

ORIGINAL

CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE MALLORCA RESPECTO AL CÁNCER (*)

Elena Cabeza (1), Gustavo Catalán (2), Antoni Avellà (2), Joan Llobera (3) y Onofre Pons (4).

(1) Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca.

(2) Servicio de Oncología. Hospital General de Mallorca.

(3) Atención Primaria de Mallorca. Insalud Baleares.

(4) Servicio de Oncología. Hospital Son Dureta. Insalud Baleares.

(*) Este trabajo ha sido financiado mediante becas concedidas por el FIS (Expediente 92/0768), el Consell Insular de Mallorca y la Asociación Española contra el Cáncer (Junta Provincial de Baleares).

RESUMEN

Fundamento: Analizar los conocimientos de la población femenina de Mallorca sobre las causas del cáncer, las creencias sobre diagnóstico y tratamiento y su actitud ante la prevención.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra aleatoria de población (n=124) de mujeres entre 40 y 69 años. El cuestionario recoge variables socio-demográficas, factores de riesgo, primeros síntomas, creencias sobre el diagnóstico y tratamiento y actitudes ante la prevención.

Resultados: El tabaco (92,7%; IC:88,1-97,3) y el alcohol (85,7%; IC:79,4-92,0) son las causas mejor identificadas. También la presencia de un bulto en un pecho (92,6%; IC:87,9-97,2) y los cambios en una mancha o verruga cutánea (89,7%; IC:84,2-95,2%). Infravaloran el papel de la dieta (44,4%; IC:35,1-53,8) y sobrevaloran los agentes medioambientales. El conocimiento y la práctica de la autoexploración mamaria se asocian directamente con el nivel educativo ($p<0.05$). La mayoría cree que el diagnóstico precoz mejora el pronóstico (IC: 94,2-99,5) y que el tratamiento es beneficioso (85,2%; IC:78,5-91,9). Consideran la cirugía como método más eficaz y en caso de sospecha acudirían primero al médico de cabecera (41,9%; IC:33,2-50,6). La información sobre el cáncer la reciben sobre todo a través de la televisión (43,5%; IC:34,8-52,3), fundamentalmente las mujeres mayores y de nivel educativo bajo. Destaca la escasa repercusión del personal sanitario como fuente de información (6,5%; IC:2,1-10,8).

Conclusiones: El conocimiento de las causas y signos de alarma es elevado aunque existen concepciones erróneas. Ante futuras campañas de prevención, se deberían realizar acciones formativas fundamentalmente dirigidos a mujeres mayores y de bajo nivel educativo.

Palabras Clave: Conocimientos. Creencias. Actitudes. Cáncer. Prevención.

ABSTRACT

Knowledge, Beliefs and Attitudes of the Female Population of Mallorca Regarding Cancer

Background: To analyze the knowledge of the facts on the part of the female population of Mallorca with regard to the causes of cancer, the beliefs regarding diagnosis and treatment and their attitude toward prevention.

Methods: A descriptive cross-section study of a random population sample (n=124) of women within the 40-69 age range. The questionnaire includes socio-demographic variables, risk factors, early warning symptoms and beliefs regarding diagnosis and treatment and attitudes toward prevention.

Results: Cigarette smoking (92.7%; CI:88.1-97.3) and drinking alcoholic (85.7%; CI:79.4-92.0) are the most well-identified causes. Also the presence of a lump in the breast (92.6%; CI:87.9-97.2) and changes in a mole or wart on the skin (89.7%; CI:84.2-95.2%). The underestimate the role of the diet (44.4%; CI:35.1-53.8) and overestimate the environmental factors. The knowledge and use of self-examination procedures on the breast are associated directly with the degree of education ($p<0.05$). Most believe that early diagnosis improves the prognosis (IC:94.2-99.5) and that treatment is beneficial (85.2%; CI:78.5-91.9). They consider surgery to be the most highly effective method, and in the event of any doubt they would first see their primary care physician (41.9%; CI:33.2-50.6). It is mainly older women having a low level of completed schooling who get their information regarding cancer above all from the television (43.5%; CI:34.8-52.3). Worthy of special mention is the very small impact of health care personal as a source of information (6.5%; CI:2.1-10.8).

Conclusions: A major knowledge of the facts exists regarding the causes and warning signs, although some misconceptions do exist. In view of future prevention campaigns, educational measures addressed mainly to older women having a low level of completed schooling should be carried out.

Key words: Knowledge of the facts. Beliefs. Attitudes. Cancer. Prevention.

Correspondencia:
Elena Cabeza.

Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca.
Universitat de les Illes Balears. Edifici Sa Riera.
c/Miquel dels Sants Oliver 2
07012 Palma de Mallorca.
Correo electrónico: VEXTECI@clust.uib.es

INTRODUCCIÓN

El cáncer es el segundo grupo de causas de muerte más frecuente entre las mujeres españolas (el 23% en 1989-1992) y a la que se atribuyen más años de vida perdidos (38%)¹. En Mallorca, según datos del Registro Poblacional de Cáncer, la probabilidad que tiene una mujer residente en la Isla de padecer un cáncer hasta los 75 años es del 20%. En el periodo 1988-1992 se produjo una media anual de 846 nuevos casos de cáncer en mujeres, lo que representa una incidencia anual de 178.4 casos por 100.000 habitantes (excluyendo los cánceres de piel no melanoma)².

En la actualidad se sabe que una gran parte de estos tumores son debidos a agentes externos y, por lo tanto, que son teóricamente evitables³. La identificación de los factores de riesgo modificables y el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad cancerosa han permitido establecer estrategias, parcialmente efectivas, de prevención primaria y secundaria. Un primer paso ha sido la puesta en marcha de numerosas campañas de difusión de las causas del cáncer y recomendaciones para evitarlo (Código Europeo contra el Cáncer), esperando que contribuyan al éxito de los programas de prevención, aún sabiendo que un nivel óptimo de conocimiento no siempre se correlaciona con una conducta adecuada. En España son escasos los estudios realizados para evaluar el grado de conocimiento y la actitud de la población respecto al cáncer, información muy necesaria a la hora de plantear actividades de prevención⁴⁻⁷.

En este artículo presentamos los resultados de un estudio sobre los conocimientos de las causas y signos de alarma del cáncer, creencias sobre el diagnóstico y tratamiento y actitudes ante la prevención, de las mujeres entre 40 y 69 años, a quienes consideramos de especial interés, ya que se trata de un colectivo en el cual la incidencia de cáncer es importante (en Mallorca el 48.5% de los casos se dan en este grupo de edad) y forma parte de las poblaciones diana de los progra-

mas de prevención secundaria de cáncer ginecológico y de mama. Además, las mujeres de estas edades son el referente familiar para inculcar hábitos saludables al resto de la familia y las cuidadoras principales de los casos de cáncer que puedan acontecer en el seno de ésta⁸.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este trabajo se ha seleccionado una submuestra de la población femenina de Mallorca con edades comprendidas entre 40 y 69 años de edad (90.763 según el padrón municipal de 1986) que participaron en un estudio transversal realizado en la Isla entre octubre de 1991 y noviembre de 1992. La metodología general del trabajo se ha descrito detalladamente en una publicación previa⁴. Brevemente, para la obtención de una muestra representativa de la población de Mallorca, nos basamos en la distribución socio-demográfica de la población, que incluye 53 municipios distribuidos en 18 zonas. La elección de una localidad de cada zona se realizó de manera que el conjunto de todas ellas fuera representativo de la distribución de la población de Mallorca, según el tamaño de municipio. El número de mujeres a seleccionar en cada localidad fue proporcional a su censo y estratificado por edad (18 a 75 años) y sexo. La selección de las mujeres a encuestar, de un total de 550.849 habitantes de derecho en la isla y de sus replazamientos (en caso de que éstos no fueran localizados o rechazaran la entrevista), se efectuó a partir del censo electoral. Se enviaron cartas en las que se explicaban los objetivos del estudio y se les animaba a participar. De las 498 mujeres que integraban la muestra para toda la población, analizamos aquí la información de 124, con edades comprendidas entre los 40 y 69 años. Este tamaño muestral permite ofrecer unos estimadores con una precisión del 8.7% para la situación más desfavorable ($p=0.5$), asumiendo un error de tipo I del 0,05.

La información se recogió mediante un cuestionario original diseñado a partir de la

bibliografía existente y tras diversas reuniones con un panel de expertos. El cuestionario constaba en un principio de 180 preguntas. Con el fin de eliminar o modificar las que pudieran ser ambiguas, difíciles de entender o con errores de sintaxis o terminología, se realizó una primera validación con una muestra de 100 estudiantes universitarias y posteriormente con una muestra de población general (n=300), quedando reducido finalmente a 147 preguntas divididas en tres bloques: el primero (11 ítem) recogía la identificación y las características sociodemográficas de la persona entrevistada; 2) un bloque sobre actitudes que constaba de 40 cuestiones con respuestas tipo Likert y 3) un bloque sobre conocimientos compuesto por 96 preguntas con respuestas dicotómicas o politómicas sobre el cáncer: frecuencia, factores de riesgo, formas de aparición y signos de alarma, evolución y pronóstico, prevención, tratamiento y fuentes de información.

