



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGIA

CREENCIAS ACERCA DE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE EN
MUJERES DIAGNÓSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA SEGÚN SU
ESTADIFICACIÓN

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:
LINCE CAMPOS KARLA MARIANA

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA

COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO

DR. JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

LIC. LEONEL ROMERO URIBE

LIC. NALLELY VENAZIR HERRERA ESCOBAR

PAPIIT IN 303316

Ciudad de México, 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 1 : CREENCIAS.....	6
1.1 DEFINICIÓN.....	6
1.2 CARACTERÍSTICAS	11
1.3 FORMACIÓN Y DESARROLLO	14
1.4 FUNCIÓN.....	18
1.5 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA CONSISTENCIA.....	20
1.5.1 TEORÍA DEL EQUILIBRIO	20
1.5.2 TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN.....	22
1.5.3 TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA	23
1.5.4 TEORÍA DE LA COMPARACIÓN.....	25
1.5.5 TEORÍAS DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA.....	27
1.6 CLASIFICACIÓN	31
Capítulo 2: SOBRE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE	36
Capítulo 3: CÁNCER DE MAMA	50
3.1. EL CANCER.....	50
3.2. ANATOMÍA DE LA MAMA	51
3.3. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.....	52
3.4. FACTORES DE RIESGO.....	54
3.5. EPIDEMIOLOGÍA	56
3.6. DIAGNÓSTICO	58
3.7. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.....	59
3.8. ESTADIFICACIÓN.....	60
3.9. TRATAMIENTO.....	66
3.10. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CANCER...	67
3.11. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS	68
Capítulo 4: ESTADO DEL ARTE.....	70
4.1 CREENCIAS ACERCA DE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE	70
4.2. RELIGIOSIDAD, ENFERMEDAD Y CANCER	74

4.3. CREENCIAS ACERCA DE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA.....	79
Capítulo 5: METODOLOGÍA	81
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	81
5.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	82
5.3. OBJETIVOS.....	84
5.4. HIPOTESIS.....	85
5.5. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	86
5.6. VARIABLES	87
5.7. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	87
5.8. INSTRUMENTO	88
5.9. PROCEDIMIENTO	89
Capítulo 6: RESULTADOS.....	90
6.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	90
6.2. PROPIEDADES DEL INSTRUMENTO	94
6.3. ANÁLISIS FACTORIAL	95
6.4. CORRELACIÓN DE PEARSON	102
6.7. T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES	105
6.8. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVAS)	106
Capítulo 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	114
7.1. DISCUSIÓN	114
7.2. CONCLUSIONES	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS	1

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la UNAM por abrirme las puertas y brindarme oportunidades tan enriquecedoras que me han permitido crecer como persona y profesionista. A los docentes que fueron parte de mi formación y que con su amor hacia la psicología sembraron e impulsaron mi interés por la investigación.

A todas las mujeres que me regalaron su tiempo para contestar el instrumento, por permitirme conocerlas y aprender de sus experiencias gracias, sin su disposición este trabajo no sería.

A cada persona que me apoyó para lograr un número que en algún momento creí imposible, ya sea apoyándome con la aplicación, o abriéndome las puertas del Grupo de Recuperación Total Reto, la Asociación Cima*b y en especial del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, quienes siempre mostraron gusto por impulsar el trabajo científico, en especial a los doctores y enfermeras de la Clínica de la mama por brindarme todo el apoyo posible durante mi trabajo en el hospital.

A mi familia, por escucharme y regalarme miles de sonrisas, por estar siempre al pendiente, escucharme e interesarse en mi trabajo.

En especial a mamá, por ser mi pilar desde el inicio hasta el fin, y nunca rendirse ni dejarme hacerlo, apoyarme en todo e impulsarme a volar, infinitamente gracias.

A ti por estar siempre junto a mí y nunca dejarme sola, apoyarme y siempre confiar en mí, sin ti no sería la persona que soy, gracias tía Reyna.

A la mejor compañera de viaje, por enseñarme tanto y permitirme compartir grandes experiencias, gracias Manuella Arenas.

A Jesús Granados tu ayuda, compañía y aliento han sido esenciales para mí, gracias por crecer conmigo.

A mis amigos que, estando cerca o lejos, estuvieron conmigo, me escucharon y apoyaron durante la realización del trabajo, gracias.

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo de Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM

Clave: IN 303316

“Creencias acerca del Origen de la Vida y la Vida después de la Muerte en Personas con Escolaridad Básica y Personas con Grado Académico de Doctorado y su relación con la edad”

Agradezco por la beca otorgada a la DGAPA-UNAM

RESUMEN

Las creencias conforman la concepción del mundo que tiene cada ser humano, dependiendo cual sea el objeto al que están dirigidas cada una desempeñara una función específica; en el caso de las creencias acerca de la vida después de la muerte, en su mayoría apaciguan la incertidumbre de la ignorancia que implica el morir. Generalmente cuando se sufre el fallecimiento de un ser querido o se está expuesto en mayor medida a la muerte, como cuando se tiene una enfermedad considerada de alto riesgo como el cáncer de mama, la atención suele centrarse en temas referentes a la existencia y finitud de la vida. Así, este estudio tuvo por objetivo conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra su enfermedad. La muestra fue conformada por 177 mujeres diagnosticadas de cáncer, pacientes del Centro Médico Nacional XX de noviembre, Grupo de Recuperación Total Reto y la Asociación Cima*b. Se les aplicó el ICAVDEM, instrumento elaborado para la realización de esta investigación, el cual obtuvo una confiabilidad de $\alpha=0.853$ y una varianza total explicada de 50.276 %. Los resultados indicaron que no existe evidencia científica que demuestre una diferencia significativa en las creencias, religiosas o científicas, de las mujeres en estadios tempranos y tardíos, así como una incompatibilidad entre las posturas científica y religiosa; se propone el abordaje del mismo tema con un mayor control en la variable tiempo de diagnóstico.

Palabras clave: creencias, vida después de la muerte, cáncer de mama



INTRODUCCIÓN

Una de las ambiciones más grandes que ha dominado al ser humano es poder explicar su propio comportamiento, entender el funcionamiento de la cognición y los cómo, por qué y para qué de la interacción humana. Hoy en día la psicología es participe del cumplimiento de dicho objetivo aportando, desde diferentes áreas y niveles, datos que ayudan a despejar infinidad de dudas, entre ellas qué son y cuál es la función de las creencias.

Así, el estudio de la psicología social identifica a las creencias como base del conocimiento que para las personas resulta verdadero y fiable (Bar-Tal, 1990), así como un elemento indispensable para comprender el funcionamiento de las actitudes (Ajzen, 1991). En palabras de De la Pienda, (1999, p.241) "las creencias son una puerta a la realidad...", idea que enmarca su función: organizar la información que se obtiene del entorno (Bar-Tal, 1990) formando de esta manera referentes que al individuo le permitan formar una imagen de sí mismo, instituciones, conductas, eventos, etc. (Fishbein y Ajzen, 1975).

El centrar el estudio de las creencias hacia la vida después de la muerte implica el desenmarañar una serie de preceptos que bajo diferentes interpretaciones resultan correctos y adecuados para las personas, es decir son aceptados como verdades absolutas, los cuales, debido a la complejidad del tema se ven implicados en aspectos altamente significativos para la vida de los humanos (Palacios-Espinosa, Lizarazo, Moreno y Ospino, 2015).

En la actualidad, al hablar de la vida después de la muerte se tiende a dirigirse por dos caminos principales, el primero está conformado por creencias religiosas relacionadas con mitos escatológicos, la prevalencia de la alma y la posibilidad de resurrección y el segundo es un camino con creencias científicas/materialistas las cuales apoyan la existencia de una conciencia producto de la actividad cerebral, señalando que al extinguirse la actividad corporal no perdura nada, más que un cuerpo inerte (Cerejido, 2004; López, 2004; Wilber, et al.,2006)

La relevancia de explorar dichas creencias, específicamente, en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama surge de la contemplación de que los significados que las personas



otorgan a la vida y a la muerte se ven alterados por la aparición de enfermedades crónicas, dada la incertidumbre que estas implican (Galvis-López y Pérez, 2011).

Con la intención de identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra su enfermedad se presenta esta investigación que se conformó por los siguientes apartados:

El Capítulo 1 Creencias: tiene como objetivo principal el dar una visión general de las creencias, desarrollando la información recolectada a través de diferentes apartados:

Definición: Se abordan distintos significados que se han otorgado al término de creencia dentro del ámbito de la investigación en psicología como la que proponen Fishbein y Ajzen (1975; p.12) "... probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objetivo, valor, concepto o atributo entendiéndose como enlaces entre objetos y atributos...", la cual se retoma para el desarrollo del trabajo.

Características: en este segmento se mencionan algunas de las peculiaridades que permiten identificar a las creencias, como la confianza, centralidad, interrelación y funcionalidad (Bar-Tal, 1990); resaltando entre ellas la interrelación ya que permite la formación de los sistemas de creencias, los cuales se explican a groso modo con aportes de Callejo y Vila (2003) y Bar-Tal, 1990.

Formación y Desarrollo: se describe la construcción y transformación de las creencias, las cuáles pueden provenir de la experiencia sensorial directa o mediante información obtenida de terceros (Bem, 1970, Fishbein y Ajzen, 1975).

Función: se describe el impacto primordial que tienen las creencias en la vida diaria de cada ser humano, al proporcionar un significado estructurado del mundo (Krech y Crutchfield, 1948), permitiendo un entendimiento general de la justicia y los límites, una imagen propia positiva, seguridad, entre otras necesidades como el ser aceptado socialmente (Bar-Tal, 1990).



Teorías psicológicas de la consistencia: en este apartado se explican brevemente diversas teorías que implican actuación de las creencias, desde su etapa de formación, mantenimiento y modificación. Incluyendo la teoría del equilibrio de Fritz Heider (1946), la teoría de la atribución (Fritz Heider, 1958), la teoría de la comparación social de Leon Festinger (1954), la teoría de la disonancia cognitiva de Leon festinger (1957) y la teoría de la atribución de Fritz Heider (1958).; incluyéndose también la teoría de la acción razonada y de la conducta planeada (Fishben y Ajzen, 1975).

Clasificación: se enlistan diferentes clasificaciones de las creencias que han sido propuestas con la intención de que el abordaje de estas en la investigación se vuelva más sencillo, ejemplo de esto es lo propuesto por Pepitone (1991) quien a partir de sus propiedades conceptuales propone cuatro categorías la natural-material, sobrenatural, psicológico y moral.

El Capítulo 2: Aborda la importancia que tiene el pensar la muerte para el ser humano y los significados que conlleva, siendo el principal el temor de los seres humanos; de igual manera se abordan las dos principales perspectivas que existen hoy en día de la vida después de la muerte. (Wilber, et al., 2006)

- Visión religiosa o dualista, la cual afirma la existencia de un alma independiente del cuerpo sobreviviente a la muerte física.
- Visión Científica/materialista: Basada en la existencia de una conciencia que surge de la actividad cerebral, por lo que al extinguirse la actividad corporal no perdura nada.

El Capítulo 3: Cáncer de mama: se realizó con el objetivo de dar una breve y concisa introducción de lo que es la enfermedad y cómo es que ataca a los individuos que la padecen, esto se hizo a través de una pequeña explicación del concepto de cáncer, así como una descripción general de la mama. También se mencionan algunos de los tipos de cáncer de mama propuestos por la American Cancer Society [ACS] (2014). Se retoman los factores que ponen en riesgo a las personas que padecen esta enfermedad, así como la incidencia que ha tenido en los últimos años.

En el capítulo tres también se habla de los métodos de diagnóstico y la estadificación en que se clasifica el cáncer, clasificación TNM, en la cual existen el estadio 0, el 1, el 2, el 3 y el 4.



Siendo estos últimos los que tienen un menor índice de supervivencia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

Capítulo 4: Estado del arte tuvo la intención de recolectar la investigación relacionada con el presente trabajo, para así lograr enriquecer los datos obtenidos a través de puntos de comparación; las investigaciones recolectadas se clasificaron en tres rubros principales: creencias acerca de la vida después de la muerte, religiosidad, enfermedad y cáncer y creencias acerca de la vida después de la muerte en personas diagnosticadas con cáncer de mama. Resaltándose el hecho de que las investigaciones que abordan la muerte han trabajado con personas vulnerables como adultos mayores y personas con alguna enfermedad.

El Capítulo 5 Metodología: Aquí se detallan las características de la investigación, describiéndose el planteamiento del problema, las hipótesis, preguntas y objetivos generales y específicos; siendo el objetivo general de la investigación “Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra su enfermedad”. También se detalla el diseño de la investigación, las variables (Independiente, dependiente y sociodemográficas), la población y la muestra junto con los criterios para conformarla.

También, se describe como se conformó el instrumento utilizado: ICAVDEM (Instrumento de Creencias Acerca de la Vida Después de la Muerte). Por último, se describe detalladamente el proceso que requirió la realización de la investigación.

El Capítulo 6: Incluye las tablas de los análisis estadísticos realizados en el programa SPSS 22 para WINDOWS, así como una breve interpretación.

Por último, el Capítulo 7 Discusión y conclusiones: Desarrolla de manera extensa los resultados obtenidos dándoles una interpretación con la teoría que conforma el marco teórico. Seguido de este apartado se presentan las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo de esta investigación, apareciendo a continuación el anexo que es el ICAVDEM.



Capítulo 1

CREENCIAS

1.1 DEFINICIÓN

La investigación centrada en las creencias es parte de un grupo de trabajos que tienen la ambición de explicar el comportamiento, la cognición y la interacción humana. Los cuales, debido a la complejidad de la tarea, trabajan en diferentes niveles; desde el estudio de procesos fisiológicos hasta la organización de instituciones sociales (Ajzen, 1991).

Particularmente la psicología social y de la personalidad han trabajado en un punto medio, concibiendo al ser humano como un individuo plenamente funcional, quien mediante su capacidad de procesar información logra mediar los efectos de factores biológicos y ambientales en el comportamiento, explorando conceptos como las creencias, o actitudes los cuales han desempeñado un papel muy importante en los intentos de predecir y explicar el comportamiento humano (Ajzen, 1991).

Así, en la investigación realizada en psicología social las creencias se estudian desde dos vertientes principales: Como un componente de las actitudes o como variables completamente independientes (Fishbein y Raven, 1967). Por lo que, resulta primordial identificar que al hablar de una actitud se hace referencia a componentes afectivos y motivacionales, mientras que las creencias se distinguen por conformarse meramente por aspectos cognitivos (Fishbein y Raven, 1967).

Bajo la perspectiva de considerar a las creencias como variables independientes Bar-Tal (1990) las concibe como unidades del conocimiento, entendido como un conjunto de creencias en el que los individuos atribuyen algo de verdad, adquirido a través de la propia experiencia, el pensamiento o como resultado del contacto con otros individuos o sus productos.

De manera similar McLeond (1992, en Callejo y Vila, 2003, p.179) define las creencias como "...las experiencias y conocimientos subjetivos del individuo...". Y retomando el aspecto subjetivo Lester, Garofalo y Kroll (1983, citado en Callejo y Vila, 2003) se refieren



como creencia al conocimiento subjetivo del individuo sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea; dicho aspecto subjetivo es lo que lleva a De la Pienda (1999, p. 241) a reflexionar:

“La creencia es una puerta a la realidad, pero, por su propia naturaleza, es también una limitación a la comprensión total y última de la misma. Su carácter subjetivo la hace radicalmente relativa a quien la tiene y vive de ella.”

Por otro lado, existen ciertos autores que consideran que las creencias incluyen un aspecto valorativo o afectivo, ejemplo de esto es Ponte (1994 citado en Callejo y Vila, 2003, p.181) quien define a las creencias como verdades personales e intransferibles de cada uno, que derivan de la experiencia o fantasía y que tienen un componente afectivo y de valoración. De igual manera, Callejo y Vila, (2003, p.180) coincidiendo en algunos aspectos con McLeond (1992) y Lester, et al. (1983 citados en Callejo y Vila, 2003, p.181), se refieren a las creencias como:

“...un tipo de conocimiento subjetivo referido a un contenido concreto sobre el cual versan; tienen un fuerte componente cognitivo que predomina sobre el afectivo y están ligadas a situaciones. Aunque tienen un grado de estabilidad pueden evolucionar gracias a la confrontación con experiencias que las pueden desestabilizar...”

Krench y Crutchfield (1984; p. 150) definen creencia como “una organización perdurable de percepciones y cogniciones acerca de algún aspecto del mundo del individuo”; esta definición engloba la actitud dentro de la creencia, es decir que al presentarse cambios en el aspecto cognitivo se obtendrían cambios en la actitud.

De manera similar, en 1991 Pepitone (p.63) define a las creencias como “...estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa... conceptos acerca de la naturaleza; las causas y creencias de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida.”

Asimismo, Villoro (1996; p.37) propone que las creencias sean concebidas como “...un estado interno del sujeto que, junto con otras propiedades, puede explicar comportamientos diversos frente a estímulos variados... determina una estructura general de conducta, guía y orienta las acciones”.



Otros autores la consideran como “la dimensión de probabilidad de un concepto” (Fishbein y Raven, 1967, p.188), es decir, sin incluir ningún aspecto evaluativo en su definición, ejemplo de esto es Fishbein (p.257) quien en 1967 define las creencias como “hipótesis hacia la naturaleza de un objeto y los tipos de acciones que deben tomarse con respecto a éste.” En esta dimensión es donde pueden modificarse sin afectar a las actitudes; reflejándose esto en casos como en los que dos sujetos tienen la misma creencia acerca de un objeto, pero su actitud es diferente o viceversa (Fishbein y Raven, 1967).

Sobre la misma línea, Fishbein y Raven (1967, p.188) definen creencia como “la dimensión de probabilidad de un concepto”, planteando para explicarlo la siguiente pregunta ¿Es su existencia probable o no probable? Sin embargo, esta definición de creencia, en la que se considera sólo como una posibilidad, puede ser considerada como una concepción altamente especializada y por lo tanto limitante, ya que parece sólo enfocarse en la probabilidad de existencia de algún objeto (Fishbein, 1967).

Por lo que, los autores complementan su definición con una distinción entre dos variedades de creencias, pudiendo considerarse, como resultado final la siguiente definición “la probabilidad o improbabilidad de que un objeto particular -creencia en- o una relación particular-creencia acerca de- exista” (Fishbein,1967, p.259).

Por lo anterior Fishbein (1967) explica que pueden distinguirse dos variaciones de creencia considerando hacia qué se dirige este estado mental, es decir, existen creencias en objetos o en la existencia de ellos y creencias acerca de las relaciones de un objeto con otro. Así, pueden presentarse casos en que dos personas coincidan en la existencia de un objeto, pero difieran en lo que creen acerca su existencia (Fishbein y Raven, 1967).

Entonces, se puede notar que una creencia acerca del objeto puede ser definida como la probabilidad de una relación particular existente entre el objeto de creencia y otros objetos, conceptos, valoraciones u objetivos (Fishbein, 1967), o bien como una descripción y percepción de un objeto, sus características y sus relaciones con otros objetos (Kants, 1960 citado en Bem, 1970). Así, Bem (1970) menciona que, si un hombre percibe alguna relación entre dos cosas o entre una cosa y una característica, sostiene una creencia. Por lo que de



manera colectiva las creencias de un individuo componen su entendimiento por sí mismo y por el ambiente.

La definición de creencias acerca de un objeto es la que con mayor frecuencia se ocupa en la investigación psicológica. Fishbein (1967), menciona que algunos investigadores coinciden en que cualquier creencia acerca de un objeto puede ser graficada de la siguiente forma:

$$(X)\text{-----}(Y)$$

Donde:

(X)= al objeto de la creencia,

(Y)= algún otro objeto o concepto y

_____ =la relación o afirmación que vincula (X) y (Y)

Sin embargo, Fishbein (1967) señala que esta descripción es simplemente una definición de una declaración de creencia, la creencia *per se* es la posición que un individuo atribuye a la declaración de la dimensión de probabilidad, es decir la probabilidad o improbabilidad de que cada relación expresada en las declaraciones exista.

Esta concepción de creencia acerca de algún objeto, en realidad, representa diferentes tipos de creencias que un individuo puede sostener. Sobre esto Bar-Tal (1990) señala que el contenido de las creencias es de una medida ilimitada; pueden referirse a algún objeto, atributo o relación entre ellos en diferentes niveles de complejidad. Un ejemplo de esto se enlista a continuación (Fishbein, 1967):.

1. Creencias acerca de los componentes del objeto
2. Creencias acerca de las características, cualidades o atributos del objeto
3. Creencias acerca de la relación del objeto con otros objetos o conceptos
4. Creencias acerca de si el objeto permitirá o será un obstáculo para obtener alguna meta o estando previamente contemplados
5. Creencias acerca de la conducta que se debería tener con respecto al objeto
6. Creencias acerca de lo que el objeto tiene permitido y prohibido hacer



También, las “creencias acerca de” tienen aspectos evaluativos positivos, negativos y neutros, en otras palabras, cada declaración de creencia que se refiere al objeto de creencia puede ser también positivo o negativo, asociativo o disociativo. Con esto se pueden distinguir 6 tipos de declaraciones de creencias (Fishbein, 1967):

1. El objeto de actitud está asociado positivamente con un concepto evaluado positivamente
2. El objeto de actitud está asociado positivamente con un concepto evaluado neutralmente
3. El objeto de actitud está asociado positivamente con un concepto evaluado negativamente
4. El objeto de actitud está asociado negativamente con un concepto evaluado positivamente
5. El objeto de actitud está asociado negativamente con un concepto evaluado neutralmente
6. El objeto de actitud está asociado negativamente con un concepto evaluado negativamente.

Estas declaraciones se relacionan con lo que previamente, en 1928, Thurstone (citado en Fishbein, 1967) había propuesto acerca de que las creencias podrían ser vistas como expresiones de las actitudes. Específicamente, declaraciones de tipo 1 y 6 indican simpatía hacia el objeto de actitud, es decir si un individuo sostiene este tipo de creencias se esperaría mantenga una actitud positiva hacia el objeto. Así mismo declaraciones de Tipo 2 y 5 implican evaluaciones neutrales, mientras que las de tipo 3 y 4 indican evaluaciones negativas.

Para ampliar las especificaciones anteriores Fishbein y Ajzen (1975, p.12) señalan que “las creencias se refieren a la información con la que cuenta una persona acerca de un objeto. Específicamente una creencia relaciona un objeto con un atributo”. En palabras de los mismos autores en cualquier relación objeto-atributo las personas pueden diferir en cuanto a la fuerza de sus creencias, es decir pueden distinguirse en la probabilidad percibida de que el objeto tenga el atributo en cuestión.



Dicho todo lo anterior, puede considerarse que las creencias implican expectativas, reconocidas como hipótesis que regulan las acciones de los seres humanos, es decir pueden ser consideradas como disposiciones a responder de cierta manera en determinadas circunstancias ante estímulos específicos, que de manera conjunta conforman el entendimiento del ser humano por el mundo que lo rodea y por sí mismo.

Ahora bien, la distinción realizada por Fishbein y Raven (1967) y Fishbein (1967), entre creencias en y creencias acerca de, puede reconocerse como un vértice para la profundización de la explicación del término, ya que contribuye al reconocimiento de las afirmaciones que pueden ser consideradas como tales, lo que conlleva a un mayor entendimiento de la percepción de los individuos que las sostienen. Sin embargo, existen otras peculiaridades de las creencias que contribuyen a su reconocimiento, tales como su precisión y su fuerza (Krench y Crutchfield, 1948).

1.2 CARACTERÍSTICAS

Para retomar el aspecto característico de las creencias con mayor profundidad, es preciso retomar a Krench y Crutchfield (1948), quienes proponen siete aspectos principales para describir a las creencias:

- Tipo: Refiriéndose a las diferentes categorías en las que pueden ser clasificadas.
- Contenido: El cual representa a los temas a los que pueden hacer referencia.
- Precisión: Describe la claridad y la diferenciación de otras creencias.
- Especificidad: La relación que exista entre el conjunto de creencias.
- Fuerza: Persistencia de las creencias a lo largo del tiempo.
- Importancia: Extensión de su influencia en la conducta del individuo.
- Verificación: La cual indica el grado en que una creencia puede ser probada.



Por su parte Bar- Tal (1990) prefirió resaltar, únicamente, cuatro rasgos:

- **Confianza:** La cual indica que cada persona puede tener el mínimo de confianza en sus creencias, las cuáles serán reconocidas como hipótesis o posibilidades, pero cuando se presenta un nivel alto de confianza son consideradas como hechos o verdades.
- **Centralidad:** Esta es expresada por la frecuencia en que cada creencia es accesible en el sistema cognitivo, es decir que tan seguido una creencia es utilizada en diferentes procesos cognitivos como la toma de decisiones. El grado de centralidad de una creencia varía con el tiempo y el nuevo conocimiento adquirido.
- **Interrelación:** Haciendo referencia las conexiones con las que cuenta una creencia, gracias a la formación de sistemas de creencias (largos o pequeños) de manera coherente y organizada.
- **Funcionalidad:** Es decir para qué sirven las creencias, punto que se abordará con mayor detalle más adelante.

En cuanto a la interrelación, o sistema de creencias son varios los autores que se han interesado, considerándolo algo definitorio para las creencias. Borherk y Curtis (1975, p.13; citado en Bar-Tal, 1990) definen a los sistemas de creencias como “un conjunto de ideas relacionadas (aprendidas y compartidas), que tienen alguna permanencia, y que individuos y grupos exhiben con algún compromiso”.

Rockeach (1968, p.2 en Callejo y Vila, 2003) señala que los sistemas de creencias pueden definirse como “una forma organizada psicológicamente, aunque no necesariamente lógica, de todas y cada una de las incontables creencias personales sobre la realidad física y social”, sobre la misma línea Milbrath (1979, citado en Bar-Tal,1990) señaló que un sistema de creencias refleja el campo psicológico definido como un espacio perceptual.

Como señalan Callejo y Vila (2003) el sistema de creencias de una persona se caracteriza por la forma en que cree y no tanto por lo que cree, esto se ve reflejado cuando dos personas pueden sostener una misma creencia, pero no desarrollan la misma actividad dada la diferencia en su sistema de creencias. Sobre el mismo tema Fishbein y Ajzen (1975) señalan



que existen casos en los que las personas tienen tanto creencias positivas como negativas hacia un mismo objeto; por lo que la actitud que muestre hacia el objeto será un reflejo de un conjunto de creencias y no de una creencia específica

Otro aspecto que podría ser considerado como definitorio de las creencias es su valor social, ya que a pesar de definiciones como la de Ponte (1994 citado en Callejo y Vila, 2003, p.181) quien menciona que son "...verdades personales e intransferibles de cada uno que derivan de la experiencia o fantasía..." o la de De la Pienda (1999, p. 239) que las señala como "...una evidencia, un supuesto, una proposición, que ni racional ni empíricamente se puede demostrar a otros de manera que les obligue a aceptarlos...", las creencias aunque son mantenidas individualmente, suelen tomar significado dentro del grupo(s) en los cuáles se desenvuelve cada persona (Bar-Tal, 1990), como Pepitone (1991, p.62) dijo "...es imposible ignorar el hecho de que las creencias son conceptos normativos creados en grupos, particularmente en grupos culturales...", coincidiendo con J. González (2004; p. 26) quien menciona que las creencias son "...un fenómeno intelectual más menos colectivo que nace de la experiencia..." se cree en lo que se considera socialmente como real, cierto o verdadero.

Así, cada persona vive, en palabras de De la Pienda, (1999; p. 239), una "humildad existencial" refiriéndose al hecho de que las creencias no son pertenencias exclusivas si no que se comparten a través de la cultura y son transmitidas por generaciones, convirtiéndose en un buen indicador para conocer el tiempo y el lugar en el que viven los individuos.

Otro aspecto destacable de las creencias es que pueden considerarse "culturalmente universales", ya que puede encontrarse que en todas partes donde habita el ser humano existe alguna forma de religión o magia (Murdock, 1945, citado en Pepitone, 1991). Esto, explicado desde la concepción de creencia que tienen Fishbein y Raven (1967), se entendería como que en toda comunidad el común denominador es la existencia de "creencias en", aspectos que proporcionan al individuo cierto entendimiento por el mundo, que van a diferenciarse en otras características como contenido o fuerza.

La última característica a considerar de las creencias es su aspecto temporal, ya que como Villoro (1996) menciona, para creer en algo no es necesario que esté presente en la conciencia en todo momento; se cree en muchas cosas que no acuden a la mente de forma permanente,



si no que ante ciertas circunstancias se reaccionará de formas específicas ya que ciertos estímulos tanto internos como externos harán necesario que se acuda a las creencias relacionadas con la (s) situación (es) presentes, característica que bien podría considerarse equivalente a la cualidad que Pepitone (1991) atribuye a las creencias de estabilidad.

De manera similar, dicho aspecto temporal se relaciona con lo que Krench y Crutchfield (1948; p.150) mencionan: "... la conducta es una función no exclusiva de los estímulos presentes y de las percepciones momentáneas, sino de proposiciones más duraderas.", afirmación que también resalta el papel que pueden jugar las creencias sobre el comportamiento.

