es muy bueno"	0	0	0	1	0	0	1
Personas con mucho estrés	0	1	1	0	0	0	2
Personas en situación de mucho estrés	0	0	1	0	0	0	1
Personas estresadas y angustiadas	0	0	0	0	0	1	1
Pesimistas	0	0	0	0	1	0	1
Por una vida muy estresada	0	0	0	1	0	0	1
Sufren estrés	0	1	0	0	0	0	1
Van estresados	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	3	4	7	5	1	3	23

Tabla AIX.14

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘asociaciones generales’

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Aunque el cáncer puede contraerlo personas con una vida sana	0	1	0	0	0	0	1
Cualquier persona puede tener cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Cualquiera	1	0	0	1	0	0	2
Cualquiera puede tener cáncer	0	0	1	0	0	0	1
En general todos	0	0	1	0	0	0	1
Factores impredecibles	0	0	1	0	0	0	1
Imposible saber	1	0	0	0	0	0	1
Muy pobres	0	1	0	0	0	0	1
Ninguno de ellos	0	0	1	0	0	0	1
Nivel cultural bajo	0	0	0	0	1	0	1
No dar de mamar	0	0	1	0	0	0	1
No lo se	1	0	0	0	0	0	1
No sé decir	1	0	0	0	0	0	1
No tengo ni idea	1	0	0	0	0	0	1
No tienen pelo	1	0	0	0	0	0	1
Personas	1	0	0	0	0	0	1
Personas con pocos recursos económicos	0	0	1	0	0	0	1
Todas las personas tienen riesgo por igual	1	0	0	0	0	0	1
Todas/os	3	0	0	0	0	0	3
Todo depende del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Todos en general	0	0	1	0	0	0	1
Urbanos	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	13	2	8	1	1	0	25

Anexo X

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Tabla AX.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias'

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Enfermedades infecciosas	0	1	0	1
Enfermedades infecciosas	0	0	1	1
ETS	0	1	1	2
Hepatitis	1	1	6	8
Hepatitis B	0	1	0	1
HIV/Sida	21	45	23	89
Infección de prótesis	0	1	0	1
Infección sanguínea	0	1	0	1
Infecciones	0	1	1	2
Las infecciosas	0	1	0	1
Sepsis	0	0	1	1
Sífilis	0	0	1	1
VHC	1	0	3	4
TOTAL	23	53	37	113

Tabla AX.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'neoplasias'

Neoplasias	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Algunos tipos de cáncer	0	1	0	1
Cáncer	184	56	23	263
Cáncer (pulmón, digestivo, piel)	1	0	0	1
Cáncer (sarcomas, etc.)	0	1	0	1
Cáncer a la sangre	1	0	0	1
Cáncer boca	1	0	0	1
Cáncer cabeza y cuello	1	0	0	1
Cáncer de cabeza	0	0	1	1
Cáncer de colon	2	3	1	6
Cáncer de cualquier origen	1	0	0	1
Cáncer de esófago	0	1	0	1
Cáncer de estómago	0	0	1	1
Cáncer de hígado	0	1	0	1
Cáncer de laringe	0	0	1	1
Cáncer de mama	2	2	0	4
Cáncer de ovario	0	1	0	1
Cáncer de páncreas	7	4	2	13
Cáncer de pecho	1	0	0	1
Cáncer de pulmón	4	5	2	11

Cáncer de vesícula	0	0	1	1
Cáncer incurable en estadio avanzado	0	1	0	1
Carcinoma	1	0	0	1
Carcinoma de mama	1	0	0	1
Carcinoma de páncreas	1	0	0	1
Carcinoma de pulmón	0	1	0	1
Colangiocarcinoma	0	0	1	1
Cualquier tipo de cáncer	0	1	0	1
Enfermedades oncológicas	0	1	0	1
Enfermedades que cursan con dolor intenso como el cáncer	0	1	0	1
Hematología (leucemias)	1	0	0	1
Las cancerígenas	0	0	1	1
Leucemia	2	3	6	11
Linfoma	0	2	0	2
Linfoma de hodking	1	0	0	1
Linfoma no hodking	1	0	0	1
Melanoma	0	1	0	1
Metástasis	0	1	0	1
Metástasis con cáncer de origen no fluido	1	0	0	1
Mieloma	0	0	1	1
Neo de mama	0	1	0	1
Neo de pulmón	0	0	1	1
Neo páncreas	2	0	0	2
Neoformaciones	0	0	1	1
Neoplasia/s	2	0	0	2
Oncológicas	1	1	0	2
Todo tipo de cáncer (cerebral, pulmón, hígado)	1	0	0	1
Tumor/es cerebral/es	1	1	3	5
Tumores	1	0	0	1
Tumores diseminados (metástasis)	0	0	1	1
TOTAL	222	90	47	359

Tabla AX.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad’

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Autoinmunidad	0	0	1	1
Enfermedad inmunitaria	0	0	1	1
Enfermedades autoinmunes	0	1	1	2
Inmunológica	0	1	0	1
TOTAL	0	2	3	5

Tabla AX.4

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas’

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Diabetes	0	2	1	3
Endocrino	0	0	1	1
TOTAL	0	2	2	4

Tabla AX.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘trastornos mentales y del comportamiento’

Trastornos mentales y del comportamiento	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Algún tipo de demencia	0	1	0	1
Alzheimer	21	19	21	61
Anorexia	0	1	1	2
Cualquier enfermedad mental	0	1	0	1
Demencia/s	3	3	6	12
Depresión	0	1	0	1
Deterioro cognitivo: alzheimer, demencia,...	1	0	0	1
Enfermedad mental degenerativa (alzheimer)	0	0	1	1
Enfermedad/es mental/es	2	0	6	8
Enfermedades de la mente	0	0	1	1
Enfermedades degenerativas (alzheimer)	0	0	1	1
Enfermedades psiquiátricas	2	1	0	3
Esquizofrenia	0	0	1	1
Incapacidad mental, alzheimer	0	1	0	1
Las que incapacitan la mente	1	0	0	1
Psiquiátricas	1	0	0	1
Psíquicas	0	0	1	1
TOTAL	31	28	39	98

Tabla AX.6

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del sistema nervioso’

Enfermedades del sistema nervioso	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Acc. Trafico grave invalidante (paraplejia)	1	0	0	1
Cerebral	0	0	1	1
Cualquiera que me cause inmovilidad física grave	1	0	0	1
Degenerativas	0	0	1	1
Enfermedad cerebral	0	1	0	1
Enfermedad degenerativa como la E.L.A	0	0	1	1
Enfermedad degenerativa nerviosa	0	1	0	1
Enfermedad desmielinizante	0	1	0	1
Enfermedad neurológica irreversible	0	1	0	1
Enfermedad/es neurológica/s	0	2	2	4
Enfermedades degenerativas	1	2	7	10
Enfermedades degenerativas neurológicas	1	0	0	1
Enfermedades neurodegenerativas	0	2	2	4
Enfermedades privativas de la movilidad	0	0	1	1
Esclerosis	1	2	4	7
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	5	11	11	27
Esclerosis múltiple	0	9	7	16
Guillian-barré	0	0	2	2
Hemiplejias o paraplejias	1	0	0	1
Invalidez	2	0	0	2
Las neurológicas	1	0	0	1
Lesión medular/lesiones medulares	1	0	1	2
Meningitis	1	2	0	3
Neurológica (ictus)	0	0	1	1
Neurológicas	0	1	2	3
Neurológicas degenerativas	0	0	1	1
Neurológico	1	0	0	1
Neuronales	0	0	1	1
Neuropsiquiátricas	0	1	0	1
Parálisis	0	0	1	1
Paraplejias	1	0	2	3
Parkinson	0	1	2	3
Quedarme tetrapléjica	0	0	1	1
Sección medular	0	1	0	1
Tetraplejia/paraplejia	1	1	1	3
Tetraplejias	1	2	6	9
TOTAL	20	41	58	119

Tabla AX.7

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del ojo y sus anejos’

Enfermedades del ojo y sus anejos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Ceguera	1	1	1	3
TOTAL	1	1	1	3

Tabla AX.8

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del sistema circulatorio’

Enfermedades del sistema circulatorio	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
ACV grave	0	0	1	1
ACVA	8	12	10	30
Aneurisma de aorta	0	1	0	1
Aneurisma disecante de aorta	0	0	1	1
Aneurismas	0	0	1	1
Ataque cerebral	0	0	1	1
Cardiaca	0	1	4	5
Cardiopatía isquémica	0	2	0	2
Cardiopatía/s	2	6	1	9
Cardiovascular/es	1	2	0	3
Corazón	0	2	2	4
Coronaria/s	1	2	1	4
Derrame cerebral	0	1	1	2
Embolia	0	0	1	1
Enfermedad cardiaca	0	4	1	5
Enfermedad cardiovascular	1	2	2	5
Enfermedad coronaria	0	0	2	2
Enfermedad coronaria	0	3	1	4
Enfermedades del corazón	0	0	1	1
Fallo cardiaco	0	1	0	1
Hemorragia cerebral	0	0	1	1
IAM	2	6	8	16
ICC	0	0	1	1
Ictus	6	24	19	49
Ictus cerebral	0	2	0	2
Ictus-aneurisma	0	0	1	1
Infarto	5	12	3	20
Infarto cerebral	0	1	2	3
Infarto de miocardio	0	1	3	4
Insuficiencia cardiaca	0	0	1	1
Isquemia cerebral	0	0	1	1
Paro cardiaco	1	0	0	1
Patologías cardiacas	0	2	0	2
Problemas cardiacos	0	0	2	2
Trombosis	0	1	0	1
TOTAL	27	88	73	188

Tabla AX.9

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del sistema respiratorio’

Enfermedades del sistema respiratorio	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Asma	1	0	0	1
Enfermedad pulmonar crónica	0	0	1	1
Enfermedad respiratoria	0	0	2	2
Enfermedades pulmonares	0	2	0	2
Enfisema pulmonar	1	1	0	2
EPOC	0	3	4	7
Fibrosis quística	0	0	1	1
Infecciones de vías respiratorias	0	0	1	1
Insuficiencia respiratoria	0	0	2	2

Problemas respiratorios	0	1	0	1
Pulmón	0	1	0	1
Pulmonares	0	0	1	1
Respiratoria	0	0	1	1
Respiratorio/s	0	2	0	2
Silicosis	0	0	1	1
TOTAL	2	10	14	26

Tabla AX.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del sistema digestivo’

Enfermedades del sistema digestivo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Cirrosis	0	0	2	2
Cirrosis hepática	1	0	1	2
Crohn	1	0	0	1
Digestiva	0	0	3	3
Hemorragias digestivas	1	0	0	1
Hepáticas	0	0	1	1
Insuficiencia hepática	0	0	1	1
Pancreatitis	0	1	0	1
Patología hepática	0	1	0	1
Vías biliares	0	0	1	1
TOTAL	3	2	9	14

Tabla AX.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo’

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Vitíligo	0	1	0	1
TOTAL	0	1	0	1

Tabla AX.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo’

Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Artritis reumatoide	1	0	0	1
Distrofia muscular	0	1	0	1
Enfermedad degenerativa muscular	0	1	0	1
Enfermedad neuromuscular	0	1	0	1
Enfermedad neuromuscular degenerativa	0	0	1	1
TOTAL	1	3	1	5

Tabla AX.13

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades del sistema genitourinario’

Enfermedades del sistema genitourinario	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Ginecológica	0	1	0	1
Insuficiencia renal	0	0	3	3
Insuficiencia Renal Crónica	2	0	0	2
Patología renal	0	0	1	1
TOTAL	2	1	4	7

Tabla AX.14

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud’

Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Diálisis	0	0	1	1
TOTAL	0	0	1	1

Tabla AX.15

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘enfermedades no catalogables’

Enfermedades no catalogables	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
“Las raras”	0	0	1	1
Accidente de tráfico	0	0	1	1
AIT	0	0	1	1
Crónicas	0	0	1	1
Cualquiera que produzca mortalidad	1	0	0	1
Dolor incontrolable de cualquier tipo	0	0	1	1
Enfermedades con dolor	0	0	1	1
Las que dan dolor y sufrimiento, todas en general	1	0	0	1
Ninguna	1	0	0	1
Tener un estoma	0	1	0	1
TOTAL	3	1	6	10

Anexo XI

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de conductas a realizar en la primera etapa de afrontamiento de la enfermedad.

Tabla AXI.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico’

Síntomas de sufrimiento al conocer el diagnóstico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Aislarme	0	1	0	1
Amargarme	0	0	1	1
Angustiarne	0	0	1	1
Ansiedad	0	1	0	1
Asustarme	1	0	0	1
Buscar la soledad	0	1	0	1
Cansado	1	0	0	1
Débil	0	1	0	1
Depresión	0	2	0	2
Deprimirme	0	1	0	1
Desesperarme	1	0	0	1
Dolor	2	0	4	6
Emoción negativa	1	0	0	1
Enfadarme	0	3	1	4
Estrés	0	1	0	1
Incredulidad	1	0	0	1
Joderme	0	1	0	1
Llorar	52	15	7	74
Llorar seguramente	0	1	0	1
Miedo	3	1	0	4
Negación	1	0	0	1
No aceptarlo	0	0	1	1
No parar de pensar en porqué a mí	0	0	1	1
Pensar que me muero	0	1	0	1
Preocuparme	0	1	0	1
Primero lloraría sin parar	1	0	0	1
Primero negarlo	1	0	0	1
Quedarme inmóvil	0	1	0	1
Quizás miedo				
Rabia	0	1	0	1
Seguir llorando	0	0	1	1
Sufrimiento	1	0	0	1
Tener miedo	0	1	0	1
Triste	1	0	0	1
Tristeza	1	2	1	4
Y por qué a mí me pasa	0	0	1	1
TOTAL	68	36	19	123

Tabla AXI.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico’

Síntomas positivos frente a la enfermedad al conocer el diagnóstico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Aceptación	0	1	1	2
Aceptar	0	0	1	1
Aceptarlo	1	0	0	1
Actuar con aptitud positiva	0	0	1	1
Adaptación	1	0	0	1
Afrontar el problema	0	1	0	1
Afrontar la situación	0	0	2	2
Afrontarla	0	1	0	1
Alegre	0	0	1	1
Animarme	0	0	1	1
Asimilar	0	1	0	1
Asimilar la información	1	0	0	1
Asimilar la noticia	0	0	1	1
Asimilaría lo que me han dicho	1	0	0	1
Asimilarlo	3	0	0	3
Asumir la situación con la mejor filosofía posible	0	0	1	1
Asumirlo	0	0	3	3
Buscar fortaleza	0	0	1	1
Capacidad superación	1	0	0	1
Cordura	0	1	0	1
Creer que puedo curarme	0	0	1	1
Enfrentarme con ganas a la enfermedad (optimismo)	0	1	0	1
Esperanza	1	2	3	6
Esperanza de vida	0	0	1	1
Estar sereno	1	0	0	1
Fortaleza	0	1	0	1
Fuerte	0	1	1	2
Fuerza	1	0	0	1
Hacerme la fuerte	0	1	0	1
Ilusión	0	1	0	1
Intentaría ver la situación con serenidad	1	0	0	1
Lucha	0	1	0	1
Luchador	0	1	0	1
Luchar	1	2	7	10
Mantener actitud positiva	0	0	1	1
Mantener la actitud habitual	0	0	1	1
Mentalizarme	1	0	0	1
Mucha esperanza	0	0	1	1
No perder la esperanza	0	0	2	2
No perdería la calma	0	1	0	1
No venirme abajo	0	0	1	1
Optimista	1	0	0	1
Paciencia	1	1	0	2
Pensar que es algo que puedo superar	0	0	1	1
Reír	0	1	0	1
Relajarme	0	1	0	1
Reponerme	0	2	0	2
Reponerme del susto	1	0	0	1
Respirar	1	0	0	1
Respirar hondo	2	2	0	4
Ser fuerte	0	0	1	1

Ser muy positiva	0	0	1	1
Ser positiva	1	2	1	4
Serenarme	1	0	0	1
Sería realista	0	0	1	1
Superación	2	0	1	3
Tener fuerza	0	1	0	1
Tener ganas de vivir	0	1	0	1
Tranquilidad	0	1	0	1
Tranquilizarme	0	1	0	1
Valentía	0	3	1	4
Valiente	1	0	0	1
Valor	0	0	1	1
TOTAL	25	33	40	98

Tabla AXI.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘búsqueda de información’

Búsqueda de información	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
1° preguntar protocolos y pautas de tratamiento	1	0	0	1
Averiguar las posibilidades de curación	0	0	1	1
Averiguar las posibilidades de recuperación que tengo	1	0	0	1
Averiguar que tratamiento debo de llevar y mis posibilidades	0	0	1	1
Buscar información	2	1	0	3
Buscar información complementaria de pronóstico y tratamientos	1	0	0	1
Buscar información de mi cáncer	0	1	0	1
Buscar información respecto el tipo de cáncer	0	0	1	1
Buscar información sobre el cáncer y los tratamientos	0	0	1	1
Buscar información sobre tratamiento y cuidados	0	0	1	1
Buscar todas las opciones	0	1	0	1
Conocer las alternativas del tratamiento	0	1	0	1
Conocer realmente mi estado actual y futuras posibilidades	0	1	0	1
Conocer totalmente mi estado y pronóstico	1	0	0	1
Enterarme del procedimiento a seguir	0	0	1	1
Esperar hasta tener diagnóstico final	1	0	0	1
Estudiar la enfermedad	1	0	0	1
Estudiar pronóstico	1	0	0	1
Explicación del tratamiento	1	0	0	1
Indagar si es veraz la información	0	1	0	1
Información	2	0	0	2
Información inmediata del pronóstico y tratamiento	1	0	0	1
Información sobre la enfermedad	1	0	1	2
Informarme	8	7	1	16
Informarme acerca del pronóstico	1	0	0	1
Informarme acerca del pronóstico, tratamiento	0	0	1	1
Informarme bien	1	0	0	1
Informarme bien de la situación	1	0	0	1
Informarme bien de mi enfermedad	1	0	0	1

Informarme bien de todo	0	1	0	1
Informarme bien del estadio	1	0	0	1
Informarme bien del pronóstico	0	0	1	1
Informarme bien del tratamiento	0	1	0	1
Informarme con el médico de lo que vendría a continuación	1	0	0	1
Informarme de cuál es mi situación real si tiene cura o no	1	0	0	1
Informarme de la gravedad	2	0	0	2
Informarme de los posibles tratamientos	1	0	0	1
Informarme de que tipo de cáncer es	1	0	0	1
Informarme de todo lo que me podría ayudar y cumplir algún sueño	0	1	0	1
Informarme de tratamientos y la agresividad del cáncer	0	1	0	1
Informarme del estado de la enfermedad	1	0	0	1
Informarme del pronóstico	1	0	0	1
Informarme del pronóstico y opciones de tratamiento	1	0	0	1
Informarme del tipo de cáncer y su tratamiento	1	0	0	1
Informarme del tipo de cáncer, tratamientos, estadísticas de mortalidad	0	1	0	1
Informarme del tratamiento	1	0	0	1
Informarme posibilidades	0	1	0	1
Informarme sobre curación	0	1	0	1
Informarme sobre el cáncer	1	0	0	1
Informarme sobre el cáncer que tengo y posibles opciones de vencerlo	1	0	0	1
Informarme sobre el tipo	0	1	0	1
Informarme sobre el tipo de cáncer que tengo	0	1	0	1
Informarme sobre el tratamiento	0	1	0	1
Informarme sobre mi caso	1	0	0	1
Informarme sobre mi enfermedad	0	2	0	2
Informarme sobre mi situación	1	0	0	1
Informarme sobre resultados	0	0	1	1
Informarme sobre tratamientos y pronósticos	1	0	0	1
Informarse sobre el tipo y estado de cáncer y que solución tiene	1	0	0	1
Investigar	0	0	1	1
Investigar progresión y pronóstico	0	1	0	1
Investigar sobre el tema	0	0	1	1
Leer todo lo posible al respecto	0	1	0	1
Me informaría de mi enfermedad	0	0	1	1
Me informaría del estadio y de las posibilidades que tengo en cuanto a él	1	0	0	1
Mis posibilidades de tratamiento	1	0	0	1
Obtener información	0	1	0	1
Obtener la máxima información médica sobre el pronóstico y tratamientos	1	0	0	1
Pedir información	1	0	0	1
Pedir información sobre pronóstico y tratamiento	1	0	0	1
Pedir la verdad de la gravedad a los médicos para decidir empezar a luchar o diferentes decisiones	0	0	1	1
Pedir más información	1	0	0	1
Pedir pronóstico	1	0	0	1

Pedir toda la información posible	2	0	0	2
Pensar y preguntar todo acerca de mi enfermedad (tratamiento, estadio, etc.)	0	0	1	1
Posibilidades de curación	0	1	0	1
Preguntar	1	1	1	3
Preguntar al facultativo	1	0	0	1
Preguntar al sanitario la posibilidad de vida, consecuencias	1	0	0	1
Preguntar el estadio	1	0	0	1
Preguntar el tipo de cáncer	2	0	0	2
Preguntar muchas dudas	0	1	0	1
Preguntar por el tratamiento	0	1	1	2
Preguntar por la gravedad y en la fase que está la enfermedad	1	0	0	1
Preguntar posibilidades de vida	1	0	0	1
Preguntar pronóstico	1	1	2	4
Preguntar qué va a pasar ahora	0	1	0	1
Preguntar si tengo solución	0	0	1	1
Preguntar soluciones	1	0	0	1
Preguntar tratamiento	1	1	0	2
Pronóstico	0	1	0	1
Pronóstico y calidad de vida	1	0	0	1
Recibir una información completa y adecuada	1	0	0	1
Recibir una información completa: estadio de la enfermedad	1	0	0	1
Recoger información	1	0	0	1
Saber el tratamiento a seguir	1	0	0	1
Saber más sobre la causa	1	0	0	1
Solicitar diagnóstico de certeza	1	0	0	1
Valorar el tiempo que me queda	0	1	0	1
Valorar la enfermedad y calidad de vida	0	1	0	1
Ver expectativas de vida	0	1	0	1
Ver mis alternativas ante dicha enfermedad	0	1	0	1
Ver que pronóstico tengo	0	1	0	1
Ver su alcance y forma posible de cura	1	0	0	1
Y si está localizado y avanzado	0	0	1	1
TOTAL	72	41	22	135

Tabla AXI.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'confirmación del diagnóstico'

Confirmación del diagnóstico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Asegurar el diagnóstico	2	0	0	2
Buscar segunda opinión	2	2	0	4
Buscaría varias opiniones	0	1	0	1
Confirmar	0	1	0	1
Confirmar el diagnóstico	3	0	0	3
Confirmar que es el diagnóstico con 2º diagnóstico	0	0	1	1
Consultar otras opiniones por si se han confundido de diagnóstico	0	1	0	1
Consultar una segunda opinión	1	0	0	1
Consultar una segunda opinión médica	0	0	1	1
Contrastar opinión	1	0	0	1

Corroborar diagnóstico	1	0	0	1
Esperar otro diagnóstico	0	1	0	1
Pedir más opiniones	0	1	0	1
Pedir otra opinión	1	0	0	1
Pedir una segunda opinión	3	0	0	3
Repetirme las pruebas	2	0	1	3
Segunda opinión	0	2	0	2
Valorar si necesito una segunda opinión	0	1	0	1
TOTAL	16	10	13	29