Para responder a los objetivos de este estudio se han seleccionado las preguntas relacionadas con el conocimiento de las causas del cáncer, primeros síntomas, conocimientos y práctica de pruebas de detección precoz, actitudes y conocimientos sobre el tratamiento y la prevención del cáncer, así como las fuentes de información que utilizan y las posibles preferencias alternativas.

Dos encuestadoras, con experiencia previa en realizar entrevistas domiciliarias y entrenadas específicamente para este estudio, fueron las encargadas de localizar, contactar y concertar la entrevista, que se realizó en el domicilio de las mujeres seleccionadas. Posteriormente, un miembro del equipo investigador supervisaba los cuestionarios realizados para asegurar la calidad de la información recogida.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariante de los ítems seleccionados. En las tablas se presentan frecuencias absolutas y relativas con sus

correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC 95%). El análisis se completó aportando los estimadores de dichas variables según las características personales de los sujetos: por grupos de edad (40-49, 50-59 y 60-69), nivel de estudios (primaria incompleta, primaria completa y, en una sola categoría, bachiller superior y estudios universitarios), lugar de nacimiento (mujeres nacidas en el archipiélago o en la península) y lugar de residencia (distribuidas según el tamaño de población en <10.000 habitantes, entre 10.000 y 100.000 y más de 100.000 habitantes). Se efectuó la prueba de la Ji cuadrado para el análisis de asociación entre variables cualitativas, y la prueba de la Ji cuadrado de Mantel-Haenszel de tendencia lineal para las variables relacionadas con la edad y el nivel educativo. Para el análisis se ha utilizado el programa SPSS PC 6.1 y PRESTA 2.0.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características socio-demográficas de las mujeres de la muestra y la distribución de estas variables en la población origen, con el fin de poder apreciar la representatividad y las limitaciones de la misma.

En la tabla 2 se muestra el porcentaje de mujeres que identificaron diversas causas del cáncer. La mayoría asoció el tabaco con el cáncer y un porcentaje elevado también el consumo de alcohol, sobre todo las más jóvenes (91%). Entre las mujeres con un menor nivel educativo ($p=0.01$) y las mayores de 60 años ($p<0.05$), existía una mayor tendencia a considerar los anticonceptivos orales como causa de cáncer, aunque un 41% de éstas últimas no supo responder a esta pregunta.

Dos de cada tres mujeres nacidas fuera de las islas opinaron que el estrés podía causar cáncer ($p<0.01$). Esta creencia también era mayor entre las mujeres residentes en la capital ($p=0.01$). El porcentaje de mujeres que asoció la radioactividad con el cáncer crecía según aumentaba su nivel de estudios ($p<0.05$).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra (n=124) y representatividad de la población femenina de Mallorca.

	Muestra			*Población Femenina de Mallorca %
	n	%	IC 95%#	
EDAD				
40-49	45	36.3	27.9-45.8	33.9
50-59	28	22.6	15.8-31.1	35.1
60-69	51	41.1	32.5-50.3	31.0
NIVEL DE ESTUDIOS **				
Bach. y universitarios	10	8.1	3.3-12.9	7.6
Primaria completa	21	16.9	10.3-23.5	9.7
Primaria incompleta	93	75.0	67.4-82.6	81.7
No consta				1.0
LUGAR DE RESIDENCIA ***				
< 10.000 Habitantes	29	23.4	15.9-30.8	28.3
10-100.000 Hab.	27	21.8	14.5-29.0	17.7
> 100.000 hab.	68	54.8	46.1-63.6	53.9
LUGAR DE NACIMIENTO				
Baleares	81	65.3	56.9-73.7	65.6
Península	43	34.7	26.3-43.0	34.4

* según padrón municipal de habitantes 1986.

** según censo de población de 1991.

*** sólo disponible para el conjunto de la población femenina.

(# IC 95%: Intervalo de confianza del 95%).

Tabla 2

Identificación de los factores de riesgo como causas de cáncer (porcentaje de respuestas afirmativas)

	n	%	IC 95% #
Tabaco	123	92.7	88.1-97.3
Alcohol	119	85.7	79.4-92.0
Radioactividad*	102	77.5	69.3-85.6
Residuos	113	73.5	65.3-81.6
Contaminación	112	62.5	53.5-71.5
Golpes o heridas	105	61.0	51.6-70.3
Anticonceptivos**	89	59.6	49.2-69.1
Estrés***	113	43.4	34.2-49.7
Alimentación	108	44.4	35.1-53.8
Edad	110	36.4	27.4-45.3
Herencia	108	30.6	21.9-39.2
Infección	120	5.8	1.6-10.0

(IC 95%: Intervalo de confianza del 95%)

* diferencias significativas según el nivel de estudios (p<0.05).