Parafraseando a Seoane y Garzón (1996) puede realizarse una visión general a los dos apartados anteriores, empezando con la afirmación de que el concepto de creencia tanto en los estudios psicológicos como filosóficos se relaciona con el conocimiento general que tiene toda persona, seguida por la idea de que las creencias siempre estarán acompañadas de dimensiones evaluativas y afectivas, por lo que el estudio de las actitudes es un camino común para explorar las creencias.

1.3 FORMACIÓN Y DESARROLLO

Las creencias tienen un proceso largo de consolidación, ya que se forman y transforman durante toda la vida de un individuo. Sobre esto, Bem (1970) señala que las creencias tienen sus cimientos en cuatro actividades humanas, reconociendo entonces: cimientos cognitivos, cimientos emocionales, cimientos conductuales y cimientos sociales.

Callejo y Vila (2003) señalan que las creencias se van construyendo y transformando a lo largo de la vida de todo individuo. Villoro (1996) señala que la representación de algún objeto no es una condición suficiente pero sí necesaria para la formación de una creencia, es decir para creer en algo, según este autor, es necesario el objeto o situación se hayan aprehendido ya sea mediante un proceso de percepción, imaginación, comprensión o bien de memoria. Dicha aprehensión puede suceder de manera inmediata o mediata resultando esto último de



un proceso de análisis en que se refieren ciertos datos a la unidad de un objeto o de una inferencia.

Por su parte Perlman y Cozby (1986) señalan que las fuentes básicas para la formación de las creencias son personal-directa y a través de terceros; sin embargo, profundizan en estas al dividir las en campos más específicos:

En cuanto a la experiencia personal directa se enfatiza en el fuerte valor que cobran las vivencias personales al momento de adquirir conocimientos, en donde el papel materno es protagonista, ya que es una influencia muy grande que rodea a los humanos. Este conocimiento es mucho más confiable que el que se obtiene a través de fuentes externas (Perlman y Cozby, 1986).

Cuando es imposible que una persona tenga una experiencia directa acerca de algún tópico, la creencia que formará sobre este será con base a las experiencias de terceros (personas o instituciones) que forman partes de los círculos sociales del sujeto. En primer lugar, se encuentran los padres ya que son las personas en las que se deposita una mayor cantidad de confianza; después se encuentran los compañeros o amigos grupos en los cuáles todo individuo debe aprender a desenvolverse y acoplarse, por lo cual muchas de las creencias que imperen en la mayoría serán adquiridos por los otros (Perlman, y Cozby, 1986).

A la par de estos actúa la influencia de las instituciones en las que el individuo es participante, la más importante es el sistema escolar, socializando a todos sus integrantes dentro de las creencias y sistema de valores que imperan en la sociedad. Otra institución relevante es la iglesia, inculcando de igual manera sistema de valores.

Los medios de comunicación masiva son otra fuente de creencias, ya que transmiten mucha información que no sería accesible para la mayoría de la población sin ellos. Sin embargo, al momento de que esta información es transferida ya se hizo un análisis de ella y muy probablemente esté siendo presentada con juicios hechos por las personas encargadas de los medios, aspecto que afecta en como el receptor analiza la información. En palabras de Perlman y Cozby (1986, p. 87) se dice que “los medios definen la realidad para su público”.



Debe tomarse en cuenta que estas creencias actúan de forma combinada, es imposible que una actúe de manera completamente aislada de las demás dado que forman parte de un sistema.

Así mismo Bem (1970) señala que muchas creencias son producto de la experiencia sensorial directa, es decir se adquieren cuando un individuo experimenta en carne propia alguna situación.; mientras que otras son generadas gracias a información transmitida por alguna autoridad externa; este tipo de creencias son llamadas, por el mismo autor, creencias primitivas, ya que son tomadas como dadas, es decir que no requieren una confirmación formal o empírica ni justificación mayor a una breve mención de experiencia directa. Este tipo de creencias son abstracciones o generalizaciones de muchas experiencias que se tienen a través del tiempo. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que existen otras que se derivan de ellas.

Muchas de las creencias primitivas son aceptadas de tal manera que el individuo no se percata de que las tiene, podría decirse que funcionan de manera automática hasta que algún estímulo dirige la atención hacia ellas o se llegan a poner en tela de juicio. Estas creencias consideradas fundamentales son llamadas “creencias de orden cero” (zero-order belief) (Bem, 1970).

Por otro lado, dentro de las creencias primitivas también se encuentran las “creencias de primer orden” (first order beliefs) que, a diferencia de las anteriores, se presentan de manera consciente en el individuo, tanto que les es fácil imaginar alternativas acerca de ella, sin embargo, desconoce que estas se generaron a través de un proceso inferencial que por lo general comienza con una creencia de orden cero (Bem, 1970).

Las creencias de primer orden pueden surgir de dos procesos diferentes, ambos empezando en alguna creencia de orden cero, difiriendo en la premisa que les dará la validez tan sólida con la que cuentan, esta premisa puede ser de origen directamente sensorial o bien surgir de la palabra de una autoridad externa. Ejemplo claro de esto es el que proporciona la relación padres-hijo, ya que generalmente las palabras dichas por papá y mamá son tomadas como verdades absolutas para el pequeño.



Además de las creencias primitivas, también existen las creencias de orden superior que surgen como derivados de las primeras a través de lo que Bem (1970) llama estructura vertical u horizontal, ya sea como producto de inferencia cuasi lógica de razonamiento inductivo a partir de la experiencia, o bien ser derivadas de un orden más alto a través de la construcción de premisas que concluyen cosas anticipadamente.

De manera similar Fishbein y Ajzen (1975), mencionan que las creencias tienen su origen en la experiencia, en la observación directa o provienen de información de terceros, y a veces son inferidas de otras creencias.

Krench y Crunchfield (1948), afirman que regularmente las creencias se desarrollan y cambian sólo en la medida en que se requiere para cumplir con las exigencias de las situaciones inmediatas del día a día; estableciendo así un patrón apegado a las uniformidades de la cultura en que se esté inmerso. Sin embargo, ellos mismos afirman que puede presentarse una consciencia activa, en algunos sujetos, que se presenta bajo ciertas circunstancias para cambiar sus creencias en determinadas áreas, buscando nuevos significados y entendimientos nuevos y más adecuados. Esto regularmente sucede cuando las creencias ya no pueden abarcar sus experiencias recurrentes o cuando no encajan con sus percepciones; lo que regularmente ocurre cuando alguien está inmerso en proceso educativo.

Así, se puede observar que, de manera general los diferentes autores antes mencionados (Bem, 1970; Callejo y Vila, 2003; Fishbein y Ajzen, 1975; Perlman y Cozby, 1986; Villoro, 1996), coinciden en que las creencias son producto de percepciones originales, de la reorganización de dichas percepciones y de las cogniciones creadas por tales reorganizaciones (Krench y Crunchfield, 1984). Entendiéndose que toda creencia es forjada dentro de un sistema social a través de diferentes fuentes de información.



1.4 FUNCIÓN

De manera clara y sencilla, Bar-Tal (1990) señala que la función principal de las creencias es unir un objeto con algún atributo que represente información acerca de él. Sin embargo, tal descripción puede considerarse simplista ya que deja fuera lo que para los individuos significarían las creencias.

De manera más detallada, Krech y Crutchfield (1948) sugirieron que la función fundamental de las creencias es proporcionar un significado estructurado del mundo, señalando que estas juegan un papel fundamental en la personalidad de cada individuo debido a que gracias a ella se conforma una estructura y continuidad para lo que los autores llaman mundo psicológico.; además de proporcionar economía de tiempo y funcionar como herramientas adaptativas. (Smith, 1968, citado en Bar-Tal, 1990).

De manera similar, para Bem (1970) y Fishbein y Ajzen (1975) las creencias tienen un papel central en la formación del marco de referencia de todo individuo, ya que a través de ellas forma una imagen de sí mismo, los demás, sobre instituciones, conductas o eventos, etc. De la mano con esta idea, Ortega y Gasset (2010) señalan que las creencias constituyen la base de la vida de todo ser humano, ya que, según explica, antepone la realidad, por lo que toda conducta dependerá del sistema de creencias auténticas con el que cuente cada sujeto. Suelen actuar de manera latente por lo que no se tiene consciencia de ellas, en palabras del autor cuando se cree algo, no se tiene idea de ello si no que se cuenta con ello.

Es importante señalar que, como bien se mencionó antes, las creencias tienen un alcance social por lo cual existen funciones de las creencias sobre los grupos; así Lane (1973; citado en Bar-Tal, 1990) propuso funciones inter e intra grupales; algunas de estas últimas son interpretación, coordinación, construcción de la moral, definición de valores morales o incluso el proveer fórmulas para la resolución de conflictos. Las funciones intra grupo hacen referencia a delimitar cada grupo, para diferenciarlo de otros. Pero en palabras del mismo autor (Bar-Tal, 1990; p.19):



”... la función más sobresaliente de las creencias es la organización del mundo en forma significativa, que permita un entendimiento o sentimiento de conocimiento, entre otras necesidades como el mantener una imagen propia positiva, el sentirse seguro, el entender la justicia, la libertad y los límites, la necesidad de ser aceptado socialmente...”

Cabe señalar que las mismas creencias pueden servir para satisfacer diferentes necesidades y la misma necesidad puede ser reflejada por diferentes creencias.

De igual manera Pepitone (1991) propuso funciones psicológicas de las creencias, las cuales expuso de manera simplificada:

- Emocional: funcionan como control para las emociones
- Cognitivo: proporcionan estructura cognoscitiva, lo que a su vez otorga un sentimiento de control sobre la vida.
- Moral: regulan el cómo se distribuye la responsabilidad moral entre la persona y el grupo del cual forma parte.
- El grupo: se encargan de promover la solidaridad de grupo, al proporcionar una identidad común.

Así, se puede señalar que las creencias son una pieza dentro de la cognición de los seres humanos que ayudan a dar continuidad a su personalidad, dar significado a sus percepciones y actividades cotidianas, adecuándose a diversos objetivos y diferentes necesidades. Pero, como bien lo señalan Krench y Crunchfield (1948) para conocer de manera específica las creencias de los sujetos se debe trabajar de manera conjunta desde diferentes enfoques (psicólogos clínicos, sociales), para lograr una visión más integral, la cual es necesaria ya que si se pretende cambiar dichas creencias, primero deben entenderse su valor y significado temporal, sin olvidar que cualquier característica de las creencias no son estables, pudiendo cambiar según el momento o la situación, las habilidades cognitivas de cada persona, su motivación, la disponibilidad de información (Bar-Tal, 1990).



1.5 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA CONSISTENCIA

Las teorías de la consistencia hacen referencia a “la congruencia o consonancia que tienen las personas en sus juicios y/o también se refiere a los problemas que están encadenados por alguna forma de relación” (Quiroz, 2004, p.84).

Estas teorías establecen que los estados balanceados son estables, mientras que los desbalanceados son inestables y pasajeros, sin embargo, estos últimos provocan la tensión psicológica, la cual generan un impulso para que se restaure el balance cognitivo (Quiroz, 2004). El origen de las teorías de la consistencia puede remontarse a los trabajos de Fritz Heider en los años de 1944, 1946 y 1958, los cuales hablan del principio de equilibrio (Fishbein y Ajzen, 1975). A continuación, se expone una breve explicación de algunas de las teorías, dado que son parte del desarrollo de la comprensión de las creencias como parte fundamental de la cognición de los seres humanos.

1.5.1 TEORÍA DEL EQUILIBRIO

Para Heider uno de los postulados principales es que “existe una configuración equilibrada si las actitudes hacia las partes de una unidad de causalidad son similares” (Heider, 1946, p. 107; citado en Fishbein y Ajzen, 1975). De este surge el planteamiento de su teoría del equilibrio ya que explica que toda estructura cognitiva debe guardar un equilibrio entre sus componentes (personas, objetos y relaciones entre ellas, las cuales pueden ser sentimiento: gustar, disgustar y de unidad: posee, constituye, tiene, etc.) (Zajonc, 1968; citado en Echebarria, 1991).

Se reconocen tres elementos básicos que componen a la teoría: la persona perceptora (P) es la protagonista, la otra persona (O) y una entidad impersonal (X), estos complementan un sistema dentro del cual pueden existir tanto relaciones de agrado o sentimiento (L), como de unidad (U); presentándose en ambas relaciones positivas y negativas (Quiroz, 2004)

Entendiéndose que habrá un estado de equilibrio cuando p tenga la misma actitud hacia O y X cuando estén unidos y diferentes actitudes hacia ellos cuando se encuentren segregados. En otras palabras, el equilibrio se dará, en dos situaciones una será cuando las entidades que componen una unidad tengan el mismo carácter dinámico, es decir que ambos sean positivos



(+) o negativos (-). El otro estado de equilibrio se dará cuando una persona tenga diferentes actitudes hacia los dos elementos, pero reconozca que un elemento no ha sido causado por el otro (Fishbein y Ajzen, 1975).

En palabras de Heider (1946, p. 110-11, citado en Fishbein y Ajzen, 1975) el principio básico de esta teoría es:

“En el caso de las dos entidades, existe un equilibrio si la relación entre ellas es positiva (o negativa) en todos los aspectos... en el caso de las tres entidades, existe un estado de equilibrio si las tres relaciones son positivas en todos los aspectos, o si dos son negativas y uno positivo”

Se considera que cuando existe un estado de equilibrio entre estas es porque encajan armoniosamente, lo que produce una falta de tensión al cambio; pero si el caso de equilibrio es inexistente surgirán fuerzas que conduzcan a ese estado, a través de cambios en las valencias o cambiando las unidades de relación a través de la acción o la reorganización cognitiva (Echebarria, 1991). En el caso de que un cambio no sea posible, el estado de desequilibrio provocará tensión (Heider, 1958; citado en Fishbein y Ajzen, 1975).

Según Quiroz (2004), las predicciones basadas en la teoría del equilibrio se basan en tres ideas principales propuestas por Heider:

- La actitud de una persona hacia un problema depende de su actitud hacia la fuente que está ligada con tal problema.
- Un individuo estará atraído por una persona que percibe o siente como él, respecto a determinados objetos o problemas.
- Una persona tendrá sentimientos negativos con respecto a otra si la percibe en desacuerdo con ella.



1.5.2 TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN

Heider sostenía que “si las actitudes hacia una persona y un evento son similares, el evento se atribuye fácilmente a la persona.” (Fishbein y Ajzen, 1975). Así, fue el encargado de establecer los principios para de la teoría de la atribución, derivados un cuestionamiento acerca de si acciones o eventos dados podían ser atribuidos a alguna persona o a algún objeto. Hewstone y Antaki (1990) consideran que la mayor aportación de Heider hacia esta teoría fue la división de las fuentes de acción en personales o internas y ambientales o externas.

Heider establecía que el trabajo del sujeto que percibe era decidir si una acción se debe a algo interno o externo de la persona que lo realiza; para con ello el sujeto perciba al mundo más predecible y adquiriera una sensación de control (Hewstone y Antaki, 1990).

Fue en 1958 cuando Heider (citado en Fishbein y Ajzen, 1971) distinguió cinco niveles de atribución causal con referencia a los resultados de una acción:

- El primer nivel el actor se hace responsable con todo lo que se asocia con él.
- En el segundo se considera responsable únicamente cuando el efecto es visto como un resultado directo de su comportamiento
- El tercer nivel requiere de predicción, aunque no de destino
- Aquí el actor es responsable sólo para efectos de que él previó y la intención
- Si su acción se percibe como justificada, es decir, causada por factores fuera de su control, que se llevará a cabo menos responsable, a pesar de que puede haber tenido la intención de producir los efectos observados



1.5.3 TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA

Fue postulada por Festinger en 1957, se encarga principalmente de inconsistencias psicológicas derivadas de una acción y de cómo los individuos restablecen la consonancia. Echebarria (1991, p. 47) afirma que el postulado básico de esta teoría es:

“...que en todo ser humano existe una tendencia a mantener una congruencia entre lo que piensa y lo que hace, entre sus actitudes y su conducta..., Por lo que cuando se presenta una incongruencia entre lo que se piensa y lo que se hace se produce un estado de disonancia, el cual genera cierta tensión que impulsa al individuo a recuperar el equilibrio”

Dicho equilibrio se recuperará transformando las actitudes previas en dirección de la conducta realizada o añadiendo nuevas cogniciones que sumen importancia a una de las partes que conforman la disonancia (Festinger, 1957; citado en Echebarria, 1991)

Los términos disonancia, consonancia e irrelevancia son términos clave para esta teoría, ya que definen los tipos de relaciones que pueden existir entre dos elementos cognitivos. Quiroz (2004) explica que el estado de consonancia se presenta cuando:

“un elemento implica lógica o psicológicamente al otro”, en cuanto al estado de disonancia menciona que “existe cuando en el marco de referencia del perceptor un elemento no encaja con el otro, o no sigue después de otro... o cuando un elemento implica absurda o incongruentemente el reverso de otro”

La conducta que no sigue las normas culturalmente aceptadas, las opiniones específicas que están en contra de las de la mayoría y las informaciones o experiencias contrarias a lo que se conocía con anterioridad, también pueden ocasionar disonancias cognitivas (Quiroz, 2004).

Festinger (1957, p. 3; citado en Fishbein y Ajzen, 1975) describe su hipótesis principal de la siguiente manera “La existencia de la disonancia, siendo psicológicamente incómoda, motivará a la persona a tratar de reducir la disonancia y lograr la consonancia. La fuerza de la presión para reducir la disonancia es una función de la magnitud de la misma”.



La magnitud de la disonancia es inherente a cada individuo ya que su valor total es una función del número de relaciones disonantes relativa al número total de las relaciones pertinentes. Para acabar con la disonancia sólo se debe cambiar uno de los elementos cognitivos involucrados, para ello no es necesario se tenga algún respaldo real (Fishbein y Ajzen, 1975).

En 1968 Zajonc (citado en Echebarria, 1991) puntualizó algunos puntos centrales de esta teoría entre los que resaltaba que la disonancia es un estado nocivo, por lo cual todo individuo hará lo posible por exponerse a él; esto a través de formas como la “exposición selectiva”. La fuerza de este estado desfavorable dependerá de la importancia de las cogniciones involucradas y el número de estas.

Festinger y Carlsmith (1959, p.209-210; citado en Echebarria, 1991) señalan que “Si se induce a una persona a hacer o decir algo contrario a sus opiniones privadas, habrá una tendencia a cambiar sus opiniones haciéndolas más concordantes con lo dicho o hecho... a mayor presión utilizada para elicitarse la conducta manifiesta, menor será la tendencia antes mencionada”.

Diferentes autores han investigado a profundidad los contextos en que puede presentarse un cambio relacionado con la disonancia, ya que se ha demostrado que ésta, por sí sola, no es capaz de provocar un cambio si no que se necesita que la conducta contra actitudinal produzca un resultado aversivo o bien que el sujeto lo perciba de tal manera. También es necesario que el sujeto cuente con libertad de elección percibida para la realización de la acción, para que a su vez admita responsabilidad personal y se atribuya las consecuencias negativas (Cooper y Fazio; Kiesler y Munson, 1975; Tedeschi y Rosenfeld, 1981, citados en Echebarria, 1991).



1.5.4 TEORÍA DE LA COMPARACIÓN

Leon Festinger (1954) propone esta teoría incluyendo datos de cómo es que la sociedad influye en el individuo al momento de formar una opinión, y la apreciación y evaluación de habilidades y opiniones. Presenta su teoría a través de nueve hipótesis, las cuáles se enlistan a continuación junto con una breve explicación de cada una:

1. “Existe, en todo ser humano, el impulso para evaluar sus opiniones y habilidades. Se sabe que el conocimiento de una persona (opiniones y creencias) acerca de la situación en la que existe y sus evaluaciones de lo que es capaz de hacer (habilidades) influye en su comportamiento” (p.117). Así todo individuo esperaría observar el comportamiento de otro individuo que le permita comprobar si sus opiniones son correctas o bien que le permita evaluar con precisión sus habilidades.
2. Cuando no se dispone de medios objetivos, las personas evalúan sus opiniones y habilidades en comparación con las de otros. Si no existen evidencias físicas ni sociales para comparar las opiniones y habilidades son inestables; en los casos en que se cuenta con una base objetiva (pero no social) para la evaluación de las capacidades y habilidades, las personas no buscarán evaluar tomando como comparación lo que cree un tercero, ya que con los datos objetivos les basta.
3. “La tendencia de compararse con alguna persona disminuye a medida que aumenta la diferencia entre su opinión o habilidad y la propia” (p120). Es decir, existe una restricción auto impuesta en el rango de opinión o habilidad con la cual una persona se compara, cuando se encuentre menor discrepancia se realizará una comparación, pero cuando sólo existan puntos de comparación muy divergentes las personas no serán capaces de realizar una evaluación precisa.
4. Hablando específicamente de las habilidades, se sabe hay un impulso unidireccional para incrementarlas, ya que culturalmente entre mayor es el rendimiento más deseable.
5. Existen restricciones que no implican a la sociedad que hacen difícil o incluso imposible cambiar una capacidad sin afectar en absoluto a las opiniones.



6. El cese de la comparación con otros se acompaña de hostilidad o derogación en la medida en que la comparación continua con esas personas implica consecuencias desagradables.
7. “Cualquier factor que aumente la importancia de algún grupo en particular como punto de comparación para una opinión o habilidad particular aumentará la presión hacia la uniformidad con respecto a la misma dentro del grupo.” (p.130). La importancia que se otorgue puede depender de diferentes factores, estando entre ellos el momento, lugar y tiempo en el que se encuentra cada individuo.
8. “Si las personas que difieren mucho de la opinión o habilidad propia son percibidas como diferentes en cuanto a atributos compatibles con la divergencia, la tendencia de reducir el rango de compatibilidad se hace más fuerte.” (p.133); es decir, se entabla una comunicación con intención de influenciar al otro siempre y cuando se considere existan posibilidades para hacerlo cambiar de opinión.
9. Cuando hay una gama de opinión o capacidad en un grupo, la fuerza relativa de las presiones hacia la uniformidad será diferente para aquellos que están cerca de la modalidad del grupo que para aquellos que están distantes de ella. Específicamente, personas cercanas tendrán las tendencias más fuertes para cambiar las posiciones de los demás, tendencias relativamente más débiles para reducir el rango de comparación y tendencias mucho más débiles para cambiar su propia posición en comparación con aquellos que son distantes del modo del grupo. Sin embargo, es importante recordar que la uniformidad dependerá de otras cosas como de la resistencia al cambio o al poder total del grupo para influir.

Con lo anterior se podría concluir que los supuestos principales de esta propuesta teórica son que la gente tiende a averiguar si sus opiniones son correctas, así como el realizar comportamientos que le permitan una apreciación exacta de sus capacidades. Esto aunado al hecho de que cuando exista la carencia de medios objetivos “no sociales” las personas evaluarán sus opiniones y/o capacidades comparándolas con las de otros (Deutsch y Krauss, 1970). Además, Festinger (1954) aclara que la comparación influye no sólo en el comportamiento sino también en los procesos de formación de grupos, esto porque la gente tiende a moverse en grupos en los cuáles se vierten opiniones que coinciden con las de ellos y a su vez tienden a alejarse de los grupos que manejan opiniones contrarias a las suyas.



1.5.5 TEORÍAS DE LA ACCIÓN RAZONADA Y LA CONDUCTA PLANEADA

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) tuvo un surgimiento dirigido a la comprensión, predicción y cambio del comportamiento social humano a través de la identificación de un grupo de factores causales de conducta (Ajzen y Fishbein, 1972; Ajzen y Albarracín, 2007; Ajzen, 2012).

De acuerdo con esta teoría un determinante central de la conducta es la intención de cada individuo de realizar cierto comportamiento, puede ser considerada como “...un caso especial de creencia en la que, el objeto es siempre la persona misma y el atributo es siempre una conducta... así, la fuerza de la intención está indicada por la probabilidad subjetiva de que la persona realice la conducta en cuestión” (Fishbein y Ajzen, 1975).

Existen otras variables que se involucran con la realización de una acción, siendo las creencias que hacen referencia a posibles consecuencias de un curso de acción, llamadas creencias conductuales. Dichas creencias dan como resultado una actitud favorable o desfavorable hacia el comportamiento en cuestión (Ajzen y Albarracín, 2007). Esa actitud conduce a un conjunto de intenciones para afectar un objeto; cada una de estas intenciones se relaciona con un comportamiento específico, por lo que el efecto general expresado por el patrón de acciones de una persona respecto al objeto también corresponde a su actitud hacia el objeto. Así este proceso también es conformado por retroalimentaciones de actitudes hacia las creencias (Fishbein y Ajzen, 1975).

Ajzen (2012) señala que muchas veces se falla en la predicción de la conducta a través de las actitudes porque no se toma en cuenta que existe una distinción interna en las actitudes, es decir existen actitudes generales hacia objetos físicos, como instituciones o grupos y actitudes hacia la realización de conductas particulares ya sea relacionado con asuntos de salud y seguridad, relaciones raciales, política, el ambiente u otro dominio. Especificando que para que una actitud y una conducta se correlacionen depende de la medida en que son compatibles en términos de su acción, objetivo, contexto y elementos de tiempo.

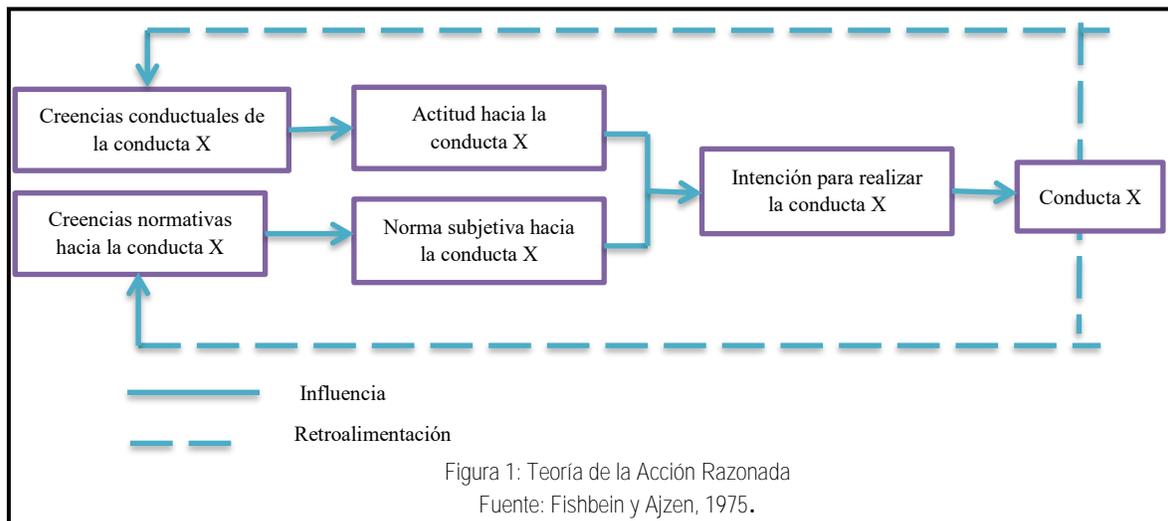
Lo anterior puede considerarse como una presentación de lo que Ajzen y Fishbein (1977; citado en Ajzen 2012) identifican como el principio de compatibilidad, de acuerdo al cual



las actitudes generales predicen patrones generales o conductas generales; pero cuando se habla de comportamientos dirigidos a un objetivo determinado, se debe trabajar a través de acciones, contextos y elementos de tiempo específicos, asegurando así compatibilidad con actitudes con la misma amplitud hacia el objetivo en cuestión.

Por otro lado, están las creencias normativas, que se relacionan con lo que creen los demás acerca de realizar la conducta, teniendo la persona distintos referentes por los cuales se encontrará motivado o no a cumplirlos. Al combinar las creencias normativas con la motivación se obtiene una norma subjetiva. Teniendo esta última un papel determinante en la intención para realizar la conducta. Quedando, la intención conductual determinada por dos factores: su actitud hacia la conducta y su norma subjetiva (Fishbein y Ajzen, 1975).

En resumen, la teoría estipula que la intención de realizar una acción particular es una función conjunta de una actitud favorable o desfavorable hacia el comportamiento y de una norma subjetiva que alienta o no su realización (Ajzen, 2012).



Tiempo después Ajzen (2012) se percató de que existían comportamientos en los que la gente tenía mayor control o bien control limitado volitivo que en otros, por lo que decidió ampliar el modelo de la TAR considerando el grado de control que se tiene sobre el comportamiento, creando así la Teoría de la Conducta Planeada.

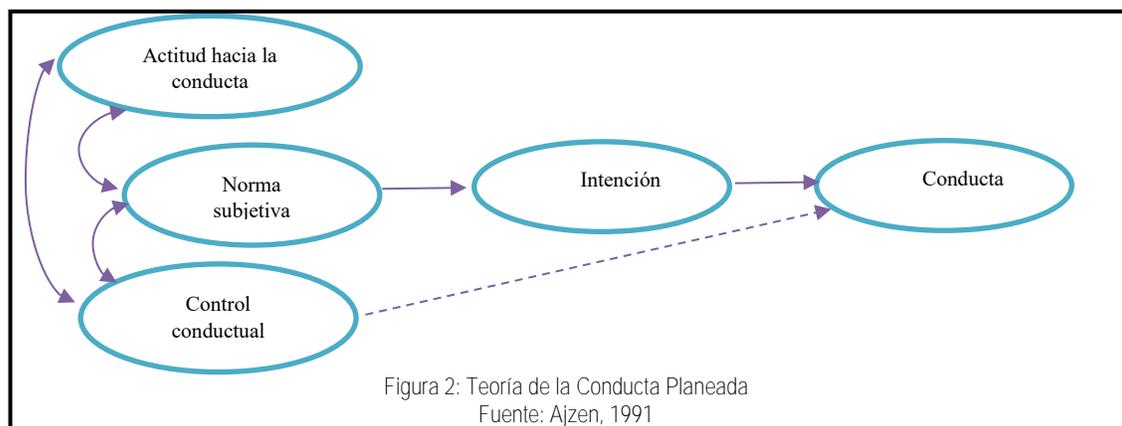
La teoría de la Conducta Planeada, a diferencia de la TAR, toma en cuenta el hecho de que son diversos los factores, externos e internos, que afectan la realización de una conducta.