Tabla AXI.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘información sobre posibles tratamientos’

Información sobre posibles tratamientos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Buscar el mejor tratamiento	0	0	1	1
Buscar la mejor manera de solucionar el problema	0	1	0	1
Buscar lo antes posible tratamiento	1	0	0	1
Buscar tratamiento	2	1	1	4
Buscar un buen especialista para tratarlo	0	1	0	1
Buscar una terapia	0	0	1	1
Buscar vías de tratamiento	0	1	0	1
Opciones de tratamiento	1	0	0	1
Pensar en las opciones del tratamiento	0	1	0	1
Valorar los posibles tratamientos	0	1	0	1
Ver qué posibilidades tendría de tratamiento, etc.	0	0	1	1
TOTAL	4	6	4	14

Tabla AXI.6

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘búsqueda de ayuda’

Búsqueda de ayuda	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Acudir a diferentes profesionales	0	1	0	1
Alternativas de curación	0	0	1	1
Asumir o pedir ayuda si me era necesario	0	0	1	1
Ayuda psicológica	0	0	1	1
Buscar apoyo profesional	0	0	1	1
Buscar apoyo psicológico	0	1	0	1
Buscar asociaciones donde poder hablar sobre mi enfermedad con gente que también está pasando por mi situación	0	0	1	1
Buscar ayuda	0	0	3	3
Buscar ayuda médica y psicológica	0	1	0	1
Buscar ayuda psicológica	0	0	1	1
Buscar buenos profesionales	1	0	0	1
Buscar soluciones	1	0	1	2
Buscaría al mejor especialista	0	1	0	1
Consultar con un psicólogo	0	1	0	1
Dejarme aconsejar por los profesionales	0	1	0	1
Hablar con el médico	1	0	0	1
Hablar con enfermos de cáncer	0	1	0	1
Hablar con oncólogo en confianza	0	0	1	1

Hablar con un buen especialista	0	0	1	1
Hablar todo muy claro (médico)	0	1	0	1
Pedir asesoramiento médico	0	1	0	1
Pedir ayuda	1	0	0	1
TOTAL	4	9	12	25

Tabla AXI.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'entorno familiar y social'

Entorno familiar y social	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
2° decirlo a mi familia y amigos más cercanos pues se necesita ayuda	0	1	0	1
Abrazar a mi familia	1	0	0	1
Abrazar a mi hija	1	0	0	1
Abrazar a mis seres queridos	1	0	0	1
Abrazar familia y amigos	0	1	0	1
Apoyarme en mi familia y amigos	1	0	0	1
Apoyo	0	0	1	1
Apoyo familiar	0	0	1	1
Avisar a familiares	1	1	0	2
Avisar a la familia	0	1	0	1
Avisar a la familia/amigos	0	0	1	1
Avisar a mi familia para que me apoyara	0	1	0	1
Avisar a mi mujer	0	0	1	1
Avisar a mi pareja	0	0	1	1
Avisar del diagnostico a las personas que quiero (familiares, amigos)	1	0	0	1
Avisar familia	1	0	0	1
Ayudar a mi gente	0	0	1	1
Buen pronóstico: hablar con la familia, iniciar tratamiento y curarme	1	0	0	1
Buscar a alguien en quien apoyarme	0	1	0	1
Buscar apoyo	0	1	0	1
Buscar apoyo de amigos y familia	0	1	0	1
Buscar apoyo en amigos, etc.	0	0	1	1
Buscar apoyo y ayuda	0	1	0	1
Buscar ayuda social-familiar	0	0	1	1
Buscar como decirlo a la familia	0	1	0	1
Buscar el apoyo de mi familia	0	1	0	1
Buscar el apoyo de mis seres queridos	0	0	1	1
Buscaría ayuda de mi familia	0	1	0	1
Comentar con la familia	1	0	0	1
Comentarlo a la familia cercana	0	1	0	1
Comentarlo a los familiares	1	0	1	2
Compartir con la familia la noticia	0	1	0	1
Compartir dicha información con mi pareja	0	0	1	1
Comunicación a la familia	1	0	0	1
Comunicar familia	0	2	0	2
Comunicarlo	0	1	0	1
Comunicarlo a la familia	2	0	0	2
Comunicarlo a los demás	0	1	0	1
Comunicarlo a mi familia	1	0	0	1
Comunicarlo a mis allegados	1	0	0	1
Comunicarlo solo a familia directa "si es preciso"	0	1	0	1
Comunicarlos a familiares directos	1	0	0	1

Comunicárselo a mi familia	3	0	0	3
Contarlo a la familia y amigos	1	0	0	1
Contarlo a mi familia	1	0	0	1
Contárselo a mi pareja	0	1	0	1
Dar ánimos a la gente de mi alrededor, más allegados	0	1	0	1
Darles ánimo	0	1	0	1
Decir a mi pareja	1	0	0	1
Decirlo a mi familia	0	2	0	2
Decirlo a mis hijos	1	0	0	1
Decírselo a alguien de la familia o a mi mejor amig@	1	0	0	1
Decírselo a la familia	1	0	0	1
Decírselo a mi familia	4	0	0	4
Decírselo a mi hermano	0	1	0	1
Decírselo a mis familiares	2	0	0	2
Decírselo a mis seres queridos	1	0	0	1
Discutirlo con mi familia	0	0	1	1
Hablar	0	1	0	1
Hablar con amigos y familia	0	0	1	1
Hablar con compañeros	0	1	0	1
Hablar con familia	0	14	9	23
Hablar con familia y amigos	3	0	0	3
Hablar con la familia	2	0	0	2
Hablar con mi familia	7	0	0	7
Hablar con mi familia directa	0	1	0	1
Hablar con mi familia hasta que punto querría un tratamiento para tener una muerte digna llegado el caso	0	0	1	1
Hablar con mi familia para que me apoyaran	1	0	0	1
Hablar con mi familia y contarlo	1	0	0	1
Hablar con mi marido	2	1	0	3
Hablar con mi pareja	0	1	0	1
Hablar con mi pareja y familia	0	1	0	1
Hablar después con mi mujer	0	0	1	1
Hablaría con mi familia y les intentaría tranquilizar	1	0	0	1
Hablarlo con hijos	0	0	1	1
Informar a familiares y amigos	1	1	1	3
Informar a los amigos	0	2	0	2
Informar a los familiares	0	0	1	1
Informar a los familiares-pareja	1	0	0	1
Informar a mi entorno de la noticia	0	1	0	1
Informar a mi familia	14	10	1	25
Informar a mi familia lo primero para prepararlos	1	0	0	1
Informar a mi marido	0	1	0	1
Informar a mis allegados	1	0	0	1
Informar a mis seres queridos	0	1	0	1
Informar y pasar el tiempo con las personas que quiero	0	1	0	1
Intentar que mi familia no sufriera	0	1	0	1
Llamar a mi familia	2	0	1	3
Llamar a mi pareja	1	1	0	2
Llamar a mis amigos	0	1	0	1
Llamar a mis familiares y amigos	1	0	0	1
Llamar a mis padres y amigos íntimos	1	0	0	1
Llamar a mis seres queridos	0	1	0	1
Llamar por teléfono	0	1	0	1

Lo que también haría es contárselo a familiares y amigos	0	0	1	1
No decirlo	0	1	0	1
No decírselo a nadie	1	0	0	1
No informaría a la familia	0	1	0	1
Por último contarle a la familia	0	0	1	1
Preparar a mi familia	1	0	0	1
Reunión familiares	0	0	1	1
Se lo comunicaría a las personas más importantes en mi vida	1	0	0	1
TOTAL	75	69	32	176

Tabla AXI.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'planes de futuro'

Planes de futuro	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
¡Vivir más la vida!	0	0	1	1
3° dejar organizada la logística rutinaria, bancos, etc.	0	0	1	1
A partir de esto, continuaría con mi vida normal, sin hacer nada en especial, a no ser que estuviera en una situación especialmente grave	0	1	0	1
Aprender a despedirme de los seres queridos	0	0	1	1
Aprender a vivir con ese diagnóstico (autoayuda)	0	0	1	1
Aprovechar el tiempo	0	0	1	1
Aprovechar el tiempo con aquellos que más quiero	0	0	1	1
Arreglar asuntos pendientes	0	2	0	2
Arreglar cuestiones legales de documentos para familia	0	1	0	1
Arreglar documentos	1	0	0	1
Arreglar los asuntos pendientes que tenga	0	0	1	1
Arreglar mi situación	0	0	1	1
Arreglar mi vida familiar	0	0	1	1
Arreglar papales	0	0	1	1
Arreglar temas pendientes	0	1	0	1
Cenar con amigos	0	1	0	1
Comer	1	0	0	1
Comer con mi familia	0	1	0	1
Completar estudios	1	0	0	1
Comprarme algo caro	1	0	0	1
Cortarme el pelo	0	1	0	1
Cuidarme	1	0	1	2
Darle un giro de 180° en mi vida	1	0	0	1
Decidir qué hacer	0	1	2	3
Decidir según pronóstico	0	0	1	1
Decidir si me trato	0	0	1	1
Decir a todo el mundo que lo quiero	1	0	0	1
Decir lo mucho que quiero a las personas de mi alrededor y hacerles la vida más grata	1	0	0	1
Decirles que los quiero	0	0	1	1
Dedicar más tiempo a la familia	1	0	0	1
Dedicar más tiempo a los amigos	0	1	0	1

Dejar a mis hijos bien en todos los sentidos	0	1	0	1
Dejar de fumar	1	0	1	2
Dejar pasar el tiempo con el tratamiento	0	0	1	1
Delegaría muchas tareas a los demás	0	1	0	1
Después me mentalizaría para pensar que lo puedo superar	0	0	1	1
Después olvidarme y que ese no sea el motivo para ser feliz o infeliz pues la vida es mucho más y la ilusión cura	0	0	1	1
Disfrutar	0	1	1	2
Disfrutar con los amigos y familia	0	0	1	1
Disfrutar de la familia	0	1	0	1
Disfrutar de lo más cercano	0	0	1	1
Disfrutar de los míos	0	0	1	1
Disfrutar de mis hijos	0	0	2	2
Disfrutar el presente	0	0	1	1
Disfrutar más de la vida y las pequeñas cosas	0	0	1	1
Disfrutar mientras se pueda	0	0	1	1
Disfrutar y estar al máximo con mi familia y amigos	0	0	1	1
Disfrutaría de mis aficiones si puedo ese día	0	1	0	1
El resto esperar	0	1	0	1
Escribir mis voluntades	0	1	0	1
Estar cerca de la familia	0	1	0	1
Estar con la familia	1	0	0	1
Estar con la familia y amigos	1	0	0	1
Estar con los amigos	1	0	0	1
Estar con mi familia y hacer las cosas pendientes	0	0	1	1
Expresar mis voluntades	0	1	0	1
Hacer algo que me hiciera mucha ilusión	0	0	1	1
Hacer cosas que me gustarían	0	0	1	1
Hacer el testamento vital	0	1	0	1
Hacer el viaje que tenía pendiente	0	1	0	1
Hacer testamento	0	1	1	2
Hacer todos aquellos sueños que puedo cumplir	0	1	0	1
Hacer un viaje bien acompañada (por si fuera el último de mi vida)	0	0	1	1
Hacer una reunión familiar	0	1	0	1
Haría marcha normal	1	0	0	1
Intentar aceptarlo	0	0	2	2
Intentar afrontar la noticia	0	1	0	1
Intentar asumirlo	1	0	0	1
Intentar enfrentarme a la enfermedad con valentía	0	1	0	1
Intentar hacer vida normal	0	0	1	1
Intentar llevar una vida más o menos normal	0	1	0	1
Intentar luchar y aceptarlo	0	0	1	1
Intentar no asustarme demasiado (aguantar el tipo)	0	0	1	1
Intentar no deprimirme	0	1	0	1
Intentar no desanimarme	0	0	1	1
Intentar no hundirme	0	1	0	1
Intentar obtener y reforzar cosas positivas	0	0	1	1
Intentar realizar de momento todo lo que pudiera	1	0	0	1

Intentar reponerme psicológicamente	0	1	0	1
Intentar sacar fuerzas	2	0	0	2
Intentar ser positivo	0	0	1	1
Intentar sobrellevar la enfermedad lo mejor posible	0	1	0	1
Intentar superar la enfermedad o vivirlo dignamente y sin sufrimiento	0	0	1	1
Intentar superara el miedo y realizar todo lo posible para superar la enfermedad	0	0	1	1
Intentar superarlo y que no me hundiera psicológicamente al comunicármelo (intentar luchar por superarlo)	0	0	1	1
Intentar tranquilizarme	0	1	0	1
Intentar vivir el día a día	0	0	1	1
Interrumpir trabajo	0	1	0	1
Ir a casa	0	1	0	1
Ir a visitar a mi hermana mayor que vive lejos	1	0	0	1
Ir al notario	0	2	0	2
Irme de vacaciones a mi país	0	0	1	1
Irme de viaje	2	0	2	4
Liquidar deudas	0	0	1	1
Luchar fuerte, física y psíquicamente colaborando con elequipo que me tratara	0	1	0	1
Luchar o disfrutar (dependiendo del pronostico)	0	0	1	1
Luchar para combatirlo	0	0	1	1
Luchar para curarme	0	2	0	2
Luchar por vencerla o tener buena calidad de vida, eso puede beneficiar mucho	0	0	1	1
Luego intentar no sufrir	0	1	0	1
Luego ser lo más optimista posible	0	1	0	1
Mal pronóstico: hablar con la familia, escribir mis últimas voluntades y disfrutar a tope de la vida	0	1	0	1
Me daría un gran capricho	1	0	0	1
Me iría de viaje sino tengo posibilidades de sobrevivir	0	0	1	1
Me replantaría el tiempo que me queda	1	0	0	1
Meditar	1	0	0	1
Meditar (pensar)	0	1	0	1
Meditar y orar	1	0	0	1
Ordenar	0	0	1	1
Ordenar mis pensamientos	1	0	0	1
Organizar asuntos pendientes	0	1	0	1
Organizar mi alrededor para lo que se puede avecinar en cuanto a hijos, organización de casa, testamento, etc.	0	0	1	1
Organizar mi casa	0	1	0	1
Organizar mi vida	0	1	0	1
Organizar mis cosas	0	1	0	1
Organizar un viaje	0	0	1	1
Organizar una fiesta familiar y de amigos	0	0	1	1
Organizarme la vida, la casa y todo el entorno. No pasa nada	0	0	1	1
Organizarme las tareas	1	0	0	1
Pasar el duelo	0	0	1	1
Pasar el mayor tiempo posible con mis seres queridos	0	1	0	1
Pasar todo el tiempo con ellos	0	0	1	1

Pedir su ayuda	0	0	1	1
Pedirle a Dios que me ayude	0	0	1	1
Pegarme una fiesta con mis amigos	0	0	1	1
Pensar	3	2	2	7
Pensar bien como actuar pero ser positiva	1	0	0	1
Pensar como comunicarlo	0	1	0	1
Pensar como sería mi vida a partir de ahora	0	0	1	1
Pensar en la mejor manera de explicárselo a mi hija	0	1	0	1
Pensar en mi familia	1	2	0	3
Planear el presente	0	1	0	1
Planificar	0	1	0	1
Planificar como decírselo a mis familiares	0	0	1	1
Planificar el futuro	0	0	1	1
Plantearme el futuro	0	0	1	1
Plantearme el tratamiento	0	0	1	1
Poner en orden mis cosas para mis familiares directos	0	1	0	1
Poner en orden mis cosas pendientes	0	0	1	1
Poner en orden mis papeles	1	0	0	1
Poner mis asuntos personales en orden por si se complicara no dejar mis responsabilidades a otros	0	0	1	1
Poner orden en mis ideas	1	0	0	1
Poner soluciones	0	1	0	1
Prepararme mental y espiritualmente	0	0	1	1
Prepararme para el tratamiento	0	1	0	1
Prepararme psicológicamente para el tratamiento	0	0	1	1
Primero mentalizarme	1	0	0	1
Priorizar tareas	0	0	1	1
Procurar cambiar hábitos mentales, de comportamiento y de amor hacia mi	0	1	0	1
Realizar algo que me gustase, por si acaso	0	0	1	1
Recapacitar y buscar ayuda	0	0	1	1
Reestructurar mi vida	0	0	1	1
Reflexionar	0	1	0	1
Refugiarme en mi fe	0	0	1	1
Reorganizar asuntos pendientes	0	1	0	1
Reorganizar vida	0	1	0	1
Replanteamiento	0	0	1	1
Reuniría a mis seres queridos, no para decírselo sino para disfrutar de ellos	1	0	0	1
Reunirme más con mi familia	0	0	1	1
Revisar cosas pendientes	1	0	0	1
Revisar la vida de mi familia	1	0	0	1
Revisar los cambios que se van a producir en mi rutina diaria	0	0	1	1
Revisar mi vida hasta la fecha	1	0	0	1
Rezar	1	0	1	2
Rezaría mucho, mucho	0	0	1	1
Rodearme de mis seres queridos	0	1	0	1
Salir adelante	0	0	1	1
Salir con mi familia	0	0	1	1
Seguir disfrutando de la vida	0	0	1	1
Seguir haciendo mi rutina en la medida de lo posible	0	0	1	1
Si es malo viajar	0	1	0	1
Si está muy avanzado y no es curable haría	0	1	0	1

mi última voluntad				
Sobrellevarlo lo mejor posible	0	1	0	1
Solucionar el problema	1	0	0	1
Solucionar mis posibles problemas con allegados	0	1	0	1
Solucionar temas pendientes (herencia, hijos) para que mi familia no tenga problemas	1	0	0	1
Solucionar todos los problemas que tuviera	0	0	1	1
Tener un hijo	1	0	0	1
Testamento	2	1	0	3
Tirar "palante"	0	0	1	1
Tomar medidas	1	0	0	1
Tomarme todo con más calma	0	0	1	1
Tomarme un tiempo para pensar	1	0	0	1
Tomármelo con positividad y fuerza	0	1	0	1
Tratar de afrontar	0	1	0	1
Tratar de curarme	0	1	0	1
Tratar de resolver asuntos pendientes para no generar problemas en los míos	0	0	1	1
Tratar de superarlo	0	0	1	1
Un viaje	0	0	1	1
Valorar las pequeñas cosas	1	0	0	1
Vencer	1	0	0	1
Ver a mi familia	1	0	0	1
Ver las cosas de otra manera	0	0	1	1
Ver perspectiva de vida	0	2	0	2
Viajar	1	0	3	4
Viajar con mi pareja	0	1	0	1
Viaje	1	1	1	3
Vías de resolución	0	1	0	1
Visitar familiares	0	1	0	1
Vivir	3	0	1	4
Vivir el día a día	0	1	0	1
Vivir la vida a tope	0	0	1	1
Vivir la vida sin importarme nada	0	0	1	1
Vivir lo mas agradablemente posible lo que me quedase de vida	0	0	1	1
Vivir lo mejor posible	0	1	0	1
Vivir tranquilamente	0	0	1	1
Voluntades	0	1	0	1
Y si tengo fuerzas y animo darme un capricho o hacer algo que tenga pendiente	0	0	1	1
TOTAL	55	81	107	243

Tabla AXI.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'actuar contra la enfermedad'

Actuar contra la enfermedad	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Acatar órdenes médicas	1	0	0	1
Aceptar los tratamientos incruentos	0	0	1	1
Actuar	0	0	1	1
Actuar en consecuencia	0	0	1	1
Actuar rápido	1	0	0	1
Afrontar al 100% el tratamiento	0	1	0	1

Atacar con todo lo que se pueda	0	0	1	1
Comenzar a tratarme	0	0	1	1
Comenzar cuanto antes el tratamiento	0	0	1	1
Controlar síntomas y posible curación	0	0	1	1
Controles médicos	0	0	1	1
Cumplir con el tratamiento	0	1	1	2
Curarme	0	0	1	1
Después iría al oncólogo	0	1	0	1
Disposición para que me hagan lo que fuese necesario	0	0	1	1
El mejor tratamiento posible	0	0	1	1
El tratamiento que podría seguir	0	1	0	1
Elegir el mejor tratamiento posible	0	1	0	1
Empezar a trabajar contra el cáncer	0	0	1	1
Empezar tratamiento	0	0	1	1
Erradicarlo	0	1	0	1
Iniciar el tratamiento	0	0	1	1
Iniciar el tratamiento lo antes posible	1	0	0	1
Iniciar tratamiento si lo hubiera	1	0	0	1
Intentar agilizar las visitas medicas para no demorar tratamiento si hay remedio	0	0	1	1
Medicinas alternativas	0	1	0	1
Moverme para que me traten lo antes posible	1	0	0	1
Nada	1	0	0	1
Ninguna en especial	1	0	0	1
No lo sé	10	0	0	10
No lo sé como actuaría	1	0	0	1
No tener dolor	0	0	1	1
Operaciones	0	1	0	1
Ponerme en buenas manos (médicas)	1	0	0	1
Ponerme en contacto con un psicólogo	0	0	1	1
Ponerme en las manos de profesional sanitario	0	1	0	1
Ponerme en manos de las personas adecuadas para su tratamiento	1	0	0	1
Ponerme en manos de profesionales	3	1	0	4
Ponerme en manos del oncólogo para luchar	1	0	0	1
Ponerme en tratamiento	0	0	1	1
Ponerme en tratamiento inmediatamente	0	0	1	1
Ponerme en tratamiento lo antes posible	1	0	0	1
Pruebas	1	0	0	1
Quimioterapia	0	0	1	1
Realizarme más pruebas	1	0	0	1
Realizarme todas las pruebas necesarias	0	1	0	1
Seguir consejos médicos	0	1	0	1
Seguir el tratamiento que se indicara	0	1	0	1
Seguir las indicaciones	0	0	1	1
Seguir lo que me recomienden para curarme	1	0	0	1
Seguir órdenes médicas	0	1	0	1
Si llegase la hora lo sabré	1	0	0	1
Si no funciona, terapia farmacológica: quimio y radio	0	1	0	1
Tratamiento a seguir	0	1	0	1
Tratamiento inmediato	0	0	1	1
Tratamiento médico urgente	0	1	0	1
Tratamiento/s	1	4	3	8
Tratarme con terapias naturales, vitamina	1	0	0	1

B-17 y ácido ascórbico, bicarbonato sódico, factores de transferencia, dieta alcalina, etc.				
Tratarme e intentar superarlo	0	1	0	1
Tratarme medicamente	0	0	1	1
Y a ser posible no recibir quimio	0	1	0	1
TOTAL	31	23	27	81

Tabla AXI.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘no catalogable’

No catalogable	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Beber	0	2	0	2
Dieta	1	0	0	1
Enfermedad	1	0	0	1
Extensión	0	1	0	1
Familia	3	1	2	6
Fiesta	0	1	0	1
Fumar	0	0	2	2
Futuro	0	3	0	3
Herencia	0	0	1	1
Los fumadores	0	0	1	1
Medula	1	0	0	1
Nauseas	1	0	0	1
Paciente	0	1	0	1
Pálido	1	0	0	1
Pérdida peso	0	0	1	1
Prioritario	0	1	0	1
Salud	1	0	0	1
Seguirlo	0	1	0	1
Sentarme	2	0	1	3
Tipo de cáncer	1	0	1	2
TOTAL	12	11	9	32

Anexo XII.