** diferencias significativas según el nivel de estudios (p=0.01) y la edad (p<0.05).

*** diferencias significativas según el lugar de nacimiento (p<0.01) y de residencia (p=0.01).

De las posibles causas de cáncer propuestas, la infección fue la menos identificada.

La mayoría de las mujeres reconoció la presencia de un bulto en un pecho y los cambios en una mancha o verruga de la piel como señales de alarma (tabla 3). Un elevado porcentaje también señaló la pérdida de sangre, ya sea por heces, por genitales después de la menopausia o su presencia en esputo. Otros signos de valor, como la persistencia de la tos

(una de cada tres) o la dificultad para orinar (una de cada dos) fueron peor identificados. Estas respuestas no mostraron asociación con la edad de las entrevistadas. Sin embargo, la totalidad de las mujeres con estudios superiores relacionó los cambios de una mancha o verruga en la piel con el cáncer, frente al 75% de mujeres sin estudios ($p < 0.05$). Respecto a las residentes en pueblos pequeños, dos de cada tres identificaron la fiebre como un síntoma de sospecha ($p < 0.05$).

Tabla 3

Identificación de los primeros síntomas del cáncer (porcentaje de respuestas afirmativas)

	n	%	IC 95% #
SIGNOS DE VALOR			
Bulto en pecho	121	92.6	87.9-97.2
Mancha o verruga*	117	89.7	84.2-95.2
Sangre en heces	103	82.5	75.2-89.9
Metrorragias	112	84.8	78.2-91.5
Hemoptisis	114	81.6	74.5-88.7
Dificultad Orina	105	56.2	46.7-65.7
Tos	110	70.0	61.4-78.6
SIGNOS EQUIVOCOS			
Caída del pelo	114	72.8	64.6-81.0
Pérdida de apetito	110	55.5	46.2-64.7
Dolor	118	55.1	46.1-64.1
Nauseas y Vómitos	108	53.7	44.3-63.1
Fiebre**	96	38.5	29.4-48.5

(IC 95%: Intervalo de confianza del 95%)

* diferencias significativas según el nivel de estudios ($p < 0.05$).

** diferencias significativas según el lugar de residencia ($p < 0.05$).

Sobre las actitudes y prácticas en relación a la prevención del cáncer (tabla 4), prácticamente la totalidad consideró que el diagnóstico precoz mejora el pronóstico de la enfermedad. Aunque el 60% declaró conocer la técnica de autoexploración mamaria (el 70% entre las más jóvenes), sólo el 43% declaró practicarla. Cabe resaltar las diferencias observadas entre las mujeres con nivel de estudios superiores (el 100% conocían la técnica y el 90% la practicaban) y el resto de mujeres entrevistadas (sólo una de cada dos mujeres sin estudios conocían la técnica y la practicaban) ($p < 0.05$).

Las opiniones y creencias que manifestaron respecto al tratamiento del cáncer quedan reflejadas en la tabla 5. La mayoría de las mujeres opinaron que el tratamiento es beneficioso para el paciente. La cirugía era considerada como el método más eficaz, sobre todo por las mujeres jóvenes (45%), seguido por la radioterapia y la combinación de tratamientos, terapéutica idónea para las mujeres con mayor nivel de estudios (50%). Llama la atención que un 20% de las mujeres menores de 50 años opinó que ningún tratamiento es útil.

Tabla 4

Actitudes y conocimientos en relación a la prevención del cáncer (porcentaje de respuestas afirmativas)

	<i>n</i>	%	IC 95% #
¿El diagnóstico a tiempo mejora el pronóstico?	122	98.4	94.2-99.5
¿Conoce la autoexploración mamaria?*	123	60.5	51.6-68.8
¿Practica la autoexploración?*	123	43.1	34.3-51.8

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

* diferencias significativas según el nivel de estudios ($p < 0.05$).