Así, se espera que el grado de control real del comportamiento reduzca el efecto de las intenciones sobre el comportamiento; cuando existe un control alto las intenciones deben ser suficientes para predecir el comportamiento, pero cuando el grado de control varía las intenciones y dicho control deben interactuar para influir en el comportamiento (Ajzen, 2012).

Es por lo anterior que surge el interés en explorar, desde la perspectiva psicológica, el control conductual percibido, es decir la medida en que las personas creen que pueden realizar una conducta dada si es que tienen intención de realizarla (Ajzen, 2012).

El autor de la teoría, Ajzen (2012), menciona que es un modelo general diseñado para ser aplicado a cualquier conducta, ya sea que se tenga intención de realizarla o no, esto determinado por las actitudes y las normas subjetivas que existen con respecto a la norma de interés, como ya se había estipulado en la TAR, pero también por el control conductual percibido, aportación principal de la Teoría de la Conducta Planeada. Así, se entiende que el control conductual percibido puede influenciar indirectamente la realización de una conducta por los efectos que causa en las intenciones de involucrarse en algún comportamiento o bien sobre la perseverancia frente a las dificultades encontradas durante la ejecución.



Pudiéndose concluir que de acuerdo con la Teoría de la Conducta Planeada las acciones humanas son guiadas por tres tipos de consideraciones: creencias conductuales, creencias normativas y creencias de control conductual, todas con alto nivel de accesibilidad, es decir que estén presentes en la memoria actual, sin olvidar el papel de la intención, que, junto a las



creencias de control conductual ya mencionadas, explican una cierta variación del comportamiento (Ajzen, 1991).

Autores como Villoro (1996, p.38) coinciden con la idea de estas teorías al considerar a las creencias como “...una condición inicial subjetiva que, añadida a los estímulos correspondientes y a otras condiciones internas (intenciones otras creencias), explica un conjunto de comportamientos aparentemente inconexos. Si se entiende causa como condición inicial, la creencia sería una causa del comportamiento.”.

Sin embargo, estos modelos son criticados, principalmente, por presentar al ser humano como un ser súper racional en cuanto al tema de toma decisiones, dejando de lado elementos motivacionales y emocionales. Bandura (1986) plantea que la gente no considera alternativas de manera sistemática, sopesándolas en función de sus consecuencias probables. Las consecuencias, con frecuencia están mal definidas y se considera un número reducido de ellas. Por lo que se dice que la gente utiliza estrategias de elección simplificadas y heurísticos (Van Der Pligt y Eiser citado en Echebarria y Valencia, 1991).

También, vale la pena mencionar que años a tras Krench y Crutchfield (1948) habían señalado que para predecir una conducta en determinadas situaciones no es suficiente saber las creencias y actitudes más relevantes relacionadas; si no que es necesario también tomar en cuenta las necesidades específicas y las percepciones que existen en el momento.

Así como estas teorías que ayudan al entendimiento de las creencias, gracias al que las relacionan con otros conceptos como la conducta y las actitudes y las sumergen en ciertos ambientes contextuales, existen ciertas clasificaciones teóricas que principalmente se realizan con el fin de facilitar su estudio.



1.6 CLASIFICACIÓN

Como bien lo menciona Pepitone en 1991 las clasificaciones de las creencias no son puras, ya que todo observador, por más objetivo que actúe, tendrá sesgos en cuanto a la determinación de los referentes para definir los campos en los que deben clasificarse las creencias. Tan es así, que varios son los autores que han propuesto una categorización de estas.

De la Pienda, (1999) divide a las creencias por niveles:

- Creencias existenciarías: estas son consideradas comunes en todo ser humano, una de sus principales cualidades es que no son demostrables, pero a pesar de ello dan una gran estabilidad psicológica; la más común es la creencia en la existencia del mundo exterior al individuo.
- Postulados fundamentales de cada cultura: creencias que proporcionan la organización necesaria a distintas sociedades ya que versan sobre la naturaleza del mundo, de la humanidad, sobre lo bueno y lo malo, entre otras cosas; las cuales son transmitidas a través de su sistema educativo. Estas creencias afectan a todos los integrantes de la comunidad en que se promuevan
- Fundamentos de diferentes ramas del saber: es decir creencias que se fomentan a través de diferentes instituciones entre ellas las religiosas, las que fomentan las artes o incluso los postulados de las ciencias.

Dentro del último rubro se encuentran las creencias científicas y las religiosas. Las primeras están condicionadas al éxito o fracaso de teorías y se constituyen en supuestos y postulados; mientras que las religiosas son completamente incondicionadas.

Green (1971 citado en Callejo y Vila, 2003) identificó tres tipos de creencias, definidas según el modo en se encuentran relacionadas:

- Creencias primarias y derivadas: estas se dan cuando el orden en el que se relacionas es de tipo premisa conclusión (es).



- Creencias centrales y periféricas: se refieren al grado de convicción con que se sostienen.
- Creencias enclaustradas: es decir no se someten a contraste con el exterior.

Así, una creencia puede ser primaria y periférica a la vez o derivada y central ya que estos conceptos no son incompatibles.

En 1960 Rokeach (Zabala y Rokeach, 1970) distingue entre tres tipos de creencias dependiendo de la centralidad o importancia que tienen estas para las personas y que tanta influencia tienen sobre su conducta:

- Creencias primitivas: son las más centrales por lo que el autor las considera psicológicamente incontrovertibles ya que tienen un consenso social del 100%. Estas pueden referirse a la realidad social o al Yo.
- Creencias autoritarias: se forman con base a una fuente exclusiva externa, es decir existen fuentes con explicaciones alternas pero el individuo sólo toma en cuenta una, excluyendo las ideas relacionadas con otras.
- Creencias periféricas: surgen de fuentes de autoridad, como la religión o una figura política.

Con base a tal clasificación los autores mencionan que las creencias que se mantienen con mayor firmeza son aquellas que casi nunca se someten a una controversia o discusión, es decir las que tienen un mayor consenso social.

Así mismo, Fishbein y Ajzen (1975) distinguen distintos tipos de creencias acorde con el modo de formación:

- Creencias descriptivas: Se integran a través de experiencias directas, obtenidas a través de cualquiera de los cinco sentidos.
- Creencias inferenciales: Son llamadas así porque van más allá de los eventos directamente observables.
- Creencias informativas: Son construidas con la aceptación de información que se obtiene de fuentes externas.

Seoane y Garzón (1996) menciona que todo conjunto de creencias compartidos socialmente puede dividirse en tres dimensiones:



- La política u organización social: Creencias que se refieren a la forma y funcionamiento de la sociedad en la que se vive. Reflejando la voluntad de la sociedad.
- La cultural o de conocimiento básico: Creencias y actitudes relacionadas con la concepción de la naturaleza, de la ciencia y de la historia, o de cualquier otra relacionada con la visión del mundo y las cosas. Siendo en conjunto la construcción de la realidad y el pensamiento.
- La social o de relaciones personales: Creencias sobre la interacción, las maneras de relacionarse y el cuidado de los sentimientos.

Reflejando los autores en su clasificación el querer, pensar y sentir que para el conforman el fundamento psicológico para todo sistema de creencias.

También Villoro (1996) hace una distinción entre dos tipos de creencias:

- Reales: Pueden ser conscientes o no, estén o no expresadas verbalmente.
- Profesadas: Las que cada ser humano es capaz de asumir como propia, dejando fuera muchas que son difíciles de aceptar o simplemente, el sujeto que la posee no ha sido capaz de percatarse de que esa creencia existe, surgiendo gracias a estas la posibilidad de un autoengaño.

Por su parte Pepitone (1991) propone la clasificación de las creencias de acuerdo a sus propiedades conceptuales, generándose así cuatro grandes categorías con una importancia central en la conducta humana; que a su vez se dividen en sub categorías:

- Natural-Material
- Sobrenatural
 - Religioso
 - Secular
- Psicológico
 - Paranormal
 - Control
- Moral
 - Justicia



La categoría Natural-Material engloba todo aquello que puede ser definido como material, incluyendo así, las creencias científicas, así como las referentes a historia y la sociedad. Entonces podría considerarse un contrario a la categoría Sobrenatural, la cual tiene como característica central la inclusión de aspectos no objetivos, vale la pena hacer una breve descripción de sus subcategorías.

Las creencias seculares entran en este rubro e incluyen aspectos como el destino que es considerado un poder impersonal que forma parte de un sistema cósmico y que se encarga de controlar aspectos específicos de la vida de cada persona. También la causalidad es parte de esta subcategoría, al igual que la suerte las cuales coinciden en la existencia de supersticiones que influyen en la conducta dependiendo de la cultura, la diferencia es que en la primera se considera que no hay una relación causal entre ellos y conductas previas o el carácter de la persona.

Las creencias religiosas hacen referencia a objetos y lugares sagrados y a eventos sobrenaturales, ejemplo de ello son la resurrección y la reencarnación. Estas creencias son mantenidas por una organización estructurada en la que se veneran deidades, y se inculca la obediencia a las leyes divinas, la eficacia del rezo y se considera la existencia de la una vida posterior (Pepitone, 1991). Estas creencias otorgan un poder secundario sobre su vida a cada persona, ya que tienen poder sobre ella gracias a intervenciones divinas que consiguen gracias al rezo, sacrificios y respeto a tabúes y requisitos morales.

Estas creencias persisten ya que todo ser humano “puede creer sin tener pruebas empíricas, ...puede seguir creyendo cuando hay evidencias opuestas a la creencia” (Pepitone, 1991, p. 65.). Esto en la religión puede ser referido con la palabra “fe”, la cual puede interpretarse como una metacreencia en la verdad de las creencias. Sobre este concepto J. Gonzalez (2004; p.26) afirma que es una actitud de confianza, propia o ajena, referida al destino personal, menciona que “Se tiene fe en una creencia no por ella misma, sino porque se confía en quienes la transmiten con su experiencia, ya hecha propia.”

Por otra parte, la categoría de creencias psicológicas se refiere a procesos mentales que determinan o facilitan ciertos resultados, que en su mayoría se relacionan con el control que



cada persona posee para realizar ciertos actos, cómo en la fuerza de voluntad. Por último, se encuentra la categoría de creencias morales que se relacionan con los estados de bondad, rectitud y el cómo llegar a ellos.

Si bien las clasificaciones presentadas, se realizaron partiendo desde diferentes vértices como la formación (Fishbein y Ajzen, 1975), los niveles (De la Pienda, 1999), o las propiedades conceptuales (Pepitone, 1991), todas son útiles para el entendimiento y exploración de las creencias, dependerá completamente del tema que sea el objeto de estudio y de los propósitos de cada investigador cual sea la más adecuada para cada situación. Así, existen temas que culturalmente tienden a denotar sus clasificaciones, lo que generalmente coincide con la teoría como se muestra en el apartado siguiente.



Capítulo 2

SOBRE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE

El pensar en la muerte es considerada una de las principales diferencias que separa al ser humano de las demás especies, puede incluso ser reconocida como la marca tradicional de la humanidad (Díaz,2004); la importancia que toman estos pensamientos es prioritaria para toda persona al momento de otorgarle un sentido a su vida, Málishhev (2003, p.51) sostiene la idea de que “Quizá el hombre se convirtió en hombre desde el momento que empezó a enterrar los cadáveres..., inventó el ritual funerario y elaboró las creencias en la supervivencia o en la resurrección en el más allá...”

Sin embargo, el tema de la muerte es completamente paradójico ya que, a pesar de impulsar un conocimiento trascendental, ha significado la ignorancia y terror supremo para toda persona, debido a que no se tienen explicaciones claras acerca de lo que involucra el morir, ya se carece de evidencia de lo que sucede después de la defunción de una persona. Cerejido (2004) identifica este dilema como “el problema de problemas” de la raza humana y John S. Mill plasma la idea de que (citado en Lòpez, 2014, p. 34):

“La creencia en una vida después de la muerte sin tener una idea probable de lo que esa vida va a ser, no sería un consuelo, sino el mismísimo rey de los terrores...Quizá sea de otro modo en aquellos que creen que se hallarán bajo el cuidado de un protector omnipotente...”

Para aliviar el temor que le causa la incertidumbre, el hombre tiene que crear formas de consagración del futuro posmortem, sin importar que estén basadas en explicaciones falsas o faltas de evidencia, basta con que sean creíbles y apaciguables; entre estas se pueden encontrar el culto a los muertos, que incluye rituales como las ofrendas o los rezos para difuntos. Ya en Platón (427-347 a. C./2009; p.343) se encuentran referencias a estos pensamientos:

“Así como así no puede darse una ocupación más conveniente para un hombre que va a partir pronto de este mundo, que la de examinar y tratar de conocer a fondo ese mismo viaje, y descubrir la opinión que sobre él tengamos formada ¿En qué mejor cosa podemos emplearnos hasta la puesta de sol?”



Hoy en día, se tiene conocimiento de que en toda cultura se han desarrollado creencias acerca de la continuidad de la vida, Kastenbaum (1979; citado en Lester, 1942). Señala que las creencias de vida después de la muerte han existido durante toda la historia de la humanidad, esto quizá, por el hecho de que todas las religiones que existen en el mundo suelen fomentarlas. Pinazo y Bueno (2004; p. 23) mencionan que la muerte puede ser interpretada de múltiples formas, es decir, puede ser tomada como un "...hecho biológico, un rito de traspaso, algo que ocurre inevitablemente, un hecho natural, un castigo, la extinción, la realización de la voluntad de Dios, el absurdo, la separación, la reunión, una causa razonable de enfado, de depresión, negación, represión, de culpa, de frustración, o alivio...".

Otros autores como Wilber, et al. (2006), mencionan que estas creencias pueden agruparse en dos grandes rubros:

- La visión dualista que afirma la existencia de un alma, la cual es independiente del cuerpo, por lo que sobrevive a la muerte física de cada individuo.
- La visión materialista que se basa en la existencia de una conciencia que surge de la actividad cerebral, por lo que al extinguirse la actividad corporal no perdura nada.

Apoyando la misma división, Cerejido (2004) menciona que existen dos visiones principales en la actualidad, la primera y la más compartida en la población es la creacionista en la que se acepta que el mundo, junto con el hombre ha sido creado por un ser todo poderoso, en contraste surge la visión evolucionista.

En cuanto a la primera postura (dualista o creacionista), está asociada directamente con la religión. Las creencias religiosas, para Bem (1970), se basan en una fe incuestionable hacia fuentes de conocimiento internas y externas, como la biblia, Dios o en la vida después de la muerte; creencias que generalmente se fomentan por líderes espirituales con el objetivo de levantar la esperanza y aliviar el sufrimiento y la desesperación" (Pepitone, 1991). Por lo que, no es de extrañarse que al tema de la muerte este rodeado de infinidad de explicaciones, que, sin importar su falta de evidencia, muchas personas las hagan parte de su día a día.



La base de estas creencias es la visión dualista, en donde la muerte implica la separación entre un alma inmortal y un cuerpo muerto que es considerado, durante la vida, sólo como un vestido finito. Introduciendo la idea de que "...la vida no se reduce a la existencia de los ritmos biológicos, la circulación de la sangre, y pulso del corazón, sino a un ser abstracto sin el devenir..." (Málishév, 2003; p.56).

Esta visión es muy antigua, tanto que ya en el texto de Platón (427-347 a. C./2009, p. 348) el Fedón o del alma se encuentra una clara referencia a ella, diferenciándose sólo porque no se considera desde un enfoque religioso:

"... mientras tengamos nuestro cuerpo, y nuestra alma esté sumida en esta corrupción, jamás poseeremos el objeto de nuestros deseos; es decir: la verdad... si queremos saber alguna cosa, debemos abandonar el cuerpo, y que el alma sola examine los objetos que quiere conocer. Sólo entonces gozamos de la sabiduría... después de la muerte y no durante la vida..."

Así mismo hace hincapié en la pareja del bien y el mal (p.365):

"...es probable ... que no sean las almas de los buenos, sino de los malos, las que se ven obligadas a andar errantes ... donde llevan el castigo de su primera vida, que ha sido mala; y donde continúan vagando hasta que, llevadas del amor que tienen a esa masa corporal que les sigue siempre, se alojan de nuevo en un cuerpo..."

De manera particular en el mundo Occidental esas creencias son representadas principalmente por el Cristianismo, el Judaísmo y el Catolicismo; las cuales manejan una visión lineal del tiempo. Esta visión rectilínea surge debido a la idea de que la vida tiene un término con el Juicio Final, sin embargo, después de morir se llegará a un más allá dónde se podrá resucitar. Asimismo, la idea católica sostiene que tiempo después de morir habrá un reencuentro con el cuerpo de forma gloriosa; pudiendo entonces hacerse una identificación entre la muerte y el nacimiento F. González (2004). Así, en occidente surgen varios mitos como la creencia en paraísos finales y escatológicos, lo que fomenta la realización de todo, tomando como base la contemplación del futuro, esperando que para entonces todo sea mejor (De la Pienda, 1999).



Para comprender con claridad las palabras antes mencionadas de De la Pienda, (1999) es importante señalar que las tradiciones escatológicas son aquellas que:

“...acentúan la imperfección de este mundo para dirigir su mirada hacia un futuro utópico, ucrónico en el cual la impureza del aquí y ahora será desterrada para siempre... el mundo se debate desde su creación entre los poderes antagónicos del Bien y el Mal. Una historia lineal lo lleva a una gran catástrofe, tras la cual, derrotadas por siempre las fuerzas del Mal, serán separadas de las fuerzas del Bien, y el tiempo llegará a su culminación para transformarse en el no-tiempo de la eternidad.” (López, 2004, p.60).

Al respecto Edmund R. Leach menciona que “La doctrina central de toda religión es negar que la muerte implique la aniquilación automática del yo individual” (López, 2004, p.58). Así, López (2004) complementa con la idea de distintas religiones, hacen de la tradición escatológica la razón suprema de sociedades e individuos influyendo en el pensamiento y acciones de aquel que decida creer en ellas. Esta misma idea se refleja en las palabras de Schopenhauer (2015; p. 107):

“Si pudiese asegurarse de otro modo la vida eterna del hombre, al punto se enfriaría su ardiente celo por sus dioses, y hasta cedería el sitio a una indiferencia casi absoluta en cuanto se le demostrase de modo evidente la imposibilidad de una vida futura.... Por eso los sistemas materialistas, o los sistemas escépticos del todo nunca ejercerán una influencia general o duradera...”

Con lo anterior como base, el cristiano fomenta la creencia de que todo sujeto que lleve una “vida virtuosa, libre de pecados, atendida a ciertos cánones, observante de ciertos rituales, será admitido en un paraíso, y que su destino posmortem podrá incluso mejorar en virtud de los rezos que le dediquen los sobrevivientes” (Cerejido, 2004; p. 13). Vale la pena, explorar un poco más las creencias religiosas occidentales.

La concepción de un más allá ha evolucionado a través del tiempo en las religiones, por ejemplo, en el judaísmo en un principio el interés del pueblo de Dios correspondía únicamente a este mundo, ya que la vida de ultratumba era considerada una existencia grotesca privada de todo atractivo de la vida; por lo que al morir no se realizaba ninguna distinción entre buenos o malos (Grégoire, 1973).



Tiempo después se elaboró la creencia de resurrección de la carne y en una vida que estaría llena de recompensas para los que actuaran de manera justa; esta idea de inmortalidad surge debido a que bajo el dominio extranjero el pueblo judío sufrió la muerte de muchos fieles, sin que estos hubieran recibido alguna recompensa, las fechas de este acontecimiento se plasman en los libros desde el siglo II antes de Cristo (a. C.) (Von Wobeser, 2015) hasta los siglos VII y VI a.C (Grégoire,1973)

Indicios de dicha creencia en la inmortalidad pueden encontrarse asentados, aunque de manera limitada, en el Antiguo Testamento, un ejemplo de ello son las palabras plasmadas en Isaías (XXVI, 14 y 19) que al referirse a las personas que eran reconocidas como enemigos de Dios señala: “que ellos no revivirán, pues tú los castigaste y destruiste”, en cambio promete supervivencia a los que fueron leales a las reglas de Dios “Reviviran tus muertos y resucitaran sus cadáveres”. Así mismo Daniel (XII, 2) menciona sobre el Tiempo final que “muchos de aquellos que duermen en el polvo se despertarán, unos para la vida eterna y otros para la vergüenza eterna”

Grégoire (1973; p.50) señala que no fue sino hasta el primer siglo d.C. cuando la doctrina menciona más detalles acerca de la vida de ultratumba,

“...a la llegada del Mesías, los enemigos de Israel y los malos judíos serán destruidos, instaurándose por varios siglos el Reino renovado; después sobrevendrá el Juicio Final, y todos los muertos de todas las generaciones de todos los pueblos se levantarán de sus tumbas y comparecerán ante Dios, quien... juzgará a cada uno según sus méritos, asignará a los justos una vida eterna en el Paraíso y a los otros las penas de la gehena...”

Acerca de los lugares que tienen como destino las almas, se han obtenido distintas descripciones, una de ellas proviene del Libro de Enoch en el cual el “Scheol” es reconocido como un mundo intermedio como purgatorio, el cual sería habitado antes del Juicio Final en el cuál los pobladores se dividirían en compartimientos dependiendo de sus virtudes y vicios. El “Gehena” o valle maldito era el sitio en el que, después del Juicio Final, aquellos que desafiaron las leyes de Dios serían arrojados a las llamas (Grégoire, 1973).

Sin embargo, existe otra versión propagada por rabinos ortodoxos en la que el Scheol desaparecía ya que, según esta, inmediato a la muerte todo ser justo obtendrá una mansión



feliz en los cielos y los malos una gehena donde serán atormentados con llamas. Al concluir el Juicio, la única diferencia será que las almas recuperaran los cuerpos resucitados.

En cuanto al cristianismo también demuestra diversas versiones de lo que podría pasar al morir, sin embargo, todas derivan de un mismo vértice: la promesa de Cristo de que sus seguidores tendrían la vida eterna, en compañía de él, aunada a la amenaza hacia quienes eligieran apartarse de él, que correspondía a un castigo eterno (Von Wobeser,2015). Detalles de este acontecimiento pueden ser rescatados de los evangelios bíblicos de San Mateo, San Marcos y San Lucas correspondientes al Nuevo Testamento, conocidos en conjunto como evangelios sinópticos, un ejemplo de estos es:

“Venid, benditos que mi padre a tomar posesión del reino celestial, que os está preparado desde el principio del mundo...Apartaos de mí, malditos: id al fuego eterno, que fue destinado para el Diablo y sus ángeles... irán éstos al eterno suplicio, y los justos a la vida eterna.” (San Mateo, XXVI, 31-46; p. 31).

Una de las características que coincide en todas las visiones religiosas, aquí mencionadas, sobre la vida después de la muerte, es el hecho de que Dios es el único que tiene el poder de decidir el destino de toda alma, tanto el momento en que abandonará el cuerpo como el lugar en el que descansaran, prueba de esto se encuentra escrito en San Lucas (VII, 14-15; p.70) “Luego le dijo al muerto: Joven yo te lo mando levántate. Y Jesús se lo entregó a su madre.”.

En cuanto a la forma en que se hará presencia después de morir en Mateo (XXV,30) se puede leer que los resucitados tendrá su cuerpo de forma transfigurada desembarazado del peso y el sexo permitiéndoles vivir en el cielo como ángeles (Grégoire, 1973). La misma idea se encuentra en San Marcos (XII,25; p. 53): “Porque cuando resuciten de entre los muertos, ni los hombres tendrán mujer ni las mujeres marido, serán como los ángeles de los cielos...”

También existe una creencia en la resurrección, la cual proviene de una afirmación de San Pablo en la que hace alusión a la esencia de la vida cristiana, en particular en como ésta se vive en unión total con Cristo, por lo que debe haber resurrección del creyente puesto que ha habido resurrección del Cristo, señalando además que el cuerpo que se levantará de la muerte será celeste, inmortal, fuerte y glorioso, con tal declaración la inmortalidad se



convirtió en un aspecto medular de la predicación cristiana (II Concilio de Lyon (1227-1276), citado en Von Wobeser,2015).

La mayoría de las vertientes del cristianismo apoyan la idea que Cristo retornará tras una época en la que reinará el Anti-Cristo, para después producirse una resurrección general en la que el Juicio Final, también conocido como Juicio Universal, tendrá lugar para separar a los condenados de los elegidos. Para eliminar la incertidumbre de lo que pasaba mientras se espera el Juicio Final la religión introdujo la idea de un Juicio particular previsto para el momento de muerte de cada individuo, el cual producirá una sentencia definitiva (Von Wobeser,2015). Así, a la muerte el justo va al cielo y el malo al infierno en forma desencarnada, presentándose la diferencia que antes del juicio final se estará en ese estado para después, en la Eternidad, recuperar el cuerpo el cual reaparece mediante la resurrección. (Grégoire, 1973). Empero, dentro de las diferentes vertientes del cristianismo se han desarrollado visiones con algunas diferencias acerca de la vida futura.

Ejemplo de la diversidad dentro del cristianismo es la representación del cielo que tienen en Iglesias Pentecostales, derivada del Libro de Revelación. De estas creencias se deriva que desde que el alma no requiere el cuerpo, es permitido la donación de órganos y la cremación, sin embargo, ellos recomiendan la técnica de embalaje como gesto de respeto para el cuerpo. Así, para ellos cuando la resurrección ocurriese Dios proveería nuevas oportunidades en cuerpo inmortales.

De manera más específica López (2004) señala algunas características distintivas del pensamiento occidental cristiano:

- Voluntad divina encargada de la dirección del todo hacia la perfección
- Este es considerado un mundo imperfecto, que solo es un paso para alcanzar el objetivo anterior.
- El bien y El Mal son figuras antagónicas cuya relación produce la imperfección de este mundo
- El ser humano se compone de una parte perecedera, y otra capaz de participar en la eternidad.



- La existencia de todo ser humano se divide en la antecedente imperfección y la vida eterna.

Para el catolicismo, la visión de que el hombre está conformado por cuerpo y alma, coexistiendo en la vida de una persona y separándose al momento de la muerte, impulso la idea de que el cuerpo era la parte impura, corruptible y perecedera mientras que el alma trascenderá, él sufrirá un proceso de descomposición, del que solo están exentos los cuerpos de los santos, ya que estos se consideran incorruptos (Von Wobeser,2015). En palabras de la Doctrina Cristiana Dominica se explica así:

“Más cuando alguna persona muere no muere todo, mas solo muere el cuerpo que de sus padres tomó. Mas el alma jamás muere, porque la creó Dios, que es inmortal, a su imagen y semejanza. Quiso el mismo Señor nuestro, dador de vida, que nunca muriese, y le dio la memoria y el entendimiento y asimismo la voluntad” (Medina, 1987, como se cita en Von Wobeser, 2015; p. 18).

A diferencia del cristianismo señala que el arribo de Cristo, la Resurrección y el Juicio serán acontecimientos contemporáneos, que sucederán al terminar una época de desastre terrenal. En el Juicio, según palabras en Mateo (XXIV y XXV) “El rey dirá a los de la derecha: entrad en posesión del reino que ha estado preparado para vosotros a partir del origen del mundo... y a los de la izquierda: marchad hacia el fuego eterno preparado por el Diablo de los ángeles”. La decisión de enviar a cada cual a algún lado estará estrictamente en Dios quien se basará en la actitud y arrepentimiento de cada individuo. La resurrección queda establecida en profesiones de fe como: “Creemos también en la verdadera resurrección de la Carne que ahora llevamos y en la vida eterna.” (Grégoire, 1973; p.55).

Desde la visión católica, menciona Grégoire (1973), para cuando llega la muerte, no sólo existen dos destinos (cielo e infierno), como en el caso del cristianismo, si no que se habla de un tercero: “el purgatorio” el cual es designado a toda alma cargada de pecados no irremediables, por lo que tiene que pasar por una purificación a través de sufrimientos la cuál le dará acceso al paraíso.

En cuanto al cielo, también conocido como empíreo, gloria o paraíso celestial; se sabe que sólo recibe a las almas de personas que habían vivido siendo fieles a la Iglesia Católica, y habían absueltos sus pecados. En el infierno se albergan las almas de todo católico muerto



en pecado mortal, acogiendo también a personas que practicaban otra religión. Este lugar, a su vez, contaba con apartados llamados limbos, uno de ellos es para los niños que murieron sin ser bautizados, otro que es conocido como el limbo de los justos, hoy en día está vacío ya que, la Iglesia católica afirma que su función había sido albergar a las personas justas que murieron desde la creación del hombre hasta la muerte de Jesucristo, pero cuando Jesucristo resucitó liberó sus almas para conducir las almas al cielo (Von Wobeser, 2015).