Distribución de frecuencia de la población sanitaria según el sistema de categorización de las emociones y sentimientos que genera el cáncer.

Tabla AXII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘emociones y sentimientos negativos’

Emociones negativas	Frecuencia
Agobio	1
Angustia	20
Ansiedad	19
Asfixia	1
Atrapamiento	1
Bajón	1
Bloqueo	2
Choque	1
Cólera	1
Débil	2
Decepción	1
Depresión	8
Desamparo	1
Desasosiego	1
Desencanto	1
Desesperación	8
Desesperanza	2
Desilusión	1
Desolación	1
Disgusto	1
Dolor	6
Duda	2
Enfado	1
Estrés	1
Fatal	1
Frustración	1
Horror	2
Hundimiento	3
Hundirme	2
Impotencia	14
Incertidumbre	14
Incredulidad	5
Indefensión	1
Indignación	1
Inseguridad	6
Ira	2
Lastima	1
Mal	2
Miedo	93
Muerte	2
Negación	3
Nervios	1
Pánico	11
Pena	2
Preocupación	7
Rabia	11

Rebeldía	1
Shock	2
Soledad	3
Sufrimiento	1
Susto	3
Temor	8
Terror	6
Tristeza	22
TOTAL	315

Tabla AXII.2

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'diálogos internos negativos'

Diálogos internos negativos	Frecuencia
;;Un miedo terrible!!	1
Al principio sentiría mucho miedo a morir, después no sé cómo reaccionaría....como un duelo, supongo	1
Al principio supongo que sentiría mucho miedo. Ganas de llorar y pensaría en mi futuro y en mis hijos	1
Ansiedad por el futuro	1
Bloqueo mental en principio	1
Bloqueo total	1
Con mucho miedo	1
Confundida y pasaría por fase de duelo	1
Creo que lloraría y pienso que hay que ser valiente y enfrentar la enfermedad pero también que son palabras sino lo pasas	1
Creo que susto por no saber el alcance del cáncer. Sentiría miedo	1
Depende del tipo de cáncer. Probablemente miedo a morir	1
Depende del tipo y si está o no localizado. Si puede haber cura o no. Aunque en primer momento sentiría miedo	1
Depresión por mi salud y por la calidad de vida de mi familia	1
El fin del mundo	1
El miedo por todo el tratamiento del que me tengo que someter	1
En principio miedo al dolor	1
En principio un susto grande	1
En un primer momento miedo y preocupación	1
En un primer momento miedo, mucho miedo y tristeza	1
Ganas de llorar	2
Gran pérdida	1
Impotencia hasta saber a que me enfrente, a la gravedad de mi enfermedad. Pensar en las posibilidades de cura y tratamientos. No me gustaría estar sola	1
La necesidad de saberlo todo sobre mi enfermedad unida al miedo por lo desconocido cuando le toca vivirlo a uno mismo	1
Lo más probable es que se me cayera el mundo encima, dependiendo del tipo de cáncer	1
Mala suerte	1
Me asustaría mucho	1
Me caería el mundo encima	1
Me costaría asimilarlo y quizá mi estado de moral bajaría bastante	1
Me costaría mucho asumirlo y tendría miedo	1
Me daría mucho miedo	1
Me deprimiría	1
Me derrumbaría	1
Me derrumbaría inicialmente hasta conocer tratamientos y diagnósticos	1
Me desplomaría	1
Me encontraría desesperada por el desenlace y por si me están contando la verdad	1

absoluta o enmascarada	
Me faltaría el aire	1
Me hundiría	2
Me hundiría en el primer momento	1
Me hundiría en este momento	1
Me hundiría totalmente, creo, por lo menos a priori, aunque estoy segura que esto es algo que hasta que no lo vives en primera persona... ¿quién sabe?	1
Me hundiría, intentaría ser positiva pero creo que sería incapaz. Me pondría en lo peor	1
Me moriría del susto	1
Me muero de pena	1
Me pondría en lo peor y sentiría miedo a la muerte y tristeza por mi hijo, familia y amigos	1
Me querría morir, un miedo terrible al dolor, el sufrimiento con el tratamiento	1
Me sentiría confusa y con miedo	1
Me sentiría desafortunada y asustada	1
Me sentiría fatal, desolado, triste como si el mundo se me cayera encima	1
Me sentiría fatal, muy mal, lo peor	1
Me sentiría muy mal, muy triste y con mucha preocupación por mi familia	1
Me vendría abajo, pensaría en la muerte	1
Miedo a los tratamientos largos e interminables	1
Miedo a morir	1
Miedo a toda la evolución. Miedo por mi familia y rabia por tener el cáncer	1
Miedo al dolor	1
miedo al dolor de pasarlo mal con tratamiento	1
Miedo al dolor, miedo a lo desconocido	1
Miedo al futuro	2
Miedo hasta saber cuál es el pronóstico	1
Miedo por saber a lo que me enfrentaría para, según, que final	1
Miedo, al principio	1
Miedo, mucho miedo	1
Mucha ansiedad	1
Muchísimo miedo	1
Mucho miedo	2
Mucho miedo al dolor. Físico y psicológico	1
Mucho miedo y angustia	1
Muy mal, sólo esperaría que lo cogieran a tiempo	1
No creérmelo (no puede ser que me toque a mi), miedo, hablarlo con las personas que me quieren	1
Pensaría ¡ya está! Lo que más temía...	1
Posiblemente al principio incredulidad, negación	1
Preocupación por los familiares directos, tiempo limitado para resolver asuntos pendientes, medida del tiempo pronóstico	1
Preocupación por mi y por la familia	1
Principalmente miedo	1
Pues me asustaría mucho y no sabría qué hacer	1
Pues que no me sentaría bien y me preguntaría porqué a mi	1
Puff!! Creo que me lo tomaría fatal. Para mi cáncer=muerte	1
Que la vida se acaba	1
Querría morirme	1
Rabia al inicio	1
Se derrumba todo	1
Se desmoronaría mi mundo	1
Se me caería el mundo a los pies	1
Se me caería el mundo encima	4
Se me haría de noche (mazazo)	1
Seguramente me pondría a llorar	1
Sentiría miedo, ansiedad y tristeza	1
Sentiría miedo, dudas sobre mi futuro, incertidumbre por falta de información y quizá negación de algún aspecto de mi diagnóstico	1

Sentiría un gran miedo, como si se me fuera la vida en breve, mucha ansiedad	1
Sentiría una angustia tremenda y mucho miedo y ansiedad por los que pueda pasarme y los tratamientos que me pudieran dar	1
Sería un palo	1
Solo querría llorar de pensar todo lo que me voy a perder	1
Supongo que sería de incredulidad al principio	1
Tendría mucho miedo	1
Uff, mucho miedo	1
Un accidente en mi vida, un cambio	1
Un miedo a no saber a qué atenerme y que me pasará	1
Un nudo en el estómago muy grande	1
Un sentimiento de soledad y mucha tristeza	1
TOTAL	106

Tabla AXII.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘emociones y sentimientos positivos’

Emociones positivas	Frecuencia
Consuelo	1
Esperanza	3
Fuerza	1
Lucha	5
Luchador/a	4
Luchar	1
Sanación	1
Superación	1
TOTAL	17

Tabla AXII.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘diálogos internos positivos’

Diálogos internos positivos	Frecuencia
Aceptarlo y afrontarlo	1
Búsqueda de soluciones	1
Esperanza para poder superar la enfermedad, empezar a asumir la enfermedad con fortaleza	1
Ganas de luchar	1
Ganas de luchar para curarme	1
Instinto de superación	1
Lo que pensé cuando estuve con cáncer es, no pasa nada. Estamos en buenas manos, lo superaré pero es duro	1
Lucha para conseguirlo	1
Luchar por vivir	1
Me lo tomaría con tranquilidad	1
Pensaría en positivo que la enfermedad tiene curación	1
Pero pensaría en llenarme de fuerzas y hacer todo lo que me indiquen los médicos por superarlo	1
Pues me ha tocado a mí, voy a superarlo	1
Que esta vez me ha tocado a mí y que hay que ponerse las pilas para luchar contra la enfermedad. Preguntaría enseguida por las posibilidades de tratamiento	1
Que hay que luchar e ir a por todas	1
Que me ha tocado y tengo que salir adelante	1
Voy a luchar contra él, es lo que dios quiere aceptarlo y llevarlo lo mejor posible	1

TOTAL

17

Tabla AXII.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘emociones ambiguas’

Emociones ambiguas	Frecuencia
Al principio miedo y tristeza, después lo intentaría tomar como un reto	1
Al principio sorpresa, después esfuerzo de curación	1
Asombro	2
Cambio estilo vida	1
Cambio/s	3
Conformismo	1
Confusión	1
Depende cual	1
Depende de el cómo y el dónde, pero es indescriptible cuando no se padece	1
Depende del tipo	1
Depende del tipo de cáncer y el pronostico	1
Depende del tipo de cáncer, mayor o menor grado de angustia y pena pero después de la pena ganas de luchar	1
Desconcierto	1
Desesperación y después aceptación para poder luchar por el tiempo que me quede por vivir	1
En primer momento me vendría abajo, lloraría. Después según el pronóstico me animaría o no, según....	1
En principio creería morirme, pero intentaría lucharlo	1
En principio mucho miedo, luego creo que me resignaría	1
En un primer momento intentaría reflexionar serenamente de la información de la revisión intentando ser objetivo sin ser pesimista	1
Ganas de vivir, miedo e impotencia	1
Incertidumbre hasta saber más sobre él y la manera de poder superarlo	1
Lo aceptaría con resignación	1
Lo asumiría con resignación y lucharía al máximo	1
Me deprimiría en principio, luego no lo se	1
Miedo a que el cáncer fuera incurable o avanzado. Al mismo tiempo buscar salidas para el mejor tratamiento posible para intentar la curación	1
Necesidad de información y contrastar información	1
Ni idea	1
No	1
No lo se	7
No lo sé cómo reaccionaría	1
No lo sé. No me lo he planteado nunca	1
No me lo creería, me realizaría todas las pruebas posibles y pediría una 2º o 3º opinión	1
No puede ser	1
No sé como reaccionaria	1
No sentiría de momento o entraría en estado de shock	1
No tengo ni idea	1
Paciencia	2
Pensaría en lo que me espera	1
Por qué y por qué ahora, cual es el motivo y que puedo hacer para curarme, que secuelas me quedarán. Con el tiempo (di) gracias y ayuda a otros enfermos	1
Prefiero no pensarlo	1
Primero miedo y después intentar superarlo por todos los medios	1
Primero miedo y luego ánimo para luchar contra el	1
Primero miedo, rabia, impotencia. Intentaría buscar solución y ver el lado positivo apoyándome en mi familia y amigos	1
Primero sin esperármelo tendría mucho miedo, luego pensando en mi familia trataría de restarle importancia y seguir adelante	1

Primero, pensaría, ¿por qué a mí? Y luego dependiendo del pronóstico, intentaría disfrutar al máximo de la vida	1
Que las historias que conozco se repetirían conmigo, sentiría mucha inseguridad con el futuro	1
Que me ha tocado como a cualquier otro	1
Que me ha tocado la "china"	1
Que me había tocado	1
Que no es cierto, que no va conmigo, que no me está pasando de verdad	1
Reflexión	1
Resignación	1
Resignarme. Me sentiría fatal pero ya he pasado por un trasplante y esto sería algo más	1
Se me caería el mundo encima, lloraría muchísimo. Seguro que me derrumbo y pienso hasta en la muerte, tras reflexionar miraría hacia el futuro afrontándolo de manera más positiva	1
Se me caerían de inmediato los palos del sombrero, luego intentaría asumir la situación	1
Se me vendría todo abajo pero a luchar y a salir adelante por mi hijo	1
Según el tiempo que me quedara por vivir	1
Sentiría mucho miedo, ansiedad y espero que ganas de luchar	1
Sería un gran palo anímico pero después me animaría a luchar. También sería el momento de reorganizar mi vida	1
Sorpresa	4
Tendría que asimilarlo, pensaría que mejor a mí que a un familiar mío	1
TOTAL	74

Tabla AXII.6

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'no clasificable'

No clasificable	Frecuencia
Búsqueda de alternativas	1
Curación	1
Escalofrío	1
Familia	2
Frágil	1
Hijos	1
Mareo	1
Paciente	1
Pelo	1
Pensaría en familia	1
Preguntas sin respuestas	1
Quimio	1
Sudar	1
Tiempo	1
TOTAL	15

Anexo XIII

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la representación social del cáncer (SISC-RSC).

Tabla AXIII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'definiciones'

Definiciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Cambio en las células	0	0	1	0	0	1
Crecimiento descontrolado	1	0	0	0	0	1
Enfermedad	36	1	10	4	3	54
Enfermedad complicada	1	0	0	0	0	1
Enfermedad crónica	1	0	0	0	0	1
Enfermedad de un órgano no concreto	1	0	0	0	0	1
Enfermedad dura	0	0	1	0	0	1
Enfermedad grave	3	0	0	0	0	3
Enfermedad incurable	0	1	0	0	0	1
Enfermedad peligrosa	1	0	0	0	0	1
Enfermedad producida por activación celular con multiplicación incontrolada de dichas células que produce invasión de otros órganos. Alteración autorregulación inmunidad celular.	1	0	0	0	0	1
Grave y compleja enfermedad	0	0	0	0	1	1
TOTAL	45	2	12	4	4	67

Tabla AXIII.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'calificaciones'

Calificaciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Agresivo	1	0	0	0	0	1
Anomalía	0	0	1	0	0	1
Benignidad	0	0	0	1	0	1
Benigno	0	0	0	1	0	1
Cabronada	0	1	0	0	0	1
Calvario	0	0	1	0	0	1
Cronicidad	0	2	1	0	0	3
Crónico	2	0	1	1	0	4
Desconocimiento	0	0	0	1	0	1
Destrucción	1	0	0	0	0	1
Drama	0	0	1	0	0	1
Duro proceso	0	0	1	0	0	1
Grave	1	5	1	0	2	9

Gravedad	0	4	3	3	1	11
Injusto	0	0	0	1	0	1
Irremediable	0	0	0	1	0	1
Lo peor	1	0	0	0	0	1
Mal	1	0	0	0	0	1
Malformación	0	0	0	1	0	1
Malignidad	1	1	1	0	0	3
Maligno/a	1	1	1	0	0	3
Malo	3	0	0	0	0	3
Mazazo	1	0	0	0	0	1
Mortal	1	0	0	0	1	2
Peligroso	0	1	0	0	0	1
Pesadilla	0	0	0	0	1	1
Posibilidades	0	0	0	1	0	1
Putada	2	0	1	0	1	4
Superable	0	0	0	0	1	1
Terminal	0	1	2	1	3	7
Terrorífico	0	0	1	0	0	1
TOTAL	16	16	16	12	10	70

Tabla .AXIII.3.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones generales’

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿Curación?	0	0	1	0	0	1
¿Enfermedad?	0	0	1	0	0	1
¿Me salvaré?	0	0	0	1	0	1
¿Por qué?	0	0	0	1	1	2
Aire	0	1	0	0	0	1
Alarma social	0	0	1	0	0	1
Apoyo	0	0	1	4	2	7
Aprender	0	0	0	0	1	1
Aprendizaje	0	0	0	1	0	1
Atención	0	0	0	0	1	1
Ausencia	1	0	0	0	0	1
Ayuda	0	0	0	0	3	3
Bloqueamiento	0	0	0	0	1	1
Cambio/os	1	0	1	3	0	5
Casa	0	0	0	0	1	1
Células	0	1	1	0	0	2
Comprender	0	0	0	0	1	1
Compromiso	0	1	0	0	0	1
Común	1	0	0	0	0	1
Con/sin esperanza	0	1	0	0	0	1
Confianza	0	1	0	0	0	1
Consideración	0	0	0	0	1	1
Control	0	1	0	1	0	2
Crisis	0	0	1	0	0	1
Cuidados afectivos	0	0	0	0	1	1
Cultura	0	0	0	0	1	1
Cura	1	1	1	2	0	5
Curable	2	1	2	2	0	7
Curación	2	1	5	0	3	11
Damocles	0	0	1	0	0	1
Desastre	1	0	0	0	0	1

Desconocimiento	0	3	0	0	2	5
Desgracia	0	2	0	0	0	2
Desgracia familiar	0	0	0	1	0	1
Despedida	0	0	0	0	1	1
Diálogo	0	1	0	0	0	1
Difícil de llevar	1	0	0	0	0	1
Dificultad	0	1	0	0	0	1
Distancia	0	1	0	0	0	1
Duración	0	0	1	1	0	2
Enfermo	2	1	0	0	0	3
Escuchar	0	0	0	1	0	1
Esperanzable	0	0	0	1	0	1
Estadio	0	1	0	0	0	1
Etiquetas sociales erróneas	0	0	1	0	0	1
Expectativa	0	0	0	0	1	1
Familia	3	1	1	17	10	32
Familiar	0	1	0	0	0	1
Fastidio	0	0	1	1	0	2
Fatal	1	0	0	0	0	1
Fatalidad	0	1	0	0	0	1
Fe	0	0	0	0	1	1
Fin	1	1	0	1	1	4
Fin de la vida próxima	1	0	0	0	0	1
Final	0	1	0	0	0	1
Finalización	1	0	0	0	0	1
Flor	0	0	1	0	0	1
Fobia	0	0	0	1	0	1
Fracaso	0	0	0	0	1	1
Frio	0	0	1	0	1	2
Grado de malignidad	0	0	0	1	0	1
Hijos	0	0	0	0	2	2
Hospitalización	0	0	2	0	1	3
Humanidad	0	1	0	0	0	1
Incapacidad	0	0	0	0	1	1
Incurable	0	0	1	0	0	1
Información	0	1	0	1	0	2
Inmunodeficiencia	0	0	0	1	0	1
Intolerancia	0	0	0	0	1	1
IVO	0	0	1	0	1	2
Jeringa	0	0	0	0	1	1
Lacra	1	0	0	0	0	1
Largo	1	0	0	0	0	1
Libertad	0	1	1	0	0	2
Llanto	0	0	1	0	0	1
Llorar	0	0	0	1	0	1
Lucha	7	7	10	4	11	39
Lucha constante	0	1	0	0	0	1
Luchador	1	0	0	0	0	1
Luchar	0	1	0	0	0	1
Luchar por vivir	0	1	0	0	0	1
Madre	1	0	0	0	0	1
Mal estado general	0	0	1	0	0	1
Mal pronóstico	0	0	1	0	0	1
Mala suerte	1	0	0	1	0	2
Menor	0	0	0	0	1	1
Mentiras	0	1	0	0	0	1
Mucho apoyo	0	0	0	0	1	1
Mujer	1	0	0	0	1	2

Necesidad de apoyo	0	0	0	0	1	1
Negativo	0	0	1	0	0	1
Negro	0	1	1	0	0	2
No curable	0	1	0	0	0	1
No invalidante	0	0	0	0	1	1
No mortal	0	1	0	0	0	1
Nubes	0	0	0	1	0	1
Nuevas Prioridades	0	0	0	1	0	1
Odio	0	1	0	0	0	1
Oncología	0	1	0	0	1	2
Paciencia	0	1	1	0	3	5
Paciente	0	1	0	0	1	2
Palabra muy, muy desagradable	1	0	0	0	0	1
Pareja	0	0	0	0	1	1
Peligro	3	1	3	0	1	8
Peor	0	1	0	0	0	1
Pérdida rápida de la vida	0	1	0	0	0	1
Poca probabilidad de curación	0	1	0	0	0	1
Posibilidad de muerte	0	0	1	0	0	1
Positividad	0	0	1	0	0	1
Positivo	0	1	0	0	0	1
Prevenible	0	0	1	0	0	1
Problema importante	1	0	0	0	0	1
Problema/as	1	1	1	0	0	3
Problemas familiares	0	0	1	0	0	1
Prolongado	0	0	0	0	1	1
Pronóstico	0	1	0	0	1	2
Pronóstico breve	0	0	1	0	0	1
Rápido	0	0	0	0	1	1
Recaída	0	1	0	0	0	1
Remedio	0	0	1	0	0	1
Respeto	0	1	0	0	0	1
Reto	0	0	1	1	1	3
Riesgo	0	0	0	1	0	1
RIP	1	0	0	0	0	1
Risueño	0	0	1	0	0	1
Sacrificio	0	0	0	1	0	1
Salud	1	0	1	1	0	3
Salvación	0	0	1	0	0	1
Sanar	0	0	0	0	1	1
Se puede convivir con el	1	0	0	0	0	1
Sol	1	0	0	0	0	1
Solución	0	0	0	1	1	2
Sueño	0	0	0	1	1	2
Superación	0	3	4	2	3	12
Supervivencia	1	0	1	0	0	2
Susto	0	1	0	0	0	1
Unión	0	0	0	0	1	1
Vacío	0	0	0	0	2	2
Vencido	0	0	0	1	0	1
Viajes	0	0	0	1	0	1
Vida	0	0	2	0	2	4
TOTAL	43	58	64	60	80	305

Tabla AXIII.4.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden 'asociaciones temporales'

Asociaciones temporales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Futuro	0	0	1	1	1	3
Largo tratamiento	0	0	0	1	0	1
Poco tiempo	0	0	0	1	0	1
Temporal	0	1	0	0	0	1
Tiempo	1	1	1	1	3	7
TOTAL	1	2	2	4	4	13

Tabla AXIII.5.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden 'asociaciones espaciales'

Asociaciones espaciales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Hospital/es	1	2	4	11	3	21
Ingreso	0	0	0	1	0	1
Quirófano	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1	2	4	12	4	23

Tabla AXIII.6.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden 'asociaciones profesionales'

Asociaciones profesionales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Médicos	0	0	1	0	1	2
Oncóloga	0	0	1	0	0	1
Trabajo	1	0	2	1	0	4
TOTAL	1	0	4	1	1	7

Tabla AXIII.7.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden 'avances científicos'

Avances científicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Avances	0	0	0	2	1	3
Ciencia	0	0	1	0	0	1
Investigación	0	1	0	0	2	3
Mucho hecho pero mucho por hacer	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	1	1	2	3	8

Tabla AXIII.8.