Tabla 5

Opiniones y creencias ante el tratamiento del cáncer (porcentaje de respuestas afirmativas)

	<i>n</i>	%	IC 95% #
¿El tratamiento es beneficioso para el enfermo?	108	85.2	78.5-91.9
Tipo de tratamiento mejor:			
Radioterapia	24	21.8	14.1-29.5
Cirugía	41	37.3	28.2-46.3
Quimioterapia	6	5.5	1.2-9.7
Combinación de tratamientos	23	20.9	13.3-28.5
Ningún tratamiento	16	14.5	8.0-21.1
Buen nivel de tratamiento en Mallorca *	114	85.1	78.5-91.6
Médico de elección en caso de sospecha:			
M.de cabecera	52	41.9	33.2-50.6
Especialista	32	25.8	18.1-33.5
Hospital	34	27.5	19.6-35.3
No iría al médico	6	4.8	2.2-10.2

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

* diferencias significativas según el nivel de estudio ($p < 0.05$)

Un alto porcentaje de mujeres declaró que en Mallorca el tratamiento puede aplicarse con garantías similares a las de otros lugares, creencia que disminuía notablemente conforme aumentaba el nivel de estudios de la entrevistada, ya que sólo una de cada dos mujeres con estudios superiores compartía esta opinión frente al 90% de las mujeres con un nivel de estudios bajo ($p < 0.05$).

Si tuviesen que elegir un médico en caso de sospecha de cáncer, la elección recaería sobre el médico de cabecera, sobre todo por parte de las mujeres mayores de 50 años (45%), seguida de la elección del médico

hospitalario (preferencia mayoritaria entre mujeres con mayor nivel de estudios). Una de cada cuatro mujeres acudiría a un especialista en cáncer.

La principal fuente de información sobre el cáncer la constituyeron, ante todo, los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión (tabla 6). El predominio de este medio se afianzaba entre las mujeres de edad avanzada (una de cada dos mujeres mayores de 50 años frente al 22% de mujeres más jóvenes) ($p < 0.01$) y las de nivel cultural bajo ($p < 0.01$) y constituía, junto a la red de familiares y amigos, sus principales fuentes de información. Por el contrario, las

mujeres jóvenes y con mayor nivel de estudios se informaban preferentemente por la prensa. No se han observado diferencias según el lugar de nacimiento o de residencia. Cabe resaltar la escasa repercusión del personal sanitario como fuente de información principal. Sin embargo, cuando se les preguntaba cuál sería la fuente de información

preferida, destacó la desaparición de la red de familiares y amigos para adquirir una mayor relevancia el personal sanitario, independientemente del nivel de educación, lugar de nacimiento o residencia. La televisión siguió gozando de un importante prestigio entre las mujeres mayores y de bajo nivel educativo.

Tabla 6

Información sobre el cáncer: origen de la información recibida y fuente que le merece mayor confianza

Fuente	Información recibida*			Información de mayor Confianza		
	n	%	IC 95% #	n	%	IC 95% #
Prensa	14	11.3	5.7-16.9	1	0.8	0.1-4.4
Radio	4	3.2	1.3-8.0	3	2.4	0.8-6.9
Televisión	54	43.5	34.8-52.3	18	14.5	8.3-20.7
Carteles y folletos	2	1.6	0.4-5.7	6	4.8	2.2-10.2
Charlas	5	4.0	1.7-9.1	14	11.3	5.7-16.9
Amigos	22	17.7	11.0-24.5	1	0.8	0.1-4.4
Personal sanitario	8	6.5	2.1-10.8	73	58.9	50.2-67.5
Enfermos	14	11.3	5.7-16.9	4	3.2	1.3-8.0

(# IC 95%: Intervalo de confianza del 95%)

* diferencias significativas según la edad y el nivel de estudios (p<0.01).

DISCUSIÓN

En la valoración de los resultados conviene tener en cuenta algunas limitaciones propias, al haber obtenido, para los objetivos que nos marcamos en el estudio que aquí presentamos, una submuestra de la población entrevistada, lo que se traduce en una menor precisión de los estimadores (más patente aún en los subgrupos establecidos) y, consecuentemente, en una menor potencia en el contraste de hipótesis. Un 28.3% de las mujeres seleccionadas de la población general no pudieron ser localizadas, probablemente debido a la antigüedad del censo utilizado para la extracción de la muestra, y a la movilidad geográfica de la población residente en la isla. El porcentaje de rechazos fue del 6.4%, cifra relativamente baja si la comparamos con otros estudios similares⁹⁻¹¹. La validación del cuestionario reali-

zada con dos tipos de población (estudiantes y población general) antes de iniciarse el estudio definitivo, la supervisión de la información recogida y la doble mecanización de los datos, contribuyen a la calidad de la información.

De los resultados observados en relación a los conocimientos sobre los factores de riesgo, destaca la correcta valoración del tabaco y del consumo de alcohol y la infravaloración del papel de la dieta, observación similar a la descrita en otros estudios realizados en nuestro país^{5,6}. Aproximadamente, un 70% de las mujeres identificaron la contaminación ambiental, la radioactividad y los residuos industriales y químicos como causa de cáncer. Esta sobrevaloración de los factores ambientales también descrita en estudios recientes^{5,10}, y la escasa relevancia concedida a los mismos en estudios realiza-

dos en décadas anteriores (16%)¹², podría explicarse por una mayor sensibilización de la población en los últimos años hacia los temas medioambientales.