Estos acomodos son de gran impacto ya que las almas de los muertos, según señala la Iglesia, conservan entendimiento, voluntad, memoria, habla, escucha y vista, pero sobretodo prevalecían en ellas los sentimientos por lo que les es posible experimentar alegría, placer, gozo, gloria al igual que padecer tormentos fatigas y dolores (Morera, 2001; citado en Von Wobeser, 2015). Pero los practicantes de esta religión creen que el sufrimiento experimentado por las almas en el purgatorio puede ser disminuido a través de ofrendas como oraciones, limosnas, misas, entre otros rituales.

De esta visión llena de recompensas puede derivarse el que muchas personas son capaces de aceptar la adversidad, ya que espera la promesa de recompensas eternas sea cumplida en vida próxima.

Con una visión crítica Cerejido (2004) menciona que la visión creacionista, propagada por los líderes de las religiones, no considera importante el conocer lo que va más allá de la muerte sino más bien promover el aterrador escenario posmortem del cual hay que salvarse, así todo aquel que se adhiera a esta postura debe tener presente que al colocarse en esta postura el intentar averiguar algo se considera pecaminoso ya que según la religión, Dios decide lo que pueden o no saber, bien lo dijo Tertuliano “Después de Cristo, no tenemos ninguna necesidad de ser curiosos”; con esto se relacionan las palabras de Díaz (2004; p287):

“... la lucha por trascender la muerte es una sublimación costosa, pues para eludir el sentimiento de insignificancia, caducidad e impermanencia que entraña el miedo a la muerte, el ser humano transfiere el significado trascendental de la vida a instancias efímeras que se vuelven sagradas, como puede ser una ideología, un determinado líder, el dinero los premios o las posesiones... la incapacidad para morir resulta en una negación para vivir plenamente y desarrollar una competencia para tomar decisiones autónomas...”



Es por esto que la visión materialista, también llamada evolucionista asimila la muerte como parte del proceso biológico de la vida, perspectiva que, retomando a Cerejido (2004; p. 8), es adquirida a través de la educación en la aceptación de los conocimientos científicos, es decir los que están basados en evidencia y no en meras especulaciones:

“la realidad que se ve... no es más que el estado actual de un proceso de continua disipación de energía, comenzado hace unos quince mil millones de años con una tremenda explosión... la materia se fue condensando en partículas, átomos, estrellas, galaxias y sistemas planetarios..., aparecieron las primeras formas de vida que continuaron evolucionando...”

Esta visión es completamente contraria a la religiosa aceptando a la muerte como parte fundamental de la vida, ya que le proporciona un significado. (F. González, 2004). Por lo que, no busca crear tradiciones escatológicas, ni pensar en un futuro mejor” si no que se encarga de entender la muerte como algo biológico, parte final de un proceso, incluso personas que apoyan esta visión critican afirmaciones de la creacionista, como es el caso de López (2014), quien retomando ideas de John Stuart Mill, apela en contra a la idea de que gracias a creencias de castigos y recompensas en otra vida la religión aporta cierto grado de moralidad a la conducta humana, ya que para todo individuo es muy difícil aceptar la idea de una condena de un castigo eterno; resultando limitante el poder de estas ideas.

Entonces, esta visión apela a la aceptación de la muerte como parte del proceso de la vida, ya lo menciona F. González (2004; p. 121) “La vida toda del hombre determina cómo se encara éste a la muerte, porque, después de todo, la muerte es parte constitutiva e inseparable de la vida”.

En México dentro del ámbito legal esta idea materialista queda plasmada en Ley General de Salud en el título décimo cuarto: Donación, trasplante y pérdida de vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343 (Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009); en dónde se especifica que la pérdida de la vida ocurre cuando:



- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardiaco irreversible

A pesar de las grandes diferencias que tienen estos dos enfoques, no es raro encontrar algunos conceptos que coinciden entre ellos, como el de “inmortalidad”, aunque en sus definiciones son completamente desiguales.

En la antigüedad, debido a que la mayoría de las muertes sucedían a causa de algo patológico se tenía la esperanza de que cuando se logre prevenir y curar más enfermedades, todo organismo adquiriría paulatinamente la característica de inmortalidad. Así, como las causas de muerte son cambiantes, los avances científicos la cultura y los cuidados novedosos han permitido que la vida se prolongue llegando más allá de los 100 años, debido a que permiten que individuos físicamente imperfectos sobrevivan; por tal prolongación se llegó a pensar que dichos adelantos mostraban cierta tendencia a lograr la inmortalidad (Cerejido, 2004).

Sin embargo, debe tenerse claro que los progresos científicos no harán al ser humano inmortal, su logro será que casi todos los nacidos lleguen a ser longevos. Esto resulta ser muy afortunado para el planeta Tierra, ya que si en verdad no hubiera finitud para los organismos la evolución de las especies no hubiera ocurrido, Cerejido (2004) señala:

“Si no hubiera una muerte asegurada, que quita de en medio a los organismos poco después de haberse procreado y permite probar la próxima generación, la evolución no hubiera llegado a generar seres humanos. Si hoy se está aquí, es gracias a esa crónica de muertes anunciadas. La muerte es tan imprescindible, que esa Evolución, ... jamás ha seleccionado organismos longevos hasta producir una especie inmortal”

Sin la evolución la Tierra estaría saturada de especies, y esto pronto hubiera llevado a la detención evolutiva a falta de espacio y recursos para nuevas especies. Aunado a esto la



riqueza individual sería poco probable que aumentara con los años, con esto pueden relacionarse las palabras de Schopenhauer (2015; p. 56):

“Si le concedieran al hombre una vida eterna, la rigidez inmutable de su carácter y los estrechos límites de su inteligencia le parecerían a la larga tan monótonos y le inspirarían un disgusto tan grande, que para verse libre de ellos preferiría la nada”.

Sobre la inmortalidad Pérez-Tamayo (2004; p.101) señala que los algunos físicos, mantienen la idea de que el Universo es un sistema cerrado y el tiempo es finito, por lo que la antes mencionada “por lo menos en el mundo real que se conoce, no es físicamente posible.”

Lo que es claro es que “A medida que el grado de civilización es mayor, la ciencia y la tecnología permiten al hombre sobrevivir hasta un límite probablemente similar al que hubiera llegado de haberse conservado es estado silvestre” Ejemplo de la importancia de la ciencia y la tecnología es que en un periodo de 30 años (entre 1950 y 1979) la cultura japonesa incrementó su expectativa de vida de 50 a 70 años (Cerejido, 2004; p.48).

Así, se llega a la conclusión de que, en México, cuando en escritos científicos se hace referencia al término inmortalidad puede que se esté hablando de:

“la extensión de la vida, de la ampliación del tiempo asignado biológicamente a los seres vivos, pero sin pretensiones de eternidad y mucho menos de intemporalidad, que como conceptos pertenecen a esferas ajenas a la ciencia. Lo que se persigue... es prolongar los límites actuales de la existencia de los seres vivos, en la medida en que esta prolongación sea positiva para cada uno de los niveles de organización...” (Pérez-Tamayo, 2004; p. 101).

Por lo que, desde esta perspectiva puede considerarse que el ver a la inmortalidad como eternidad, es una negación de la muerte y una negativa al hacer frente a la aniquilación total (Siegel, 1980). Sobre el tema Mill (2009, p. 112) menciona: “...conforme la condición de la humanidad vaya mejorando y los hombres sean cada vez más felices con sus vidas y más capaces de encontrar una felicidad no fundamentada en el egoísmo, irán preocupándose menos de las promesas de una vida futura... Quienes han poseído la felicidad pueden soportar la idea de dejar de existir; pero tiene que ser duro morir para quien jamás ha vivido.”



En general, desde la visión científica pueden observarse ventajas de la muerte en diferentes niveles, desde las células, hasta sociedades, sobresaliendo el desarrollo armónico de los organismos. De manera específica al observar las células se puede notar que al presentarse deficiencias genéticas o manipulaciones experimentales pueden impedirse muertes celulares, pero esto en lugar de llevar a la vida eterna sólo conducirá a “la monstruosidad o al desarrollo de tumores” (Cerejido, 2004, p. 20).

Ambas visiones, tanto la religiosa como la materialista/ científica, causan gran controversia debido a su indefinida existencia compartida o excluyente. Como menciona Pérez-Tamayo (2006) hay tres formas de abordar este conflicto: la primera es reconocer una guerra entre ambas concepciones del mundo, la otra es una coexistencia pacífica y la tercera hace alusión a una integración de ambas posturas en un mismo sistema conceptual de la realidad; depende de la visión e intereses de aquel que trate de darle solución.

De manera particular el mismo autor (Pérez-Tamayo, 2006; p.22) plantea que la ciencia y la religión no son compatibles debido a que tienen medios para alcanzar el conocimiento completamente distintos y opuestos. Uno (la religión) se fundamenta en la fe: “...creencia en la realidad de cosas para las que no existe prueba alguna...”; mientras que el otro, es decir la ciencia produce conocimiento “...cuando la teoría generada racionalmente se enfrenta con la experiencia empírica, cuando las hipótesis planteadas dentro de lo posible se ponen a prueba, sea por medio de observaciones significativas o de experimentos...”

A pesar de los enfoques en los que puedan basarse las creencias de las personas, es importante señalar que debido al proceso incesante que es la vida, las creencias que se tienen sobre la muerte pueden modificarse a causa de las experiencias personales de cada cual (Málishév,2003).

Toda creencia acerca de la muerte es aprendida a través de la cultura, por lo cual tienden a variar por temporadas y ubicaciones, dando pie al surgimiento de distintas maneras de afrontar las experiencias de pérdida y rituales que los rodean, Hernández (2006) menciona que en algunas culturas la muerte es vista como un hecho natural e inevitable mientras que en otras se toma como un enemigo al cual es posible conquistar.



En las sociedades en las que la muerte es equivalente a un enemigo el tema se toma como un tabú, prohibiéndose a muchas personas, entre ellas a los que saben que están cerca de morir como son los enfermos terminales quienes buscan tratamientos médicos para luchar en contra de ella, a pesar de las adversidades que puedan surgir con ellos.

Flannelly, Koenig, Ellison, Galek y Krause (2006) consideran que la creencia en una vida después de la muerte ayuda al que la posee a percibir las cosas de una manera amplia, ya que surge la visión de que los problemas cotidianos son sólo temporales y etéreos, además de que, si se considera que la vida trasciende la muerte, la identidad central del hombre puede ser vista como espiritual independiente del mundo material, por lo que los problemas de salud, financieros o de otro tipo pueden resultar no ser tan amenazantes.

Para recapitular se pueden usar las palabras de Gomis (2007; p.3) “Para la ciencia la muerte es un hecho biológico y la materia el límite de nuestro conocimiento. Para la reflexión, es el fin de nuestra existencia. Para la religión, un trabajo espiritual de abandono y confianza”, es decir como la mayoría de las cosas la muerte es un hecho que puede abordarse de distintas perspectivas con diversos matices cada una, los cuales se forman de manera individual influidos por una sociedad.



Capítulo 3

CÁNCER DE MAMA

3.1. EL CANCER

El cáncer de mama “es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse” (Secretaría de Salud 2009, p. 8)

Como Bayo, García, Luch, y Valentin (2007) señalan, el cuerpo humano se mantiene sano gracias a un ciclo en el que las células crecen, se dividen, reproducen y mueren de manera regulada y controlada. Sin embargo, en ocasiones este proceso pierde el control y las células continúan dividiéndose sin que sea necesario, presentándose una división incontrolable de células anormales.

Dichas células anormales constituyen tumoraciones que pueden ser benigna o maligna. En el primer caso no son cancerosos por lo que no se extienden a otras partes del cuerpo, y pueden ser retirados con cirugía sin ninguna reincidencia.

Los tumores malignos, son clasificados como cancerosos y son compuestos por células anormales las cuales se dividen incontroladamente por lo que pueden invadir y destruir los tejidos adyacentes. Estas células pueden separarse del tumor y entrar al torrente sanguíneo y al sistema linfático, viajando a otras partes del cuerpo, formando tumores nuevos; a esto se le llama metástasis. (Bayo, et al., 2007).

El cáncer puede presentarse en todo el cuerpo, dependerá su localización su sintomatología y las técnicas de escrutinio para prevenirlo y detectarlo, por esta razón, resulta importante el conocer cómo se conforma la anatomía de los lugares en los que puede aparecer.



3.2. ANATOMÍA DE LA MAMA

La mama de una mujer adulta "...se encuentra entre la 2° y 6° costilla en el eje vertical y entre el esternón y la línea media axilar en el eje horizontal...". Está conformada por la piel, el tejido subcutáneo y la glándula mamaria. Esta última se encarga de la producción y secreción de leche durante la lactancia; esta leche es producida en unas glándulas llamadas bulbos, que agrupadas forman lobulillos los cuáles conforman lóbulos; estos conectados por ductos que confluyen en otros de mayor tamaño hasta el pezón (Bayo, et al., 2007; p. 19).

Un dato importante es que la mayoría de las neoplasias se desarrollan en el tejido encargado de recubrir los ductos y lobulillos. Así, debido a su origen se denominan adenocarcinomas. Estas producen estructuras glanduloides. Entre el tejido glandular está el estroma o tejido de sostén compuesto por grasa, tejido, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.

Los vasos linfáticos son como venas pequeñas, que se encargan de transportar un líquido llamado linfa fuera del seno. Este líquido contiene líquido intersticial y productos de desecho, así como células del sistema inmunitario (ACS, 2014). Estos drenan en dirección de tres lugares principales: los ganglios linfáticos bajo el brazo (axilares), en los que están alrededor de la clavícula (linfáticos infraclaviculares y supraclaviculares) y a los que se encuentran en el interior del tórax y cerca del esternón linfáticos mamarios internos).

Los vasos linfáticos son los encargados del sistema de drenaje de la mama hasta los ganglios linfáticos en la axila, la zona clavicular y el tórax. Sin embargo, es importante diferenciar las etapas que pasa la mama dependiendo del estado hormonal de la mujer por ejemplo durante el embarazo y la lactancia el tejido mamario es glandular mientras que en las demás temporadas el estroma es el compuesto de mayor cantidad.

La ACS (2014) menciona que los cánceres de seno pueden originarse en diferentes partes de este, pero la mayoría se presenta en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (cánceres ductuales), mientras que otros se originan en las glándulas que producen leche (cánceres lobulillares). En minoría se presentan en otros tejidos y son llamados sarcomas y linfomas; a estos últimos generalmente no se les clasifica como cánceres de seno.



A pesar de que muchos de estos cánceres pueden causar protuberancias no todos lo hacen. Pero también es importante tener en cuenta que muchas protuberancias de los senos no son cancerosas.

Las microcalcificaciones son depósitos de calcio que aparecen en la glándula mamaria; casi el 50% de los cánceres presentan este tipo de imágenes, son asociadas al carcinoma los que son pequeñas (2mm o menos), de morfología y densidad irregular, cuando muchas se agrupan en un área pequeña y cuando se presentan formando moldes de los conductos mamarios.

El cáncer de seno puede propagarse a través del sistema linfático, el cual incluye los ganglios, vasos y líquido linfático. Las células de cáncer pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos (ACS, 2014). Así, si las células cancerosas se han propagado a los ganglios linfáticos, hay una mayor probabilidad de que las células también hayan causado metástasis a otros lugares del cuerpo.

3.3. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

La ACS (2014) menciona que la mayoría de los cánceres son considerados como carcinomas, los cuáles comienzan en las células que revisten a los órganos y los tejidos como el seno, los cuales comúnmente son llamados adenocarcinoma. Otros tantos empiezan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo y se llaman sarcomas. A continuación, se presenta una clasificación más detallada con una breve explicación:

- Carcinoma ductual in situ: considerado un cáncer no invasivo, es decir únicamente las células que cubren los conductos han cambiado sin propagarse a través de las paredes hacia el tejido que rodea el seno; por lo que es imposible que cause metástasis fuera del seno. Incluso hay algunos doctores que lo consideran un pre-cáncer.
- Carcinoma ductual invasivo (o infiltrante): este comienza en un conducto lácteo del seno, penetrando a través de una pared del conducto, extendiéndose al tejido adiposo del seno; teniendo la posibilidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.



- Carcinoma lobulillar invasivo o infiltrante: comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos), teniendo la posibilidad de propagarse a otras partes del cuerpo.

Sin embargo, debe considerarse que un solo tumor puede ser una combinación de diferentes tipos o ser una mezcla de in situ y cáncer invasivo. La ACS (2014) agrega que existen otros tipos de cáncer menos comunes:

- Cáncer inflamatorio de seno: reporta que representa aproximadamente del uno al tres por ciento de los cánceres de seno diagnosticados. La peculiaridad de esta modalidad es que no se presenta una solo protuberancia, sino que se presenta en la piel un color rojizo acompañado de una temperatura acalorada, también puede presentarse un aspecto grueso de la piel del seno con hoyuelos, algo semejante a la piel de una naranja; síntomas causados por la obstrucción de los vasos linfáticos.
- Enfermedad de Paget del pezón: este cáncer comienza en los conductos del seno propagándose a la piel del pezón y la areola; estas partes de la piel se presentan con costras, escamas y enrojecida, llegando hasta sangrar y supurar.
- Tumor o cistosarcoma filoides: se forma en el estroma o tejido conectivo del seno, de forma general estos tumores son benignos y se combaten con extirpación del tumor y un borde del tejido normal del seno. Pero cuando se presentan de forma maligna se puede llegar a requerir hasta la mastectomía.
- Angiosarcoma: este se origina en las células que cubren los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos, generalmente cuando se presenta en los senos se origina a causa de alguna complicación de la radiación aplicada a los senos después de 5 a 10 años de haber sido aplicada, también puede presentarse en los brazos de las mujeres que padecen linfedema.

El conocer los diferentes tipos de cáncer, puede ser un apoyo al momento de observar signos y síntomas de las pacientes, así como una guía para la precaución ante señales de alarma presentes junto a factores de riesgo.



3.4. FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los casos diagnosticados de cáncer de mama diagnosticados son esporádicos, es decir no están asociados a ninguna predisposición genética específica. Sin embargo, hay ciertos genes que pueden significar un riesgo para este padecimiento, considerándose que el riesgo a padecer cáncer de mama incrementa si se tiene algún familiar inmediato que lo haya padecido, especialmente si le fue diagnosticado antes de los 50 años (Figura 3) (Cigler y Ryan, 2009; Pegram, Takita y Casciato, 2013).

Figura 3. Genes susceptibles a cáncer de mama		
Gen	Síndrome	Enfermedades tumorales relacionadas
BRCA 1	Cánceres de mama y ovario hereditables	Cánceres de mama y ovario
BRCA 2	Cánceres de mama y ovario hereditables	Cánceres de mama y ovario
TP53	Síndrome de Li-Fraumeni	Sarcomas de tejidos blandos y hueso, cáncer de mama, tumores cerebrales, carcinoma de la corteza suprarrenal, leucemia.
PTEN	Síndrome de Cowden	Tumores benignos y malignos de la tiroides, mama y endometrio
STK11	Síndrome de Peutz-Jeghers	Cánceres de mama, gastrointestinales, ovárico, testicular, uterino, endometrial
MLH1/MSH2	Síndrome de Muir-Torre	Tumores de la piel, benignos y malignos del aparato digestivo y vías urinarias, cáncer de mama
CHEK2	-	Cáncer de mama

Fuente Cigler y Ryan (2009).

Además de los factores genéticos, se considera un factor de alerta cuando algunos de los siguientes puntos se presentan (Bayo, et al.,2007; Cigler y Ryan, 2009):

- La edad: se considera que a partir de los 30 años hasta los 50-60 años hay un mayor índice de incidencia, posteriormente se estabiliza y vuelve a subir a los 85 años. Según los datos que obtienen cada año el INEGI (2016) observa que la edad puede ser un factor que influye altamente en el desarrollo de la enfermedad, ya que con el paso de



los años las probabilidades de padecerlo aumentan ya que las mujeres se ven a más expuestas a factores de riesgo tanto endógenos como exógenos.

- La edad a la que se tiene el primer hijo, entre más grande se tenga al primer hijo, más grande es la probabilidad de padecer esta enfermedad.
 - La aparición de la menstruación a una edad temprana (11 años o menos).
 - La llegada de la menopausia en una edad tardía (después de los 55 años).
 - El nunca tener hijos
 - Estilo de vida no saludable:
 - Se ha encontrado que cuando los estilos de vida no son saludables, como el manejar una dieta alta en grasas y baja en verduras, fruta, pescado y vitaminas A, C, y D, así como el padecer obesidad se relaciona con la aparición de cáncer, debido a que en las mujeres pos menopáusicas la obesidad se relaciona directamente con la alta exposición a estrógenos.
 - Consumo de alcohol: Su ingesta moderada aumenta las concentraciones de estrógenos, lo cual se asocia con alto grado de la neoplastia
- Así, autores como Danaei, et al (2005) señalan que el 21% de casos registrados en el mundo de cáncer de mamá son atribuibles a la ingesta de alcohol, sobre peso, obesidad y falta de actividad física.
- Tejido: Se considera que cuando una mujer tiene mucho tejido denso presenta un riesgo mayor; además de que en estos casos es mucho más difícil detectar algo maligno en la mastografía.

El conocer algunos de los posibles causantes de la aparición de cáncer de mama fortalece las armas que se tienen para la prevención de esta enfermedad, lo que a su vez puede tener un efecto de disminución en la aparición de esta enfermedad, dicho lo cual resalta la importancia de la difusión de esta información para crear hábitos de vida saludable y de responsabilidad por la salud propia.



3.5. EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de mama es considerado el padecimiento más común que se presenta en las mujeres a nivel mundial, se trata de la segunda causa de muerte por cáncer (sólo detrás del cáncer de pulmón), sin embargo, es la principal causa de muerte entre las mujeres de 65 años (Cigler, y Ryan, 2009; Pegram, et al., 2013) En México durante el año 2009 la Secretaria de Salud reportaba que esta era la “neoplasia maligna más común y es la causa más frecuente de muerte por enfermedad maligna en la mujer.

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2016a) atribuye este aumento de incidencia a la mayor esperanza de vida que se presenta en la actualidad, al aumento de urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

Así mismo la OMS (2016b) señala que esta enfermedad representa el 16% de todos los cánceres femeninos conocidos en la actualidad. En países subdesarrollados como los de América Latina es el más frecuente en mujeres de 40 a 75 años (Secretaria de Salud, 2009). De manera local en México el INEGI (2016) reporta que, en el año 2014 del total de los casos de cáncer diagnosticados entre la población de 20 años en adelante, el cáncer de mama representaba 19.4% siendo el de mayor prevalencia. Así mismo se sabe que en el año 2013 dentro de la población mexicana el cáncer de mama fue la principal causa de morbilidad hospitalaria debido a tumores malignos, con un 18.7% (INEGI, 2015) Siendo la población de 60 a 64 años de edad en dónde más prevalece. En cuanto a la incidencia por sexo, se sabe que sólo el 1% de los casos se detectan en varones, mientras que tres de cada 10 mujeres de 20 años o más que padecen cáncer, tienen cáncer de mama.

En el año 2009 la Secretaria de Salud reportó un mayor número de casos en la Ciudad de México, Jalisco, Nuevo León, Veracruz y en el Estado de México registrando 14 muertes al día con un promedio de 45 años de edad y con la detección del 55% en etapas avanzadas (Secretaria de Salud 2009). Para el año 2015 los estados mexicanos con mayor número de casos detectados fueron Colima, Campeche y Aguascalientes presentando 101.08, 97.60 y 96.85 casos nuevos por cada 100 000 mujeres de 20 años o más, según datos del INEGI (2016).



En el año 2016 la INEGI reportó, sobre la mortalidad en México, que durante el 2014 se observó, que en los rangos de 20- 24 y 30-74 años hay dos fallecimientos por cada 100 egresos hospitalarios a causa del padecimiento en cuestión, y a partir de los 75 años la cifra aumenta a tres por cada 100.

Así, en el año 2014 en México las mujeres de 20 años en adelante presentaron un mayor incremento de tasa de mortalidad por cáncer de mama, presentándose 14 fallecimientos por cada 100 000 habitantes que se encontraban en el rango de edad antes mencionado, a diferencia de lo ocurrido en el año 2013 cuando sólo se registraron 13 defunciones (INEGI, 2016). Así mismo, se presenta un incremento de mortalidad conforme la edad avanza, en el grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad se presenta sólo un fallecimiento por cada 100 000 mujeres, mientras que en el grupo de 80 años en adelante se registran 65 muertes, incremento que puede deberse a la respuesta que se tenga hacia el tratamiento, diagnósticos en etapas avanzadas o a alguna recurrencia de la enfermedad, es decir que el cáncer vuelva a presentarse ya sea en la misma zona o bien en nódulos linfáticos o como metástasis. El mayor número de muertes se presenta en los estados de Chihuahua, Nuevo León y la Ciudad de México (INEGI, 2016).

Las cifras reportadas a nivel nacional coinciden con las que obtienen de manera internacional, es decir este cáncer se considera una enfermedad que se incrementa con la edad, presentándose en mayores de 40 años, durante la menopausia o posmenopausia; cantidades que incentivan el cribado desde edades tempranas para detecciones oportunas, principalmente en los casos en que se conoce existe algún componente heredofamiliar de riesgo (INEGI, 2015).

A pesar de las cifras tan altas antes mencionadas, es importante mencionar que el tratamiento para esta enfermedad, se considera de los más exitosos dada su alta variedad de combinaciones posibles (quimioterapias, radioterapias, hormonoterapias, mastectomía, etc.), dependiendo de la extensión y localización del tumor (INEGI, 2016).

Sin embargo desde el año 1999, los datos indican que la mortalidad está disminuyendo lo cual se relaciona con la realización masiva de mastografías que se impulsa en distintos países cada año lo que permite detectar el cáncer en etapas tempranas; así como los avances en el



tratamiento (Cigler y Ryan, 2009), estos datos coinciden con los reportados por la ACS en el 2014 sobre la incidencia del cáncer que después de aumentar por más de 20 años, empieza a disminuir en el 2000; descendiendo aproximadamente un 7% desde el año 2002 a 2003; sólo que ellos atribuyen esta disminución a la reducción del uso de terapia hormonal después de la menopausia.

De manera global, el conocer las cifras que se presentan sobre el cáncer de mama tanto a nivel mundial como nacional proporciona un visión general de los estragos que ha dejado esta enfermedad en la población y el cómo es que el avance de la ciencia y tecnología para la salud ha menguado su avance.

3.6. DIAGNÓSTICO

En la actualidad se tienen datos que señalan que desde que el cáncer empieza a desarrollarse en el cuerpo, pasa mucho tiempo para que este sea detectable. Durante este desarrollo las células malignas aumentan su potencial, por lo que adquieren mayor poder de producir metástasis y de hacerse resistentes a los tratamientos ((Bayo, et al., 2007). Por eso una vez localizada alguna anomalía debe empezarse un proceso de diagnóstico específico.

Toda masa en los senos de mujeres de 30 años o más debe valorarse mediante la exploración física, mamografía y ultrasonido, así, en el caso de que se presente una lesión sospechosa puede realizarse una biopsia con aguja guiada con imagen; pero si no es fácil acceder a ella debe recurrirse a una valoración quirúrgica (aspiración por aguja fina, o algún tipo específico de biopsia) (Cygler y Ryan, 2009). En mujeres menores de 30 años, la valoración inicial debe ser con exploración física y ultrasonido seguida por biopsia guiada por ultrasonido.

Detectándose, el cáncer de mama, en una etapa temprana se aumentan las posibilidades de curación, además de que los tratamientos requeridos serán mucho menos agresivos, así entre más pequeños sea el tumor existe mayor posibilidad de cirugía conservadora y en cuanto menor es el estadio menos posibilidades hay de necesitar quimioterapia u otros tratamientos agresivos. De hecho, la OMS (2016a) reconoce que la detección precoz es la



piedra angular del control del cáncer de mama ya que gracias a él es posible mejorar el pronóstico y supervivencia de las mujeres afectadas.

Así, el desarrollo y actualización continuos de técnicas de diagnóstico es un punto angular de la lucha contra esta enfermedad; así hoy en día existen una amplia gama de métodos de escrutinio que se consideran eficaces a diferentes situaciones que puedan llegar a presentarse para un correcto diagnóstico.

3.7. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Bayo, et al., 2007, describen los siguientes métodos de diagnóstico, señalando que son los más comunes y efectivos.

- Mastografía o mamografía: Es considerado el método más efectivo para detectar el cáncer de mama de forma precoz. Es importante tener en cuenta que estos estudios muchas veces arrojan falsos negativos, es decir la mamografía negativa no excluye el cáncer de mama.

En algunos casos se llega a localizar alguna anomalía en la mastografía, sin la existencia de una masa mamaria palpable; de ser así debe realizarse una inspección más específica, nunca descuidar el caso.

Algunos casos no pueden ser detectado por este método,

- Exploración física de la mama
- Ecografía o ultrasonido se indica cuando existen lesiones mamográficas o masas palpables que no se pueden visualizar en la mastografía con el objetivo de determinar si son sólidos o quísticas, lo que aporta la información acerca de la naturaleza. Además, sirve como guía para procedimientos de biopsia.