Distribución de frecuencias de la categoría de tercer orden ‘asociaciones con la dieta’

Asociaciones con la dieta	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Comida	0	0	1	0	0	1
TOTAL	0	0	1	0	0	1

Tabla AXIII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘cáncer asociado a un órgano concreto’

Cáncer asociado a un órgano concreto	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Colon	0	0	0	0	1	1
Estómago	0	0	0	1	0	1
Hígado	0	0	1	0	0	1
Mama/as	0	2	1	1	0	4
Pulmón	1	0	0	0	0	1
Sangre	1	0	0	0	0	1
TOTAL	2	2	2	2	1	9

Tabla AXIII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘cáncer no asociado a un órgano concreto’

Cáncer no asociado a un órgano concreto	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Bulto	1	0	0	0	0	1
Líquido	0	1	0	0	0	1
Metástasis	1	1	3	1	0	6
Neoplasia	1	0	0	0	0	1
Tumor /Tumores	4	0	0	0	3	7
TOTAL	7	2	3	1	3	16

Tabla AXIII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘causas’

Sustancias químicas y medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Contaminación	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	0	1	0	1
Genética	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Hereditaria	0	1	0	0	0	1
TOTAL	0	1	0	0	0	1
Agentes infecciosos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Bacterias	0	0	1	0	0	1
Virus	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	0	1	1	0	2

Tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Tabaco	0	1	1	0	1	3
TOTAL	0	1	1	0	1	3

Tabla AXIII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias físicas’

Consecuencias físicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Adelgazamiento	0	0	1	0	0	1
Agonía	1	1	1	0	1	4
Alopecia	1	1	3	1	0	6
Astenia	0	0	0	0	1	1
Caída de pelo	0	0	1	1	0	2
Calvicie	1	0	1	0	0	2
Cambio físico	0	0	1	0	0	1
Cambio imagen	0	0	0	0	1	1
Cansancio	1	0	0	0	2	3
Colostomía	0	1	0	0	0	1
Debilidad	0	1	3	0	2	6
Decaimiento	0	0	0	1	0	1
Delgadez	0	0	2	0	1	3
Dependencia	1	1	2	4	2	10
Deterioro	0	2	1	2	0	5
Deterioro rápido	0	1	0	0	0	1
Dolor	49	46	24	18	10	147
Efectos secundarios	0	1	0	0	0	1
Envejecimiento	0	0	1	0	0	1
Éxito	0	0	1	0	0	1
Fatiga	0	0	0	1	0	1
Fiebre	0	1	0	0	0	1
Flojedad	0	0	0	0	1	1
Incapacidad	0	0	2	4	0	6
Inmovilidad	0	0	1	0	0	1
Insomnio	0	0	1	0	0	1
Interrupción de la vida	0	0	0	1	0	1
Limitaciones	0	1	0	0	0	1
Minusvalía	0	0	0	0	1	1
Mucositis	0	0	0	1	0	1
Muerte	50	43	27	18	20	158
Nauseas	0	0	1	0	0	1
Palidez	0	0	0	1	0	1
Pérdida de pelo	0	0	0	1	0	1
Secuela	0	0	0	1	0	1
Tos	0	0	0	0	1	1
Vómitos	0	1	0	1	0	2
TOTAL	104	101	74	56	43	378

Tabla AXIII.13

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias psicológicas’

Consecuencias psicológicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ansiedad	3	5	11	7	2	28
Baja autoestima	0	0	0	1	0	1
Cambio en la forma de pensar	0	0	0	1	0	1
Conformidad al final	0	0	0	1	0	1
Depresión	2	6	8	7	9	32
Desgaste emocional	0	0	0	1	0	1
Dolor de la familia de verme con quimioterapia	0	0	0	1	0	1
Estrés	0	1	0	0	0	1
Falta de mentalización del momento que se vive	0	0	0	1	0	1
Padecer	0	0	0	1	0	1
Renacimiento	0	0	0	0	1	1
Replanteamiento de los valores de la vida	0	0	0	1	0	1
Shock	0	0	1	0	0	1
Sufrimiento moral	0	1	0	0	0	1
Trastorno	0	0	0	0	1	1
TOTAL	5	13	20	22	13	73

Tabla AXIII.14

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias sociales’

Consecuencias sociales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Calidad de vida	0	1	0	0	0	1
Cambio de vida	0	1	1	0	0	2
Cambio radical de vida	1	0	0	0	0	1
Pérdida	0	0	3	2	3	8
TOTAL	1	2	4	2	3	12

Tabla AXIII.15

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘sentimientos que genera’

Sentimientos que genera	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Agonía lenta	0	1	0	0	0	1
Aislamiento	0	0	0	0	3	3
Alegría	0	0	0	1	0	1
Amistad	0	0	0	1	0	1
Amor	2	0	0	0	1	3
Angustia	3	5	9	8	7	32
Animado	0	0	0	1	0	1
Ánimo	0	0	0	1	0	1
Apatía	0	1	0	0	0	1
Cariño	1	1	0	0	0	2

Compasión	0	1	0	0	0	1
Comprensión	1	0	0	2	0	3
Confianza	0	0	0	1	0	1
Conflicto emocional	0	0	0	0	1	1
Conformismo	0	0	0	0	1	1
Consuelo	0	0	0	1	0	1
Coraje	1	0	0	0	0	1
Decepción	0	0	1	0	0	1
Desamparo	0	0	0	0	1	1
Desasosiego	1	0	0	0	1	2
Desconcierto	0	0	1	0	0	1
Desconfianza	0	0	0	1	0	1
Desesperación	0	2	3	3	2	10
Desesperanza	0	1	3	3	1	8
Desolación	0	0	0	0	1	1
Duda/as	0	1	1	1	0	3
Empatía	0	0	1	2	0	3
Esperanza	4	5	4	6	9	28
Esperanza de vida	0	1	0	0	0	1
Fortaleza	0	1	0	0	0	1
Fracaso	0	0	0	1	0	1
Fuerza	1	1	2	1	0	5
Fuerza de superación	0	1	0	0	0	1
Honestidad	1	0	0	0	0	1
Horror	2	0	1	0	2	5
Impotencia	3	2	10	5	2	22
Incertidumbre	3	4	6	3	5	21
Incomprensión	1	0	0	2	2	5
Incredulidad	0	0	0	0	2	2
Indefensión	1	0	0	0	0	1
Inseguridad	1	0	0	1	0	2
Intranquilidad	0	1	0	0	1	2
Ira	0	1	0	0	1	2
Malestar	0	0	1	0	0	1
Miedo	76	28	22	13	10	149
Miedo a morir	0	0	0	0	1	1
Negación	0	0	0	1	1	2
Negativismo	0	0	0	1	0	1
Nervios	1	0	1	1	1	4
Optimista	0	0	0	0	1	1
Padecimiento	0	1	0	0	1	2
Pánico	0	1	0	0	1	2
Pena	1	3	4	4	5	17
Pesimismo	0	0	0	0	1	1
Preocupación	0	2	3	2	0	7
Rabia	0	4	1	2	4	11
Rechazo	0	0	1	1	0	2
Resignación	0	0	3	1	0	4
Respeto	0	0	1	0	0	1
Responsabilidad	0	0	0	1	0	1
Sensibilidad	0	0	1	0	1	2
Sentimientos	0	0	1	0	0	1
Soledad	0	2	3	5	3	13
Solidaridad	0	0	1	0	1	2
Sorpresa	0	0	0	1	0	1
Sufrimiento	15	34	18	15	4	86
Sufrimiento familiar	0	0	0	1	0	1
Temor	3	1	0	0	2	6
Ternura	0	0	1	0	0	1
Terror	0	1	0	0	0	1

Tolerancia	0	0	0	1	0	1
Triste	0	1	0	0	0	1
Tristeza	0	11	11	11	6	39
Valor	0	0	0	1	0	1
TOTAL	122	119	115	107	86	549

Tabla AXIII.16

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos’

Términos genéricos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	columna 5	Total
Prótesis	0	1	0	0	0	1
Tratamiento médico grave	0	1	0	0	0	1
Tratamiento prolongado	0	1	0	0	0	1
Tratamiento/os	0	3	0	0	0	3
TOTAL	0	6	0	0	0	6
Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Medicación	0	2	0	0	0	2
Quimioterapia	21	12	10	15	6	64
Sedación	0	0	0	1	0	1
Vacuna	0	0	0	1	0	1
TOTAL	21	14	10	17	6	68
Tratamientos médicos y psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Pruebas	0	0	0	0	3	3
Pruebas diagnósticas	0	0	1	0	0	1
Pruebas médicas	0	0	0	1	0	1
Pruebas y técnicas	0	0	0	0	1	1
Radioterapia	0	5	4	2	3	14
Screening	0	0	0	1	0	1
TOTAL	0	5	5	4	7	21
Tratamientos quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Amputación	0	0	0	0	1	1
Cirugía	0	1	1	1	1	4
Mutilación	0	0	1	1	0	2
Operación	0	1	0	1	0	2
TOTAL	0	2	2	3	2	9

Anexo XIV

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la representación social del enfermo de cáncer (SISC-RSC).

Tabla AXIV.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘definiciones’

Definiciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Adulto	0	1	0	0	0	1
Agradecido	2	0	0	0	1	3
Amigo/a/os/as	1	1	1	1	0	4
Anciano	0	0	1	0	0	1
Colaborativo	1	0	0	0	0	1
Comprensivo	0	0	0	0	1	1
Condenado	1	0	0	0	0	1
Conformista	0	0	1	0	0	1
Dependiente	1	1	1	0	0	3
Dependiente de tratamientos agresivos	0	1	0	0	0	1
Desafortunado	1	0	0	1	0	2
Desamparado	0	1	0	0	0	1
Desprotegido	0	0	1	0	0	1
Deteriorado	0	0	0	0	1	1
Encamado	0	1	0	1	1	3
Enfermedad	3	2	1	0	0	6
Enfermedad grave	1	0	0	0	0	1
Enfermo	2	1	2	0	0	5
Enfermo crónico dependiendo de su gravedad del cáncer	1	0	0	0	0	1
Enfermo grave	1	0	0	0	0	1
Esperanzado	0	0	1	0	0	1
Exigentes	0	0	1	0	0	1
Familiar	0	0	1	0	0	1
Fuerte	0	2	0	1	1	4
Hermano	1	0	0	0	0	1
Hijos	1	0	0	1	0	2
Hijos-familia	1	0	0	0	0	1
Impotente	0	1	1	1	0	3
Incomprendido	0	0	1	0	0	1
Indefenso	0	1	0	0	0	1
Informado	1	0	0	0	0	1
Inmunodeprimido	1	1	0	0	0	2
Inseguro	0	1	0	0	0	1
Joven/jóvenes	1	0	0	0	0	1
Limitado	0	0	0	1	0	1
Luchador	11	4	5	1	1	22
Madre	0	1	0	0	0	1
Moribundo	1	0	0	0	1	2
Mujeres	0	0	1	0	0	1
Paciente	3	2	0	1	1	7
Paciente crónico	1	0	0	0	0	1
Paciente que sufre la	1	0	0	0	0	1

enfermedad cancerosa y que como consecuencia de esta enfermedad devastadora padecen un sufrimiento físico, moral, social y espiritual. La familia de estos pacientes sufre con él.						
Padre	1	0	0	0	0	1
Perdedor	0	1	0	0	0	1
Persona	6	0	0	1	0	7
Persona con tratamiento de quimioterapia o radioterapia	1	0	0	0	0	1
Persona que debe estar en guardia y revisar periódicamente su estado de salud	1	0	0	0	0	1
Persona que padece enfermedad descontrolada	1	0	0	0	0	1
Persona que sufre	0	0	1	0	0	1
Pobre	1	0	0	0	0	1
Prima	0	1	0	0	0	1
Resignado	0	1	0	0	0	1
Sensible	0	0	1	0	0	1
Sentenciado	0	0	0	0	1	1
Sufridor	1	0	0	1	0	2
Superviviente	0	0	1	0	0	1
Temeroso	0	1	0	0	0	1
Un enfermo como cualquier otro de otra enfermedad	1	0	0	0	0	1
Víctima	1	0	0	0	0	1
TOTAL	52	26	22	11	9	120

Tabla AXIV.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘asociaciones’

Asociaciones	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Anonimato	0	0	1	0	0	1
Apariencia	0	1	0	0	0	1
Aprendizaje	1	0	0	0	0	1
Aptitud	0	0	1	0	0	1
Asociaciones	0	0	0	0	1	1
Atención	1	0	0	1	0	2
Autonomía	0	0	0	0	1	1
Ayuda	1	7	4	2	2	16
Calidad	0	0	1	0	0	1
Calidad vida	0	1	0	0	0	1
Cama	1	0	0	0	0	1
Cama de hospital	0	1	0	0	0	1
Cambio	0	1	0	1	1	3

Camisón	0	0	1	0	0	1
Capacidad	0	0	1	0	0	1
Compañía	0	1	1	0	0	2
Crónico	2	1	0	0	0	3
Cuidado	2	0	0	0	0	2
Cuidador	0	1	0	1	0	2
Cuidados	4	1	1	0	0	6
Cuidar empatía	0	0	0	1	0	1
Cura	0	0	0	0	1	1
Curable	1	0	0	0	0	1
Curación	1	0	1	1	1	4
Dar información	0	0	0	0	1	1
Desaparecer	0	0	0	1	0	1
Desinformación	0	1	0	0	0	1
Deterioro	1	1	1	0	0	3
Diferente	0	0	1	0	1	2
Edad	0	0	0	1	0	1
Empeño	0	0	0	0	1	1
Esfuerzo	0	0	1	0	0	1
Especial	0	0	0	1	0	1
Estacazo	0	0	1	0	0	1
Estadio	0	1	0	0	0	1
Evolución	0	1	0	1	0	2
Familia	5	4	16	8	6	39
Fin	0	0	0	0	1	1
Final	2	0	0	0	0	2
Futuro	0	0	0	1	1	2
Grave	1	2	0	0	0	3
Hospital/es	3	5	4	1	1	14
Hospitalizado	0	1	0	0	0	1
Impacto	1	0	0	0	0	1
Información	0	0	0	0	1	1
Injusto	1	1	0	0	0	2
Introspección	0	1	0	0	0	1
Investigación	0	0	0	1	0	1
Lágrimas	1	0	0	0	1	2
Lentitud	0	0	0	1	0	1
Leucemia	1	0	0	0	0	1
Llanto	0	0	0	0	1	1
Llorar	0	1	0	0	0	1
Mal	1	0	0	0	0	1
Mama	0	1	1	0	0	2
Médicos	0	1	0	0	1	2
Mimos	0	0	0	0	1	1
Mortal	1	0	0	0	0	1
Mutación	0	1	0	0	0	1
Negociación	0	0	1	0	0	1
Olvido	0	0	0	0	1	1
Pañuelo	0	1	0	0	0	1
Pasivo	1	0	0	0	0	1
Pelo	2	1	0	0	0	3
Pijama	0	1	0	0	0	1
Quirófano/nos	0	1	0	2	0	3
Recidiva	0	0	0	0	1	1
Recuperación	1	0	0	0	0	1
Ruptura	1	0	0	0	0	1
Sala	0	1	0	0	0	1
Sentencia	1	0	0	0	0	1
Sentimiento/s	0	0	0	0	1	1
Síntomas	0	0	0	1	0	1

Sobrevivir	0	1	0	0	0	1
Sol	0	0	0	0	1	1
Soledad	1	3	4	1	1	10
Solución	0	2	0	0	0	2
Sonrisa	0	0	0	0	1	1
Suerte	1	0	1	0	0	2
Susto	1	0	0	0	0	1
Terminal	2	2	2	2	0	8
Testamento	0	1	0	0	0	1
Tiempo	0	0	1	0	2	3
Tipo de cáncer	0	0	1	0	1	2
Trabajo	0	0	0	2	0	2
Tragedia	0	0	1	0	0	1
Transformación	0	0	1	0	0	1
Tumor	1	0	0	0	0	1
Unión	0	0	0	0	1	1
Vida	1	2	2	2	4	11
Vivir	0	0	0	0	1	1
Voluntad	1	0	0	1	2	4
TOTAL	46	53	51	34	41	225

Tabla AXIV.3.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘diálogos interiores’

Diálogos interiores	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿Por qué?	0	0	1	0	0	1
Actitud positiva	0	0	0	0	1	1
Afán de superación	0	1	0	0	0	1
Cambio de hábitos	0	0	0	0	1	1
Cambio de vida	0	0	1	0	1	2
Compartir preocupaciones	0	1	0	0	0	1
Ejemplo de afrontamiento	0	0	0	0	1	1
Familia preocupada	0	0	1	0	0	1
Fuerza de voluntad	0	0	0	1	0	1
Ganas de vivir	1	0	0	0	1	2
Gran pérdida	0	0	0	1	0	1
Hacer todas las pruebas y decidir qué hacer	1	0	0	0	0	1
Héroes anónimos corriendo carreras de obstáculos	1	0	0	0	0	1
Involuntariamente un cuidado especial en el trato directo	0	0	1	0	0	1
La vida se me escapa	1	0	0	0	0	1
Mal informado	0	1	0	0	0	1
Mala calidad de vida	1	0	0	0	0	1
Mala suerte	2	1	0	1	0	4
Muerte lenta	0	0	0	0	1	1
Nada que hacer	0	0	0	1	0	1
Necesidad de apoyo	0	1	0	0	0	1
Necesidad de ayuda	1	0	0	0	0	1
No curable	0	1	0	0	0	1
Nombre de mi amiga	0	0	1	0	0	1

Objetivos cumplidos	0	0	0	1	0	1
Pérdida de la libertad	0	0	1	1	0	2
Pérdida rápida de la independencia	0	0	0	0	1	1
Poco tiempo de vida	0	0	1	0	0	1
Que mala suerte	1	0	0	0	0	1
Que mi familia sufriera por verme cada día peor	0	1	0	0	0	1
Que no es mortal	0	0	1	0	0	1
Que puedes	0	0	1	0	0	1
Que se puede curar	0	1	0	0	0	1
Saber vivir	0	0	0	0	1	1
Se muere	1	0	0	0	0	1
Ser fuerte	0	1	0	0	0	1
Sin suficiente información	0	0	0	1	0	1
Sobreesfuerzo admirables	0	0	0	0	1	1
Tirar pa'lante	0	0	0	1	0	1
Todos los enfermos son iguales, viven un proceso de pérdida y trabajo-personal-interior	1	0	0	0	0	1
Últimas voluntades	0	0	1	0	0	1
Una mala pasada de la vida	1	0	0	0	0	1
Verme cada día peor	1	0	0	0	0	1
TOTAL	13	9	10	8	9	49

Tabla AXIV.4.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias físicas’

Consecuencias físicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
“Demacre”	0	0	0	1	0	1
Agonía	1	2	0	0	0	3
Agotamiento	0	0	0	1	0	1
Alopecia	6	2	0	3	1	12
Anémico	0	1	0	0	0	1
Anorexia	0	1	0	0	0	1
Aspecto físico	1	0	0	0	0	1
Caída de pelo/cabello	0	0	1	0	0	1
Calvicie	3	0	0	0	2	5
Calvo	1	1	2	1	0	5
Cambio imagen corporal	0	1	0	0	0	1
Cansado	0	1	1	0	1	3
Cansancio	0	2	0	3	0	5
Caquexia	1	0	0	0	1	2
Cicatriz/cicatrices	0	1	1	0	0	2
Con dolor	1	1	0	0	0	2
Débil	6	1	1	0	3	11
Debilidad	3	3	0	1	1	8
Decaído	1	0	0	0	0	1
Decaimiento	0	1	0	0	0	1
Delgadez	0	3	0	0	1	4

Delicado	1	0	0	0	0	1
Desgaste	0	0	0	1	0	1
Dolor	20	20	19	15	8	82
Dolorido	0	0	0	1	0	1
Enfrentarse a la nueva imagen	0	0	0	1	0	1
Éxito	0	1	0	0	0	1
Fiebre	0	0	1	0	1	2
Incapacidad	1	0	0	1	1	3
Infección	0	0	0	1	0	1
Lánguido	0	0	0	1	0	1
Malestar	0	0	0	0	1	1
Muerte	5	10	7	4	14	40
Muerto	0	0	1	0	0	1
Nauseas	0	0	0	1	0	1
Palidez	2	1	0	0	0	3
Pálido	0	1	0	0	0	1
Quemadura	0	1	0	0	0	1
Sialorrea	0	1	0	0	0	1
Sin pelo	1	1	1	0	0	3
Vivir con dolor	1	0	0	0	0	1
Vómitos	0	1	2	2	0	5
TOTAL	55	58	37	38	35	223

Tabla AXIV.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘consecuencias psicológicas’

Consecuencias psicológicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ansiedad	2	2	1	1	4	10
Depresión	11	4	5	4	9	33
Depresión o ansiedad	0	0	0	0	1	1
Depresivo	0	0	1	0	0	1
Deprimido	0	0	1	0	0	1
Deprimido psicológicamente	0	0	1	0	0	1
Estrés	0	0	1	0	0	1
Shock	0	0	0	0	1	1
TOTAL	13	6	10	5	15	49

Tabla AXIV.6.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘sentimientos que genera’

Sentimientos que genera	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Abrumado	0	0	1	0	0	1
Aceptación	1	1	0	2	0	4
Actitud	0	1	0	0	0	1
Admirable	0	1	0	0	0	1
Aferramiento	0	0	1	0	0	1
Afrontamiento	0	0	1	0	2	3

Aislamiento	0	0	0	0	1	1
Alegría	0	0	1	1	0	2
Alegría/tristeza	0	0	1	0	0	1
Altibajos de humor	0	0	0	1	0	1
Amabilidad	0	0	0	0	1	1
Amistad	0	0	0	2	0	2
Angustia	3	4	3	0	1	11
Ánimo	1	10	3	4	4	22
Apatía	1	1	1	0	1	4
Apoyo	3	1	6	5	0	15
Apoyo familiar	0	0	0	1	0	1
Apoyo psicológico	0	0	1	0	0	1
Asustado	2	1	1	0	0	4
Autoestima	0	1	0	0	0	1
Autoestima baja	0	0	0	1	1	2
Cariño	1	0	4	1	0	6
Cercanía	1	0	0	0	0	1
Compadecer	0	0	1	0	0	1
Compasión	5	7	3	4	1	20
Comprensión	4	3	3	1	0	11
Condescendencia	0	0	0	0	1	1
Confianza	0	0	0	1	0	1
Confort	0	0	0	1	0	1
Confusión	0	0	1	0	0	1
Constancia	0	2	0	0	0	2
Consuelo	0	0	1	0	0	1
Coraje	1	2	0	0	0	3
Dar ánimos	0	0	0	0	1	1
Delicadeza	0	0	0	1	0	1
Dependencia	0	1	1	4	2	8
Desamparo	0	0	1	1	0	2
Desánimo	0	1	0	0	0	1
Desconcierto	1	0	0	0	1	2
Desconocimiento	1	0	0	0	0	1
Desconsuelo	0	0	0	1	0	1
Desesperación	0	3	1	0	1	5
Desesperanza	0	0	5	1	1	7
Desilusión	0	0	0	1	0	1
Desilusiones	0	1	0	0	0	1
Desolación	1	0	0	0	0	1
Dignidad	0	1	0	0	0	1
Disconformidad	0	0	1	0	0	1
Dolor (de sufrimiento)	0	1	0	0	0	1
Drama	0	0	0	1	0	1
Duda	0	0	0	0	1	1
Duelo	0	0	2	0	0	2
Egoísmo	0	0	0	1	0	1
Empatía	3	3	6	2	2	16
Enfado	0	0	0	0	1	1
Entereza	1	0	1	0	1	3
Entrega	0	0	1	0	0	1
Esperanza	2	7	4	7	9	29
Esperanzable	0	0	0	1	0	1
Fortaleza	1	1	0	5	1	8
Fracaso	0	0	1	0	0	1
Fragilidad	0	0	0	1	0	1
Frustración	1	0	0	0	0	1