Un 60% de las mujeres considera factor de riesgo el consumo de anticonceptivos orales. En un principio podríamos pensar que la pregunta se prestaba a confusión por la asociación descrita entre el consumo de éstos y un aumento del riesgo de cáncer de mama o su papel en la prevención del cáncer de ovario¹³. Sin embargo, esta creencia se ha consolidado fundamentalmente entre mujeres de edad más avanzada y con un nivel educativo bajo, lo que nos lleva a pensar que pudiera tratarse de conocimientos erróneos. Este porcentaje es ligeramente superior al observado en el estudio realizado en Cataluña (51%)⁵ y mucho más elevado que el descrito en otros estudios realizados en Inglaterra (11%)¹⁴ o Australia (10-19%)¹⁰. Cabe destacar que una buena parte del personal que puede influir para una correcta concepción de estas creencias comparte la aceptación de su papel carcinógeno (36% de médicos, 43% de enfermeras y 39% de educadores)⁴, lo que debería alertar sobre la necesidad de realizar esfuerzos formativos en esta dirección.

El elevado porcentaje de mujeres que asocian los golpes o heridas en el pecho con la aparición de un cáncer es un claro ejemplo de las ideas erróneas que tiene la población sobre las causas de éste, proporción que en otros estudios varía entre el 11 y el 70% y no parece modificarse a lo largo del tiempo^{12,15-19}. Los resultados observados sobre el papel de la herencia no difieren de los descritos por otros estudios^{5,12,17,20}.

Por último, el hecho de que el estrés sea considerado como factor de riesgo de cáncer entre un elevado porcentaje de mujeres residentes en la capital (53.8%) y entre las mujeres nacidas en la península (61%), podría reflejar determinados estilos de vida o problemas de adaptación al medio en que viven.

En cuanto a los signos de alarma del cáncer, entre los considerados «de valor», la aparición de un bulto en el pecho ha sido el más reconocido, al igual que sucede en Cataluña⁵, Asturias⁷ o USA²¹. La mayoría también ha identificado correctamente el cambio de aspecto de una mancha o verruga en la piel y la pérdida de sangre por las heces, por genitales después de la menopausia o su presencia en el esputo. Estos resultados son similares entre la población femenina de Cataluña⁵, pero si los comparamos con el conjunto de la población de Mallorca⁴ apreciamos que la población femenina entre 40 y 70 años está mejor informada que el resto. El mayor grado de conocimiento sobre el cáncer entre el colectivo femenino ya ha sido descrito por otros autores^{7,22}. La tos persistente o la dificultad para orinar son signos de valor menos identificados, sobre todo por mujeres con un bajo nivel de estudios.

Los «signos equívocos» (fiebre alta, náuseas y vómitos, caída del pelo, pérdida del apetito y dolor) han sido identificados en menor proporción que los «signos de valor» excepto la caída de cabello, considerado erróneamente como síntoma inicial por un 72% de las mujeres. Este hecho podría explicarse por la confusión entre signo o síntoma de alarma y síntomas asociados al tratamiento. En general estos «signos equívocos» son identificados con mayor frecuencia por mujeres de edad avanzada, con un menor nivel educativo o residentes en pueblos pequeños.

En cuanto a la prevención, la mayoría de las entrevistadas han coincidido en reconocer que el diagnóstico precoz aumenta las posibilidades de curación. Las mayores diferencias observadas están relacionadas con el conocimiento y la práctica de la autoexploración mamaria. Un 60% de la población encuestada ha declarado conocer la técnica y un 43% realizarla. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en una encuesta sobre los europeos y la prevención del cáncer²³ y algo inferiores a los observados en

Girona⁵. El conocimiento de esta técnica parece disminuir con la edad (aunque no significativamente) y aumenta de manera evidente (así como su práctica) con el nivel de estudios. Esta relación inversa con la edad y directa con el nivel de estudios es similar a la observada en otras áreas^{5,24-25}. Si bien parece que esta práctica ha ido aumentando a lo largo del tiempo (un 20% de las mujeres canadienses en la década de los 60²⁶ y un 78% de las mujeres australianas treinta años más tarde²⁷), no está demostrado que sea efectiva para disminuir los porcentajes de mortalidad por cáncer de mama en la comunidad, e incluso algunos autores la consideran como una práctica de riesgo al retrasar, por exceso de confianza, la visita al médico²⁸.