En todos los casos, el médico es responsable de informar a la paciente de todo método que pudiera ser aplicado a su caso para que con esto la paciente tenga la información necesaria para que, si se le detectó alguna anomalía, sea capaz de decidir que tratamiento se le administrará, tomando en cuenta sus expectativas, los efectos secundarios que podrían sufrir, los deseos y las creencias personales.



3.8. ESTADIFICACIÓN

A partir del tamaño del tumor, la presencia de adenopatías axilares y la existencia de metástasis se clasifican los cánceres en estadios

La posibilidad de mejora en la calidad de vida y curación depende, en gran parte, de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, es decir en cuanto menor es el estadio mayor son las posibilidades de curación (Secretaria de Salud 2009).

Donegan (1982; p.168) se refiere a la clasificación por estadios como a “la categorización de casos de acuerdo a la extensión de la enfermedad, sirviendo cada estadio... para agregar casos que tengan un pronóstico aproximadamente similar... se basa en características fácilmente identificables de la enfermedad y resulta en categorías homogéneas no superponibles...”

La clasificación puede hacerse con base a la extensión aparente de la enfermedad con una evaluación clínica (estadio clínico) o a la información obtenida mediante biopsias de resecciones quirúrgicas (estadio patológico). Los estadios clínicos a pesar de ser inciertos, a comparación de los otros, son más útiles ya que se puede determinar antes de la intervención terapéutica, brindando una línea base para realizar una comparación de tratamientos (Donegan, 1982).

A pesar de que estas clasificaciones resultan ser una sobre simplificación de la enfermedad, debe reconocerse que son útiles para la transmisión de información médica, así como para el pronóstico del uso de los diversos tratamientos.

Son varios los autores, que por años han propuesto diversas clasificaciones para el cáncer de mama variando en cuanto a la fuente que daba lugar a los diversos estadios, por ejemplo, Steinthay de Stuttgart (1905; citado en Donegan, 1982) conforme tres tipos de cáncer dependiendo al crecimiento observable del tumor, clasificación que con el tiempo se deshecho debido a la falta de especificidad en la extensión axilar. Para el año 1940 surgió La Clasificación de Manchester en Inglaterra, el cual consideraba la existencia de cuatro



estadios, número que sirvió para distinguir entre dos estadios de pronóstico más favorable y los restantes de un peor diagnóstico:

- Estadio 1: Crecimiento confinado a la mama; puede que la piel de encima este comprometida por continuidad del tumor, siempre que el área sea pequeña tomando en cuenta el tamaño de la mama
- Estadio 2: Crecimiento exclusivo dentro de la mama, pero es posible palpar ganglios movibles en la axila.
- Estadio 3: Crecimiento extendido fuera de la mama:
 - Invasión de piel en un área considerablemente grande o ulceración de la misma.
 - Fijación de tumor al músculo
- Estadio 4: Crecimiento más allá del área de la mama, pudiendo observarse fijación del tumor a la pared torácica o en los ganglios axilares, depósitos en los ganglios supraclaviculares o en la otra mama, nódulos satélites o mamas a distancia.

Para el año de 1943 Portmann (citado en Donegan, 1982) introdujo un sistema de clasificación de cuatro estadios diferenciados con hallazgos clínicos y patológicos, tomando en cuenta la extensión del tumor, el compromiso de la piel involucrada y el tamaño de la metástasis:

Figura 4: Clasificación según Portmann	
<p>Grupo: 1</p> <p>-Piel: no comprometida -Tumor: localizado en la mama y extraíble -Metástasis; inexistente</p>	<p>Grupo: 2</p> <p>-Piel: no comprometida -Tumor: localizado en la mama y extraíble -Metástasis</p>
<p>Grupo: 3</p> <p>-Piel: color marrón rojiza e inflamación, extensa ulceración y nódulos secundarias -Tumor: fijado a la pared torácica, tumores secundarios -Metástasis: Considerables ganglios axilares comprometidos, sin evidencia de metástasis a distancia.</p>	<p>Grupo: 4</p> <p>-Piel: Como en cualquiera de los anteriores -Tumor: Como en cualquiera de los anteriores -Metástasis: Ganglios axilares y supraclaviculares comprometidos con evidencia de metástasis a distancia.</p>
Fuente: Donegan, 1982	



Por la misma época se propuso la Clasificación Clínica de Columbia (Donegan, 1982), la cual propone los estadios:

A= Sin edema cutáneo, ulceración o fijación sólida del tumor a la pared torácica, los ganglios axilares no están comprometidos.

B=Sin edema cutáneo, ulceración o fijación sólida de la pared torácica, ganglios axilares comprometidos en un diámetro menor a 2.5 centímetros sin fijación.

C= Aparición de cualquier signo grave de carcinoma avanzado:

1. Edema de la piel de extensión limitada
2. Ulceración de la piel
3. Fijación sólida del tumor a la pared torácica
4. Compromiso masivo de ganglios axilares (más de 2.3 centímetros de diámetro)
5. Fijación de ganglios axilares a la piel suprayacente o a las estructuras profundas de la axila.

D= Todas las demás pacientes con carcinoma avanzado.

1. Cualquier combinación de dos o más signos mencionados en el estadio C
2. Extenso edema de la piel
3. Nódulos cutáneos satélites
4. Carcinoma de tipo inflamatorio
5. Metástasis supraclaviculares
6. Metástasis supraesternales
7. Edema del brazo ipsilateral
8. Metástasis a distancia

Esta clasificación, fue altamente aceptada por su simplicidad al entendimiento y el hecho de que abordaba gran variedad de características que se relacionaban con el cáncer mamario, sin embargo, aún presentaba limitaciones como el tamaño tumoral, aspectos que tiempo después la clasificación TNM, se encargaría de combatir, gracias a su profundización en los detalles que se presentan con relación a la enfermedad (Donegan, 1982).



Figura 5: Sistema de estadificación TNM para el cáncer de mama

Tumor primario

TX-No puede valorarse el tumor primario

TO-Sin evidencia de tumor primario

Tis-Carcinoma in situ

Tis (DCIS)-Carcinoma intraductal in situ

Tis (LCIS)-Carcinoma lobular in situ

del pezón sin tumor: la que se asocia con tumor de Paget

Tis (Paget)-Enfermedad de Paget del pezón sin tumor; la que se asocia con tumor se clasifica de acuerdo al tamaño del tumor primario

T1-Tumor de 2cm o menos en su dimensión mayor

T1mic-Microinvasión de 0.1 cm o menos en su dimensión mayor

T1a-0.1 pero no más de 0,5 cm en

T1b-Tumor mayor de 0.5 pero no mayor de 1 cm en su dimensión mayor

T1c-Tumor mayor de 1 pero no más de 2 cm en su dimensión mayor

T2-Tumor de más de 2 pero no más de 5 cm en su dimensión mayor

T3-Tumor de más de 5 cm en su dimensión mayor

T4-Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a: a) pared del tórax o b) piel, sólo como se describe abajo:

T4a-Extensión a la pared del tórax

T4b-Edema (incluyendo “en cascara mama, o ganglios satélites en la piel confinados a la mama).

T4c-Ambos T4a y T4b

T4d-Carcinoma inflamatorio

Ganglios linfáticos regionales: Clasificación clínica (N)

NX- No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales (p. ej., removidos previamente)

N0- Sin Metástasis ganglionares regionales

N1- Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsolaterales movibles

N2- Metástasis a ganglios linfáticos ipsolaterales fijos o congelados, o en ganglios linfáticos internos en ausencia de metástasis evidentes a ganglios linfáticos axilares

N2a- Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsolaterales fijos uno a otro (congelados) o a otras estructuras.

N2b- Metástasis sólo en ganglios linfáticos mamarios internos ipsolaterales clínicamente aparentes en ausencia de metástasis ganglionares axilares evidentes.

N3- Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsolateral(es) con o sin ganglios linfáticos axilares clínicamente evidentes o en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsolateral(es) clínicamente aparente(s) y en la presencia de metástasis ganglionares axilares clínicamente evidentes o metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales con o sin afectación de ganglios mamarios internos o axilares.

N3a- Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) bilateral(es)

N3b- Metástasis a ganglios linfático(s) axilares mamario (s) interno (s) ipsolaterale (s) y ganglios linfáticos axilares clínicamente aparentes.

N3c- Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales con o sin afectación de ganglios linfáticos mamarios internos o axilares.



Ganglios linfáticos regionales clasificación patológica (pN)

La clasificación se basa en disección ganglionar axilar(ALND) con o sin disección del ganglio centinela (SLND). La clasificación basada en únicamente SLND sin ALND la cual debe asignarse (sn) [p ej., pN0 (i+) (s)]

pNX- No se pueden valorar los ganglios linfáticos regionales (p ej., removidos previamente, o no removidos para estudio de patología)

pN0- Sin metástasis a ganglios linfáticos; sin exámenes adicionales para buscar células aisladas tumor (ITC) (ITC, se define como la presencia de células tumorales únicas o pequeños racimos no mayores de 0.2 mm, usualmente detectadas por métodos inmunohistoquímicos o moleculares, pero que pueden verificarse con hematoxilina y eosina (H&E). Las ITC no evidencia por lo general de actividad tumoral (p. ej., proliferación, reacción estrómica).

pN0 (i-) Sin metástasis ganglionares histológicas y negativas por inmunohistoquímica(IHC)

pN0 (i+)-Sin metástasis ganglionares histológicas pero positivas por IHC, sin ningún racimo mayor de 0.2 mm de diámetro.

pN0 (mol-) Sin metástasis ganglionares histológicas, hallazgos moleculares negativos (reacción en cadena de polimerasa de transcriptasa inversa) (RT-PCR)

pN0 (mol+) Sin metástasis ganglionares histológicas, hallazgos moleculares positivos (por RT-PCR)

pN1 Metástasis en 1 a 3 ganglio(s) linfático(s) axilar(es) ipsolateral(es) y/o ganglios mamarios internos con enfermedad microscópica detectada por SLND, pero no aparentes clínicamente.

pN1mi- Micrometástasis (mayores de 0.2 mm, ninguna mayor de 2.0 mm)

pN1a- Metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares

pN1b- Metástasis a los ganglios linfáticos mamarios internos con enfermedad microscópica detectada por SLND, pero no clínicamente aparentes.

pN1c- Metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares ipsolaterales y en ganglios mamarios internos con enfermedad microscópica detectada por SLND, pero no clínicamente aparentes. Si se asocia con más de tres ganglios linfáticos positivos, los ganglios mamarios internos se clasifican como N3b para reflejar el volumen tumoral.

pN2- Metástasis en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en ganglios linfáticos mamarios internos clínicamente aparentes en ausencia de ganglios linfáticos axilares positivos

– pN2a- Metástasis en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares (cuando menos un depósito tumoral > 2 mm)

– pN2b Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos clínicamente aparentes en ausencia de ganglios axilares positivos

pN3 Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares, o en los infraclaviculares, o en los mamarios internos clínicamente aparentes en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios linfáticos axilares con metástasis microscópicas en los ganglios linfáticos mamarios internos clínicamente negativos; o en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales

pN3a- Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares (cuando menos un depósito tumoral mayor de 2.0 mm), o metástasis a los ganglios infraclaviculares

pN3b- Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos clínicamente aparentes en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios linfáticos axilares con metástasis microscópicas en ganglios linfáticos mamarios internos detectados por SLND, pero no clínicamente aparentes.

pN3c Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares axilares.

Metástasis a distancia

MX- No se puede valorar metástasis a distancia

M0- Sin metástasis a distancia

M1- Metástasis a distancia



Agrupación por etapa TNM en cáncer de mama

Etapa 0- Tis N0 M0

Etapa I- T1 N0 M0 (incluyendo T1mic)

Etapa IIA- T0 N1 M0; T1 N1 M0 (incluyendo T1mic); T2 N0 M0

Etapa IIB- T2 N1 M0; T3 N0 M0

Etapa IIIA- T0 N2 M0; T1 N2 M0 (incluyendo T1 mic) T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

Etapa IIIB- T4 cualquier T N3 M0

Etapa IIIC- cualquier T N3 M0

Etapa IV- cualquier T cualquier N M 1

Fuente: Cigler y Ryan, (2009)

En resumen, estos cinco estadios o etapas van de menor a mayor agresividad, es decir la Etapa 0 el tumor maligno está focalizado lo que significa que el tratamiento será sencillo a comparación de la Etapa IV en la que el tratamiento sólo se ocupará para brindar la mejor calidad de vida posible hasta la muerte de la persona, ya que el cáncer ha hecho metástasis. Así el estadio es determinante para los resultados del tratamiento, así como para las probabilidades que existan de sobrevivir. El INEGI (2016) reporta los siguientes porcentajes de supervivencia según el estadio en que se haya diagnosticado el cáncer:

- Estadío 0= 95%
- Estadío I= 88%
- Estadío II= 66%
- Estadío III= 36 %
- Estadío IV= 7 %

Con dichos porcentajes, se puede apreciar que las probabilidades de sobrevivir disminuyen considerablemente desde el estadio III, siendo en este y el estadio IV en dónde se detectan el 90% de los casos diagnosticados en México (INEGI, 2016).

Afortunadamente, en la actualidad esta última clasificación es aceptada de forma general lo cual, otorga cierto grado de estandarización al momento de tratar la enfermedad que aqueja a cada paciente y facilitación en la comprensión de sus padecimientos.



3.9. TRATAMIENTO

Bayo et al., 2007 mencionan que los tratamientos pueden distinguirse entre locales y sistémicos. Los primeros son la cirugía y la radioterapia, mientras que en los segundos se encuentran la quimioterapia, la hormonoterapia y el tratamiento con anticuerpos monoclonales. Más adelante se describen con mayor detenimiento.

El tipo de tratamiento dependerá del tipo y la extensión del cáncer, por ejemplo, los que se detectan en las primeras fases suelen empezar a tratarse extirpando el tumor. Pero si el cáncer se detecta en etapas avanzadas y se ha expandido a pulmones, hígado, huesos, cerebro u otros órganos, es decir a hecho metástasis, la atención que reciba el paciente tendrá por objetivo el manejo del dolor, y el mantenimiento de una calidad de vida y dignidad de la persona, tratamiento que hoy en día se clasifica como paliativo (Susan G. Komen for the Cure, 2009, citado en INEGI, 2016).

- Operación: su objetivo principal es conseguir la extirpación total del tumor en la mama y en los ganglios linfáticos axilares (Bayo et al., 2007). Pero tiene diferentes variantes:
 - Mastectomía radical modificada, que consiste en la extirpación total de la mama. Esta se indica en casos en los que las mujeres tengan dos o más tumores en la misma mama que estén separados tanto que sea imposible extirparlos a la par, mujeres en las que el tumor sea excesivamente grande o que la relación tamaño tumor/mama no sea adecuada para realizar un tratamiento conservador, mujeres embarazadas (Bayo et al., 2007).
 - Tumorectomía o cirugía conservadora: en este se extirpa el tumor y la zona circundante de tejido normal.

Estas operaciones, comúnmente, se acompañan de la extirpación de ganglios axilares, esto con la finalidad de saber si el cáncer se ha extendido hacia estos ya que a partir de ellos las células tumorales entran al torrente sanguíneo lo que les permite diseminarse por todo el cuerpo



- Radioterapia: consiste en el uso de rayos X u otros tipos de radiación para eliminar o reducir las células tumorales en el área en que se colocan, generalmente se utiliza tras un tratamiento conservador o bien tras una mastectomía en la cual el tumor medio más de 5 cm. Existen dos tipos de este tratamiento:
 - Externa: se administra en sesiones diarias, a través de estas la paciente no tiene contacto directo con la máquina que le administra el tratamiento.
 - Interna o branqueoterapia: consiste en colocar sustancias radioactivas cerca o dentro del tumor las cuales se retiran después de cierto tiempo.
- Quimioterapia: es el uso de medicamentos para bloquear el crecimiento y eliminar a las células tumorales. Se puede administrar vía intravenosa u oral.
- Tratamiento hormonal: se utiliza para eliminar los niveles de hormonas circulantes o para bloquear su efecto, lo cual puede frenar el crecimiento de los tumores de mama hormonosensibles.

3.10. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA EL CANCER

Bayo, et al., 2007 señalan que una de las principales consecuencias negativas de los fármacos usados para combatir el cáncer es que afectan células sanas que el cuerpo necesita para su funcionamiento normal, entre ellas están las células sanguíneas, las del tracto digestivo y las del sistema reproductor. Esto provoca en los pacientes una mayor susceptibilidad a contraer infecciones, sangrar con facilidad y tener una reducción de energía.

Algunos efectos permanentes son la menopausia prematura y la infertilidad y en los casos en los que las mujeres tienen una edad avanzada al recibir los tratamientos es mucho más probable el que su menstruación se pierda junto con su capacidad para quedar embarazada.

El tipo y severidad de efectos siempre va a depender del tratamiento, de su dosis y del tipo. En particular, se sabe que la quimioterapia tiene un gran impacto en el bienestar de las mujeres, encontrándose asociada con la pérdida del deseo sexual, y la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales, ya que puede ocasionar sequedad vaginal, dolor en el coito, disminución de lubricación, pérdida de elasticidad, mayor probabilidad de contraer



infecciones de orina y dificultad para tener un orgasmo. También se sabe causa náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, mucositis, pérdida o ganancia de peso y la pérdida del cabello, sofocos, insomnio e irritabilidad (Bayo et al., 2007).

Además, una de las secuelas de la operación más comunes es el linfedema, ocasionado por una correcta drenación de los vasos linfáticos ocasionando una acumulación de líquidos provocando hinchazón de la mano y el brazo, rigidez o dolor y pérdida de movilidad en toda la extremidad. Ese padecimiento es más común en las mujeres que aparte de realizarse la cirugía fueron sometidas a radioterapia (Bayo, et al., 2007).

Si bien el impacto físico que tienen estos tratamientos es bastante desgastante para las mujeres, debe contemplarse que como todo ser humano también sufre repercusiones que afectan sus aspectos social, personal y psicológico; a los cuáles debe otorgárseles tanta importancia como a lo físico, ya que pueden repercutir gravemente en la salud si se les descuida.

3.11. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

El cáncer no sólo afecta de manera Física a quien lo padece, sino que es una gran amenaza para el bienestar social, funcional y emocional, lo que lleva a los pacientes a realizarse una fuerte cantidad de preguntas sobre sí mismos como el significado de su vida, así como la relación que mantiene con Dios (Zamanian, et al.,2015).

Las complicaciones se presentan desde el momento en que se escucha la palabra cáncer, ya que esta enfermedad sigue viéndose por las mayorías como “... una enfermedad que invade al cuerpo, incurable, misteriosa y que genera sufrimiento y pérdida” , a pesar de numerosos avances en los medios de diagnóstico y tratamientos que han ampliado la supervivencia de los pacientes (Vrban y Fontão, 2007).

Bayo, et al., 2007 consideran que toda persona que ha sido diagnosticada con cáncer sufrirá un proceso de adaptación compuesto de tres momentos clave, el primero es el impacto de la situación actual en el cual puede presentarse negación y ansiedad; el segundo momento es el afrontamiento en dónde se presentan emociones como miedo ira y un estado de ánimo deprimido. La última etapa de este proceso es la adaptación dónde se disminuirán las



alteraciones emocionales previas y hará uso de los recursos personales para disminuir todo malestar.

Los mismos autores mencionan que la afectación puede darse en distintos niveles, empezando en el personal dado el impacto emocional que implica el diagnóstico, afectando la autoestima, provocando la emoción de miedo a los tratamientos, al dolor y a la muerte, entre otras alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad, irritabilidad y estrés. Después está el nivel familiar, el cual sufre un desbalance ya que la mujer descuida muchas de las actividades a las cuáles se encargaba día con día, lo que provoca daños en la comunicación y convivencia; de la mano con este está el nivel conyugal en dónde hay una disminución de la satisfacción a causa de los problemas antes mencionados junto con problemas sexuales. El último nivel es el socio laboral ya que es necesario para la mujer abandonar su rol social y su capacidad de liderazgo además de que pueden presentarse limitaciones físicos y psicológicos para seguir desempeñando el mismo puesto laboral (Bayo, et al., 2007).

En resumen, puede decirse que el cáncer es una enfermedad que afecta a el individuo que la padece de manera total (física, emocional y social), lo que deja ver que tanto la investigación como la intervención realizada sobre este cáncer debe englobar todos esos enfoques para con ello tener las herramientas suficientes para entender y contrarrestar los daños que causa.



Capítulo 4

ESTADO DEL ARTE

4.1 CREENCIAS ACERCA DE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE

Las investigaciones psicológicas que abordan la variable de creencias acerca de la vida después de la muerte, puede considerarse, se rigen por dos objetivos principales el primero es describirlas en diferentes grupos poblacionales y la segunda el encontrar si existe alguna relación entre ella y aspectos clínicos como el duelo o la ansiedad.

Dentro de los autores que han abordado la variable creencias acerca de la vida después de la muerte con relación al aspecto clínico, se encuentran Clarke, Hayslip, Edmondson y Guarnaccia (2003), quienes investigaron si existía algún efecto de la religiosidad y las creencias sobre la vida después de la muerte en el ajuste de duelo en adultos mayores, guiados por la hipótesis de que dichas variables independientes jugarían papeles distintos para adultos mayores y para personas más jóvenes en relación a la vivencia del duelo.

Por su parte, Falkenhain y Handal (2003) se dedicaron a estudiar la relación entre la religión, la creencia en la vida futura y las actitudes de muerte, es decir la ansiedad y aceptación hacia la muerte, en una población de 71 adultos mayores. Encontrando que la correlación más fuerte dentro de estas variables es entre, lo que ellos llamaron, la religión intrínseca y la creencia en la vida después de la muerte, también encontraron una correlación entre religión y ansiedad ante la muerte, aunque de una magnitud muy baja, siendo las variables de ansiedad por muerte y creencia en una vida futura las que no mostraron correlación.

Un año más tarde Benore y Park (2004) publican un artículo denominado “Death-specific religious beliefs and bereavement: belief in an afterlife and continued attachment” en el cual plasman los resultados de diferentes estudios que exploran la relación entre las creencias religiosas, en especial las de la muerte, el estrés y el duelo, encontrando que son varias las investigaciones, como la de Pargament, Magyar y Murray-Swank, 2002 (citado en Benore y



Park, 2004) , que reportan que en su mayoría las creencias religiosas son una gran influencia en el cómo los individuos afrontan alguna situación de pérdida, por lo que consideran las creencias específicas hacia la muerte son fenómenos importantes para conocer el cómo las personas hacen frente a las situaciones que la involucran . Sugiriendo que existen, de manera particular, dos tipos de afirmaciones sobre el tema: las que se refieren a una vida futura y las que buscan un apego continuo con la persona ya fallecida; las cuales son apoyadas ya sea por alguna religión o por una espiritualidad individual.

Benore y Park (2004) mencionan que tanto las creencias en una vida futura como en el posible contacto después de la muerte ayudan a cada persona a la creación de explicaciones satisfactorias y reconfortantes que ayudan a afrontar de manera saludable la pérdida de algún ser querido.

De manera similar a Falkenhain y Handal (2003), Flannelly, et al. (2006) investigaron si existían correlaciones entre las creencias acerca de la vida después de la muerte y seis síntomas psiquiátricos (ansiedad, depresión, obsesión compulsiva, paranoia, fobia y somatización) en una muestra de 1403 adultos en Estado Unidos, encontrando una relación inversa estadísticamente significativa, lo que les llevó a concluir que existen efectos potencialmente saludables de los sistemas de creencias sobre la salud mental.

Relacionado con el trabajo de Flannelly, et al. (2006), Carr y Sharp, (2013) tuvieron como objetivo explorar si las creencias acerca de la vida después de la muerte afectan cinco aspectos psicológicos: ansiedad, cólera, depresión, pensamientos intrusivos y anhelo en adultos mayores que estuvieran viviendo un proceso de duelo por la muerte de su pareja, encontrando que cuando se tiene incertidumbre sobre estas creencias surge angustia, además de constantes pensamientos intrusivos elevados. Además de que las personas que reportan un rechazo a la idea de reunirse con sus seres queridos después de morir reportaban mayores índices de depresión, enojo y pensamientos intrusivos; concluyendo que estas creencias pueden ser desadaptativas para afrontar la pérdida de un cónyuge, sobre todo si se mantienen con incertidumbre o bien si implican aspectos negativos de la vida futura.

Con relación al objetivo de descubrir las concepciones que tienen ciertos grupos poblacionales sobre la vida después de la muerte, se encuentra el trabajo de Vilches (2000),



quien realiza una investigación acerca de concepciones, creencias y sentimientos hacia la muerte en adultos mayores, señalando que su interés por el tema surge ya que ellos conciben la muerte como una de las experiencias más significativas, junto con la procreación y el nacimiento, que otorga sentido a la vida de los seres humanos durante todas las etapas de desarrollo; considerando que las vivencias varían según la edad y las experiencias relevantes de la biografía de cada una.

Así, Vilches (2000), retomando las palabras de Kalish (1975), señala que la conciencia de la presencia próxima de la muerte trae consigo la aceptación o resignación. Reporta que los sujetos participes en su investigación mantienen concepciones hacia la muerte sobre dos vertientes principales, la primera es una visión religiosa en la que la muerte se ve como un equivalente a un tránsito a otra vida (naturaleza espiritual o reencarnación), la otra línea corresponde a la concepción de la muerte como el término, el final de la vida, el cuál contradice por completo la visión religiosa. Las personas que apoyaban la visión religiosa sostenían creencias en otra vida después de la muerte sin embargo en los no religiosos aparecía un deseo por la existencia de esta.

Variando un poco la población está un trabajo titulado “Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes” publicado en 2002 (Hernández y Valdez), el cual tuvo por objetivo, como su nombre lo demuestra, el conocer el significado que atribuyen 60 jóvenes a la vida y la muerte, mediante redes semánticas, encontrando que estas concepciones dependen principalmente del contexto social y cultural en que se desenvuelven las personas. Además, observaron que la vida y la muerte se conciben como polos opuestos parte del proceso de vivir. En cuanto a la concepción de muerte se encontró está altamente relacionada con los sufrimientos, y vista como el final o cese de las funciones vitales y un estado de trascendencia y paz, es decir un paso a otro nivel de existencia de corte espiritual, que puede llevar a Dios o al infierno.

Asimismo Pinazo y Bueno (2004) decidieron explorar las representaciones sociales de la muerte, enfatizando los elementos diferenciadores con respecto a la edad y el género siendo su foco de atención la población adulta ya que consideran que los sujetos que pertenecen a este grupo tienen una vivencia más cercana al final de la vida debido a que es más común sufran la pérdida de números amigos, conocidos o familiares en un lapso de tiempo menor;



lo que ellos encontraron fue que las personas con mayor edad presentaban una mayor aceptación a la muerte, considerándolo como algo cercano e inevitable, además se encontraron diferencias en cuanto a la ritualización, presentando los grupos más jóvenes menor inclinación a realizar este tipo de prácticas.

Enriqueciendo estos estudios Perkins, Cortez y Hazuda, (2012), conscientes de que la mayoría de las investigaciones se enfocan en el cómo las creencias acerca de lo que ocurre en el momento de la muerte afectan la experiencia de morir y su ayuda en el cuidado final de la vida, se dieron a la tarea de describir esas creencias en tres grupos étnicos diferentes formados por pacientes de un hospital, tomando en cuenta la gran influencia que implica la cultura en la formación de las creencias: mexicoamericanos, euroamericanos y afroamericanos. Sus resultados fueron reportados con la intención de identificar a las creencias que pudieran caracterizar cada grupo, encontrando que únicamente los estadounidenses podían relacionarse con cierto tipo de creencias como el que la muerte separa a los vivos de los muertos, otros grupos fueron conformados por el tipo de creencia, pero considerando otras variables sociodemográficas como el género, así las mujeres estadounidenses sostienen la creencia de que algunos sentidos persisten después de la muerte. De igual manera encontraron muchas creencias que podían caracterizar sólo a individuos particulares como cuál signo fisiológico define el momento de la muerte.

Perkins, et al., (2012) también mencionan que las creencias personales acerca de lo que sucede en la muerte influyen en si los pacientes la aceptan o le temen, y si los sobrevivientes la recuerdan con alivio o pesar.

Se puede observar que de manera general las investigaciones que abordan las creencias sobre la vida después de la muerte han abordado a personas vulnerables como son los adultos mayores y personas con alguna enfermedad; existiendo ciertas excepciones como el trabajo de Hernández y Valdez (2002), lo cual es una iniciativa muy enriquecedora ya que como bien lo menciona Vilches (2000) es un tema que otorga sentido a la vida del ser humano durante todas las etapas de desarrollo.



4.2. RELIGIOSIDAD, ENFERMEDAD Y CANCER

Los estudios presentados en esta sección contemplan la posible relación existente entre la religiosidad, las enfermedades y de manera particular el cáncer, dado el interés particular de la investigación; es importante contemplar que la religiosidad es abordada como un término multidimensional que incluye creencias y comportamientos específicos (Hackey y Sanders, 2003; en Caplan, Sawyer, Holt, y Brown 2014).

Mcgrath (2003) menciona que una enfermedad que amenaza la vida es una crisis de la vida que intensifica la búsqueda del significado por parte del individuo, coincidiendo con Handzo (1996; citado en Mcgrath, 2003) quien expresó que un diagnóstico que pone en peligro la vida, evoca el potencial existencial y las preocupaciones espirituales, asumiéndose que debido a esta crisis los pacientes terminales están predispuestos a refugiarse en la religión. Así mismo, Parra, García e Insuasty, 2011 mencionan que el diagnóstico de cáncer al asociarse con el sufrimiento y la muerte tiene una connotación negativa que, generalmente, implica una crisis vital.