Fuerza	6	4	2	6	3	21
Gravedad	0	0	2	1	1	4
Horror	0	0	0	1	1	2
Hundido	1	0	0	0	0	1
Ilusión	0	0	1	0	0	1
Impotencia	1	2	4	6	1	14
Incapaz	0	0	0	1	0	1
Incertidumbre	1	0	1	3	2	7
Incomprensión	0	0	2	0	0	2
Ingenuidad	0	1	0	0	0	1
Injusticia	0	2	1	1	0	4
Inseguridad	1	0	1	0	0	2
Intimidación	0	0	1	0	0	1
Ira	0	0	1	0	0	1
Lamentos	0	0	0	1	0	1
Lástima	11	5	3	1	2	22
Lástima (padre)	1	0	0	0	0	1
Lucha	7	6	10	5	5	33
Lucha constante	1	0	0	0	0	1
Luchar	0	0	0	1	2	3
Luchar con constancia	1	0	0	0	0	1
Mal carácter	1	0	0	0	0	1
Malhumor	0	0	0	1	0	1
Melancolía	0	1	0	0	0	1
Miedo	22	16	11	4	7	60
Miedo a morir	0	0	0	0	2	2
Miedoso	0	0	0	1	0	1
Necesidad	0	1	0	0	0	1
Negación	1	1	2	3	1	8
Nostalgia	0	1	0	0	0	1
Optimismo	1	1	0	0	1	3
Optimista	0	0	0	1	0	1
Paciencia	2	1	1	3	2	9
Padece	0	0	0	1	0	1
Padecer	1	0	0	0	0	1
Pánico	1	0	0	0	0	1
Pena	26	12	9	1	1	49
Pérdida	0	0	0	2	2	4
Pesar	0	0	0	0	1	1
Pesimismo	0	0	0	0	1	1
Pesimista	0	0	0	0	2	2
Positividad	0	0	1	0	1	2
Positivismo	0	0	0	1	0	1
Preocupación	2	2	2	1	0	7
Rabia	2	6	1	0	0	9
Resignación	2	1	1	2	1	7
Respeto	0	0	1	1	0	2
Responsabilidad	0	0	1	0	0	1
Sacrificio	1	0	1	0	0	2
Sensibilidad	0	0	0	1	0	1
Serenidad	1	0	0	1	0	2
Sinceridad	0	0	0	0	1	1
Solidaridad	0	0	2	1	0	3
Sufrimiento	8	12	8	9	3	40
Sufrimiento moral	0	1	0	0	0	1
Sumisión	0	0	0	1	0	1
Superación	3	4	5	1	5	18
Supervivencia	2	1	0	0	0	3

Temor	1	0	0	0	0	1
Ternura	1	0	1	0	0	2
Triste	1	3	2	2	0	8
Tristeza	18	12	7	14	3	54
Valentía	5	3	5	0	0	13
Valiente	1	1	1	1	0	4
Valor/es	0	2	1	0	1	4
Vulnerable	0	0	0	0	1	1
TOTAL	168	156	149	132	87	692

Tabla AXIV.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos farmacológicos’

Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Goteros	0	1	0	0	0	1
Medicación/es	0	0	1	1	1	3
Medicamentos	0	0	0	1	0	1
Morfina	0	0	1	0	0	1
Quimioterapia	3	2	10	10	2	27
Sedación	0	0	0	0	1	1
Tratamiento/s	3	4	2	4	4	17
Tratamientos largos y muy agresivos	1	0	0	0	0	1
TOTAL	7	7	14	16	8	52

Tabla AXIV.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos médicos’

Tratamientos médicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Analítica/as	0	0	1	0	0	1
Asistencia	0	0	0	1	0	1
Hospitalización	0	0	2	1	0	3
Ingreso/os	0	0	1	0	0	1
Ingresos hospitalarios	1	0	0	0	0	1
Prevención	0	0	0	0	1	1
Radioterapia	0	0	0	4	1	5
Revisiones	0	0	1	1	0	2
TOTAL	1	0	5	7	2	15

Tabla AXIV.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘tratamientos quirúrgicos’

Tratamiento quirúrgico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Operación	0	0	0	2	0	2
TOTAL	0	0	0	2	0	2

Anexo XV

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los síntomas, características o rasgos físicos del enfermo de cáncer.

Tabla AXV.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'síntomas físicos'

Síntomas físicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
A algunas no se les nota, sólo se les diferencia por la caída de pelo	1	0	0	0	0	0	1
Adelgazamiento	1	1	0	1	0	0	3
Algunos, color cetrino piel	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia	5	5	1	1	0	0	12
Alopecia (aunque no en todos los casos)	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia en quimio	1	0	0	0	0	0	1
Alopecia transitoria por el tratamiento de quimio	1	0	0	0	0	0	1
Anemia	0	0	0	2	1	0	3
Anemia importante	0	1	0	0	0	0	1
Anorexia	2	2	3	3	0	0	10
Aspecto "hinchado"	0	0	1	0	0	0	1
Aspecto físico	1	0	0	0	0	0	1
Astenia	8	3	2	0	0	0	13
Aumento del abdomen	0	1	0	0	0	0	1
Boca seca	0	0	1	0	0	0	1
Bronceado en exceso	0	1	0	0	0	0	1
Bulto/os	4	0	0	0	0	0	4
Caída del cabello/pelo	5	3	1	0	0	0	9
Caída del pelo (si les cae)	0	1	0	0	0	0	1
Calvicie	2	0	0	0	0	0	2
Cambios en la estructura piel	0	0	1	0	0	0	1
Cambios en los hábitos urinarios o intestinales	1	0	0	0	0	0	1
Cansancio	2	2	2	0	0	0	6
Caquexia	3	3	0	0	0	0	6
Cara hundida, se les nota (no a todas)	1	0	0	0	0	0	1
Caras hinchadas	0	0	1	0	0	0	1
Color cetrino	1	0	0	0	0	0	1

Color de la piel	4	2	0	0	0	0	6
Color tez	1	0	0	0	0	0	1
Coloración de piel	1	0	0	0	0	0	1
Con la p.q.t es evidente	1	0	0	0	0	0	1
Cuando pierden el pelo, pero si no lo pierden no hay ningún rasgo significativo	1	0	0	0	0	0	1
Débil	0	0	1	0	0	0	1
Debilidad	3	1	4	0	0	0	8
Decoloración piel	0	1	0	0	0	0	1
Delgadez	1	1	2	0	0	0	4
Delgadez (pérdida peso brusca)	0	1	0	0	0	0	1
Delgadez extrema, etc.	0	0	0	1	0	0	1
Depende del cáncer que padezcan pero en enfermedad avanzada la caquexia les caracteriza	1	0	0	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer, por ejemplo el cáncer de colon puede presentar rectorragia o pérdida de peso	1	0	0	0	0	0	1
Depende del tipo: pérdida peso y apetito	1	0	0	0	0	0	1
Depende. Ejemplo caída del pelo por quimio	1	0	0	0	0	0	1
Desnutrición	1	0	0	0	0	0	1
Deterioro de la persona	1	0	0	0	0	0	1
Disminución peso	1	0	0	0	0	0	1
Dolor	4	2	1	0	0	0	7
Durante el tratamiento con corticoides edemas faciales, caída cabello, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Efectos de la quimio: caída pelo	1	0	0	0	0	0	1
El aspecto físico durante la quimio y/o la fase aguda se ve alterado	1	0	0	0	0	0	1
El deterioro físico en estados avanzados es evidente	1	0	0	0	0	0	1
En algunos casos alopecia postquimioterapia	0	0	1	0	0	0	1

En algunos casos la alopecia derivada del tratamiento con quimio	1	0	0	0	0	0	1
En caso de quimio, alopecia	1	0	0	0	0	0	1
En estadios avanzados, se caracterizan por pérdida de peso, perdida del pelo, edemas a causa de los tratamientos	1	0	0	0	0	0	1
En estados avanzados la anorexia	1	0	0	0	0	0	1
Entumecimiento de la piel	0	1	0	0	0	0	1
Expresión facial	1	0	0	0	0	0	1
Extrema delgadez	1	0	0	0	0	0	1
Extrema delgadez (no siempre)	0	0	1	0	0	0	1
Falta de apetito	0	1	0	0	0	0	1
Falta de vello/pelo	1	1	0	0	0	0	2
Fatiga	0	0	1	0	0	0	1
Fatiga oncológica	1	0	0	0	0	0	1
Fiebre	0	0	1	0	0	0	1
Hematuria	0	0	1	0	0	0	1
Hemorragia	0	1	0	0	0	0	1
Hemorragia sospechosa	0	1	0	0	0	0	1
Hinchazón en si	0	0	1	0	0	0	1
Ictericia	0	2	0	0	0	0	2
La caída del cabello/pelo	2	0	0	0	0	0	2
La falta de pelo por el tratamiento	1	0	0	0	0	0	1
La mayoría padecen calvicie (no todos)	1	0	0	0	0	0	1
La pérdida excesiva de peso en poco tiempo	1	0	0	0	0	0	1
Los derivados de los tratamientos: falta de pelo	1	0	0	0	0	0	1
Los enfermos que se someten a tratamiento con quimio (palidez, calvicie,...)	1	0	0	0	0	0	1
Mal estado general	2	0	0	0	0	0	2
Mancha o lunar con cambio reciente de aspecto y tamaño	0	0	0	1	0	0	1
Manchas en la piel	0	1	0	0	0	0	1
Muy delgados	0	1	0	0	0	0	1
No siempre, aunque en general	1	0	0	0	0	0	1

suelen tener síndromes constituciones en forma de pérdida de peso							
Normalmente según el tipo de cáncer, hay manifestaciones físicas y alteraciones fuera de lo normal	1	0	0	0	0	0	1
Pacientes delgados	1	0	0	0	0	0	1
Palidez	5	5	1	0	1	0	12
Palidez cutánea	0	1	1	0	0	0	2
Palidez en la piel	0	1	1	0	0	0	2
Pálido/os	0	0	1	0	0	0	1
Pérdida de apetito	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de peso (no siempre)	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de peso muy llamativa	1	0	0	0	0	0	1
Pérdida de peso no explicable	1	1	0	0	0	0	2
Pérdida de peso no justificada	0	1	0	0	0	0	1
Pérdida de sangre (vaginal, origen digestivo u origen pulmonar)	0	0	0	0	1	0	1
Pérdida pelo/cabello	2	2	0	1	0	0	5
Pérdida peso	10	6	0	1	1	0	18
Pérdidas de sangre pulmonares	0	1	0	0	0	0	1
Pérdidas de sangre recto	1	0	0	0	0	0	1
Peso	0	2	0	0	0	0	2
Piel seca	0	0	0	1	0	0	1
Por ej. En cáncer de colon hay pérdida de peso	1	0	0	0	0	0	1
Por el tratamiento: perdida de pelo, delgadez	1	0	0	0	0	0	1
Por experiencia, me ha dado siempre la impresión de los enfermos de cáncer siempre tienen la boca fatal...retracción de encías y ennegrecimiento de las mismas	1	0	0	0	0	0	1
Por la quimio se les cae el pelo	1	0	0	0	0	0	1
Salud oral desfavorable	0	1	0	0	0	0	1

Sangrados	0	0	1	0	0	0	1
Se les cae el pelo	1	0	0	0	0	0	1
Si acaso.... La alopecia	1	0	0	0	0	0	1
Sin fuerzas	0	0	1	0	0	0	1
Sin pelo	0	1	0	0	0	0	1
Síndrome constitucional	1	0	0	0	0	0	1
Solo en caso de alopecia	1	0	0	0	0	0	1
Suelen tener la cara más inflamada por los corticoides	0	1	0	0	0	0	1
Suelen tener la piel siempre pálida	1	0	0	0	0	0	1
Tez pálida	0	1	0	0	0	0	1
Tos y ronquera persistente	0	0	1	0	0	0	1
Variando el tipo de cáncer controlando manchas en piel, controlando heridas, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Vómitos	1	0	0	0	0	0	1
Vómitos inespecíficos	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	119	66	34	13	4	0	236

Tabla AXV.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'síntomas psicológicos'

Síntomas psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
A veces les influye hasta el carácter	0	0	0	1	0	0	1
Apatía	0	0	1	0	0	0	1
Decaimiento	0	2	0	0	0	0	2
Depresión	0	0	0	0	1	0	1
Desconfianza	0	0	0	1	0	0	1
Desesperación ahogada o no	0	0	1	0	0	0	1
Generoso	0	0	0	1	0	0	1
Melancolía	0	1	0	0	0	0	1
Serenidad	0	0	0	1	0	0	1
Tristeza	0	0	1	1	0	0	2
Tristeza continua	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	4	3	5	1	0	13

Tabla AXV.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘síntomas generales’

Síntomas generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Con la cirugía también	0	1	0	0	0	0	1
Creo que tienen muchos síntomas comunes: la tristeza y el dolor	1	0	0	0	0	0	1
Cuando están recibiendo el tratamiento de quimio o radio	1	0	0	0	0	0	1
Depende de la agresividad, del tipo de cáncer, del estadio, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Depende de la fase de la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Depende del estado evolutivo de la enfermedad, si tratamiento quimio o cirugía	1	0	0	0	0	0	1
Depende que casos, hay ocasiones en las que es fácilmente identificable y otras asintomático hasta que ya está avanzada la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Depende, si estén con quimio, si están operados,....	1	0	0	0	0	0	1
El sufrimiento tanto a nivel emocional como físico	1	0	0	0	0	0	1
En determinados casos hereditarios	1	0	0	0	0	0	1
En enfermedad evolucionada	1	0	0	0	0	0	1
En ocasiones no	0	1	0	0	0	0	1
En ocasiones si	1	0	0	0	0	0	1
Fumador	1	0	0	0	0	0	1

empedernido								
Los que están en tratamiento	1	0	0	0	0	0	0	1
Principalmente los causados por el tratamiento	0	0	1	0	0	0	0	1
Secuelas de quimio	0	1	0	0	0	0	0	1
Si cuando están recibiendo tratamiento de lo contrario es un poco difícil	1	0	0	0	0	0	0	1
Si han pasado por un tratamiento de quimio o radio las secuelas que dejan	1	0	0	0	0	0	0	1
Si, cuando están en tratamiento con quimio	1	0	0	0	0	0	0	1
Síntomas en función neoplasia	0	1	0	0	0	0	0	1
Solamente cuando están en tratamiento de quimio	1	0	0	0	0	0	0	1
Solo son identificables cuando sufren los de la quimio	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	18	4	1	0	0	0	0	23

Anexo XVI

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de las causas.

Tabla AXVI.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'sustancias químicas y medio ambiente'

Sustancias químicas y medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Alteraciones ambientales como vertidos tóxicos/humos contaminantes que interfieren en los ciclos biológicos y no están controlados	1	0	0	1
Causas ambientales	1	0	0	1
Contaminación	2	0	0	2
Falta de seguridad en ciertos trabajos tóxicos y peligrosos	0	1	0	1
TOTAL	4	1	0	5

Tabla AXVI.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'hormonas'

Hormonas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Tratamientos anticonceptivos (hormonales)	1	0	0	1
TOTAL	1	0	0	1

Tabla AXVI.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'radiación'

Radiación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Agentes químicos/cancerígenos/radiaciones	1	0	0	1
Radiaciones	2	0	0	2
Radiaciones (centrales, etc.)	1	0	0	1
TOTAL	4	0	0	4

Tabla AXVI.4

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tabaquismo'

Tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Tabaco	1	0	0	1
TOTAL	1	0	0	1

Tabla AXVI.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'causas no catalogables'

Causas no catalogables	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Total
Accidente (caída de una caña de "fuegos artificiales" sobre un pecho)	1	0	0	1
El desamor hacia uno mismo	1	0	0	1
El tema se considera de manera muy general, cuando hay tipos de cáncer que asustan más que otros	1	0	0	1
Faltan estudios sobre las causas de ésta enfermedad	1	0	0	1
La pobreza pues no tiene acceso a tratamientos	1	0	0	1
Los conflictos o traumas emocionales somatizados				
No realizarse chequeos médicos rutinarios	1	0	0	1
No se sabe con certeza	1	0	0	1
Un mal diagnóstico y tratamiento	1	0	0	1
TOTAL	9	0	0	9

Anexo XVII

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de la prevención del cáncer.

Tabla AXVII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘no tabaquismo’

No tabaquismo	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Abandono tabaco	1	0	0	0	0	1
Abstinencia tabaco	0	0	1	0	0	1
Depende el tipo de cáncer, si es de pulmón no fumando	1	0	0	0	0	1
Evitando factores como tabaco	1	0	0	0	0	1
Evitando factores de riesgo, por ej. Tabaco	0	1	0	0	0	1
Evitando tabaco en algunos casos	0	1	0	0	0	1
Evitar fumar	1	0	0	0	0	1
Evitar tabaco	0	1	0	0	0	1
No adquirir malos hábitos (tabaquismo)	0	0	1	0	0	1
No fumando	1	1	0	0	0	2
No fumar	9	4	3	1	1	18
No tabaco	0	0	1	0	0	1
Se puede prevenir no fumando	1	0	0	0	0	1
Si y no, hay algunos como el de pulmón o laringe que es prevenible sino eres fumador	1	0	0	0	0	1
TOTAL	16	8	6	1	1	32

Tabla AXVII.2

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘peso corporal saludable y ejercicio físico’

Peso corporal saludable y ejercicio físico	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Actividad física	0	1	0	0	0	1
Deporte	0	2	0	0	0	2
Ejercicio	1	5	1	0	0	7
Hacer ejercicio	1	1	1	2	0	5
Realizando ejercicio de forma regular	0	1	0	0	0	1
Realizar ejercicio	0	1	0	0	0	1
Y ejercicio	0	1	0	0	0	1
TOTAL	2	12	2	2	0	18

Tabla AXVII.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘dieta saludable’

Dieta saludable	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Algunos tipos de cáncer como el CANCER DE COLON se puede prevenir con una buena alimentación	1	0	0	0	0	1
Alimentación	3	2	3	0	0	8
Alimentación adecuada	0	0	0	0	1	1
Alimentación alcalina	1	0	0	0	0	1
Alimentación sana	1	1	1	0	0	3
Alimentación, etc.	0	1	0	0	0	1
Buena alimentación	2	0	0	0	0	2
Buenos hábitos dietéticos	0	1	0	0	0	1
Comer bien	0	0	1	0	0	1
Comer sano	0	0	1	0	0	1
Comida sana	0	1	1	0	0	2
Con buena dieta	1	0	0	0	0	1
Cuidar la alimentación	0	0	1	0	0	1
Dieta	3	0	0	0	0	3
Dieta equilibrada	2	2	1	0	0	5
Dieta saludable	0	1	0	0	0	1
En la dieta	1	0	0	0	0	1
Estilo de vida saludable (alimentación adecuada)	1	0	0	0	0	1
Hábitos de salud adecuados que incluyan antioxidantes, vitaminas y minerales en la alimentación	1	0	0	0	0	1
Hábitos dietéticos saludables	1	0	0	0	0	1
Minimizar factores riesgo alimentarios	1	0	0	0	0	1
Realizando una dieta sana	0	0	1	0	0	1
Una dieta equilibrada	0	1	0	0	0	1
TOTAL	18	10	10	0	1	39

Tabla AXVII.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘no consumo de alcohol’

No consumo de alcohol	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Abstinencia alcohol	0	1	0	0	0	1
Alcohol moderado	0	0	1	0	0	1
Evitando alcohol en algunos casos	1	0	0	0	0	1
Ni bebiendo alcohol en exceso	0	1	0	0	0	1
No alcohol	0	1	0	0	0	1
No beber	0	4	0	0	0	4
No beber alcohol	0	0	1	0	0	1
Sin beber alcohol	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	7	3	0	0	11

Tabla AXVII.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘no tomar rayos Ultravioleta’

No tomar rayos ultravioleta	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Evitando factores externos (ej. Protección solar frente melanoma)	1	0	0	0	0	1
Mínima exposición solar	0	0	0	1	0	1
No exponerse al sol	1	0	0	0	0	1
No tomar mucho el sol	0	0	1	0	0	1
Prevención solar	0	0	1	0	0	1
Protección solar	0	0	2	0	0	2
Tomar poco el sol	0	0	0	1	0	1
TOTAL	2	0	4	2	0	8

Tabla AXVII.6

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral’

Protección frente a sustancias cancerígenas en el medio ambiente y laboral	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Ambientales (no los biológicos)	0	1	0	0	0	1
Ambiente	0	1	0	0	0	1
Evitando exposición a agentes cancerígenos	1	0	0	0	0	1
Evitar radiaciones ionizantes	0	0	0	1	0	1
Medio ambiente	0	1	0	0	0	1
No exposición a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	1
Sustituyendo en los trabajos elementos que puedan producir cáncer por otras que no	0	1	0	0	0	1
TOTAL	1	5	0	1	0	7

Tabla AXVII.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘programas de vacunación’

Programas de vacunación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Vacunación HPV para las adolescentes para cáncer de cérvix	0	0	1	0	0	1
Vacunándonos (papiloma)	0	0	1	0	0	1
Vacunas	0	1	0	0	0	1
Vacunas papiloma	0	0	2	0	0	2
TOTAL	0	1	4	0	0	5

Tabla AXVII.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘educación sanitaria’

Educación sanitaria	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Educación sanitaria a la población	0	1	0	0	0	1
Educación en hábitos saludables desde la infancia	0	1	0	0	0	1
Una buena información	0	1	0	0	0	1
TOTAL	0	3	0	0	0	3

Tabla AXVII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘términos generales’

Términos generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Adoptando un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	1
Algunos tipos de cáncer, se sabe que se pueden prevenir, vida sana, etc. Otros se pueden diagnosticar pronto y curarlos	1	0	0	0	0	1
Buen descanso	0	0	0	1	0	1
Buena alimentación, vida tranquila, deporte	0	0	0	1	0	1
Buena calidad de vida	1	0	0	0	0	1
Buenos hábitos	2	1	0	0	0	3
Buenos hábitos (dieta, tóxicos, fumar, cuidarse, deporte)	1	0	0	0	0	1
Buenos hábitos de vida	0	1	0	0	0	1
Buenos hábitos generales	0	0	1	0	0	1
Calidad de vida	0	0	1	0	0	1
Como anteriormente...siguiendo hábitos saludables,	1	0	0	0	0	1
Con estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida más saludables	1	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida saludables	1	0	0	0	0	1
Con hábitos saludables	1	0	0	0	0	1
Con una vida saludable	0	2	0	0	0	2
Conducta saludable en general	0	1	0	0	0	1
Conductas sexuales adecuadas	0	1	0	0	0	1
Conductas y hábitos saludables	1	0	0	0	0	1
Consumo moderado de alcohol, control de peso	0	0	0	1	0	1
Controlando esas medidas higiénico-dietéticas (fumar, deporte, alimentación, estilos de vida)	1	0	0	0	0	1
Controlando hábitos	1	0	0	0	0	1
Costumbres	1	0	0	0	0	1
Cuidando alimentación, sin fumar,	0	1	0	0	0	1
De colon alimentación y prevención	0	1	0	0	0	1
Dejando de fumar y beber	3	0	0	0	0	3
Depende de qué tipo de cáncer pero evitando el alcohol, tabaco, buena alimentación, con controles de screening	1	0	0	0	0	1
Deporte, trabajos sanos, menos contaminación	0	0	0	1	0	1
Dieta variada, no sobrepeso, protección	0	0	0	1	0	1

solar en la playa						
Dieta, ejercicio	0	0	0	1	0	1
Disminuir conductas de riesgo	1	0	0	0	0	1
Eliminando alimentos nocivos para el cuerpo, tabaco, ...	1	0	0	0	0	1
Eliminando factores de riesgo	1	0	0	0	0	1
Eliminar factores de riesgo	1	0	0	0	0	1
En ciertos casos, evitando sustancias perjudiciales (tabaco, ...), evitando la contaminación, antenas, ...	1	0	0	0	0	1
Estilo de vida	3	1	0	0	0	4
Estilo de vida adecuado	1	0	0	0	0	1
Estilo/s de vida sano	1	0	0	0	0	1
Estilos de vida saludable	1	0	1	0	0	2
Evitando drogas (tabaco, alcohol, ...)	0	0	1	0	0	1
Evitando exposiciones innecesarias	0	1	0	0	0	1
Evitando factores de exposición en unos casos	1	0	0	0	0	1
Evitando factores de riesgo	3	0	0	0	0	3
Evitando factores de riesgo (tabaco, alcohol, ETS)	1	0	0	0	0	1
Evitando hábitos tóxicos	1	0	0	0	0	1
Evitando hábitos tóxicos directamente relacionados	1	0	0	0	0	1
Evitando los factores de riesgo	1	0	0	0	0	1
Evitando los factores de riesgo o predisponentes	1	0	0	0	0	1
Evitando sustancias cancerígenas	1	0	0	0	0	1
Evitando tabaco, alcohol y todos los que he citado en la pregunta 6	1	0	0	0	0	1
Evitando tabaco, alcohol,	1	0	0	0	0	1
Evitar conductas riesgo	1	0	0	0	0	1
Evitar exposición a factores de riesgo	0	1	0	0	0	1
Evitar exposición agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	1
Evitar exposiciones al sol, radiaciones	0	0	1	0	0	1
Evitar factores de riesgo	1	0	0	0	0	1
Evitar hábitos tóxicos	0	0	1	0	0	1
Evitar los malos hábitos	1	0	0	0	0	1
Hábito de vida	1	0	0	0	0	1
Hábitos de vida	0	0	1	0	0	1
Hábitos de vida saludables	16	7	0	1	0	24
Hábitos de vida saludables: alimentación saludable, deporte moderado, revisiones médicas periódicas	1	0	0	0	0	1
Habitos de vida saludables: buena alimentacion, ejercicio, no fumar	1	0	0	0	0	1
Hábitos higiénico-dietéticos	1	0	0	0	0	1
Hábitos insalubres, tales como tabaquismo, alimentarios, prácticas sexuales peligrosas, etc.	1	0	0	0	0	1
Hábitos no tóxicos	0	1	0	0	0	1
Hábitos saludables (alimentación/deporte)	1	0	0	0	0	1
Haciendo una vida sana	1	0	0	0	0	1
Higiene	1	1	0	0	0	2
Intentando llevar una vida saludable	0	0	1	0	0	1
Intentar vivir de forma sana	0	1	0	0	0	1
Llevando hábitos saludables	1	0	0	0	0	1
Llevando una vida muy normal pero sin abusos ni adicciones	1	0	0	0	0	1

Llevando una vida relajada y sana	1	0	0	0	0	1
Llevando una vida saludable	2	0	0	0	0	2
Llevando una vida sana en todos los sentidos	1	0	0	0	0	1
Llevar una vida sana	1	0	0	0	0	1
Llevar una vida y dieta sana	0	0	1	0	0	1
Los estilos de vida	0	1	0	0	0	1
Mantener relaciones sexuales con protección	0	0	0	1	0	1
Manteniendo una vida sana	1	0	0	0	0	1
Mejorando algunos hábitos	1	0	0	0	0	1
Modificando el estilo de vida	0	1	0	0	0	1
Modo de vida	0	1	0	0	0	1
Nada de tabaco ni alcohol	0	0	1	0	0	1
No es que se pueda prevenir pero tienes menos boletos en la rifa sino fumas, no bebes, te alimentas correctamente, etc.	1	0	0	0	0	1
No exponiéndose a factores de riesgo	0	1	0	0	0	1
No fumar, controlar otras patologías que tengan (hereditaria, congénita)	0	0	0	1	0	1
No hábitos tóxicos	0	1	0	0	0	1
Prevenible sólo en ciertos casos, aquellos que se encuentran en relación con ciertos hábitos	1	0	0	0	0	1
Procurar tener una vida sana	0	1	0	0	0	1
Quitar factor riesgo	1	0	0	0	0	1
Reduciendo factores riesgo	1	0	0	0	0	1
Salud	1	0	0	0	0	1
Tener hábitos saludables	1	0	0	0	0	1
Tener hábitos saludables como no fumar, comer fruta y verdura	1	0	0	0	0	1
Tener hábitos sanos	0	1	0	0	0	1
Teniendo hábitos de vida saludables	0	1	0	0	0	1
Teniendo hábitos saludables	1	0	0	0	0	1
Teniendo un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	1
Teniendo una vida sana	1	0	0	0	0	1
Teniendo unos hábitos de vida saludable	1	0	0	0	0	1
Vida reposada y saludable	0	1	0	0	0	1
Vida saludable	1	2	0	0	0	3
Vida saludable dentro de lo posible	1	0	0	0	0	1
Vida sana	6	3	1	0	0	10
Viviendo bien	1	0	0	0	0	1
TOTAL	98	36	11	9	0	154

Tabla AXVII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘detección precoz’

Detección precoz	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Acudir al médico ante cualquier anomalía	0	0	0	1	0	1
Acudir programas prevención	0	0	1	0	0	1
Acudir regularmente al ginecólogo	0	1	0	0	0	1
Análisis genéticos	1	0	0	0	0	1
Atención a los primeros síntomas	0	0	0	1	0	1
Aumentando los programas de screening	0	1	0	0	0	1

Aunque sólo determinados tipos de cáncer realizándose cribado (cáncer de mama, cáncer de colon, dejando de fumar para cáncer de pulmón)	1	0	0	0	0	1
Buenas revisiones	1	0	0	0	0	1
Campañas de detección precoz	1	0	0	0	0	1
Campañas de vigilancia	3	0	0	0	0	3
Campañas sanitarias preventivas (públicas)	1	0	0	0	0	1
Charlas informativas: métodos de cribaje, ejemplo, mamografías, citologías	1	0	0	0	0	1
Chequeos	0	1	0	0	0	1
Chequeos médicos	0	0	0	1	0	1
Citología cérvix	0	1	0	0	0	1
Con el screening	1	0	0	0	0	1
Con la promoción de la salud (charlas, screening, etc.)	1	0	0	0	0	1
Con las medidas de prevención, revisiones periódicas	1	0	0	0	0	1
Con los planes de ayuda en los centros de salud	1	0	0	0	0	1
Con medicina preventiva	1	0	0	0	0	1
Con prevención	1	0	0	0	0	1
Con programas de screening	1	0	0	0	0	1
Con programas de screening para mama, próstata, sangre oculta en heces	0	1	0	0	0	1
Con revisiones con los especialistas	1	0	0	0	0	1
Con revisiones mama	1	0	0	0	0	1
Con revisiones periódicas	2	0	0	0	0	2
Con revisiones periódicas según edad	0	1	0	0	0	1
Con revisiones precoces	1	0	0	0	0	1
Con todas las pruebas del mercado, mamografía, PSA, sangre oculta en heces	1	0	0	0	0	1
Con una medicina preventiva	1	0	0	0	0	1
Consejo genético	0	1	0	0	0	1
Control infección virus	0	1	0	0	0	1
Control medico	1	0	0	0	0	1
Controlarse con visitas médicas (mamografías, análisis periódicos, etc.)	0	0	1	0	0	1
Controles	1	1	0	0	0	2
Controles (mamografía, citología, etc.)	1	0	0	0	0	1
Controles analíticos	0	1	0	0	0	1
Controles de prevención cáncer de mama	1	0	0	0	0	1
Controles médicos	1	0	0	0	0	1
Controles médicos preventivos	0	1	0	0	0	1
Controles periódicos	0	1	0	0	0	1
Controles periódicos según recomienda la OMS: citologías, mamografías, etc.	1	0	0	0	0	1
Controles preventivos	0	1	0	0	0	1
Controles sanitarios	0	1	0	0	0	1
Cribado	0	0	1	0	0	1
Cuidar la salud en general	0	0	1	0	0	1
Detección precoz	0	0	0	1	0	1
Detección precoz preventiva	0	1	0	0	0	1
Diagnostico precoz	1	0	0	0	0	1
Diagnósticos más precoces de la enfermedad que eviten que llegue a estadios más avanzados	0	0	0	1	0	1
Diagnósticos preventivos	0	1	0	0	0	1
En el cáncer de mama se puede prevenir	1	0	0	0	0	1

mediante revisiones y palpando y no detectan nada sospechoso así como el de lunares y otras zonas del cuerpo						
En el caso de predisposición genética, realizar un estudio genético y analizar las posibles opciones posteriores de prevención	0	0	0	1	0	1
Estados genéticos	0	0	1	0	0	1
Estudio genético	0	3	0	0	0	3
Estudios preventivos	0	1	0	0	0	1
Haciendo controles médicos	1	0	0	0	0	1
Haciendo controles rutinarios (mamografías, colonoscopias, SOH)	0	1	0	0	0	1
Haciendo las revisiones oportunas	1	0	0	0	0	1
Haciendo los screenings protocolizados	1	0	0	0	0	1
Haciendo medicina preventiva	1	0	0	0	0	1
Haciendo prevención	1	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones todos los años	1	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones y controles	1	0	0	0	0	1
Haciendo revisiones y más si tienes familiares con ello	1	0	0	0	0	1
Haciéndome pruebas cada un periodo de tiempo	0	1	0	0	0	1
Haciéndose chequeos	0	1	0	0	0	1
Haciéndose las pruebas pertinentes preventivas (mamografías para prevenir cáncer de mama)	1	0	0	0	0	1
Haciéndose revisiones adecuadas y periódicas las personas con alto índice de poder tenerlo	0	1	0	0	0	1
Haciéndote las revisiones correspondientes	0	1	0	0	0	1
Hay ciertos cánceres hereditarios (portador de gen)	1	0	0	0	0	1
Identificamos familias de riesgo	0	1	0	0	0	1
Información y difundirla	0	0	1	0	0	1
Ir a revisiones	2	0	0	0	0	2
La detección precoz mediante pruebas a pacientes de alto riesgo	1	0	0	0	0	1
Mamografía (en realidad es más bien detección precoz)	1	0	0	0	0	1
Mamografías	1	0	0	0	0	1
Mediante detección precoz: screening	1	0	0	0	0	1
Mediante pruebas diagnósticas y preventivas	1	0	0	0	0	1
Mediante revisiones periódicas	1	0	0	0	0	1
Medicina preventiva	1	0	1	0	0	2
Medidas de prevención (mamografías, colonoscopias)	0	1	0	0	0	1
Observándote	0	1	0	0	0	1
Prevención	1	1	2	0	0	4
Prevención primaria	1	0	0	0	0	1
Prevención secundaria	0	1	0	0	0	1
Programas de control en personas de riesgo	1	0	0	0	0	1
Programas de prevención	1	0	0	0	0	1
Pronóstico precoz	1	0	0	0	0	1
Pruebas de prevención	0	1	0	0	0	1
Realizando controles	1	0	0	0	0	1
Realizando exploraciones preventivas en	0	1	0	0	0	1

algunos casos						
Realizando revisiones periódicas	0	0	0	1	0	1
Realizando screenings de rutina	0	1	0	0	0	1
Realizar controles periódicos si antecedentes familiares	0	0	0	0	1	1
Reconocimientos médicos rutinarios	0	1	0	0	0	1
Revisiones	6	4	0	1	0	11
Revisiones gine	0	1	0	0	0	1
Revisiones médicas	2	2	0	0	0	4
Revisiones médicas, etc.	0	1	0	0	0	1
Revisiones periódicas	6	2	0	0	0	8
Revisiones periódicas añadido a buenos hábitos	1	0	0	0	0	1
Revisiones preventivas	1	0	0	0	0	1
Revisiones próstata	0	0	1	0	0	1
Revisiones rutinarias	1	0	0	0	0	1
Revisiones y controles de algunos tipos de cáncer	0	0	1	0	0	1
Screening	6	2	0	0	0	8
Screening a la población de riesgo	0	1	0	0	0	1
Screening de ciertos cánceres	1	0	0	0	0	1
Screening genético	0	1	0	0	0	1
Screening para detección precoz	1	0	0	0	0	1
Screenings (mama, colon,...)	1	0	0	0	0	1
Se puede detectar antes en algunos casos (con chequeos)	1	0	0	0	0	1
Se puede prevenir el riesgo a ello	1	0	0	0	0	1
Se puede prevenir en algunos casos como en cáncer de mama y útero	1	0	0	0	0	1
Siguiendo los seguimientos médicos y consejos que sabemos todos	1	0	0	0	0	1
Solo algunos tipos de cáncer con revisiones preventivas	1	0	0	0	0	1
Técnicas preventivas adecuadas a edad y sexo	1	0	0	0	0	1
Técnicas screening (mamografías, test de sangre oculta en heces)	1	0	0	0	0	1
TOTAL	89	48	11	8	1	157

Tabla AXVII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'tratamientos médicos y quirúrgicos'

Tratamientos médicos/quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimio	0	1	0	0	0	1
Radio	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	1	1	0	0	3

Tabla AXVII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'asociaciones generales'

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Aun así hoy en día "todo" produce cáncer y mucha falta de información	0	0	1	0	0	1
Aunque siempre es posible tener cáncer siendo el tío más sano del mundo	0	1	0	0	0	1
Buen humor	0	1	0	0	0	1
Con una cultura menos materialista, una dieta vegetariana, menos competitividad, una visión más integrada de la naturaleza y una sociedad más justa e igualitaria	1	0	0	0	0	1
Gastritis crónica	1	0	0	0	0	1
Mas avances en medicina nuclear	0	1	0	0	0	1
Más inversión en técnicas, aparatajes, investigación, etc.	0	0	1	0	0	1
Reducir stress	0	1	0	0	0	1
Tranquilidad	0	0	1	0	0	1
TOTAL	2	4	3	0	0	9

Anexo XVIII

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los tratamientos.

Tabla AXVIII.1

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos genéricos’

Tratamientos genéricos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
A parte de los prescritos	1	0	0	0	0	1
A parte de los tratamientos convencionales hay que darles cariño y que se sientan tratados con respeto y no dejar que dejen caer su autoestima antes de tiempo o nunca	1	0	0	0	0	1
A partir de ahí dependiendo del futuro, histiología y estadío	0	1	0	0	0	1
Aquellos con fundamentación médica	1	0	0	0	0	1
Ayudan tanto física como psíquicamente en todo su proceso	0	0	1	0	0	1
Biológicos	1	0	0	0	0	1
Buenas instalaciones hospitalarias	0	0	0	1	0	1
Cada uno responde mejor a uno o varios tipos de tratamientos	0	0	1	0	0	1
Creo que queda mucho por avanzar y descubrir	0	0	1	0	0	1
Creo que se deben tratar todos los aspectos de la persona	0	0	1	0	0	1
Cualquiera en el que el paciente se considere elemento activo, se respeten sus límites y que acepte el fin sin ensañamiento	1	0	0	0	0	1
Cuidados paliativos	0	0	0	0	1	1
Depende	2	0	0	0	0	2
Depende de cada caso	1	0	0	0	0	1
Depende de casos	1	0	0	0	0	1
Depende de pacientes	1	0	0	0	0	1
Depende del cáncer que sea y el tratamiento que se le deba aplicar, pienso que además del tratamiento debería ir acompañado siempre por apoyo psicológico	1	0	0	0	0	1
Depende del tipo	1	0	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	1
Dependerá del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	1
Dependiendo del tipo humoral	0	0	0	1	0	1
El amor y el cariño por parte de los facultativos y personal sanitario y de los familiares y amistades	0	1	0	0	0	1

Encontrar a profesionales de la salud excelentes, como los hay	0	0	1	0	0	1
Genéticos	0	1	0	0	0	1
Investigación científica mayor a la actual	0	1	0	0	0	1
Lo que proceda	0	0	0	1	0	1
Los científicamente probados	1	0	0	0	0	1
Los clásicos	0	0	0	1	0	1
Los que existen actualmente	1	0	0	0	0	1
Los tratamientos son estándar, lo que cambian son los diagnósticos y el propio paciente (un mismo tratamiento puede irle bien a un paciente y a otro no)	1	0	0	0	0	1
Los utilizados actualmente	1	0	0	0	0	1
Más investigación para que los tratamientos sean más efectivos y menos agresivos	0	1	0	0	0	1
Nuevos tratamientos	0	0	1	0	0	1
Pienso que a cada tipo de cáncer será más efectivo un tratamiento dependiendo además de la respuesta de cada paciente	1	0	0	0	0	1
Pienso que cada zona tendrá su tratamiento más o menos eficaz	1	0	0	0	0	1
Previas a cirugía o postquirúrgicas	0	0	0	1	0	1
Según el cáncer, los establecidos por los oncólogos	1	0	0	0	0	1
Según el tipo de cáncer	2	0	0	1	0	3
Según la gravedad de cada caso, hay un tratamiento específico y más o menos efectivo pero no es estándar	1	0	0	0	0	1
Sobre todo preventivos	0	0	1	0	0	1
Tener suerte que no te toque	0	1	0	0	0	1
Terapias actuales (quimio, radio, cirugía)	0	1	0	0	0	1
Todos aquellos que sean eficaces	1	0	0	0	0	1
Todos en general	0	0	0	1	0	1
TPM (tumor/progresión/metástasis)	0	0	0	1	0	1
Tratamiento adecuado en el momento adecuado	0	1	0	0	0	1
Tratamiento oncológico	0	0	1	0	0	1
Tratamiento/s	0	1	2	0	0	3
Tratamientos paliativos (cáncer terminal)	0	0	0	1	0	1
TOTAL	25	9	10	9	1	54

Tabla AXVIII.2

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos preventivos'

Tratamientos preventivos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¡¡Prevención!!	1	0	0	0	0	1
Ante todo la prevención es el	1	0	0	0	0	1

tratamiento más efectivo						
Controles más exhaustivos de la población de riesgo	0	0	0	0	1	1
Controles rutinarios	0	1	0	0	0	1
Diagnosticarlo antes de tiempo	0	0	1	0	0	1
Diagnóstico	0	1	0	0	0	1
Diagnóstico precoz	2	0	0	0	0	2
El diagnóstico precoz	0	1	0	0	0	1
El mejor tratamiento para el cáncer es prevenir	1	0	0	0	0	1
Investigación y prevención contra la enfermedad	0	0	0	0	1	1
La prevención	2	0	0	0	0	2
La prevención y las revisiones las considero muy importantes	0	1	0	0	0	1
Lo más efectivo es la detección precoz	1	0	0	0	0	1
Medidas de prevención	1	0	0	0	0	1
Medidas preventivas	0	0	1	0	0	1
Prevención	22	2	0	2	0	26
Prevención (estilos de vida, comida)	1	0	0	0	0	1
Prevención (sol)	1	0	0	0	0	1
Prevención primaria	1	0	1	0	0	2
Prevención y detección precoz	1	0	0	0	0	1
Prevención: tipo vida	1	0	0	0	0	1
Preventivos	0	0	1	0	0	1
Primero la prevención, no es un tratamiento pero para mí es fundamental	1	0	0	0	0	1
Programas de educación poblacional	0	0	1	0	0	1
Programas de screening	1	0	0	0	0	1
Pruebas de screening, como la mamografía ayudan a prevenirlo	0	1	0	0	0	1
Revisión para prevención	1	0	0	0	0	1
Revisiones médicas cada año	1	0	0	0	0	1
Revisiones para su diagnóstico precoz	1	0	0	0	0	1
Revisiones periódicas	1	0	0	0	0	1
Seguimiento de pacientes con patología potencialmente neoplásica	0	1	0	0	0	1
Tratamiento de prevención	0	0	1	0	0	1
TOTAL	42	8	6	2	2	60

Tabla AXVIII.3

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos farmacológicos'

Tratamientos farmacológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
3° farmacológico (radio o quimio)	0	0	1	0	0	1
Bicarbonato sódico IV y oral	0	0	0	1	0	1
Citostáticos	0	0	1	0	0	1

Farmacológicos en la actualidad	1	0	0	0	0	1
Hormonoterapia	0	1	1	3	0	5
Hoy en día está la quimio pero la veo muy agresiva ya que si hay otros métodos pero sólo están al alcance de la privada, no de la pública y son menos agresivos para el paciente	0	1	0	0	0	1
La quimio	0	1	0	0	0	1
La terapia hormonal	0	1	0	0	0	1
Medicamentos	0	1	1	0	0	2
P.Q.T (poliquimioterapia)	0	0	1	0	0	1
Quimio (según el cáncer)	0	0	1	0	0	1
Quimio depende del cáncer	1	0	0	0	0	1
Quimioembolización	0	0	1	0	0	1
Quimioterapia	113	71	24	2	1	211
Sólo conozco la quimio	1	0	0	0	0	1
Terapia hormonal	0	0	0	1	0	1
Terapias hormonales	0	0	0	1	0	1
Tratamiento con medicación para control de síntomas y del dolor	0	0	0	1	0	1
Tratamiento farmacológico	1	0	0	0	0	1
Tratamiento por vía oral	0	0	1	0	0	1
Tratamiento quimioterápico	0	1	0	0	0	1
Tratamiento/s hormonal/es	0	0	1	2	0	3
Vacunación	0	1	0	0	1	2
Vitamina B-17 y ácido ascórbico (vit. C)	0	0	1	0	0	1
TOTAL	117	78	34	11	2	242

Tabla AVIII.4

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'tratamientos médicos'

Tratamientos médicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
¿Radioterapia?	0	1	0	0	0	1
Anticuerpos	0	0	0	1	0	1
Biología molecular	0	0	0	1	0	1
Biomagnetismo	1	0	0	0	0	1
Braquiterapia	0	0	1	1	0	2
Células madre	0	1	0	0	0	1
Colonoscopias	0	1	0	0	0	1
Depende del tipo de cáncer, en la actualidad radio	1	0	0	0	0	1
Factores de transferencia	0	1	0	0	0	1
Génicos	0	0	0	1	0	1

Inmunológico	0	0	1	0	0	1
Inmunoterapia	1	0	1	0	0	2
La radio	0	0	1	0	0	1
La radioterapia para la próstata	0	0	1	0	0	1
Los indicados por la medicina	1	0	0	0	0	1
Mamografía	0	0	1	0	0	1
Manipulación genética	0	0	1	0	0	1
Médico	1	0	0	0	0	1
Menos medicación (quimio)	0	0	1	0	0	1
Modificación del VIH (soluciones con bombas genéticas)	1	0	0	0	0	1
Neuropsicoinmunología	0	0	0	1	0	1
Radioterapia	14	104	52	9	1	180
Sin olvidar la psicoterapia como apoyo dentro de la enfermedad y fisioterapia para el dolor y posibles secuelas	0	0	0	0	1	1
Terapia de células madre	0	0	0	1	0	1
Terapias biológicas	0	0	0	1	0	1
Trasplante alogénico	0	0	0	1	0	1
Trasplante de médula ósea/TMO	0	0	3	2	1	6
Trasplante médula	0	0	2	0	0	2
Tratamiento con radioterapia	0	0	1	0	0	1
Tratamiento médico	2	0	0	0	0	2
Tratamientos de soporte (trasfusiones, ...)	0	0	0	0	1	1
Tratamientos médicos adecuados para ésta enfermedad	0	0	0	1	0	1
Tratamientos nucleares	0	1	0	0	0	1
TOTAL	22	109	66	20	4	221

Tabla AVIII.5

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos psicológicos’