El beneficio que el tratamiento puede aportar al enfermo de cáncer es reconocido por la mayoría de mujeres, fundamentalmente de edad avanzada (93%). La cirugía ha sido considerada como método más eficaz sobre todo entre las mujeres menores de 50 años (45%), seguido de la radioterapia y la combinación de tratamientos, independientemente de la edad, nivel de estudios, lugar de nacimiento o residencia de la persona entrevistada. Esta opinión es similar a la observada en un estudio realizado en USA²¹ y en Cataluña⁵, aunque en este último, las mujeres jóvenes y de nivel de estudios elevado consideran la combinación de tratamientos la terapia más eficaz del cáncer. La quimioterapia tiene escasa aceptación (5.5%), fundamentalmente entre las mujeres jóvenes (2.3%), a pesar de los avances ocurridos en los últimos años con la incorporación de nuevos citostáticos y combinaciones capaces de conseguir la curación de algunas neoplasias. Quizá, los efectos secundarios de ésta puedan influir en la respuesta a la pregunta.

El mensaje, ampliamente difundido por medios de comunicación y diversas asociaciones, sobre la posibilidad de curar el cáncer, parece haber tenido una respuesta positiva en un amplio sector de la población,

aunque un 20% de la población femenina más joven, residentes en pueblos pequeños y con pocos estudios, opine que no existe ningún tipo de tratamiento eficaz contra el cáncer. Este hecho es similar al observado en la población catalana aunque en este medio se produzca con más frecuencia en mujeres de edad avanzada⁽⁹⁾.

El médico de cabecera ha sido el de elección, aunque la mitad de las mujeres con mayor nivel de estudios acudiría al hospital como primer recurso asistencial. A la vista de los resultados y al contrario de lo que sucede en Girona, las mujeres residentes fuera de Palma no parecen tener problemas de acceso a la red hospitalaria concentrada mayoritariamente, en la época en la que se realizó el estudio, en la capital de la Isla. Por último, aunque la mayoría consideró que en Mallorca el nivel de diagnóstico y tratamiento del cáncer era similar al de otros lugares, observamos que sólo una de cada dos mujeres con nivel educativo alto compartía esa opinión.

Otro apartado que merece atención es el de los resultados obtenidos sobre las fuentes de información sobre el cáncer y sus preferencias, caso de que pudieran elegir. Las fuentes de información que utilizan las mujeres son fundamentalmente los medios de comunicación, preferentemente la televisión, y la red social de familiares y amigos. La preferencia por la televisión, también observada en el área catalana²⁹, ya fue descrita en un estudio realizado en Canadá²⁶ y años más tarde en Irlanda³⁰, lo que parece indicar que es el medio de comunicación preferido y que no se ha modificado a lo largo del tiempo. Sin embargo, las diferencias encontradas entre las mujeres jóvenes y con un nivel educativo alto, más informadas a través de prensa y las mujeres mayores y con pocos estudios, más informadas a través de la televisión, deberían ser tenidas en cuenta en futuras campañas de información y prevención. Llama la atención que solo un 6.5% se informen a través del personal sanitario y que las charlas y conferencias (4.1%), así

como los carteles y folletos (1.6%), instrumentos en los que se basan los programas preventivos, tengan tan poca repercusión.