Pero existen cuestionamientos que aún quedan por responder sobre el tema como ¿Qué significa la noción de espiritualidad?, ¿Es más probable que las personas que sufren alguna enfermedad terminal se vuelvan hacia la enfermedad?, ¿Cómo individuos sin creencias apegadas a religiones tradicionales afrontan la muerte? ¿Los individuos religiosos, o los que no lo son, creen en la noción de una vida futura? Si es así ¿Tiene esto importancia a cómo conciben el morir? (Mcgrath, 2003). Algunos de los cuales son respondidos por las investigaciones presentadas a continuación.

Trill (2003) se dio a la tarea de describir algunos aspectos de algunos individuos que afectan su respuesta al proceso oncológico, entre ellos las atribuciones causales, las actitudes ante el dolor y las actitudes ante la muerte y los rituales de duelo; esto porque, para la autora, el sufrir una enfermedad crónica o aceptar una limitación física permanente trae consigo diferentes significados para cada persona según el entorno cultural en el que se desenvuelva. Su interés por trabajar con pacientes oncológicos surge debido a que el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas, de manera general, se tiene una fuerte asociación al



sufrimiento, al dolor y a la muerte con sus variaciones individuales; variaciones que dependen de factores sociales o de personalidad.

Sobre las actitudes ante la muerte Trill (2003) reporta que las creencias en una vida después de la muerte refleja una actitud negadora de la vida; lo que quizá se relaciona con la creencia de que la vida en este mundo está llena de sufrimiento y de que la muerte implica una apertura a una vida mejor.

También existen trabajos como el de T. González (2004) donde se reporta, de manera general, que las creencias religiosas tienen altos beneficios en el proceso de salud-enfermedad; ejemplo de ellos es el trabajo de Crane (2009) en el cual se enfatiza la ayuda que proporciona la religión a los pacientes con alguna enfermedad como el cáncer, a adaptarse mejor y hacer frente a su enfermedad de manera psicológica mediante aspectos como el afrontamiento, el apoyo, la esperanza y el significado.

Sobre la misma línea, Galvis-Lòpez, y Pèrez-Giraldo (2011) realizaron un estudio, de corte cuantitativo, para comparar la perspectiva espiritual que tienen las mujeres que padecen cáncer propio del sexo femenino (senos, útero, ovarios) y de las mujeres diagnosticadas con otros tipos de cáncer. Resultando que a pesar de que no existen diferencias, ambos grupos reportan que el tener una perspectiva espiritual moderada puede ser parte esencial para el cuidado integral.

Los significados que las personas otorgan a la vida y a la muerte se ven alterados por la aparición de enfermedades crónicas debido a la incertidumbre que conllevan por las pérdidas, el dolor, la vulnerabilidad y el miedo a la muerte. Así mismo mencionan que las respuestas que surgen para la enfermedad varían dependiendo de si se tiene un padecimiento de corta duración o uno de larga duración, además de si el tratamiento es resolutivo o paliativo, o si trae consigo mutilación o invalidez (Galvis-López y Pérez-Giraldo, 2011). También Parra, et al., 2011 reportan que el vivir tratamientos con efectos secundarios tan sevros como la quimioterapia afecta las creencias, los deseos y las relaciones de cada mujer, también mencionan que las mujeres perciben una falta de apoyo psicosocial, generalmente en las etapas del diagnóstico y la etpa inicial del tratamiento.



De manera similar, Balboni, et al. (2007) en su trabajo “*Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life*”, examinaron la religiosidad y el apoyo espiritual en pacientes con cáncer avanzado y sus asociaciones con la calidad de vida, preferencias de tratamiento y la planificación avanzada de la atención, encontrando que la mayoría de los participantes consideraban que la religión jugaba un papel importante en su vida, sin embargo casi la mitad de la población reportó que sus necesidades espirituales recibían un apoyo mínimo por parte de la comunidad religiosa a la que pertenecían, así como que el 72% informó que el sistema médico otorgaba un apoyo mínimo o nulo dichas necesidades.

Los datos reportados por Balboni, et al. (2007) acerca del apoyo por parte de las comunidades religiosa y médica resultaron importantes ya que se encontró que tenían una asociación estadísticamente significativa con la calidad de vida de los pacientes. Por último, un dato relevante a mencionar sobre sus resultados es que la religiosidad mostró una asociación estadísticamente significativa con el deseo de tomar todas las medidas para extender la vida.

Puentes, Urrego, y Sánchez (2015) mediante entrevistas a profundidad exploraron la influencia tanto de la espiritualidad como de la religiosidad de mujeres con cáncer de mama en el cómo de asumen, enfrentan y significan la enfermedad, tomando como base la idea de que la enfermedad física trae consigo cambios corporales, psíquicos, emocionales y sociales que a su vez conllevan la reconstrucción de significados que dan sentido a la vida del individuo, lo cuales se fomentan en específicos marcos socioculturales, espacios donde la religión es un pilar de suma importancia.

Siguiendo la misma línea, Fernández (2015) realiza un estudio con la finalidad de explorar la influencia que tienen el nivel de percepción del sentido de la vida, el locus de control, y de las creencias religiosas y espirituales en el tipo de afrontamiento del cáncer de mama encontrando que de los 60 participantes que fueron partícipes del estudio, la mayoría (el 60%) manejaba un afrontamiento no adaptativo que era influenciado por creencias y prácticas religiosas y espirituales que no cuentan con el apoyo social de pertenecer a una comunidad religiosa, además de un locus de control externo y un logro interior de sentido medio. Tomando a las creencias religiosas y espirituales como el conjunto de prácticas que realiza



todo aquel que profesa una religión y a la religiosidad como un conjunto de sistemas de creencias, prácticas y valores, que giran alrededor de tradiciones culturales. De manera específica, sobre las creencias religiosas y espirituales Fernández (2015) señala que afectan las decisiones de las personas que las poseen.

Esto no solo se ha observado en la cultura occidental, ya que hay estudios como el de Zamanian, et al. (2015) que reportan que mujeres con cáncer de mama habitantes de la India indican que los tipos de estrategias de afrontamiento religioso utilizados están relacionados altamente con la calidad de vida, es decir, reportaron que las pacientes con cáncer de mama con comportamientos o cogniciones religiosos negativos como el creer que fueron abandonados o castigados por Dios o su iglesia, o bien cuestionar el amor o la devoción de Dios; mientras que las mujeres que buscan fuerza y amor en Dios pueden tener una mejor calidad de vida o además de que destacaron la importancia del apoyo religioso en la atención del cáncer de mama

Martínez, Méndez y Ballesteros (2004) se fijaron el objetivo de describir y analizar las relaciones entre variables espirituales y religiosas y las características sociodemográficas y de la enfermedad de los pacientes; esto a través de una entrevista semiestructurada, que les permitiera identificar las conductas espirituales y religiosas específicas que caracterizan a los diferentes tipos de pacientes oncológicos de acuerdo a las fases de la enfermedad (aguda, crónica o de resolución) y la respuesta al tratamiento; así como el analizar las relaciones entre religiosidad y espiritualidad. Consolidando el trabajo titulado “Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología” con el cual se obtuvo como resultado un incremento de religiosidad y espiritualidad a partir de la enfermedad; confirmando, también el efecto de apoyo y bienestar que dan la religión y la espiritualidad.

En contraste, autores como Mcgrath, (2003) reportan que al enfrentar una enfermedad terminal, considerada como una crisis de vida que intensifica la búsqueda de sentido, la mayoría de los individuos participes de su estudio “Religiosity and the challenge of terminal illness” no reportaron una búsqueda de consuelo en lo religioso o la conversión a alguna religión como respuesta al reto de la enfermedad; sin embargo los pocos participantes que reportaron acoger la religión cuando enfrentaron la enfermedad grave no eran aquellos que



no practicaban ninguna religión sino aquellos que ya tenían creencias religiosas, las cuales solo fueron fortalecidas. Entre las creencias reportadas por los participantes en el estudio de Mcgrath (2003) se encontró la creencia en una vida futura la cual era descrita como reconfortante ya que esto significaría que no estarían separados definitivamente de sus seres queridos, otorgándoles también, una protección general contra el miedo a la muerte, dando pie a la creencia de que su propia vida no terminará, sino que continuará en alguna forma diferente.

Además de dichos resultados, en el mismo estudio también se reportó que los participantes, a pesar de declarar no ser religiosos, mostraban una serie de perspectivas espirituales, es decir tenían una gama de creencias que les permitía una búsqueda abierta de significados. Estas personas no religiosas estaban en desacuerdo con la idea de la existencia de una vida futura sin embargo esto se mezclaba con el deseo emocional de reunirse con los miembros de la familia o seres queridos.

Por otro lado, Caplan, et al. (2014) realizaron el estudio “*Religiosity After a Diagnosis of Cancer Among Older Adults*” en el cual examinaron los cambios en la religiosidad de algunos sobrevivientes de cáncer mayores de 65 años a través de entrevistas realizadas el año de diagnóstico y cuatro años después; encontrando que las personas recién diagnosticadas eran mayormente propensas a disminuir, únicamente, su asistencia a la iglesia. Sin embargo, detectaron que existe estabilidad en la religiosidad a lo largo del tiempo, incluso con un diagnóstico de cáncer. Los autores hipotetizan que la falta de diferencias estadísticamente significativas puede deberse a falta de especificidad en las muestras, es decir en el diagnóstico recibido de cáncer, particularmente la etapa en el momento del diagnóstico.

Una visión general de estos estudios, es que rescatan una amplia gama de beneficios que puede tener la religiosidad sobre la enfermedad, además de describir algunas de las variables que podrían influir en cómo actúa, como el tiempo de diagnóstico el estadio de la enfermedad.



4.3. CREENCIAS ACERCA DE LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA

En cuanto a las creencias acerca de la vida después de la muerte estudiadas específicamente en las mujeres con cáncer de mama, que es la población de estudio para la presente investigación; fueron escasos los trabajos que se encontraron relacionados sin embargo se presentan los datos más relevantes localizados.

Vargas (2012) exploró a través de entrevistas a profundidad las vivencias de mujeres que padecen el cáncer de mama, incluyendo variables como el impacto del diagnóstico, la importancia del apoyo social y de una vida saludable, así como el miedo que se genera a la muerte. Pudo deducir, entre otras cosas, que las personas que tienen que lidiar con enfermedades, que se catalogan como terminales, padecen constantemente pensamientos sobre la muerte, lo que muchas veces produce en ellos ansiedad y depresión. También estos pensamientos constantes producen en la autopercepción y la percepción de su vida cambios drásticos como un mayor cuidado para generar una vida sana.

Relacionado con lo antes mencionado, Palacios-Espinosa, et al. (2015) con una perspectiva cualitativa decidieron explorar el significado de la vida y la muerte que tienen las mujeres colombianas que padecen cáncer de mama y que se encontraran en tratamiento, esto tomando como base la teoría de las representaciones sociales. Justificando su estudio por la falta de investigaciones que aborden el significado de la vida y la muerte.

Palacios-Espinosa, et al. (2015) mencionan que la muerte es esencial para el significado de la vida, y que es parte esencial y única de la conciencia humana; dicho constructo es elaborado de manera individual, pero se comparte cultural y socialmente, obteniendo un gran valor en la existencia humana.

Encontraron que con el sentido de la muerte se encuentran asociados tipos de afrontamiento negativos como el ocultar el diagnóstico de cáncer por su asociación con el sufrimiento y la reacción emocional negativa que causa, al igual que el evitar hablar de la enfermedad. Además de detectar que el cáncer representa un recordatorio de su mortalidad, hasta el grado de considerarse la muerte un sinónimo de la muerte. Detectaron también que



la religiosidad es un constante en las mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama, la cual las ayuda a estabilizarse y les otorga un Dios que va a tener tanto o más poder que su cáncer para quitarle la vida, así como para transmitirles tranquilidad.

Describen que estas mujeres, al tener cierta cercanía con la muerte ha resignificado y valorado varios aspectos de su vida cotidiana, sin embargo, es un tema que ellas ven como ajeno.



Capítulo 5

METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término “Creencias” ha sido abordado por una amplia gama de investigadores de diferentes vertientes del conocimiento como Filosofía, Teología y Psicología, siendo la última la que ha trabajado el tema de manera empírica. Dentro de la Psicología son varios los autores que se han dedicado a su estudio (Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975; Pepitone, 1991); sin embargo, dada la amplitud de asociaciones que pueden hacerse entre creencias y atributos, conceptos u objetos, las motivaciones de cada investigador suelen variar en demasía.

De manera particular las creencias acerca de la vida después de la muerte han sido exploradas con un enfoque clínico y se les ha relacionado con aspectos como el duelo, ansiedad y afrontamiento (Clarke, et al. 2003; Falkenhain y Handal, 2003; Benore y Park, 2004; Flannelly, et al., 2006; Carr y Sharp, 2013); otras tantas han tratado de describir dichas creencias (Hernández y Valdez, 2002; Pinazo y Bueno (2004); Vilches, 2000; para así conocer las concepciones que se tienen sobre ellas en determinados grupos poblacionales.

Este estudio fue diseñado para investigar la relación entre las creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y dependiendo el estadio en el que les fuera localizado. Dicha población se eligió debido a que en la actualidad son una población que cobra gran relevancia social en México, dado su alto porcentaje de morbilidad y mortalidad (INEGI, 2016). Considerando, también, que el cáncer no sólo afecta de manera física a quien lo padece, sino que ataca el ámbito social, funcional y emocional, lo que conduce a cuestionarse sobre aspectos del sentido de la vida y la muerte (Zamarian, et al., 2015).

Específicamente se abordarán las creencias religiosas y científicas; las primeras incluyen objetos y lugares sagrados, eventos sobrenaturales que giran alrededor de una deidad, obediencia hacia él y el rezo, lo que generalmente se lleva a cabo dentro de organizaciones estructuradas (Pepitone, 1991); mientras que las creencias científicas tienen un sustento



empírico. Ambas forman una aparente dualidad que tiene una co-existencia en diferentes preguntas de la vida cotidiana, como lo son ¿Cuál es el origen de los seres humanos?, ¿Cuál es el sentido de la vida?, ¿Existe Dios?, ¿Cuál es la naturaleza del hombre? y por supuesto ¿Qué pasa después de que los seres humanos mueren?

La estadificación se consideró importante de explorar dada la gran diferencia que existe entre los porcentajes de supervivencia según el diagnóstico. El INEGI (2016) reportó hasta un 66% de supervivencia entre el estadio 0 o carcinoma *in situ*, estadio 1 y estadio 2; sin embargo, las probabilidades en los estadios 3 o localmente avanzado y estadio 4 o metástasis se encuentra un porcentaje entre 7 y 33%.

Por los datos antes mencionados, es preciso explorar hacia qué visión (científica o religiosa) muestran mayor inclinación las creencias de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en estadios tempranos y estadios tardíos de la enfermedad, debido a la asociación cultural que se tiene entre cáncer y muerte y como ciertas variables individuales pueden influenciar en lo que se cree acerca de ello (Trill, 2013).

5.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

5.2.1. Pregunta de Investigación Central:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra su enfermedad?

5.2.2 Preguntas de Investigación Específicas

1. ¿Hacia qué visión (científica o religiosa) tienden las creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios tempranos (0, 1 y 2)?
2. ¿Hacia qué visión (científica o religiosa) tienden las creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios avanzados de la enfermedad (3 y 4)?



3. ¿Existe una tendencia congruente y excluyente entre las creencias científicas o religiosas de la vida después de la muerte en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama?
4. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en el que se encuentre su enfermedad (0,1,2,3,4)?
5. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su edad?
6. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su estado civil?
7. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su escolaridad?
8. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a la religión con la que se identifican?
9. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al número de hijos que tienen?
10. ¿Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al tiempo en que ha transcurrido tras su diagnóstico?



5.3. OBJETIVOS

5.3.1. *Objetivo Central:*

Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra su enfermedad.

5.3.2. *Objetivos específicos*

1. Conocer hacia qué visión (científica o religiosa) tienden las creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios tempranos (0, 1 y 2).
2. Conocer hacia qué visión (científica o religiosa) tienden las creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en los estadios avanzados de la enfermedad (3 y 4).
3. Identificar si, existe una tendencia congruente y excluyente entre las creencias científicas o religiosas de la vida después de la muerte en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
4. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en el que se encuentre su enfermedad (0,1,2,3,4).
5. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su edad.
6. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su estado civil.
7. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su escolaridad.



8. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a la religión con la que se identifican.
9. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al número de hijos que tienen.
10. Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al tiempo transcurrido tras recibir su diagnóstico.

5.4. HIPOTESIS

5.4.1. Hipótesis Central:

Se presentará una diferencia estadísticamente significativa en las creencias acerca de la vida después de la muerte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, ya que las que se encuentran en los estadios más avanzados (3 y 4) de la enfermedad tendrán mayor inclinación hacia las creencias acerca de la vida después de la muerte que tienen una base religiosa a comparación de quienes están en los primeros estadios (0, 1 y 2), quienes se inclinarán a favor de las que se sustentan en la ciencia.

5.4.2. Hipótesis específicas

1. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en los estadios más avanzados (3 y 4) de la enfermedad tendrán una inclinación hacia las creencias acerca de la vida después de la muerte que tienen una base religiosa.
2. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encuentran en estadios tempranos (0, 1 y 2) de la enfermedad se inclinarán a favor de las creencias acerca de la vida después de la muerte que se sustentan en la ciencia.



3. Existe una tendencia congruente y excluyente entre las creencias científicas o religiosas de la vida después de la muerte en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.
4. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en el que se encuentre su enfermedad (0,1,2,3,4).
5. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su edad.
6. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su estado civil.
7. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su escolaridad.
8. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación la religión con la cual se identifican.
9. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al número de hijos que tienen.
10. Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al tiempo que ha transcurrido tras su diagnóstico.

5.5. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva, de campo, y transversal, con un diseño ex post facto e intragrupo.



5.6. VARIABLES

Definiciones conceptuales:

- Independiente: *Estadificación del cáncer de mama*: descripción de la gravedad de la enfermedad en cuanto al tamaño y extensión del tumor primario además de la extensión de este a otras partes del cuerpo (Instituto Nacional de Cáncer, 2015).
- Dependiente: *Creencias acerca de la vida después de la muerte*: probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objetivo, valor, concepto o atributo entendiéndose como enlaces entre objetos y atributos Fishbein y Ajzen (1975; p.12).
- SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad, estado civil, escolaridad, religión, número de hijos y tiempo de diagnóstico.

Definición operacional: Medidas a través de los datos recopilados a través del instrumento de medición, que se realizó como parte de esta investigación.

5.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para fines de la investigación se trabajó con una población conformada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con nacionalidad mexicana, que se encontraran en algunos de los estadios de la enfermedad (0, 1, 2, 3 y 4); La muestra se eligió de manera no probabilística, por cuota y constó de 177.

Criterio de inclusión

- Mujeres que hayan recibido un diagnóstico formal de cáncer de mama.
- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que sean mayores de 30 años.

Criterio de exclusión

- Mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama menores de 30 años.
- Mujeres que rechacen participar



Criterios de eliminación

- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que desconozcan el estadio de su enfermedad
- Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no contestaran el instrumento en su totalidad.

5.8. INSTRUMENTO

Con la finalidad de explorar la variable dependiente creencias acerca de la vida después de la muerte en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, se diseñó un cuestionario de medición, el ICAVDEM (Instrumento de Creencias Acerca de la Vida Después de la Muerte), de tipo escala Likert de cinco puntos (1=Totalmente en desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4=De acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo), compuesto por 44 reactivos constituidos por dos categorías las cuales están basadas en las dos visiones principales que se tienen en la actualidad sobre este tema en el mundo occidental.

- Categoría 1- Creencias religiosas: Compuesta de 23 afirmaciones basadas en una visión dualista/creacionista que afirma la existencia de un alma, la cual es independiente del cuerpo, por lo que sobrevive a la muerte física de cada individuo (Wilber, et al., 2006), en palabras de Cerejido (2004) esta es postura mayormente compartida población, aceptando que el mundo, junto con el hombre ha sido creado por un ser todo poderoso.

Dichas creencias son representadas principalmente por el Cristianismo, el Judaísmo y el Catolicismo; las cuales manejan varios mitos como la creencia en paraísos finales y escatológicos, lo que fomenta la realización de todo, tomando como base la contemplación del futuro, esperando que para entonces todo sea mejor (De la Pienda,, 1999).

- Categoría 2- Creencias científicas/materialistas: Se compone de 21 afirmaciones que reconocen la existencia de una conciencia que surge de la actividad cerebral, por lo



que al extinguirse la actividad corporal no perdura nada (Wilber, et al., 2006); aquí, la muerte se asume como parte del proceso biológico de la vida, perspectiva que se adquiere a través de la educación y aceptación de datos basados en la evidencia científica (Cerejido, 2004).

5.9. PROCEDIMIENTO

Para cumplir con el objetivo de la investigación se buscó conseguir el acceso tanto a hospitales, como a grupos de apoyo enfocados en la atención de la población en cuestión dentro de la Ciudad de México. Para conseguir entrar a dichos lugares fue necesario presentar un proyecto de investigación que incluyera el instrumento de medición que se aplicaría, para que fuera evaluado por el comité de ética de cada institución, para así garantizar la integridad de los sujetos con que se trabajaría.

Se obtuvo permiso para acceder a dos grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama (Grupo de Recuperación Total Reto y la Asociación mexicana contra el cáncer Cima*b), en lo cuáles la aplicación se llevaba a cabo al concluir sesiones de apoyo para las mujeres. También se obtuvo el permiso para ingresar al el Centro Médico Nacional XX de noviembre, específicamente al Área de Oncología quirúrgica-Clínica de la mama, en dónde la sala de espera fue el espacio para que se llevara a cabo la aplicación.

Una vez que a las mujeres se les explicaba brevemente el objetivo de la investigación y se les aseguraba la confidencialidad de los datos, se les pedía su apoyo para contestar la escala de medición. Aquellas que accedían participar recibían las instrucciones y se les resolvían todas las dudas que llegaran a surgir.

Se presentaron casos en los que las mujeres necesitaban apoyo para el llenado del cuestionario, debido a limitantes físicos como una mala visión, dolor en el brazo a causa de linfedema, recuperación de cirugía, o una muy mala visión.

La aplicación se llevó a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2016, una vez concluida se procedió a los análisis estadísticos para conocer los resultados.



Capítulo 6

RESULTADOS

6.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS Y FRECUENCIAS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos de los porcentajes y frecuencias de las variables sociodemográficas escolaridad, sexo, edad y estado civil de la muestra constituida por 177 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, el 37.3% se encontraba entre los 51 y 60 años. El 52% reportó ser casada; en cuanto a la escolaridad el 36.7% dijo tener el grado de licenciatura o haber obtenido un posgrado. La religión católica es practicada por el 80.2% del total de los sujetos. El 31.1 % tan sólo tenía dos hijos y el 52.5 % haber sido diagnosticada entre los años 2014-2016.

TABLA 1. Análisis de Frecuencias de las Variables Sociodemográficas

	Variable sociodemográfica	Frecuencia	Porcentaje
<i>EDAD</i>	30-40	21	11.9
	41-50	36	20.3
	51-60	66	37.3
	61-en adelante	54	30.5
	Total	177	100
<i>ESTADO CIVIL</i>	Soltera	45	25.4
	Casada	92	52.0
	Viuda	18	10.2
	Divorciada	13	7.3
	Unión libre	9	5.1
	Total	177	100
<i>ESCOLARIDAD</i>	Primaria	25	14.1
	Secundaria	39	22
	Bachillerato	48	27.1
	Lic. o Posgrado	65	36.7
	Total	177	100
<i>RELIGIÓN</i>	Ninguna	12	6.8
	Católica	142	80.2
	Otra	23	13.0
	Total	177	100
<i>NÚMERO DE HIJOS</i>	Ninguno	28	15.8
	1	33	18.6
	2	55	31.1
	3	37	20.9
	4 o más	24	13.6
	Total	177	100
<i>TIEMPO DE DIAGNÓSTICO</i>	2014-2016	93	52.5
	2011-2013	33	18.6
	2008-2010	21	11.9
	2007-años anteriores	30	16.9
	Total	177	100

6.1.1.



6.1.2. Estadísticos descriptivos y frecuencias de la variable independiente

En la tabla 2a se muestran los estadísticos descriptivos de los porcentajes y frecuencias de la variable independiente estadios agrupados del cáncer de mama, correspondiente el 64.4% a los estadios tempranos y el 35.5 a estadios tardíos.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
ESTADIOS AGRUPADOS	Estadios tempranos	114	64.4
	Estadios tardíos	63	35.5
	Total	177	100

Con la intención de obtener mayor información, sobre la muestra los estadios que componen la variable independiente se desglosaron, en la tabla 2b se muestran los estadísticos descriptivos y frecuencias de estos, siendo el 32.2 % mujeres que fueron diagnosticadas de cáncer de mama en el estadio II.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
ESTADIOS	Estadio 0	12	6.8
	Estadio I	45	25.4
	Estadio II	57	32.2
	Estadio III	37	20.9
	Estadio IV	26	14.7
	Total	177	100

6.1.3. Análisis de la variable dependiente

El estudio de la Variable Dependiente Creencias acerca de la vida después de la muerte, se dividió en dos categorías: Creencias religiosas y Creencias científicas/materialistas; conformadas respectivamente con afirmaciones relacionadas con explicaciones que apoyan cada perspectiva.

En las Tablas 3a se observan los descriptivos sobre la categoría creencias científicas/materialistas que según muestran los resultados exponen una aceptación dudosa por parte de las mujeres con cáncer de mama. Observándose una tendencia de las mujeres a rechazar la idea de que la ciencia es la única posibilidad del ser humano para prolongar la vida por el tiempo deseado ($\bar{X}=2.79$) así como a la idea de que los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida ($\bar{X}= 2.84$).



Tabla 3a. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio: creencias científicas/materialistas

ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Media
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
1. La muerte es el cese irreversible de las funciones del organismo	74	41.8	63	35.6	8	4.5	8	4.5	24	13.6	3.88
2. La existencia de todo individuo termina al morir	43	24.3	65	36.7	13	7.3	31	17.5	25	14.1	3.40
5. La explicación que da la ciencia acerca del final de la vida es la más razonable	15	8.5	68	38.4	50	28.2	33	18.6	11	6.2	3.24
9. La muerte de un ser humano es el final de su existencia	36	20.3	74	41.8	9	5.1	43	24.3	15	8.5	3.41
13. La ciencia es la única posibilidad del ser humano para prolongar la vida por el tiempo deseado	17	9.6	42	23.7	26	14.7	70	39.5	22	12.4	2.79
14. Para todo ser humano es imposible regresar de la muerte	43	24.3	61	34.5	33	18.6	29	16.4	11	6.2	3.54
16. La oportunidad de gozar termina al momento de morir	27	15.3	59	33.3	36	20.3	37	20.9	18	10.2	3.23
17. Después de morir es imposible enmendar errores	44	24.9	67	37.9	29	16.4	23	13.0	14	7.9	3.59
18. Cuando un hombre muere su capacidad sensitiva se extingue con él	36	20.3	73	41.2	35	19.8	19	10.7	14	7.9	3.55
19. El desarrollo tecnológico es el único que ha proporcionado herramientas para prolongar la llegada de la muerte	21	11.9	62	35.0	27	15.3	52	29.4	15	8.5	3.12
20. Cuando una persona muere es imposible volver a tener contacto con ella	40	22.6	61	34.5	33	18.6	28	15.8	15	8.5	3.47
24. El hombre es un ser finito que depende completamente de su organismo	27	15.3	81	45.8	16	9.0	38	21.5	15	8.5	3.38
26. Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida	34	19.2	71	40.1	29	16.4	30	16.9	13	7.3	3.47
29. Los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida	20	11.3	43	24.3	30	16.9	56	31.6	28	15.8	2.84
30. Cuando un individuo muere es imposible que recupere la vida	39	22.0	76	42.9	25	14.1	22	12.4	15	8.5	3.58
32. las personas dejan de existir completamente cuando mueren	30	16.9	61	34.5	23	13.0	49	27.7	14	7.9	3.25
35. La ciencia es la única posibilidad de encontrar formas de salvar al ser humano de la muerte	18	10.2	57	32.2	28	15.8	56	31.6	18	10.2	3.01
36. El fin de la existencia de todo ser humano ocurre con la muerte	35	19.8	86	48.6	16	9.0	26	14.7	14	7.9	3.58
41. La ciencia es la única capaz de brindar al hombre una mayor esperanza de vida	31	17.5	74	41.8	28	15.8	32	18.1	12	6.8	3.45
42. La muerte es un estado irreversible	44	24.9	80	45.2	21	11.9	19	10.7	13	7.3	3.69
44. Después de morir es imposible asumir las consecuencias de los actos realizados en vida	34	19.2	78	44.1	35	19.8	20	11.3	10	5.6	3.60

En la tabla 3b se presentan los reactivos correspondientes a la categoría Creencias religiosas en la cual pueden encontrarse afirmaciones con mayor aceptación como la idea de que la muerte es la parte inmortal del ser humano ($\bar{x}=4.03$), o que el hombre está conformado por un alma y un cuerpo ($\bar{x}=4.18$).