Tratamientos psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Apoyo psicológico	0	1	1	0	1	3
Ayuda psicología	0	1	0	0	0	1
Ayuda psicológica	0	0	0	1	0	1
Fundamentalmente apoyo psicológico	0	1	0	0	0	1
Psicológico/s	0	1	1	0	0	2
Psicoterapia	0	0	1	0	0	1
Salud mental	0	1	0	0	0	1
Terapia psicológica	1	1	0	0	0	2
Terapia psicológica de afrontamiento para el paciente y su entorno	0	1	0	0	0	1
Terapias alternativas (apoyo psicológico)	0	0	0	0	1	1
Tratamiento psicológico	1	1	1	0	0	3
TOTAL	2	8	4	1	2	17

Tabla AVIII.6

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos quirúrgicos’

Tratamientos quirúrgicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
2° extirpar la zona afectada	0	1	0	0	0	1
Ablación tumor	0	1	0	0	0	1
Cirugía	57	17	38	3	1	116
Cirugía (según casos)	1	0	0	0	0	1
Cirugía agresiva	1	0	0	0	0	1
Cirugía o extirpación del tumor	1	0	0	0	0	1
Cirugía radical	1	0	0	0	0	1
Cirugía radical cuando es posible	1	0	0	0	0	1
Cirugía si precisa	0	0	1	0	0	1
Cirugía: extirpar toda la masa tumoral	1	0	0	0	0	1
Depende el tipo de cáncer puede ser eficaz el tratamiento quirúrgico	1	0	0	0	0	1
Después intervención quirúrgica	0	1	0	0	0	1
Exéresis	1	0	0	0	0	1
Exéresis quirúrgica	0	1	0	0	0	1
Extirpación del tumor	3	0	1	0	0	4
Extirpación o resección del tumor	0	1	0	0	0	1
Intervención quirúrgica	6	5	2	1	0	14
Intervención-cirugía	1	0	0	0	0	1
La cirugía	1	0	0	0	0	1
La cirugía para el pecho	0	1	0	0	0	1
La extirpación del tumor	1	0	0	0	0	1
Los que hay operación	1	0	0	0	0	1
Operación quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Operación/es	1	0	2	0	0	3
Quirófano	3	0	0	0	0	3
Quirúrgico (los existentes)	0	0	1	0	0	1
Quirúrgico/s	5	1	2	1	0	9
Radio quirúrgico	0	1	0	0	0	1
Resección quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Sólo la cirugía	0	1	0	0	0	1
Trasplante/s	0	0	1	1	0	2
Tratamiento quirúrgico	3	0	2	0	0	5
Tratamiento quirúrgico extirpando el tumor	1	0	0	0	0	1
Y sobre todo la cirugía	0	0	0	1	0	1
TOTAL	93	31	50	7	1	182

Tabla AVIII.7

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos naturales’

Tratamientos naturales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Probaría con tratamientos naturales	1	0	0	0	0	1
Terapias naturales	0	0	1	0	0	1
TOTAL	1	0	1	0	0	2

Tabla AVIII.8

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘hábitos de vida saludables’

Hábitos de vida saludables	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Alimentación	0	0	0	1	0	1
Alimentación (con fibras, verduras y frutas)	0	1	0	0	0	1
Alimentación alcalina	0	1	0	0	0	1
Buen entorno	1	0	0	0	0	1
Buen estilo de vida	1	0	0	0	0	1
Creo que hay que prevenir con buenos hábitos	0	1	0	0	0	1
Cuidar la alimentación	1	0	0	0	0	1
Deporte	0	0	0	1	0	1
Dieta alcalina, frutoterapia, jugoterapia, etc.	0	0	0	0	1	1
Dieta saludable	0	0	0	1	0	1
Dieta sana	0	0	0	0	1	1
Estilo de vida saludable	0	2	0	0	0	2
Hábitos alimenticios	0	0	1	0	0	1
No drogas	0	0	1	0	0	1
No fumar, beber alcohol no habitualmente	0	1	0	0	0	1
Una mejor calidad de vida, sin estrés, comida sana, descanso adecuado, deporte, inteligencia emocional, ser más positivo en la vida, trabajar menos, disfrutar más,....	1	0	0	0	0	1
Vida activa	0	0	1	0	0	1
Vida saludable	0	0	1	0	0	1
Vida sana, tranquila, afectiva	1	0	0	0	0	1
TOTAL	5	6	4	3	2	20

Tabla AVIII.9

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘combinaciones de tratamientos’

Combinaciones de tratamientos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Actualmente se está aplicando la radio y la quimio	0	1	0	0	0	1
Cada uno o combinado puede ser efectivo para distintos tipos de cáncer	0	0	0	1	0	1
Cirugía ¿quimio, radio?	1	0	0	0	0	1
Cirugía + quimioterapia	1	0	0	0	0	1
Cirugía + Radioterapia	0	1	0	0	0	1
Cirugía/radio/quimio	0	1	0	0	0	1
Cirugía+quimio o radio	1	0	0	0	0	1
Combinación de distintos procedimientos	0	0	0	1	0	1
Combinación según tipo de cáncer cirugía, quimio+radio	1	0	0	0	0	1
Dependiendo del tipo y estadiaje quimio, radio o la combinación de los dos. Además de trasplantes de médula ósea	1	0	0	0	0	1
Después quimio o radio para prevención	0	1	0	0	0	1
El tratamiento es multidisciplinar y depende de qué tipo se trata con protocolos adecuados. Todos los tratamientos son importantes tanto la cirugía, como la quimioterapia o radioterapia y la terapia con monoclonales	1	0	0	0	0	1
Farmacología+tratamientos radioterapia	0	0	1	0	0	1
Los indicados en cada caso: quimio, trasplantes, cambios en la alimentación	0	1	0	0	0	1
Luego, en función de qué tipo de cáncer es mejor un tratamiento u otro, ya sea quimio, radio, intervención, fármacos	0	1	0	0	0	1
Medicación, radiación, quimio, cirugía	0	0	0	1	0	1
O todo	0	0	0	1	0	1
Prevención y buen estilo de vida	0	0	0	1	0	1
Puede que en algunos casos sea la medicación pero en otros los cambios de tipo de vida, alimentación, de manera de aceptar y actuar, los sentimientos, terapias alternativas	1	0	0	0	0	1
Pues depende del tipo de cáncer, pero básicamente la quimio, la radio y la cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimio o radio, dependiendo del tipo	0	1	0	0	0	1
Quimio y radio y cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimio/radio	1	1	1	0	0	3
Quimioterapia + cirugía	1	0	0	0	0	1
Quimioterapia/radioterapia/cirugía	1	0	0	0	0	1

Quimioterapia+radioterapia+cirugia	1	0	0	0	0	1
Radio+quimio+intervención quirúrgica	1	0	0	0	0	1
Radioterapia+quimioterapia	1	1	0	0	0	2
Tratamiento médico y/o quirúrgico si precisa	1	0	0	0	0	1
Tratamientos que llevan como quimio, radio, etc.	0	0	1	0	0	1
TOTAL	16	9	3	5	0	33

Tabla AVIII.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'no creencia/no conocimientos'

No creencia/no conocimientos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Desconozco el tema de los tratamientos	1	0	0	0	0	1
Los desconozco que tratamientos pueden ser más efectivos contra esta enfermedad	1	0	0	0	0	1
Nada	1	0	0	0	0	1
Ninguno	3	0	0	0	0	3
No considero que existan tratamientos más o menos efectivos, para cada tipo/estadio de cáncer hay un tratamiento que a veces es más efectivo que otras veces no	1	0	0	0	0	1
No estoy cualificada	1	0	0	0	0	1
No lo se	1	0	0	0	0	1
No lo sé, creo que en el futuro la respuesta estará en la causa determinante y en especial en nuestro sistema autoinmune	1	0	0	0	0	1
No sabría contestar	1	0	0	0	0	1
NS/NC	1	0	0	0	0	1
Pero no siempre son eficaces	0	0	0	1	0	1
Realmente no lo sé y tampoco sé si hay tratamiento específico que lo cure en su totalidad y para siempre	1	0	0	0	0	1
Son poco efectivos	1	0	0	0	0	1
TOTAL	14	0	0	1	0	15

Tabla AVIII.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos espirituales’

Tratamientos espirituales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Reiki	0	0	0	0	1	1
TOTAL	0	0	0	0	1	1

Tabla AVIII.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘tratamientos relacionados con la actitud de las personas’

Tratamientos relacionados con la actitud personas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Total
Actitud	1	0	0	0	0	1
Alegría	0	0	0	1	0	1
Ambiente familiar positivo	0	1	0	0	0	1
Amor	0	0	0	1	0	1
Apoyo emocional	0	0	0	0	1	1
Apoyo familiar	0	1	0	2	0	3
Apoyo social	1	1	0	0	0	2
Apoyo social/familiar	0	1	0	0	0	1
Aptitud positiva	0	0	0	1	0	1
Buen estado de ánimo	0	1	0	0	0	1
Cambiar la mentalidad	1	0	0	0	0	1
Colaboración y participación del paciente oncológico	0	0	0	1	0	1
Considero que el optimismo ayuda bastante	0	1	0	0	0	1
Cuidados familiares	0	1	0	0	0	1
El amor de tu familia/amigos	1	0	0	0	0	1
Encauzar tu vida lo mejor posible	0	1	0	0	0	1
Esperanza	1	0	0	0	0	1
Estado de ánimo y ganas de luchar	1	0	0	0	0	1
Estimulo familiar	0	0	1	0	0	1
Ganas de vivir, mucho afecto familiar y amistad. Confianza en los médicos (buena información). Paciencia	0	0	0	0	1	1
Hacer que el enfermo se encuentre comprendido	1	0	0	0	0	1
Hacerle la vida más agradable y alegre	0	1	0	0	0	1
La ayuda familiar, su apoyo y el de tus amigos, eso es esencial	0	1	0	0	0	1
La predisposición del paciente ante la enfermedad	0	0	0	1	0	1
Más actitud positiva	0	0	1	0	0	1

No dramatizar si no es por situación extrema	0	0	0	1	0	1
Oír conciertos, bailar, comer con apetito y ser feliz	0	0	0	0	1	1
Optimismo	0	0	1	0	0	1
Positividad frente a ella	0	0	0	0	1	1
Que la persona nunca se dé por vencida	0	1	0	0	0	1
Reír	0	1	0	0	0	1
Ser positivo	1	0	0	0	0	1
Sobre todo VIVIR	0	0	1	0	0	1
Suerte	0	0	0	1	0	1
Una casa alegre	0	0	1	0	0	1
Vistas al mar	0	0	0	1	0	1
Vivir la vida	0	1	0	0	0	1
Y si toca, afrontarlo lo mejor posible	0	0	1	0	0	1
TOTAL	8	13	6	10	4	41

Anexo XIX

Distribución de frecuencias de la población sanitaria según el sistema de categorización de los grupos de riesgo.

Tabla AXIX.1

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas’

Factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Adicción	0	0	1	0	0	0	1
Adictas a drogas	0	1	0	0	0	0	1
Adictos al tabaco	2	0	0	0	0	0	2
Al igual que ciertos hábitos (fumar, alcohol)	0	1	0	0	0	0	1
Alcohol	0	1	0	2	0	1	4
Alcohol, tabaco	0	0	1	0	0	0	1
Alcohólicos/as	0	18	7	0	0	0	25
Alcoholismo	0	1	1	0	1	0	3
Aquellas con factores de riesgo asociados a tener esa enfermedad (tabaco, alcohol, mala alimentación)	1	0	0	0	0	0	1
Aquellos que están expuestos a sustancias cancerígenas (fumadores,....)	1	0	0	0	0	0	1
Bebedor activo moderado crónico	0	1	0	0	0	0	1
Bebedor/a/es/as	0	10	2	0	0	0	12
Bebedoras (alcohólicas)	1	0	0	0	0	0	1
Bebedores de alcohol	0	2	0	0	0	0	2
Bebedores de alcohol o que tomen drogas	0	0	1	0	0	0	1
Bebedores en exceso	0	1	0	0	0	0	1
Bebedores en general	0	1	0	0	0	0	1
Beben	0	1	0	0	0	0	1
Cáncer de pulmón: personas que fuman mucho	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida poco saludables (p.e. Fumadores)	0	1	0	0	0	0	1
Con hábitos de vida poco saludables, tabaco	0	1	0	0	0	0	1
Con hábitos poco	0	1	0	0	0	0	1

saludables								
(tabaquismo, alcohol, drogas, ...)								
Consumidoras de alcohol y tabaco	1	0	0	0	0	0	0	1
Consumo alcohol	1	0	0	0	0	0	0	1
Drogadictos	0	0	1	1	0	0	0	2
Etilismo	0	1	0	0	0	0	0	1
Factores externos (tabaco, etc.)	1	0	0	0	0	0	0	1
Factores riesgo (tabaco)	0	1	0	0	0	0	0	1
Fumador/es/as	80	17	3	0	0	0	0	100
Fumadores de muchos años	0	1	0	0	0	0	0	1
Fumadores de tiempo	0	1	0	0	0	0	0	1
Fumadores por ejemplo	1	0	0	0	0	0	0	1
Fuman	0	0	1	0	0	0	0	1
Fuman y no comen adecuadamente	0	1	0	0	0	0	0	1
Habito alcohólico	0	1	0	0	0	0	0	1
Hábito enólico	0	1	0	0	0	0	0	1
Habito tabáquico	0	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos adquiridos (fumar o beber en exceso)	0	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos poco saludables (tabaco, etc.)	0	1	0	0	0	0	0	1
La gente fumadora	1	0	0	0	0	0	0	1
Las fumadoras	1	0	0	0	0	0	0	1
Las malas costumbres (fumar, beber, etc.)	0	1	0	0	0	0	0	1
Las personas expuestas a ciertos ambientes (tabaco, alcohol, etc.)	1	0	0	0	0	0	0	1
Las personas fumadoras	1	0	0	0	0	0	0	1
Las personas que fuman	1	0	0	0	0	0	0	1
Las personas que fuman bastante (un paquete de tabaco diario)	1	0	0	0	0	0	0	1
Las que beben	0	1	0	0	0	0	0	1
Las que fuman	2	0	0	0	0	0	0	2
Las que fuman o beben en exceso	1	0	0	0	0	0	0	1
Las que tienen factores de riesgo: tabaco, etc.	1	0	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos poco saludables (fumar, alcohol, ...)	1	0	0	0	0	0	0	1
Los bebedores	0	1	0	0	0	0	0	1

Los drogadictos	0	0	1	0	0	0	1
Los fumadores	3	0	0	0	0	0	3
Los pacientes con hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Los que asocian habito alcohólico y tabaco	0	0	0	1	0	0	1
Los que fuman	1	0	0	0	0	0	1
Los que realizan actitudes que conllevan este riesgo (ej. fumar)	0	1	0	0	0	0	1
Los que son alcohólicos	0	1	0	0	0	0	1
Los que tienen factores de riesgo tales como tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen hábitos no saludables (como fumar, beber)	1	0	0	0	0	0	1
Personas con conductas de riesgo: alcohólicos graves	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilo de vida perjudiciales tabaco, alcohol, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Personas con hábitos, estilos de vida no saludables (tabaco, alcohol)	0	1	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos saludables (ej. Fumadores)	0	1	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos tanto alimentarios como ser adictos al tabaco	1	0	0	0	0	0	1
Personas con problemas de alcoholismo	1	0	0	0	0	0	1
Personas cuyos hábitos de vida predisponen al cáncer (tabaco, alcohol)	1	0	0	0	0	0	1
Personas expuestas a factores de riesgo (ej. Tabaco, alcohol, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Personas fumadoras	4	3	0	0	0	0	7
Personas predispuestas por estilos de vida (alcohol, tabaco, etc.)	1	0	0	0	0	0	1
Personas que beben	0	1	0	0	0	0	1
Personas que fuman	2	0	0	0	1	0	3
Personas que no llevan una vida saludable como ser	1	0	0	0	0	0	1

un gran fumador o bebedor también							
Personas que tienen hábitos tóxicos (como el fumar)	0	1	0	0	0	0	1
Por conductas adictivas	1	0	0	0	0	0	1
Por ejemplo: en un cáncer de pulmón una persona fumadora	1	0	0	0	0	0	1
Que beben mucho alcohol	0	1	0	0	0	0	1
Que fumen	0	1	0	0	0	0	1
Tabaco	2	1	0	0	0	0	3
Tabaquismo	1	4	0	0	0	0	5
TOTAL	125	89	19	4	2	1	240

Tabla AXIX.2.

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'factores de riesgo relacionados con la alimentación

Factores de riesgo relacionados con la alimentación	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Alimentación	0	1	1	0	0	0	2
Alimentación inadecuada	0	0	1	0	0	0	1
Con alimentación inadecuada	0	0	1	0	0	0	1
Con mala alimentación	0	0	1	1	0	0	2
Con malos hábitos alimentarios	0	1	0	0	0	0	1
Dieta pobre frutas-verduras	0	0	1	0	0	0	1
Dieta poco equilibrada y rica en grasas saturadas	0	0	1	0	0	0	1
Dieta rica en grasas	0	0	0	1	0	0	1
Gente que come muchas grasas	0	0	1	0	0	0	1
Las que llevan una mala alimentación	1	0	0	0	0	0	1
Las que no se alimentan adecuadamente	0	1	0	0	0	0	1
Los ciudadanos que abusan en alimentos	0	1	0	0	0	0	1
Los que no comen	0	1	0	0	0	0	1

frutas y verduras								
Los que se alimentan mal	1	0	0	0	0	0	0	1
Los que se relacionan o consumen sustancias cancerígenas	0	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen malos hábitos alimenticios	1	0	0	0	0	0	0	1
Mal alimentados	0	0	1	0	0	0	0	1
Mala alimentación	0	2	2	0	0	0	0	4
Mala dieta	0	1	0	0	0	0	0	1
Mala nutrición	0	0	1	0	0	0	0	1
Malos hábitos alimentarios	0	0	2	0	0	0	0	2
Malos hábitos alimenticios y en la vida diaria	0	1	0	0	0	0	0	1
Pautas alimenticias	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con alimentación desequilibrada con exceso grasa en la dieta	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas con dieta deficiente en fruta/verdura	0	0	0	0	1	0	0	1
Personas con mala alimentación	0	0	1	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos alimentarios	1	0	0	0	0	0	0	1
Personas con malos hábitos que aumentan los factores de riesgo, como mala alimentación	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas mal alimentadas	0	1	0	0	0	0	0	1
Personas que no tienen una dieta saludable, etc.	0	0	1	0	0	0	0	1
Personas que tienen malos hábitos alimenticios	0	0	1	0	0	0	0	1
Que coman una dieta alta en grasas	0	0	1	0	0	0	0	1
Que no llevan una alimentación sana	0	1	0	0	0	0	0	1
Que no tengan una	0	0	1	0	0	0	0	1

dieta saludable							
Tipo de comida que comen	0	0	1	0	0	0	1
Y muy carnívoros	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	4	15	19	2	2	0	42

Tabla AXIX.3

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal’

Factores de riesgo relacionados con el ejercicio físico y el peso corporal	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Las personas con hábitos sedentarios	1	0	0	0	0	0	1
Los de vida sedentaria	0	0	0	1	0	0	1
No hacen ejercicio	0	0	0	1	0	0	1
Obesos/as	0	3	0	0	0	0	3
Personas con sobrepeso	0	1	0	0	0	0	1
Personas obesas	1	0	0	0	0	0	1
Personas que no hacen casi deporte	0	0	0	1	0	0	1
Sedentarios	0	1	2	1	0	0	4
Sedentarismo	0	0	0	1	0	0	1
Tener vida sedentaria	0	0	1	0	0	0	1
Vida sedentaria	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	2	5	4	5	0	0	16

Tabla AXIX.4

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con la conducta sexual’

Factores de riesgo relacionados con la conducta sexual	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Conductas sexuales de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Promiscuos	0	0	0	0	0	1	1
Relaciones sexuales múltiples	0	1	0	0	0	0	1
Sexo sin protección	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	3	0	0	0	1	4

Tabla AXIX.5

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el contagio por virus’

Factores de riesgo relacionados con el contagio por virus	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Pacientes con ciertos virus	0	1	0	0	0	0	1
Pacientes infección virus C, HIV	1	0	0	0	0	0	1
Personas que contraen virus potencialmente cancerígenos	0	0	1	0	0	0	1
VHC	0	0	0	1	0	0	1
VIH	0	0	0	0	1	0	1
VIH positivo	0	1	0	0	1	0	2
TOTAL	1	2	1	1	2	0	7

Tabla AXIX.6

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘Términos generales’

Términos generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Actitudes/hábitos poco saludables	0	1	0	0	0	0	1
Aquellos con hábitos higiénico-dietéticos no recomendables	1	0	0	0	0	0	1
Aunque hay personas con factores de riesgo más propensas	0	1	0	0	0	0	1
Ciertos hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Con factores de riesgo que lo predispongan: tabaco, alcohol, radiaciones, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Con factores de riesgo tipo estilo de vida	0	1	0	0	0	0	1
Con hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Con malos hábitos	0	1	0	0	0	0	1
Con malos hábitos continuados	0	1	0	0	0	0	1
Con malos hábitos, etc.	0	0	0	1	0	0	1
Creo que el mayor	1	0	0	0	0	0	1

riesgo es para personas con hábitos tóxicos y que además viven desconectados de las emociones y los sentimientos con dificultades para expresar y resolver conflicto, emocionales y traumas								
Cuando presenta conducta de riesgo: fumar, alcoholismo, riesgo sexual,...	1	0	0	0	0	0	0	1
Depende el tipo de cáncer tendrán más riesgo para unos tipos de factores de exposición	1	0	0	0	0	0	0	1
El estilo de vida que tienen	0	1	0	0	0	0	0	1
En general incluiría a las personas que llevan una vida poco sana	0	0	1	0	0	0	0	1
En general todos tenemos riesgo elevado por cambio en los hábitos de vida	0	0	1	0	0	0	0	1
Estilo de vida (alimentación, deporte, etc.)	1	2	0	0	0	0	0	3
Estilos de vida favorecedores de algún tipo de cáncer	0	0	1	0	0	0	0	1
Estilos de vida poco saludables (alcohol, tabaco, mala alimentación)	0	0	1	0	0	0	0	1
Existen hábitos muy nocivos	0	1	0	0	0	0	0	1
Expuestos a factores de riesgo (tabaco, radiación)	0	1	0	0	0	0	0	1