Cuando se les preguntó por la fuente de información más fiable y por tanto de su elección, se observó que la obtenida a partir del personal sanitario (59.3%) adquiriría una gran relevancia y la red de amigos y conocidos prácticamente desaparecía. Los medios de comunicación también perdían importancia en su conjunto, aunque la televisión se situaba en orden de preferencia en segunda posición salvo entre las mujeres con mayor nivel de estudios que anteponen las charlas y conferencias como fuente de información deseable. La importancia dada por las entrevistadas a la información facilitada por el personal sanitario, ya descrita en otros ámbitos³¹⁻³², debería ser valorada como un instrumento a utilizar por los equipos de atención primaria en educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez de Aragón MV, Llacer A, Martínez Navarro JF. Mortalidad en España y Comunidades Autónomas 1989-1992. Situación en la Unión Europea. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- Garau I, Franch P, Cabeza E. Cancer Registry of Majorca. En: Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. editores. Cancer Incidence in Five Continents Vol VII. Lyon: International Agency of Research on Cancer; 1997.p. 638-41.
- Doll R, Peto R. The causes of Cancer. Oxford: Oxford Univ. Press; 1980.
- Catalán JG, Avellà A, Recober A, Viladrich C, Pons O. El Cáncer en Mallorca. Conocimientos, creencias, actitudes y comportamientos. Palma de Mallorca: Olañeta; 1996.
- Izquierdo A, Viladiu P, Borrás JM, Moreno V, Catalán G. La percepción de las causas del cáncer y de su prevención en las mujeres de Girona. Med Clin (Barc) 1996; 107:14-9.
- Rebollo Palencia MR, Berlanga González MA, Casado Alonso Y, González Cuadrado MD, Ibáñez Pérez F, Aguirrezabala Jaca JR et al. Conocimientos y actitudes relacionados con la prevención del cáncer en la población atendida en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 18: 417-24.
- López MI., Del Valle MO, Cueto A. Knowledge of the European code against cancer in sixth-form pupils and teachers in Asturias (Spain). Eur J Can Prev 1994; 3: 207-13
- Catalán G, Pons O, Recober A, Avellà A, Carbonero JM, Benito E et al. Dying of Cancer. The place of death and family circumstances. Med Care 1991; 29: 841-51.
- Hill D, White V, Borland R, Cockburn J. Cancer-related beliefs and behaviours in Australia. Aust J Public Health 1991; 15: 14-23.
- Baghurst KI, Baghurst PA, Record SJ. Public perceptions of the role of dietary and other environmental factors in cancer causation or prevention. J Epidemiol Community Health 1992; 46: 120-6.
- Bundek NI, Marks G, Richardson JL. Role of Health Locus of Control beliefs in cancer screening of elderly hispanic women. Health Psychol 1993; 12: 193-9.
- Cartwright A, Martin FM. Some popular beliefs concerning the causes of cancer. BMJ 1958; 2: 592-4.
- Bernstein L, Roos RK, Henderson BE. Relationship of hormone use to cancer risk. JNCI Monographs 1992; 12: 137-48.
- Van der Heuvel WJA. Knowledge and attitudes of 344 women concerning breast cancer and breast self examination. En: Public education about cancer. Geneve: UICC; 1977. p.44-54
- Phillips J, Taylor RM. Public opinion on cancer in Canada. Can Med Assoc J 1955; 73: 639-41.
- Knopf A. Women's beliefs about the causes of cancer. En: Public education about cancer. Geneve: UICC; 1976. p. 52-61.
- Box V. Cancer: myths and misconceptions. J Royal Soc Health 1984; 104: 161-6.
- Weinrich SP, Weinrich MC. Cancer knowledge among elderly individuals. Cancer Nurs 1986; 9: 301-7.
- Morgan C, Park E, Cortes DE. Beliefs, knowledge and behavior about cancer among urban hispanic women. JNCI Monographs 1995; 18: 57-64.
- Paterson R, Aitken Swan J. Public opinion on cancer: a survey among women in the Manchester area. En: Cancer and public education. London: Pitman Med Publ; 1962. p. 83-90.

21. American Cancer Society. Public attitudes toward cancer and cancer test. *Cancer J Clin* 1980; 30: 92-8.
22. Bostick RM, Sprafka JM, Virnig BA, Potter JD. Knowledge attitudes and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. *Prev Med* 1993; 22:65-86.
23. Programa «Europa contra el cáncer». Los Europeos y la prevención del Cáncer.. Bruselas: Comisión de la Comunidad Europea; 1987.
24. Celentano D, Holtzman D. Breast self examination competency: an analysis of reported practice and associated characteristics. *Am J Public Health* 1983; 73: 1321-3.
25. Holtzman D, Celentano D. The practice and efficacy of breast self examination: a critical review. *Am J Public Health* 1983; 73: 1324-35.
26. Phillips J, Taylor RM. Public opinion on cancer in Canada: a second survey. *Can Med Assoc J* 1961; 84: 142-5.
27. Hill D, White V, Jolley D, Mc Person K. Self-examination of the breast: is it beneficial? *BMJ* 1988; 297: 291-5.
28. Facione N. Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1521-34.
29. Borrás JM, Izquierdo A, Viladiu P, Moreno V, Catalán G. Las fuentes de información sobre el cáncer. *Aten Primaria* 1995; 16: 38-42.
30. Murray M, McMillan CL. Gender differences in perceptions of cancer. *J Cancer Educ* 1993; 8: 53-62.
31. Demark MM, Becker M. The doctor-patient relationship and counselling for preventive carc. *Pat Educ Couns* 1987; 5: 5-24.
32. Mullen PD, Green LW. Educating and counselling for prevention: from theory and research to principles. En: Goldblom RB, Lawrence RS. Ed. *Preventive disease: beyond and rethoric*. New York: Springer Verlag; 1990. p. 474-9.