TABLA 3b. Estadísticos descriptivos de la categoría de estudio: creencias religiosas

ÍTEMS	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		Media
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
3. El alma es la parte inmortal del ser humano	68	38.4	77	43.5	11	6.2	12	6.8	9	5.1	4.03
4. Después de su muerte los justos recibirán una vida eterna en el paraíso	41	23.2	65	36.7	43	24.3	17	9.6	11	6.2	3.61
6. Tomando en cuenta sus méritos, dios juzgará a todos los hombres al morir.	46	26.0	79	44.6	23	13.0	15	8.5	14	7.9	3.72
7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial	20	11.3	36	20.3	49	27.7	50	28.2	22	12.4	2.90
8. Las personas que mueren resucitarán cuando llegue el juicio final	36	20.3	66	37.3	35	19.8	21	11.9	19	10.7	3.45
10. El hombre está conformado por un alma y un cuerpo	66	37.3	93	52.5	7	4.0	6	3.4	5	2.8	4.18
11. Toda persona que siga la ley de dios gozará de la vida eterna	58	32.8	73	41.2	20	11.3	14	7.9	12	6.8	3.85
12. El alma de los seres humanos es inmortal	50	28.2	67	37.9	26	14.7	24	13.6	10	5.6	3.69
15. Al morir el alma de los seres humanos va al encuentro de dios	55	31.1	74	41.8	26	14.7	14	7.9	8	4.5	3.87
21. Algunos pecados conducen al sufrimiento de penas después de morir	19	10.7	47	26.6	31	17.5	53	29.9	27	15.3	2.88
22. Aquel que siga las reglas de dios será recibido en el reino de los cielos después de su muerte	47	26.6	67	37.9	29	16.4	16	9.0	18	10.2	3.62
23. El hombre tiene un alma que prevalece después de la muerte	47	26.6	63	35.6	30	16.9	26	14.7	11	6.2	3.62
25. Aún después de la muerte el alma conserva la capacidad de sentir	17	9.6	42	23.7	43	24.3	59	33.3	16	9.0	2.92
27. Al igual que dios el alma del hombre es inmortal	41	23.2	55	31.1	30	16.9	35	19.8	16	9.0	3.40
28. Dios es el único que puede regresar al hombre a la vida	51	28.8	71	40.1	23	13.0	16	9.0	16	9.0	3.71
31. En la biblia se encuentra la verdad absoluta acerca del destino que tendrán los hombres al morir	30	16.9	61	34.5	45	25.4	26	14.7	15	8.5	3.37
33. Todo aquel que obra en contra de los preceptos de dios será sujeto de una condena al morir sino se arrepiente	28	15.8	62	35.0	36	20.3	32	18.1	19	10.7	3.27
34. A la muerte todo ser justo obtendrá un descanso eterno otorgado por dios	46	26.0	80	45.2	27	15.3	13	7.3	11	6.2	3.77
37. Dios concedió a los hombres la inmortalidad del alma	46	26.0	73	41.2	27	15.3	19	10.7	12	6.8	3.69
38. En la vida eterna el cuerpo se presentará de forma celestial	33	18.6	60	33.9	43	24.3	28	15.8	13	7.3	3.41
39. El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento	25	14.1	52	29.4	45	25.4	36	20.3	19	10.7	3.16
40. Creo en la resurrección de los seres humanos	36	20.3	66	37.3	38	21.5	22	12.4	15	8.5	3.49
43. En el momento de la muerte el alma es juzgada por dios	44	24.9	67	37.9	29	16.4	18	10.2	19	10.7	3.56

Sin embargo, en la Tabla 3b, también se observa un rechazo hacia las ideas que involucran algún sentir negativo después de la muerte como el que algunos pecados conducen al sufrimiento de penas después de morir ($\bar{x}=2.88$), las almas de las que mueren conservan la capacidad de sentir ($\bar{x}=2.90$)



6.2. PROPIEDADES DEL INSTRUMENTO

Como una aproximación inicial, se hizo un análisis descriptivo de los resultados de la puntuación en cada reactivo, considerando la distribución y la discriminación. Para el primer análisis se utilizaron las respuestas de cada reactivo, a través de las medias y las varianzas en cada uno de ellos; con esto, se encontró que la media de respuesta a los reactivos se sitúa en 3.459. Por otra parte, las varianzas de los reactivos oscilan entre .774 (reactivo 10) y 1.934 (reactivo 2), obteniendo la varianza media de los reactivos un valor de 1.435. La capacidad discriminativa del instrumento se refleja en el índice de discriminación, este índice (correlación reactivo-total) equivale al grado de homogeneidad de los reactivos que componen la escala, aquí, los valores del índice están comprendidos entre .008 (reactivo 32) y .565 (reactivo 12). Por último, en la misma tabla se muestran los valores del Alfa de Cronbach si se elimina elemento (Ver, Tabla 4).

Considerando todos los reactivos de la escala se calculó la confiabilidad, encontrándose un índice de $\alpha = 0.849$, lo cual indica que existe una consistencia interna entre los reactivos. Así, se eliminaron aquellos reactivos que tuvieran un índice $\geq .20$ y que ayudaran a elevar el índice de alfa [reactivo 32], obteniendo con su descarte un coeficiente de Alfa de Cronbach de la escala total de $\alpha = 0.853$ (Ver tabla siguiente).

TABLA 4. Media, varianza y estadística de relación reactivo - total en el instrumento de creencias sobre la Vida después de la muerte				
Reactivo	Media	Varianza	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina elemento
1	3.88	1.859	.242	.847
2	3.40	1.934	.248	.847
3	4.03	1.181	.334	.845
4	3.61	1.273	.384	.844
5	3.24	1.105	.084	.850
6	3.72	1.372	.445	.843
7	2.90	1.433	.360	.845
8	3.45	1.544	.551	.840
9	3.41	1.653	.143	.850
10	4.18	.774	.452	.844
11	3.85	1.353	.543	.841
12	3.69	1.395	.565	.840
13	2.79	1.476	.276	.846
14	3.54	1.443	.120	.850
15	3.87	1.171	.483	.842
16	3.23	1.517	.184	.849
17	3.59	1.482	.216	.848



18	3.55	1.351	.120	.850
19	3.12	1.450	.240	.847
20	3.47	1.535	.127	.850
21	2.88	1.598	.391	.844
22	3.62	1.567	.564	.840
23	3.62	1.442	.442	.843
24	3.38	1.487	.020	.852
25	2.92	1.317	.221	.848
26	3.47	1.421	.115	.850
27	3.40	1.650	.409	.843
28	3.71	1.515	.494	.841
29	2.48	1.626	.178	.849
30	3.58	1.450	.197	.848
31	3.37	1.381	.404	.844
32	3.25	1.563	.008	.853
33	3.27	1.528	.456	.842
34	3.77	1.221	.504	.842
35	3.01	1.460	.148	.849
36	3.58	1.416	.219	.848
37	3.69	1.363	.537	.841
38	3.41	1.379	.429	.843
39	3.16	1.475	.392	.844
40	3.49	1.422	.451	.843
41	3.45	1.374	.242	.847
42	3.69	1.372	.160	.849
43	3.56	1.600	.553	.840
44	3.60	1.196	.113	.850

6.3. ANÁLISIS FACTORIAL

Por los análisis anteriores la escala quedó conformada por 43 reactivos con los cuales se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal para determinar si en conjunto los reactivos corresponden a las dimensiones teóricas utilizadas para el estudio, es decir si existe una correspondencia empírica respecto al marco teórico de investigación, para con ello reducir los datos a partir de la agrupación de variables que resulten homogéneas. Como resultado se encontró que la medida de adecuación muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue aceptable con (.891) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativa al arrojar un valor aproximado de 903 gl de $\chi^2 = 4557.157$ ($p = .000$). La comunalidad de cada reactivo indica valores mayores a 0.3 por lo que no se extrajeron reactivos de la escala (Tabla 5).

Reactivo	Extracción
1. La muerte es el cese irreversible de las funciones del organismo	.589
2. La existencia de todo individuo termina al morir	.659
3. El alma es la parte inmortal del ser humano	.596
4. Después de su muerte los justos recibirán una vida eterna en el Paraíso	.617
5. La explicación que da la ciencia acerca del final de la vida es la más razonable	.579
6. Tomando en cuenta sus méritos, Dios juzgará a todos los hombres al morir.	.649
7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial	.678



8. Las personas que mueren resucitarán cuando llegue el juicio final	.687
9. La muerte de un ser humano es el final de su existencia	.731
10. El hombre está conformado por un alma y un cuerpo	.551
11. Toda persona que siga la ley de Dios gozará de la vida eterna	.784
12. El alma de los seres humanos es inmortal	.713
13. La ciencia es la única posibilidad del ser humano para prolongar la vida por el tiempo deseado	.660
14. Para todo ser humano es imposible regresar de la muerte	.533
15. Al morir el alma de los seres humanos va al encuentro de Dios	.601
16. La oportunidad de gozar termina al momento de morir	.645
17. Después de morir es imposible enmendar errores	.744
18. Cuando un hombre muere su capacidad sensitiva se extingue con él	.610
19. El desarrollo tecnológico es el único que ha proporcionado herramientas para prolongar la llegada de la muerte	.600
20. Cuando una persona muere es imposible volver a tener contacto con ella	.723
21. Algunos pecados conducen al sufrimiento de penas después de morir	.583
22. Aquel que siga las reglas de Dios será recibido en el reino de los cielos después de su muerte	.738
23. El hombre tiene un alma que prevalece después de la muerte	.737
24. El hombre es un ser finito que depende completamente de su organismo	.608
25. Aún después de la muerte el alma conserva la capacidad de sentir	.694
26. Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida	.448
27. Al igual que Dios el alma del hombre es inmortal	.652
28. Dios es el único que puede regresar al hombre a la vida	.708
29. Los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida	.687
30. Cuando un individuo muere es imposible que recupere la vida	.609
31. En la biblia se encuentra la verdad absoluta acerca del destino que tendrán los hombres al morir	.606
33. Todo aquel que obra en contra de los preceptos de Dios será sujeto de una condena al morir sino se arrepiente	.694
34. A la muerte todo ser justo obtendrá un descanso eterno otorgado por Dios	.744
35. La ciencia es la única posibilidad de encontrar formas de salvar al ser humano de la muerte	.656
36. El fin de la existencia de todo ser humano ocurre con la muerte	.688
37. Dios concedió a los hombres la inmortalidad del alma	.742
38. En la vida eterna el cuerpo se presentará de forma celestial	.587
39. El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento	.745
40. Creo en la resurrección de los seres humanos	.656
41. La ciencia es la única capaz de brindar al hombre una mayor esperanza de vida	.735
42. La muerte es un estado irreversible	.672
43. En el momento de la muerte el alma es juzgada por Dios	.731
44. Después de morir es imposible asumir las consecuencias de los actos realizados en vida	.759

Por medio del método de rotación de normalización Varimax con Káiser que convergió en 9 interacciones y el método de análisis de componentes principales se extrajeron cinco factores, que en su conjunto explican el 50.276% de la varianza total (Ver, Tabla 6). Con este procedimiento se eliminaron cuatro reactivos [3,20,25 y 44], en todos los casos porque no alcanzaron el criterio de pesos factoriales iguales o superiores a 0.35, o bien, compartieron peso factorial en otro factor. En la Tabla 7 se muestra el análisis factorial obtenido.



TABLA 6. Varianza explicada, varianza acumulada, medias y desviaciones estándar de cada factor

FACTORES	% varianza explicada	% varianza acumulada	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Creencias religiosas (CR).	24.736	24.736	3.533	.857
2. Creencias científicas: avances científicos (CC: AC) prolongación de vida.	8.733	33.469	3.074	.883
3. Creencias científicas: aceptación de muerte (CC:AM) como cese último	8.182	41.651	3.527	.882
4. Creencias científicas: fin de la existencia individual (CC: FEI)	4.905	45.371	3.461	1.065
5. Creencias científicas: muerte como estado irreversible (CC: ME)	3.720	50.276	3.580	.898

Tabla 7. Matriz de componentes rotados, varianza total explicada y Alpha de Cronbach por factores

Reactivo	Factor 1. CR	Factor 2. CC:AC	Factor 3. CC:AM	Factor 4. CC: FE	Factor 5 CC: ME
22. Aquel que siga las reglas de Dios será recibido en el reino de los cielos después de su muerte	.837				
11. Toda persona que siga la ley de Dios gozará de la vida eterna.	.818				
34. A la muerte todo ser justo obtendrá un descanso eterno otorgado por Dios	.816				
43. En el momento de la muerte el alma es juzgada por Dios	.768				
28. Dios es el único que puede regresar al hombre a la vida	.760				
8. Las personas que mueren resucitarán cuando llegue el juicio final	.742				
33. Todo aquel que obra en contra de los preceptos de Dios será sujeto de una condena al morir sino se arrepiente	.740				
31. En la biblia se encuentra la verdad absoluta acerca del destino que tendrán los hombres al morir	.737				
37. Dios concedió a los hombres la inmortalidad del alma	.729				
40. Creo en la resurrección de los seres humanos	.729				
39. El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento	.726				
6. Tomando en cuenta sus méritos, Dios juzgará a todos los hombres al morir.	.717				
27. Al igual que Dios el alma del hombre es inmortal	.654				
38. En la vida eterna el cuerpo se presentará de forma celestial	.651				
12. El alma de los seres humanos es inmortal	.649				
4. Después de su muerte los justos recibirán una vida eterna en el Paraíso	.647				



21. Algunos pecados conducen al sufrimiento de penas después de morir	.644				
15. Al morir el alma de los seres humanos va al encuentro de Dios	.569				
23. El hombre tiene un alma que prevalece después de la muerte	.560				
10. El hombre está conformado por un alma y un cuerpo	.501				
7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial	.440				
29. Los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida	.774				
35. La ciencia es la única posibilidad de encontrar formas de salvar al ser humano de la muerte	.723				
13. La ciencia es la única posibilidad del ser humano para prolongar la vida por el tiempo deseado	.716				
41. La ciencia es la única capaz de brindar al hombre una mayor esperanza de vida	.707				
19. El desarrollo tecnológico es el único que ha proporcionado herramientas para prolongar la llegada de la muerte	.671				
5. La explicación que da la ciencia acerca del final de la vida es la más razonable	.601				
17. Después de morir es imposible enmendar errores	.785				
16. La oportunidad de gozar termina al momento de morir	.741				
18. Cuando un hombre muere su capacidad sensitiva se extingue con él	.699				
14. Para todo ser humano es imposible regresar de la muerte	.665				
24. El hombre es un ser finito que depende completamente de su organismo	.524				
1. La muerte es el cese irreversible de las funciones del organismo	.475				
9. La muerte de un ser humano es el final de su existencia	.763				
2. La existencia de todo individuo termina al morir	.674				
36. El fin de la existencia de todo ser humano ocurre con la muerte	.583				
26. Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida	.599				
30. Cuando un individuo muere es imposible que recupere la vida	.549				
42. La muerte es un estado irreversible	.391				
Total de reactivos	21	6	6	3	3
% de Varianza Total Explicada	24.736	8.733	8.182	4.905	3.720
Valor de coeficiente Alpha de Cronbach	.954	.837	.808	.765	.622



El **FACTOR 1** Creencias religiosas está compuesto por reactivos cuyo contenido se fundamenta en los postulados religiosos los cuales, con una visión dualista, reconocen que la muerte implica la separación entre un cuerpo muerto y un alma inmortal, capaz de conservar algunas funciones cognitivas. Esta visión incluye explicaciones sobre un reencuentro con Dios, quien con base a los actos realizados en vida realizará un juicio para retribuir a cada individuo con lo que merece y decidir el lugar en que descansará su alma (cielo, infierno o purgatorio) (Von Wobeser, 2015). Dentro de estos reactivos también se contempla la posibilidad de resurrección, todo esto tomando como autoridades principales a la biblia y Dios (Bem, 1970; Grégoire, 1973).

Este factor se compone por 21 afirmaciones de los 39 totales. El mayor valor absoluto es de .837 correspondiente al ítem 22 “Aquel que siga las reglas de Dios será recibido en el reino de los cielos después de su muerte” La varianza explicada de este factor corresponde a un 24.736% con un valor de coeficiente Alpha de Cronbach de 0.954.

El **FACTOR 2** Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida se compone de reactivos que hacen referencia al alargamiento de vida o al retraso de la muerte que se ha dado día a día con las novedades de la ciencia, sin pretender nunca la eternidad y buscando siempre que dicha prolongación sea positiva en todos los aspectos (Cerejido, 2004; Pérez Tamayo, 2004).

Este factor se compone por 6 afirmaciones de los 39 totales. El mayor valor absoluto es de .774 correspondiente al ítem 29 “Los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida”. La varianza explicada de este factor representa un 8.733% con un valor de coeficiente de $\alpha= 0.837$.

Al **FACTOR 3** Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último. es constituido por reactivos que asimilan la muerte como parte del proceso biológico de la vida, perspectiva que es adquirida a través de la educación en la aceptación de los conocimientos basados en la evidencia y no en meras especulaciones (Cerejido, 2004). Entendiendo que al morir se presentará una pérdida total de conciencia, respiración, así como la anulación total de reflejos del tallo cerebral (Ley General de Salud, Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009). Este factor se compone por 6 afirmaciones de los 39



totales. El mayor valor absoluto es de .785 correspondiente al ítem 17 “Después de morir es imposible enmendar errores”. La varianza explicada de este factor constituye un 8.182% con un valor de coeficiente Alpha de Cronbach de 0.808.

El **FACTOR 4** Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) versa sobre afirmaciones en que se acepta a la muerte como parte final de un proceso individual, que resulta ser un beneficio para las especies y la sociedad ya que gracias a ella ha sido posible se dé la evolución y a su vez que no se de una sobre población (Cerejido, 2004; González, 2004)

Este factor se compone por 3 afirmaciones de los 39 totales. El mayor valor absoluto es de .763 correspondiente al ítem “La muerte de un ser humano es el final de su existencia”. La varianza explicada de este factor representa un 4.905% con un valor de coeficiente Alpha de Cronbach de 0.765.

El **FACTOR 5** Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME), se fundamenta en la idea de que la muerte se da como parte final del proceso de la vida por lo cual, una vez que alguien haya sido declarado muerto bajo los lineamientos precisos (Ley General de Salud en el título décimo cuarto: Donación, trasplante y pérdida de vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009) es imposible este recupere la vida (F. González, 2004).

Este factor se compone de 3 afirmaciones de los 39 totales. El mayor valor absoluto es de .599 correspondiente al ítem 26 “Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida”. La varianza explicada de este factor representa un 3.720% con un valor de coeficiente de $\alpha = 0.622$. (Ver Tabla 8).



TABLA 8. FACTORES, DEFINICIÓN Y VALORES MÁXIMO Y MÍNIMO

FACTORES	Nombre	Definición	Valor máximo	Valor mínimo
1. (CR).	Creencias Religiosas	Compuesto por reactivos cuyo contenido se fundamenta en los postulados religiosos los cuales, con una visión dualista, reconocen que la muerte implica la separación entre un cuerpo muerto y un alma inmortal, capaz de conservar algunas funciones cognitivas. Esta visión incluye explicaciones sobre un reencuentro con Dios, quien con base a los actos realizados en vida realizará un juicio para retribuir a cada individuo con lo que merece y decidir el lugar en que descansará su alma; también contemplan la posibilidad de resurrección.	.837	.440
2. (CC: AC)	Creencias Científicas: Avances Científicos. Prolongación de vida.	Reactivos que hacen referencia al alargamiento de vida o al retraso de la muerte que se ha dado día a día con las novedades de la ciencia, sin pretender nunca la eternidad y buscando siempre que dicha prolongación sea positiva en todos los aspectos	.774	.661
3. (CC:AM)	Creencias Científicas: Aceptación de Muerte. Como cese último	Hace referencia a la asimilación de la muerte como parte del proceso biológico de la vida, perspectiva que es adquirida a través de la educación en la aceptación de los conocimientos basados en la evidencia y no en meras especulaciones. Entendiendo que al morir se presentará una pérdida total de conciencia, respiración, así como la anulación total de reflejos del tallo cerebral.	.785	.475
4. (CC: FEI)	Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual	Versa sobre afirmaciones en que se acepta a la muerte como parte final de un proceso individual, que resulta ser un beneficio para las especies y la sociedad ya que gracias a ella ha sido posible se dé la evolución y a su vez que no se de una sobre población.	.763	.583
5. (CC: ME)	Creencias científicas: muerte como estado irreversible	Se fundamenta en la idea de que la muerte se da como parte final del proceso de la vida por lo cual, una vez que alguien haya sido declarado muerto bajo los lineamientos precisos es imposible que recupere la vida.	.599	.391



6.4. CORRELACIÓN DE PEARSON

La prueba de Correlación de Pearson se realizó para conocer el tipo de relación (intensidad y sentido) entre los factores estudiados (Ver, Tabla 9). Los resultados de esta prueba señalan que entre el Factor 1 Creencias Religiosas (CR) y el Factor 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida, existe una correlación significativa *Baja* con dirección negativa, con un valor de coeficiente $-.251(**)$. Así mismo se encontró que entre el Factor 1 Creencias Religiosas (CR) y el Factor 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) como cese último existe una correlación significativa *Baja*, con dirección negativa con un valor de coeficiente $-.305 (**)$. En cuanto a la interacción del Factor 1 Creencias Religiosas (CR) y el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) los datos indican un valor de coeficiente de $-.258 (**)$, es decir existe entre ellos una correlación significativa *Baja* con dirección negativa al igual que entre el Factor 1 Creencias Religiosas (CR) y el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) entre los cuales se encontró un valor de coeficiente de $-.254 (**)$.

El Factor 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida presenta una correlación significativa *Baja* con dirección positiva y un valor de coeficiente $.390 (**)$ con el Factor 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último en cuanto a su relación con el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) existe una correlación significativa *Moderada* con dirección positiva y un valor de coeficiente $.525(**)$. Asimismo, el Factor 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) interactúa con el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) con un valor de coeficiente $.432(**)$, lo que significa que existe una correlación significativa *Moderada* con dirección positiva.

En cuanto al Factor 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último se encontró una correlación significativa *Moderada* con dirección positiva con el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) con un valor de coeficiente de $.503(**)$ al igual que con el Factor 5. Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) con un valor de coeficiente de $.538(**)$.



Por último, el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) correlaciona de forma significativa *Moderada* con dirección positiva y un valor de coeficiente .443(**) con el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME).

Tabla 9. Análisis de correlación con el coeficiente r de Pearson

	Factor 1. CR.	Factor 2. CC:AC	Factor 3. CC:CM	Factor 4. CC: FE	Factor5 CC:ME
Factor 1. (CR).	1				
Factor 2. (CC: AC) Prolongación de vida.	-.251**	1			
Factor 3. (CC: CM)	-.305**	.390**	1		
Factor 4. (CC: FEI)	-.258**	.525**	.503**	1	
Factor 5. (CC: ME)	-.254**	.432**	.538**	.443**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Al correlacionar de forma negativa el Factor 1. 1. Creencias Religiosas (CR). con el Factor 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida, Factor 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último, Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) y con el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) se observa que existe una incompatibilidad de creencias religiosas y materialistas o científicas. Es decir las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que mantienen creencias hacia la vida después de la muerte basadas en postulados religiosos que hacen referencia a una separación entre cuerpo y alma, la cual está destinada a un encuentro con Dios el cual decidirá su destino mediante un juicio en el que se involucra un derecho a resucitar (Grégoire, 1973; Wobester, 2015); no creen en aspectos científicos, tomando a las creencias religiosas como valores absolutos al momento de dar explicación a lo que la ciencia no ha podido acceder por falta de evidencia, generando así innumerables explicaciones escatológicas (López, 2004).

De igual manera, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que mantienen creencias de la vida después de la muerte que se fundamentan en la ciencia o principios materialistas no creen en explicaciones religiosas hacia dicho tema. El considerar a la ciencia como única capaz de lograr la prolongación de la muerte sin considerar que la eternidad es para ellas la explicación más razonable, además de rechazar por completo la idea de una resurrección, ya



que consideran a la muerte como algo irreversible por lo que la idea de tradiciones escatológicas no es compatible con su conceptualización de la vida después de la muerte (López, 2004; Pérez-Tamayo, 2004).

Por otro lado, los resultados indican una relación positiva estadísticamente significativa entre los factores 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida., 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último., 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) y Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME). Relaciones que dan a entender que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que creen en los avances científicos como única herramienta de prolongación de vida apoyan las ideas sobre la aceptación de la muerte como fin último. Entendiéndose que para estas mujeres la vida después de la muerte es inexistente ya que consideran la muerte es el fin último del organismo que involucra el cese total de la conciencia y las funciones del sistema nervioso (Ley General de Salud, Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009) aceptando la imposibilidad de una prolongación eterna de la vida (Cerejido, 2004).

El Factor 3.Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último correlacionó de manera estadísticamente significativa con el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI); es decir, las creencias de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama acerca de la vida después de la muerte coinciden en la concepción de muerte como parte final del proceso biológico de la vida individual, benéfica para la especie (Cerejido, 2004); de igual manera el factor 3 muestra una correlación estadísticamente significativa con el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME), manteniendo también la creencia de la irreversibilidad de la muerte (F. González, 2004).

En cuanto al Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) correlacionó de forma estadísticamente significativa positiva con el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME). Pudiendo observar que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que conciben la muerte como parte final del proceso de la vida también lo consideran un suceso irreversible (F. González, 2004).



Resultados que de manera general comprueban la hipótesis 3 “Existe una tendencia congruente y excluyente entre las creencias científicas o religiosas de la vida después de la muerte en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama”, al demostrar que las mujeres que aceptan las Creencias Religiosas (Factor 1) tienden a rechazar las Creencias científico materialistas (Factores 2, 3, 4 y 5) y viceversa.

6.7. T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES

Con el objetivo de obtener las diferencias en las creencias de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre estadios tempranos y tardíos se realizó un análisis de *t* de Student para muestras independientes, la cual consiste en una comparación de medias, tomando en cuenta el valor de $p < .05$; los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las creencias hacia la vida después de la muerte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en estadios tempranos y tardíos en ninguno de los cinco factores; lo que indica que la Hipótesis central del trabajo se rechaza (Tabla 10)

FACTOR		Media	t	Sig.
Factor1: Creencias religiosas	Estadios tempranos	3.51	-.501	.617
	Estadios tardíos	3.58		
Factor2: Creencias científicas: avances científicos (CC: AC) prolongación de vida.	Estadios tempranos	3.07	-.174	.862
	Estadios tardíos	3.09		
Factor3: creencias científicas: aceptación de muerte (CC:AM) como cese último	Estadios tempranos	3.50	-.523	.601
	Estadios tardíos	3.57		
Factor 4: creencias científicas: fin de la existencia individual (CC: FEI)	Estadios tempranos	3.44	-.284	.777
	Estadios tardíos	3.49		
Factor 5: creencias científicas: muerte como estado irreversible (cc: me)	Estadios tempranos	3.58	-.080	.936
	Estadios tardíos	3.59		



6.8. ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVAS)

Asimismo, se realizó un análisis de varianza con el fin de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias sobre la vida después de la muerte que sostienen las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según el estadio del cáncer de mama (Hipótesis 4), su edad (Hipótesis 5), estado civil (Hipótesis 6), escolaridad (Hipótesis 7), religión (Hipótesis 8), número de hijos (Hipótesis 9), y el tiempo de diagnóstico (Hipótesis 10) y así comprobar o rechazar, según los resultados, las hipótesis correspondientes a cada variable.

6.8.1. ANOVA ESCOLARIDAD

Los resultados indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 Creencias Religiosas (CR) ($F=3.460$, $gl=3$, $p<.018$). Encontrándose que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen estudios básicos ya sea primaria o secundaria ($M=3.78$) se inclinan más por las creencias acerca de la vida después de la muerte con un fundamento religioso, es decir mantienen una visión dualista, que afirma la existencia de un alma que sobrevive a la muerte física (Wilber, et al., 2006) a diferencia de las mujeres diagnosticadas con la misma enfermedad que cuentan con estudios superiores como la Licenciatura y el Posgrado ($M=3.48$).

También se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en el Factor 3: Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último ($F=2.857$, $gl=3$, $p<.039$), al apoyar con mayor fuerza las creencias que asimilan la muerte como parte del proceso biológico de la vida, que implica la pérdida total de la conciencia, respiración y una anulación total e los reflejos del tallo cerebral (Cerejido, 2004; Ley General de Salud, Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009) las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con un grado académico de Licenciatura o Posgrado ($M=3.77$) en contraposición con aquellas que contaban con el grado académico de Primaria ($M= 3.30$).

Por último, con relación a la variable escolaridad se encontraron diferencias en el Factor 5: Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) ($F=4.014$, $gl=3$, $p<.009$). Al apoyar la idea de que la muerte se da como parte final del proceso de la vida por



lo que, una vez que alguien fallezca y esto sea comprobado mediante los debidos lineamientos establecidos (Ley General de Salud en el título décimo cuarto: Donación, trasplante y perdida de vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343; Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009) es imposible que recupere la vida (F. González, 2004), las mujeres que cuentan con un grado académico de licenciatura o posgrado ($M=3.86$), marcando una diferencia estadísticamente significativa con aquellas que contaban con el grado de secundaria ($M=3.28$).