Factores de riesgo	0	1	1	0	0	0	2
Fumadores, personas que comen cierto tipo de alimentos o malos hábitos alimentarios	1	0	0	0	0	0	1
Gente con malos hábitos de vida	1	0	0	0	0	0	1
Gente de malos hábitos	1	0	0	0	0	0	1
Gente que sea muy descuidada en su salud	0	0	1	0	0	0	1
Hábitos	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos de vida	0	1	1	0	0	0	2
Hábitos de vida no saludables	3	0	0	0	0	0	3
Hábitos insalubres	1	0	0	0	0	0	1
Hábitos no saludables	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos nocivos	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos poco saludables	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos susceptibles	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos tóxicos	1	2	0	0	0	0	3
Hábitos tóxicos y de alimentación	0	1	0	0	0	0	1
Hábitos tóxicos: fumar, exposición solar	0	1	0	0	0	0	1
Inmunodeprimidos	0	1	0	0	0	0	1
La persona que sabiendo los riesgos que pueden tener de esa enfermedad y no lleven una vida saludable al respecto	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con hábitos de vida poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con hábitos/estilos de vida no saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las personas con mas factores de riesgo (fumadores, expuestos a sustancias nocivas, malos hábitos, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Las personas que	0	0	1	0	0	0	1

no se cuiden y que no hagan prevención primaria							
Las personas que tienen hábitos tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Las personas que tienen los malos hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Las que no llevan hábitos saludables	1	0	0	0	0	0	1
Las que no tengan buenos hábitos de vida	1	0	0	0	0	0	1
Las que no tienen hábitos de vida saludables	0	1	0	0	0	0	1
Las que no tienen un estilo de vida saludable	1	0	0	0	0	0	1
Las que poseen hábitos perjudiciales para la salud: alcohol, drogas, alimentos ricos en grasas, picantes,...	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos de vida contrarios a la buena salud	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Los de hábitos poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Los malos hábitos	2	0	0	0	0	0	2
Los que aumentan actividades de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Los que tienen "malos" hábitos tanto físicos como mentales	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen factores de riesgo no controlados	1	0	0	0	0	0	1
Malos hábitos	1	2	1	0	0	0	4
Malos hábitos de vida	1	1	0	0	0	0	2
Malos hábitos higiénico-dietéticos (fumar, sedentarismo,	1	0	0	0	0	0	1

alimentación,..)							
Malos hábitos, etc.	0	1	0	0	0	0	1
Mayor conductas de riesgo (fumar, beber, dieta, ...)	0	1	0	0	0	0	1
O por sus hábitos de vida	0	1	0	0	0	0	1
Personas con ciertos riesgos: alcohol, tabaco, drogas, mala alimentación, insomnio	1	0	0	0	0	0	1
Personas con determinados hábitos de vida	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilo de vida insano	0	1	0	0	0	0	1
Personas con estilos de vida poco saludables	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo asociados (tabaco, mala alimentación, ...)	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo como fumadores, sedentarios que cuidan poco su vida	1	0	0	0	0	0	1
Personas con hábitos de riesgo: tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo, dietas ricas en grasas y pobres en verduras y frutas y exposición continua y durante periodos de tiempo largo a situaciones de estrés	0	1	0	0	0	0	1
Personas con hábitos de vida que supongan riesgos para la salud	0	1	0	0	0	0	1
Personas con hábitos de vida tóxicos	0	1	0	0	0	0	1
Personas con hábitos no	1	1	1	0	0	0	3

saludables								
Personas con hábitos nocivos para la salud: tabaco, alcohol, no practicar ejercicio, dieta desequilibrada	0	1	0	0	0	0	1	
Personas con hábitos poco saludables	0	2	0	0	0	0	2	
Personas con hábitos tóxicos o factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1	
Personas con malos hábitos	1	0	0	0	0	0	1	
Personas con malos hábitos (fumar,¿¿¿ comer???)	1	0	0	0	0	0	1	
Personas con malos hábitos de vida	1	1	0	0	0	0	2	
Personas con malos hábitos de vida: alimentación, alcoholismo, fumadoras, etc.	1	0	0	0	0	0	1	
Personas con malos hábitos/estilos de vida (tabaquismo, alcohol, no prevención en crema solar, etc.)	0	1	0	0	0	0	1	
Personas que están en contacto con agentes cancerígenos (tabaco, productos químicos, ...)	1	0	0	0	0	0	1	
Personas que llevan una vida saludable	0	1	0	0	0	0	1	
Personas que no se cuidan (alcohol, drogas, alimentación)	1	0	0	0	0	0	1	
Por hábitos vida	0	1	0	0	0	0	1	
Por malos hábitos	0	1	0	0	0	0	1	
Posiblemente algunas que no tengan una alimentación adecuada, o que	1	0	0	0	0	0	1	

abusen de ciertas sustancias tóxicas								
Quien no lleva una vida sana	1	0	0	0	0	0	0	1
Riesgos tóxicos	0	1	0	0	0	0	0	1
También de estilo de vida	0	1	0	0	0	0	0	1
También según estilo de vida de la persona	0	1	0	0	0	0	0	1
Tienen factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	0	1
Tienen hábitos poco saludables	0	0	0	1	0	0	0	1
Vida poco saludable	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	46	53	13	4	0	0	0	116

Tabla AXIX.7

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factores de riesgo relacionados con el sol’

Factores de riesgo relacionados con el sol	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Abuso exposición solar	0	0	0	1	0	0	1
Exceso en radiación solar	0	0	1	0	0	0	1
Exposición al sol	0	1	0	0	0	0	1
Exposición excesiva al sol	0	0	0	1	0	0	1
Exposición sol	0	0	1	0	0	0	1
Exposiciones al sol	0	0	0	1	0	0	1
Personas con larga exposición al sol	0	1	0	0	0	0	1
Sol	0	1	0	0	0	0	1
Tomar sol sin protección	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	0	4	2	3	0	0	9

Tabla AXIX.8

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden ‘factor de riesgo laboral’

Factor de riesgo laboral	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ciertas profesiones (mineros)	0	1	0	0	0	0	1
Ciertos oficios	1	0	0	0	0	0	1
Con hábitos tóxicos o que viven y trabajan en ambientes insalubres	0	1	0	0	0	0	1
Con trabajos de riesgo	0	0	1	0	0	0	1
Determinadas profesiones por riesgos fisicoquímicos	0	0	1	0	0	0	1
Exposiciones a trabajos tóxicos	0	0	1	0	0	0	1
Las que están expuestas al manejo de citotóxicos	1	0	0	0	0	0	1
Los mineros	0	1	0	0	0	0	1
Los que trabajan con productos que son cancerígenos	1	0	0	0	0	0	1
Los que trabajan en ambientes contaminados	1	0	0	0	0	0	1
Lugar de trabajo	0	0	1	0	0	0	1
Mineros	0	2	0	1	0	0	3
Personal que trabaja en medicina nuclear	1	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan con agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Personas que trabajan con productos que produzcan cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Personas que trabajan en puestos de riesgo (Rx, sustancias nocivas)	0	1	0	0	0	0	1
Personas que trabajan o se exponen con tóxicos (radiaciones, asbesto, selenio)	0	0	0	0	1	0	1
Personas que trabajen con materia de riesgo	0	0	1	0	0	0	1
Profesionales de centrales nuclear y	0	0	1	0	0	0	1

eléctrica								
Profesiones con riesgo	con	0	0	1	0	0	0	1
Químicos (sustancias)		0	0	1	0	0	0	1
Riesgos ambientales/laborales		0	0	1	0	0	0	1
Riesgos laborales		0	1	0	0	0	0	1
Sometidos a productos cancerígenos en su trabajo	a	0	0	1	0	0	0	1
Trabajadores con ciertos productos químicos	con	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores contaminantes	con	0	0	1	0	0	0	1
Trabajadores en contacto con sustancias cancerígenas	en con	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores en contacto con tóxicos	en	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores especialistas en unidades peligrosas	en	0	1	0	0	0	0	1
Trabajadores expuestos a ciertas sustancias		0	0	1	0	0	0	1
Trabajadores expuestos a tóxicos		0	0	1	0	0	0	1
Trabajadores nucleares		0	1	0	0	0	0	1
Trabajos con contactos químicos o radiológicos	con	0	0	0	0	1	0	1
Trabajos con productos tóxicos	con	0	1	0	0	0	0	1
Trabajos de riesgo		0	0	0	1	0	0	1
TOTAL		6	14	13	2	2	0	37

Tabla AXIX.9

Distribución de frecuencias de la categoría de segundo orden 'factores de riesgo medio ambiente'

Factores de riesgo medio ambiente	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ambientales	0	1	0	0	0	0	1
Ambiente	0	1	0	0	0	0	1
Aquellos que se exponen a tóxicos, aumenta la probabilidad	1	0	0	0	0	0	1
Atmosfera contaminada	0	0	1	0	0	0	1

Condiciones de vida y/o trabajo	0	0	1	0	0	0	1
Contacto con sustancias cancerígenas, químicos, radiaciones, etc.	0	0	1	0	0	0	1
Contaminación	0	0	0	0	0	1	1
Estar expuestos a radiaciones	0	1	0	0	0	0	1
Exposición a ciertos factores	0	1	0	0	0	0	1
Exposición a fuentes radioactivas	0	1	0	0	0	0	1
Exposición a radiaciones	0	1	0	0	0	0	1
Exposición al mundo moderno (polvo, humos, carburantes, radiaciones electromagnéticas)	0	0	1	0	0	0	1
Exposición ambiental a radiaciones, etc.	0	0	1	0	0	0	1
Exposición contaminantes	0	1	0	0	0	0	1
Exposición químicos	1	0	0	0	0	0	1
Expuesto factores de riesgo	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a factores físicos (radiaciones)	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a productos químicos	0	0	1	0	0	0	1
Expuestos a radiaciones	1	0	1	0	0	0	2
Expuestos a radiaciones ionizantes	1	0	0	0	0	0	1
Expuestos a riesgos	0	1	0	0	0	0	1
Expuestos a sustancias tóxicas	0	0	1	0	0	0	1
Factores ambientales	0	0	0	1	0	0	1
Gente que viva en ciudades con alta contaminación	0	1	0	0	0	0	1
Las personas que viven o trabajan en entornos con productos con efecto cancerígeno	1	0	0	0	0	0	1
Las que vivan con alta polución	0	1	0	0	0	0	1
Las sobreexpuestas a radiaciones electromagnéticas	0	0	1	0	0	0	1
Los que están expuestos a agentes cancerígenos	0	1	0	0	0	0	1
Los que se exponen a factores que han demostrado ser cancerígenos (voluntarios o no)	0	1	0	0	0	0	1
Los que viven en climas contaminados	0	0	1	0	0	0	1
Pacientes con exposición medioambiental	1	0	0	0	0	0	1

contaminado								
Persona con exposición a tóxicos	0	0	0	0	0	1	1	
Persona que esté en contacto con agentes químicos, radioactividad, etc.	1	0	0	0	0	0	1	
Personas con exposición a productos químicos	0	0	0	1	0	0	1	
Personas con exposición a radiaciones	0	0	1	0	0	0	1	
Personas en contacto con sustancias nocivas	0	0	1	0	0	0	1	
Personas en contacto con sustancias peligrosas/cancerígenas	0	0	1	0	0	0	1	
Personas en contacto con tóxicos y radiaciones con múltiples antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1	
Personas expuestas a agentes de riesgo	0	0	1	0	0	0	1	
Personas expuestas a ambientes químicos	0	1	0	0	0	0	1	
Personas expuestas a ciertas sustancias	0	1	0	0	0	0	1	
Personas expuestas a medios contaminantes	1	0	0	0	0	0	1	
Personas expuestas a productos cancerígenos	0	0	0	1	0	0	1	
Personas que estén expuestas a ellos	0	0	0	1	0	0	1	
Que estén mucho tiempo expuestos a materiales tóxicos	0	0	0	1	0	0	1	
Radiación/es	0	0	1	0	0	0	1	
Reciben radiaciones	0	1	0	0	0	0	1	
También factores ambientales	0	0	1	0	0	0	1	
TOTAL	9	18	16	5	0	2	50	

Tabla AXIX.10

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'factores de riesgo biológico'

Factores de riesgo biológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Adolescencia	1	0	0	0	0	0	1
Ancianos	0	0	0	2	0	0	2
El género femenino de cáncer de mama	1	0	0	0	0	0	1
Enfermedades	0	0	1	0	0	0	1

que predisponen a padecer algunos tipos de cáncer							
Enfermos crónicos con una cantidad excesiva	0	0	1	0	0	0	1
Estreñimiento	0	0	0	1	0	0	1
Estreñimiento crónico	0	1	0	0	0	0	1
Etnias o poblaciones	0	1	0	0	0	0	1
Mayor de 70 años	0	0	0	0	1	0	1
Mayor edad	1	0	0	0	0	0	1
Mujeres	0	2	0	0	0	0	2
Personas inmunes	1	0	0	0	0	0	1
Que tienen patologías respiratorias	0	0	0	0	1	0	1
Quien tiene pólipos	0	0	1	0	0	0	1
Ser mayor de 70 años	0	0	0	1	0	0	1
Tiene una patología de otra enfermedad	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	4	5	3	4	2	0	18

Tabla AXIX.11

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'factores de riesgo hereditarios'

Factores de riesgo hereditarios	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
¿Por qué creo que es genético?	0	1	0	0	0	0	1
A parte de los riesgos hereditarios genéticos de algunos tipos de cáncer (brca1, brca2 en mama o colorectal)	1	0	0	0	0	0	1
Alteraciones genéticas que lo marquen	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes	0	1	0	0	0	0	1
Antecedentes de	1	0	0	0	0	0	1

cáncer familiar							
Antecedentes familia	1	0	0	0	0	0	1
Antecedentes familiares	8	5	2	0	0	0	15
Antecedentes familiares con cáncer	0	1	0	0	0	0	1
Antecedentes familiares de cáncer	3	0	0	0	0	0	3
Antecedentes familiares de determinados cánceres	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes hereditarios	0	0	1	0	0	0	1
Antecedentes personales	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas con antecedentes familiares de algún tipo de cáncer (como el de colon)	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas familias que generación tras generación, un gran número de sus miembros lo padecen (herencia)	0	1	0	0	0	0	1
Aquellas personas con antecedentes de cáncer en su familia	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas personas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas personas que tengan antecedentes personales o familiares	1	0	0	0	0	0	1
Aquellas que tienen un familiar cercano con ésta enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Aquellos con predisposición genética	0	1	0	0	0	0	1
Aquellos que tienen antecedentes familiares	0	0	1	0	0	0	1
Aunque la podemos padecer por transferencia genética	0	1	0	0	0	0	1
Cierto tipo de cáncer	1	0	0	0	0	0	1

con factor genético							
Con antecedentes	0	0	2	0	0	0	2
Con antecedentes de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes de cáncer familiares	3	0	2	0	1	0	6
Con antecedentes familiares y herencia genética	1	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes genéticos	0	0	1	0	0	0	1
Con antecedentes hereditarios	1	0	0	0	0	0	1
Con antecedentes personales familiares	0	1	0	0	0	0	1
Con factores genéticos	0	1	0	0	0	0	1
Creo que hay un componente genético	1	0	0	0	0	0	1
Creo que las que tienen un factor genético	1	0	0	0	0	0	1
Creo que personas con antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Creo que se hereda o no se ponen medios	1	0	0	0	0	0	1
Cuando hay antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
De forma hereditaria	0	1	0	0	0	0	1
Descendientes de enfermos de cáncer	0	0	1	0	0	0	1
Determinadas personas con mutaciones genéticas	1	0	0	0	0	0	1
El que tiene familia con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
En determinados cánceres hay predisposición genética (por ejemplo colon)	1	0	0	0	0	0	1
Enfermedades familiares directos	1	0	0	0	0	0	1
Existe una predisposición genética, especialmente en algunos tipos de cáncer (mama) aunque el porcentaje de estos es bajo	1	0	0	0	0	0	1

Factor genético	1	0	0	0	0	0	1
Factor genético y modo de vida	1	0	0	0	0	0	1
Factor hereditario	0	1	0	0	0	0	1
Factores genéticos	0	2	1	0	0	0	3
Factores hereditarios	1	1	1	2	0	0	5
Familiar de enfermo de cáncer	0	0	0	1	0	0	1
Familiares con cáncer	0	1	1	1	0	0	3
Familiares de ...	1	0	0	0	0	0	1
Familiares de personas que lo tienen o han tenido	1	0	0	0	0	0	1
Familiares de primer grado de cierto tipo de cánceres	1	0	0	0	0	0	1
Familiares directos con antecedentes cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiares directos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Familiares padecen cáncer hereditario	0	1	0	0	0	0	1
Familiares primer grado cáncer colon, mama menores de 40 años	0	0	1	0	0	0	1
Familiares que han tenido cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Genes que predisponen	1	0	0	0	0	0	1
Genética	0	1	4	0	1	0	6
Genéticamente	0	0	1	0	0	0	1
Gente con antecedentes familiares de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Gente con familiares que hayan padecido cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Hereditario/s/as/a	2	2	0	0	0	0	4
Hereditarios por genes	0	0	1	0	0	0	1
Herencia	5	0	0	0	0	0	5
Herencia genética	1	0	0	0	0	0	1
Historia familiar	0	1	0	0	0	0	1
La genética es muy importante	1	0	0	0	0	0	1
La gente en general que tienen familiares directos con esta enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
La herencia	0	1	0	0	0	0	1
La predisposición genética	0	1	0	0	0	0	1

Las genéticamente predispuestas	1	0	0	0	0	0	1
Las hereditarias, cáncer de colon por ejemplo	1	0	0	0	0	0	1
Las madres que tienen cáncer a la sangre se la pueden pasar al bebé	0	1	0	0	0	0	1
Las personas con antecedentes	1	1	0	0	0	0	2
Las personas con antecedentes familiares de cáncer	2	0	0	0	0	0	2
Las personas que tienen familia con antecedentes de esta enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Las que en la familia han tenido ya algún enfermo	1	0	0	0	0	0	1
Las que estén predispuestas genéticamente	1	0	0	0	0	0	1
Las que han tenido familiares directos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Las que tengan una carga genética importante	1	0	0	0	0	0	1
Las que tienen antecedentes familiares	0	2	0	0	0	0	2
Los familiares de enfermos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Los familiares de enfermos de cáncer	0	0	0	1	0	0	1
Los hay que responden a un factor genético	1	0	0	0	0	0	1
Los pacientes de familiares con cáncer (hereditarios)	1	0	0	0	0	0	1
Los que genéticamente tienen predisposición (gen)	1	0	0	0	0	0	1
Los que han tenido algún familiar con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Los que han tenido familiares que han tenido cáncer, por ejemplo padres, hermanos, etc.	1	0	0	0	0	0	1
Los que la pueden	1	0	0	0	0	0	1

heredar							
Los que tienen antecedentes familiares	3	0	0	0	0	0	3
Los que tienen familiares con cáncer en algunas de ellas como el de mama, colon	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen familiares directos con esa enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen familiares que hayan tenido	1	0	0	0	0	0	1
Los que tienen prevalencia por herencia	0	0	0	1	0	0	1
Paciente que en su familia han tenido o tienen enfermos con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Pacientes con antecedentes familiares	0	1	0	0	0	0	1
Pacientes que tengan antecedentes familiares	1	0	0	0	0	0	1
Perfil genético	1	0	0	0	0	0	1
Personas con algún familiar con cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes	1	1	0	0	0	0	2
Personas con antecedentes cancerosos	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes de cáncer	4	0	0	0	0	1	5
Personas con antecedentes de enfermedades y familiares	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes de riesgo externo	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes en familiares	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes familiares	11	3	1	0	0	0	15
Personas con antecedentes familiares de cáncer	4	0	0	0	0	0	4

Personas con antecedentes familiares predispuestas a tenerlo	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con antecedentes familiares que tengan cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con carga genética	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo biológico	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores de riesgo, sea genético (antecedentes familiares de determinados tipos de cáncer),	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con factores genéticos o hereditarios	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con familiares que ya han tenido cánceres hereditarios (mama, etc.)	con	0	1	0	0	0	0	1
Personas con herencia genética	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con historia de cáncer familiar	con	0	1	0	0	0	0	1
Personas con predisposición genética	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con predisposición genética. Antecedentes de cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas con riesgo	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su círculo familiar haya predisposición a ello	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su familia hayan padecido cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su familia hayan tenido cáncer	con	1	0	0	0	0	0	1
Personas que en su familia lo han padecido varias personas	con	1	0	0	0	0	0	1

Personas que en su familia tengan algún tipo de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Personas que sus padres hayan padecido la enfermedad	1	0	0	0	0	0	1
Personas que sus parientes puedan haber tenido	0	1	0	0	0	0	1
Personas que tienen antecedentes familiares de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Pienso que la genética es un factor determinante	1	0	0	0	0	0	1
Por genética	1	0	1	0	0	0	2
Por herencia	0	2	0	0	0	0	2
Por otro lado, las personas que tienen los factores de riesgo o predisponentes para cada tipo de cáncer (por ejemplo cáncer de pulmón el fumador)	0	1	0	0	0	0	1
Por razones genéticas	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición familiar	1	0	0	0	0	0	1
Predisposición genética	4	1	0	1	0	0	6
Predisposición genética. Antecedentes	1	0	0	0	0	0	1
Que lo puedan heredar	0	1	0	0	0	0	1
Quienes tienen carga genética	1	0	0	0	0	0	1
Quienes tienen predisposición genética	1	0	0	0	0	0	1
Riesgo hereditario	1	0	0	0	0	0	1
Riesgos genéticos	0	0	1	0	0	0	1
Según herencia genética	0	0	1	0	0	0	1
Si, ya sea por motivos hereditarios	1	0	0	0	0	0	1
También por herencia	0	0	0	1	0	0	1
Y también los que tengan factores hereditarios	0	1	0	0	0	0	1
Y/o con	0	1	0	0	0	0	1

predisposición genética							
TOTAL	142	46	26	8	2	1	225

Tabla AXIX.12

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘no revisiones médicas’

No revisiones médicas	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Asistir a citas de prevención	0	0	1	0	0	0	1
Despreocupación exploraciones preventivas	0	0	1	0	0	0	1
El problema es que no en todas ocasiones se puede prevenir con screening o modificación de hábitos	0	0	1	0	0	0	1
Las personas que no tienen sus revisiones	0	0	1	0	0	0	1
Los que no toman medidas de prevención	1	0	0	0	0	0	1
Personas que no realizan exámenes preventivos (screening)	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL	1	1	4	0	0	0	6

Tabla AXIX.13

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden ‘factores psicológicos’

Factores psicológicos	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Ansiedad	0	0	1	0	0	0	1
Con mucho estrés	0	1	0	0	0	0	1
Con un estrés prolongado	0	0	1	0	0	0	1
Estrés	0	0	0	2	0	0	2
Las personas negativas	1	0	0	0	0	0	1
Las personas que se depriman con facilidad	1	0	0	0	0	0	1
Los que se estresan demasiado	0	1	0	0	0	0	1
No son felices,	0	0	0	1	0	0	1

"reír es muy bueno"								
Personas con mucho estrés	0	1	1	0	0	0	2	
Personas en situación de mucho estrés	0	0	1	0	0	0	1	
Sufren estrés	0	1	0	0	0	0	1	
Van estresados	0	0	1	0	0	0	1	
TOTAL	2	4	5	3	0	0	14	

Tabla AXIX.14

Distribución de frecuencias de la categoría de primer orden 'asociaciones generales'

Asociaciones generales	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Total
Aunque el cáncer puede contraerlo personas con una vida sana	0	1	0	0	0	0	1
Cualquier persona puede tener cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Cualquiera	1	0	0	1	0	0	2
En general todos	0	0	1	0	0	0	1
Factores impredecibles	0	0	1	0	0	0	1
Ninguno de ellos	0	0	1	0	0	0	1
No lo se	1	0	0	0	0	0	1
No sé decir	1	0	0	0	0	0	1
No tengo ni idea	1	0	0	0	0	0	1
Personas con pocos recursos económicos	0	0	1	0	0	0	1
Todas/os	3	0	0	0	0	0	3
Todo depende del tipo de cáncer	1	0	0	0	0	0	1
Todos en general	0	0	1	0	0	0	1
Urbanos	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL	9	1	6	1	0	0	17