Resultados que de manera general apoyan la Hipótesis 7: Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación a su escolaridad (Ver Tabla 11).

TABLA 11. ANOVA para la variable sociodemográfica escolaridad

FACTOR		Media	gl	F	Sig.
Factor 1. Creencias religiosas (CR)	Primaria	3.78	3	3.460	.018
	Secundaria	3.78			
	Bachillerato	3.27			
	Lic. o Psgr.	3.48			
Factor2: creencias científicas: avances científicos (CC: AC) prolongación de vida.	Primaria	2.91	3	1.154	.329
	Secundaria	2.95			
	Bachillerato	3.25			
	Lic. o Psgr	3.08			
Factor3: creencias científicas: aceptación de muerte (CC:AM) como cese último	Primaria	3.30	3	2.857	.039
	Secundaria	3.35			
	Bachillerato	3.47			
	Lic. o Psgr	3.77			
Factor 4: creencias científicas: fin de la existencia individual (CC: FEI)	Primaria	3.37	3	.149	.930
	Secundaria	3.40			
	Bachillerato	3.50			
	Lic. o Psgr	3.50			
Factor 5: creencias científicas: muerte como estado irreversible (CC: ME)	Primaria	3.48	3	4.014	.009
	Secundaria	3.28			
	Bachillerato	3.49			
	Lic. o Psgr	3.86			



6.8.2. ANOVA RELIGIÓN

Con relación a la variable religión (Tabla 12) los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas en los cinco factores que componen el instrumento. En el Factor 1 Creencias Religiosas ($F=45.191$, $gl=2$, $p=.000$) existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reportaron practicar la religión clasificada en esta investigación como otras la cual incluye cristianos, testigos de Jehová y adventistas del séptimo día ($M=4.03$) y las que no se apegan a la práctica de ninguna religión ($M=1.76$).

En el Factor 2 Creencias Científicas: Avances Científicos (CC: AC) Prolongación de vida. ($F=4.852$, $gl=2$, $p=.009$) existe una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no practican ninguna religión ($M=3.44$) y los que se reconocen como practicantes de otras religiones ($M=2.59$)

El Factor 3 Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último Prolongación de vida. ($F=6.313$, $gl=2$, $p=.002$) arrojó resultados con diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no practican ninguna religión ($M=4.11$) y las que se reconocen como practicantes de otra religión diferente a la católica ($M=2.33$).

En el Factor 4 Creencias Científicas: Fin de la Existencia individual (CC: FEI) ($F=4.503$, $gl=2$, $p=.012$) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que no practican ninguna religión ($M=4.14$) y las que reportan practicar otras religiones como creyentes y Adventistas del Séptimo Día ($M=3.03$).

Y en el Factor 5 Creencias Científicas: Muerte como estado irreversible (CC: ME) ($F=7.930$, $gl=2$, $p=.001$) los resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que reportan no practicar ninguna religión ($M=4.28$) y las que practican la religión rotulada como otra ($M=3.58$).

En resumen, los resultados apoyan la Hipótesis 8: “Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación la religión con la



cual se identifican.”, al presentarse diferencias estadísticamente significativas en los cinco factores.

TABLA 12. ANOVA para la variable sociodemográfica religión

FACTOR		Media	gl	F	Sig.
Factor 1. Creencias religiosas (CR)	Ninguna	1.76	2	45.191	.000
	Católica	3.60			
	Otra	4.03			
Factor 2: Creencias científicas: avances científicos (CC: AC) prolongación de vida.	Ninguna	3.44	2	4.852	.009
	Católica	3.12			
	Otra	2.59			
Factor 3: creencias científicas: concepción de muerte (CC: CM)	Ninguna	4.11	2	6.313	.002
	Católica	3.55			
	Otra	3.06			
Factor 4: Creencias científicas: fin de la existencia individual (CC: FEI)	Ninguna	4.14	2	4.503	.012
	Católica	3.47			
	Otra	3.03			
Factor 5: creencias científicas: muerte como estado irreversible (CC: ME)	Ninguna	4.28	2	7.930	.001
	Católica	3.60			
	Otra	3.58			

6.8.3. ANOVA NÚMERO DE HIJOS

Los resultados de la variable número de hijos (Tabla 13) mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Factor 1 Creencias Religiosas (CR) ($F=3.226$, $gl=4$, $p<.014$) entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen cuatro hijos o más ($M=3.97$) y las que tan sólo tienen uno ($M=3.32$). De igual manera en el Factor3: Creencias Científicas: Aceptación de Muerte (CC:AM) Como cese último. ($F=3.367$, $gl=4$, $p<.011$) las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con tan solo un hijo ($M=3.72$) se diferenciaron de manera estadísticamente significativa con las que tienen cuatro o más ($M=2.95$).

Así, dentro de ese contexto se puede interpretar que existe una tendencia de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen mayor número de hijos a apoyar las creencias religiosas y a su vez a no creer en los avances científicos como herramientas para la prolongación de la vida. De manera contraria las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que tienen un menor número de hijos muestran una aceptación en las creencias sobre el progreso científico mientras que muestran un rechazo a las ideas religiosas sobre la vida después de la muerte; estos datos comprueban la hipótesis 9.



TABLA 13. ANOVA para la variable sociodemográfica número de hijos					
FACTOR		Media	gl	F	Sig.
Factor 1. Creencias religiosas (CR)	Ninguno	3.63	4	3.226	.014
	1	3.32			
	2	3.34			
	3	3.66			
	4 ò mas	3.97			
Factor2: creencias científicas: avances científicos (CC: AC) prolongación de vida.	Ninguno	2.96	4	1.300	.272
	1	3.33			
	2	3.11			
	3	3.05			
	4 ò mas	2.83			
Factor3: creencias científicas: aceptación de muerte (CC:AM) como cese último	Ninguno	3.67	4	3.367	.011
	1	3.72			
	2	3.57			
	3	3.55			
	4 ò mas	2.95			
Factor 4: creencias científicas: fin de la existencia individual (CC: FEI)	Ninguno	3.42	4	.990	.414
	1	3.69			
	2	3.44			
	3	3.54			
	4 ò mas	3.14			
Factor 5: creencias científicas: muerte como estado irreversible (CC: ME)	Ninguno	3.65	5	2.19	.069
	1	3.87			
	2	3.59			
	3	3.50			
	4 ò mas	3.18			

6.8.4. ANOVA POR REACTIVO

Con la finalidad de aprovechar al máximo los datos recabados, en las variables que no se localizaron diferencias estadísticamente significativas entre los factores, se realizaron Anovas reactivo por reactivo; encontrándose únicamente diferencias en la variable estadio de la enfermedad y tiempo de diagnóstico.

6.8.4.1. ANOVA POR ESTADIO

En la variable estadio se encontró que en el reactivo 6. Tomando en cuenta sus méritos, Dios juzgará a todos los hombres al morir ($F=2.723$, $gl=4$, $p=.031$) existe una diferencia significativa entre las mujeres que tienen un diagnóstico de cáncer de mama en estadio 1 ($M=4.16$) y las que su diagnóstico era en el estadio 0 ($M=3.17$)



En el reactivo 7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial ($F=2.501$, $gl=4$, $p=.044$) las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en estadio 1 ($M=3.22$) mostraron una diferencia estadísticamente significativa con aquellas que tenían un diagnóstico en estadio dos ($M=2.54$)

En el reactivo 42. La muerte es un estado irreversible ($F=2.739$, $gl=4$, $p=.030$) se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres que fueron diagnosticadas con un cáncer en el estadio 3 ($M=4.11$) y las que fueron diagnosticadas con un cáncer con estadio 4 ($M=3.23$).

Estos resultados permiten la aceptación de la hipótesis 4: “Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en el que se encuentre su enfermedad (0,1,2,3,4).”

TABLA 14. ANOVA por reactivo para la variable estadio

REACTIVO		Media	gl	F	Sig.
Reactivo 6. Tomando en cuenta sus méritos, dios juzgará a todos los hombres al morir	Estadio 0	3.17	4	2.723	.031
	Estadio I	4.16			
	Estadio II	3.53			
	Estadio III	3.70			
	Estadio IV	3.69			
Reactivo 7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial	Estadio 0	2.75	4	2.501	.044
	Estadio I	3.22			
	Estadio II	2.54			
	Estadio III	2.92			
	Estadio IV	3.15			
Reactivo 42. La muerte es un estado irreversible	Estadio 0	4.08	4	2.739	.030
	Estadio I	3.58			
	Estadio II	3.65			
	Estadio III	4.11			
	Estadio IV	3.23			



6.8.4.2.ANOVA TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

En cuanto a la variable tiempo de diagnóstico se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reactivo 2. La existencia de todo individuo termina al morir ($F=2.992$, $gl=4$, $p=.020$) entre las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre los años 2011-2013 ($M=3.67$) y las mujeres que recibieron su diagnóstico en el 2004 o bien años atrás ($M=2.09$) Esto deja ver que las mujeres con un diagnóstico más antiguo asimilan de manera positiva el que la vida tenga un fin a diferencia de aquellas que al tener un diagnóstico reciente rechazan tal afirmación

También se encontraron diferencias en el reactivo 7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial ($F=2.611$, $gl=4$, $p=.037$) entre las mujeres diagnosticadas con la misma enfermedad por los años 2014, 2015 o 2016 ($M=3.13$) y las que obtuvieron su diagnóstico del 2004 para atrás ($M=2.18$). En otras palabras, aquellas mujeres con un diagnóstico reciente conservan la idea de la conservación de sentidos después de morir.

En el Reactivo 26. Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F=2.556$, $gl=4$, $p=.041$) entre las mujeres que obtuvieron el diagnóstico del cáncer entre los años 2013-2011 ($M=3.79$) y las que fueron diagnosticadas del 2004 para atrás ($M=2.64$).

Por último, en el Reactivo 39. El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento ($F=3.085$, $gl=4$, $p=.017$) indicó una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres que obtuvieron su diagnóstico entre el año 2014 y el 2016 ($M=3.39$) y aquellas que fueron diagnosticadas en los años 2005, 2006 o 2007 ($M=2.42$).

Estos datos permitieron la aceptación de la hipótesis 10 “Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al tiempo que ha transcurrido tras su diagnóstico”. Pudiendo observarse que de manera general que las mujeres con un diagnóstico de cáncer reciente se inclinan por afirmaciones de corte religioso.



TABLA 14. ANOVA por reactivo para la variable sociodemográfica tiempo de diagnóstico					
REACTIVO		Media	gl	F	Sig.
Reactivo 2. La existencia de todo individuo termina al morir	2014-2016	3.39	4	2.992	.020
	2011-2013	3.67			
	2008-2010	3.52			
	2005-2007	3.58			
	2004 y años anteriores	2.09			
Reactivo 7. Las almas de los que mueren conservan la capacidad sensorial	2014-2016	3.13	4	2.611	.037
	2011-2013	2.85			
	2008-2010	2.67			
	2005-2007	2.53			
	2004 y años anteriores	2.18			
Reactivo 26. Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida	2014-2016	3.49	4	2.556	0.041
	2011-2013	3.79			
	2008-2010	3.62			
	2005-2007	3.11			
	2004 y años anteriores	2.64			
Reactivo 39. El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento	2014-2016	3.39	4	3.085	.017
	2011-2013	3.00			
	2008-2010	2.95			
	2005-2007	2.42			
	2004 y años anteriores	3.36			

En las únicas variables que no se encontraron diferencias significativas fueron en la edad y el estado civil, por lo que las hipótesis cinco y seis se rechazan.



Capítulo 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. DISCUSIÓN

Las creencias otorgan a los seres humanos una visión propia del mundo, gracias a ellas se estructura la (s) reacción (es) que cada individuo tendrá ante determinadas situaciones ante diferentes estímulos; pueden ser componentes subjetivos, que se forjan día a día, y que son matizadas por la sociedad en que se está inmerso y por experiencias propias.

El pensar la muerte, y particularmente en la vida después de la muerte, puede ser considerado como una de las principales características que separa al ser humano del resto de los seres vivos, por este motivo es un tema que rebasa fronteras. Sin embargo, aunque esta característica sea compartida, dichos límites ya sea culturales o geográficos, permean en el momento en que se le otorga un significado a ese pensar. Así, este trabajo tuvo la ambición de describir una pequeña parte de cómo se concibe la vida después de la muerte en un grupo poblacional específico, las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama; particularmente sus creencias hacia la vida después de la muerte.

La Hipótesis central del trabajo: “Se presentará una diferencia estadísticamente significativa en las creencias acerca de la vida después de la muerte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, ya que las que se encuentran en los estadios más avanzados (3 y 4) de la enfermedad tendrán mayor inclinación hacia las creencias acerca de la vida después de la muerte que tienen una base religiosa a comparación de quienes están en los primeros estadios (0, 1 y 2), quienes se inclinarán a favor de las que se sustentan en la ciencia.”, se planteó bajo el supuesto de que un diagnóstico que pone en peligro la vida, evoca el potencial existencial y las preocupaciones espirituales por lo que se asume es común que surja una predisposición a buscar refugio en la religión, (Handzo, 1996; citado en Mcgrath, 2003).

Cuando se realizó la medición se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas en las creencias de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en estadios



tempranos y estadios tardíos. Esto deja entre ver que las creencias se distribuyen de forma homogénea sin distinción de estadios tempranos o tardíos en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Un argumento que podría dar explicación a lo anterior es que la variante presente dentro de la muestra, referente al tiempo que había transcurrido tras haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama, junto con el tratamiento al que fue necesario se sometieran, para combatir la enfermedad; ya que como mencionan Novel, Lluch, Rourera, (1997; citado en Galvis-López y Pérez-Giraldo, 2011) son factores que afectan significativamente a las personas diagnosticadas con cáncer; como menciona Vilches (2000), el significado que se les otorga a aspectos tan importantes como la muerte, cambian según las experiencias relevantes de la biografía de cada individuo.

Otro aspecto a considerar al evaluar el que no existieran diferencias en los dos grupos es que muchas mujeres desconocían el significado del estadio de la enfermedad. Si bien eran capaces de reportar la etapa en que el cáncer les había sido diagnosticado, no conocían las implicaciones que este podría traer o incluso la probabilidad de supervivencia que se calcula existe para las personas que tienen su misma condición (INEGI, 2016).

Sin embargo, de manera general las mujeres mostraron un rechazo por la concepción de la ciencia como única posibilidad de prolongar la vida, así como una marcada aceptación por la idea de que el ser humano está compuesto por un alma y un cuerpo, aceptando así la idea de que dicha alma sobrevive a la muerte física de cada individuo (Wilber, et al. 2006). Por lo que se muestra que en conjunto tanto mujeres en estadios tempranos como tardíos de cáncer muestran mayor aceptación por algunas creencias religiosas, sobre todo en las que se niegue que la muerte equivale a la desaparición automática de toda persona (López, 2004).

Esta aceptación está vinculada con lo planteado por López (2004) quien afirma que las tradiciones acerca de paraísos escatológicos pueden considerarse como la razón suprema de algunas sociedades, como la mexicana, mismas que influyen en el pensamiento y acciones de todo aquel que decide creerlas. No obstante, es curioso ver que existe un rechazo a las ideas que implican sufrimientos posmortem, como la existencia del infierno, ya que esperan



recibir únicamente recompensas ganadas por la vida virtuosa, libre de pecados y apegada a los cánones establecidos por la sociedad (Cerejido, 2004).

Por otro lado, al encontrarse una correlación negativa entre el factor religioso y los cuatro que se componían de afirmaciones basadas en la ciencia, así como una correlación positiva entre dichos factores científicos fue posible identificar una tendencia congruente y excluyente entre las creencias científicas y religiosas de la vida después de la muerte en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. En otras palabras, las mujeres que se mostraban a favor de las creencias religiosas, basadas en una visión dualista/creacionista que afirma la existencia de un alma independiente del cuerpo, paraísos escatológicos (De la Pienda, 1999; Wilber, et al., 2006), rechazan las creencias científicas/ materialistas y viceversa, es decir aquellas que consideran a la ciencia como la única herramienta capaz de lograr la prolongación de la muerte, siendo esta, para ellas, un estado irreversible (López, 2004).

Esta incompatibilidad de creencias, se reafirmó, mediante un análisis de varianza en el cual se encontró que las mujeres que se reconocían como no practicantes de alguna religión rechazaban las creencias con sustentos religiosos y aceptaban aquellas que provenían del conocimiento científico; mientras que las que se reconocían como practicantes de religiones como el cristianismo se inclinaban en mayor medida a las creencias religiosas.

Esta existencia excluyente de creencias coincide con lo planteado por Pérez-Tamayo (2006) quien afirma que la ciencia y la religión son incompatibles debido a que los medios de los que se valen para alcanzar el conocimiento de la realidad son completamente opuestos y excluyentes, dado que uno se vale de la fe y otro de la razón. Conjuntamente, esta inexistencia de compatibilidad podría deberse a que cada mujer conserva una fuerte precisión (Krench y Crutchfield, 1948) o un alto grado de confianza en sus creencias, por lo que consideran su interpretación de la vida después de la muerte como hechos o verdades absolutas (Bar-Tal, 1990).

El análisis de los datos sociodemográficos recolectados permitió encontrar diferencias significativas en distintas variables, una de ellas es la escolaridad. La creencia basada en los postulados que contradicen los mitos escatológicos, afirmando que la muerte es un estado de finitud irremediable fue apoyada en su mayoría por las mujeres con un grado académico alto



en comparación de las que contaban con educación básica; de manera contraria aquellas que tenían grados académicos básicos se inclinaron más por las creencias acerca de la vida después de la muerte con un fundamento visión dualista, que afirma la existencia de un alma que sobrevive a la muerte física (Wilber, et al., 2006).

Dichos resultados referentes al grado académico, coinciden con lo afirmado por Cerejido (2004), quien explicó que una postura en contra de dogmas, como los que implica la religión, es adquirida a través de la educación en la aceptación de los conocimientos científicos (basados en la evidencia) y en el rechazo a meras especulaciones, lo cual generalmente se fomenta en los contextos escolares.

Por otro lado, los resultados referentes a la variable sociodemográfica número de hijos indicaron que las mujeres con cuatro hijos o más, tienen una preferencia por las creencias sobre la vida después de la muerte con un fundamento religioso a comparación de aquellas que tenían solo un hijo, las cuáles indicaron una mayor aceptación por las creencias que hacen referencia a la ciencia como la única posibilidad de alargar la vida que aquellas que tenían una cantidad de hijos mayor.

Estos datos son consistentes con lo planteado por Vilches (2010) sobre el hecho de que la de la procreación, junto con la muerte y el nacimiento son experiencias que otorgan sentido a la vida de los seres humanos durante todas las etapas del desarrollo, por lo que, la maternidad, puede ser considerado un evento que impulse a hacerse preguntas sobre el significado de la vida y la muerte, reflexiones que, muchas veces, conducen a refugiarse en la religión, la cual proporciona cierta protección a de infinidad de miedos que surgen al pensar en la pérdida de seres queridos o el abandono hacia a ellos que implicaría la muerte propia.

Con el objetivo de enriquecer la investigación, se llevó a cabo un análisis específico por cada reactivo que permitiera encontrar resultados que encaminaran a posibles explicaciones y propuestas de investigación. Unas de las derivaciones obtenidas, se relacionan con la variable tiempo de diagnóstico ya que fueron varios los reactivos relacionados con la religión, que coincidieron en el ser apoyados de una manera más fuerte por las mujeres que tenían un diagnóstico reciente.



Dichos reactivos, en su mayoría, apoyan la idea de la conservación de las capacidades sensoriales, es decir que aún después de morir el alma es capaz de gozar y sufrir; idea que es parte de la cosmogonía religiosa en la que la muerte es vista como sólo un paso hacia la eternidad; inclinación que, quizá se relacione con el hecho de que, al estar afrontando la enfermedad como un evento definitorio, debido a los efectos tan dolorosos que esta provoca, su visión hacia la percepción de este mundo se vuelva opaca e imperfecta (Zamarian et al., 2007), por lo cual, las mujeres busquen refugio en el pensamiento religioso de que tienen la oportunidad de vivir un futuro mejor en el que exista Justicia para “buenos y malos” (López, 2004).

La idea de que la existencia de todo individuo termina al morir, también arrojó una relación estadísticamente significativa con el tiempo de diagnóstico, de tal manera que las mujeres que habían recibido su diagnóstico en años más próximos mostraban una mayor aceptación por la muerte que las mujeres que fueron diagnosticadas más tiempo atrás. Lo que, de cierta manera se contrapone a las ideas antes planteadas sobre la aceptación de la conservación de los sentidos. Dicha contradicción puede ser explicada por lo que Fishbein y Ajzen (1975) plantean sobre la existencia de casos en los que las personas tienen tanto creencias positivas como negativas hacia un mismo objeto; por lo que al final lo que el individuo muestre hacia el objeto, en este caso a la vida después de la muerte, será un reflejo de un conjunto de creencias y no de una creencia específica.

Estos resultados, al mostrar variaciones en las creencias con relación a la antigüedad de la fecha de diagnóstico, se contraponen a lo reportado por Caplan, et al. (2014) acerca de que existe cierto grado de estabilidad en la religiosidad a lo largo del tiempo a pesar de recibir un diagnóstico de cáncer. Confrontación de ideas que al considerar la religiosidad como una variable multidimensional que incluye creencias y comportamientos específicos (Hackey y Sanders, 2003; en Caplan, et al. 2014), conduce al cuestionamiento de si las creencias acerca de la vida después de la muerte son un componente de esta que está propenso al cambio durante el desarrollo de la enfermedad, debido a que la enfermedad oncológica es una fuerte amenaza para la vida, lo cual, coincide con lo que reportan Parra, et al. (2011) sobre los cambios que sufren las mujeres tras recibir tratamientos como la quimioterapia en sus creencias y relaciones interpersonales.



7.2. CONCLUSIONES

Las creencias son estructuras cognitivas, que poseen una organización y estabilidad relativa, mediadoras de la representación de la existencia y la descripción de todo lo que existe para cada persona (naturaleza, causas, cosas, personas, eventos); formadas a través de la experiencia propia o por medio de terceros; que por lo general toman significado dentro de determinados contextos y antes ciertas situaciones. Por su carácter significador pueden considerarse el antecesor más primitivo de la conducta (Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975; J. González, 2004; Pepitone, 199).

Así, las creencias acerca de la vida después de la muerte dan significado a la vida del ser humano, como señalan Palacios-Espinosa, et al. (2015) la muerte es esencial para el significado de la vida, siendo parte esencial y única de la conciencia humana y por consecuencia de gran valor en la existencia humana; sobre todo en una población que padece una enfermedad culturalmente asociada con la muerte como es el cáncer (Trill, 2003).

Al indagar si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de creencias acerca de la vida después de la muerte (religiosas o científicas) en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con relación al estadio en que se encuentra la enfermedad, se encontró que en la población estudiada el ser diagnosticada tanto en un estadio temprano (0, 1 y 2) como en uno tardío (3 y 4) no influye en las perspectivas de dichas creencias.

De manera general las mujeres con cáncer de mama mostraron una tendencia a aceptar las creencias acerca de que el hombre está formado por un alma y un cuerpo; y el rechazo de aquellas que hacen referencia a la ciencia como la única capaz de alargar la vida por el tiempo deseado.

Por otro lado, se descartó la idea de una coexistencia entre creencias científicas y religiosas en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, lo que da a entender que las mujeres que aceptaban como verdad las creencias religiosas, rechazaban las que tenían una base científica/materialista; mientras que, de manera contraria aquellas que aceptaban las creencias científico/materialistas rechazaban las otras.



Al analizar los datos sociodemográficos fue posible encontrar algunos datos con relación significativa con las creencias hacia la vida después de la muerte, uno de ellos fue la escolaridad. Específicamente se identificó que las mujeres que contaban con un grado académico más avanzado acogían de mejor manera las creencias relacionadas con la ciencia y postulados materialistas a diferencia de las que tenían una escolaridad básica quienes se apegaban más a la verdad propuesta por las creencias religiosas.

Asimismo, el análisis de la variable sociodemográfica número de hijos mostró que las mujeres con un mayor número de hijos tienden más hacia las creencias con fundamentos religiosos acerca de la vida después de la muerte a comparación de aquellas que sólo tiene un hijo.

Por otro lado, el análisis de la variable religión, además de contribuir a la confirmación de la inexistencia de creencias religiosas y científicas/ materialistas; impulso el surgimiento de algunos cuestionamientos: si las distintas religiones con las que cada mujer se siente identificada influyen en la concepción que estas tengan acerca de la vida después de la muerte y si es así de qué manera.

Particularmente la creencia de la conservación de la capacidad después de morir fue apoyada principalmente por mujeres con un diagnóstico reciente lo que indicaría que en ellas están presentes contestemente la idea del gozo y el sufrimiento al morir.

Por último, es importante referirse a las limitaciones que fueron detectadas en el desarrollo del trabajo científico. En primera instancia, la literatura que aborda las creencias aquí exploradas fue limitada, a causa de la naciente corriente de exploración que significa la investigación psicológica de las creencias de la vida después de la muerte, por lo cual el contraste de investigaciones fue un poco reducido; considerándose este trabajo de las primeras aproximaciones que se hace sobre el tema.

En cuanto a la aplicación se encontraron diversas dificultades debido a las exigencias de los lugares de atención a la mujer con cáncer de mama, ya que se tenía de un tiempo limitado para la aplicación, por lo que debe tomarse en cuenta que el tamaño de la muestra implica un obstáculo en la generalización de los resultados. Aunado a esto, la deseabilidad social, fue



algo que pudo afectar la aplicación ya que al presentar las mujeres ciertas limitantes físicas la mayoría de las encuestas eran leídas por el investigador a cargo.

Se considera adecuado el profundizar el estudio de las creencias, teniendo un mayor control de las variables tiempo de diagnóstico e información que tengan las mujeres sobre lo que significa su diagnóstico; así como el buscar trabajar con una muestra más grande lo cual permitiría una aproximación más clara a la realidad.



Referencias bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 179-211.
- (2012). The theory of planned behavior. En P.A.M. Van Lange, A.W. Krunglansk, y E.T. Higgins (Eds.) *Handbook of theories of social psychology Vol.1.* (pp.439-459). Londres: SAGE
- Ajzen, I., y Albarracín, D. (2007). Predicting and changing behavior: a reasoned action approach. En I. Ajzen, D. Albarracín, y R. Hornik (Eds.) *Prediction and change of health behavior. Applying the reasoned action approach.* (3-21). Londres: Lawrence Erlbaum associates.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1972). Attitudes and normative beliefs as factors influencing bahavorial intentions. *Journal of personality and social psychology*, 21 (1), 1-9.
- American Cancer Society [ACS] (2014). *Cancer de seno (mama)*. En <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno.html>
- Pienda de la, A. (1999). Filosofía de las creencias. *Revista filosofía Universitaria*, 37 (92), 239-248.
- Balboni, T., Vanderweker, L., Block, S, Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J. y Prigerson, H. (2007). Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of clinical oncology*, 25 (5). doi: 10.1200/JCO.2006.07.9046
- Bar-Tal, D. (1990). *Group Beliefs: a conception for analyzing Group structure, processes and behavior*. Nueva York: Springer-Verlag
- Bayo, J, García, J., Luch, A., y Valentin, V. (2007). *Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes*. Madrid: Grupo editorial Enthos
- Bem, D. J. (1970). *Beliefs, attitudes and human affairs*. EUA: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Benore, E., y Park, C. (2004). Death-specific religious beliefs and bereavement: belief in an afterlife and continued attachment. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14(1), 1-22, doi: 10.1207/ s15327582ijpr1401_1



- Callejo, L., y Vila, A. (2003). Origen y formación de creencias sobre la resolución de problemas. Estudio de un grupo de alumnos que comienzan la educación secundaria. *Boletín de la Asociación Matemática Venezolana*, 10, (2). 173-194.
- Caplan, L., Sawyer, P., Holt, C. y Brown, C. (2014) Religiosity After a Diagnosis of Cancer Among Older Adults, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 26 (4), 357-369, doi: 10.1080/15528030.2014.928922
- Carr, D., y Sharp, S. (2013). ¿Do afterlife beliefs affect psychological adjustment to late-life spousal loss? *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and ans Social Sciences*, 69 (1), 103-112. doi: 10.1093/geronb/gbt063
- Cerejido, M. (2004). Biología de la muerte. En R. Pérez-Tamayo (Coord.) *La muerte* (pp. 7-54). México: El Colegio Nacional.
- Cigler, T., y Ryan, P. (2009). Oncología de mama: presentación clínica y genética. En B.C. Chabner, T. J. Lynch, y D.I. Longo, (2009). *Harrison. Manual de Oncología*. México: McGraw Hill
- Clarke, S., Hayslip B., Edmondson R., y Guarnaccia, C. (2003) Religiosity, Afterlife Beliefs, and Bereavement Adjustment in Adulthood. *Journal of Religious Gerontology*, 14 (2), 207-224. doi: dx.doi.org/10.1300/J078v14n02_08
- Congreso General de Los Estados Unidos Mexicanos, 2009. *Ley General de Salud en el título décimo cuarto: Donación, trasplante y pérdida de vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref43_11jun09.pdf
- Crane, J. (2009) Religion and Cancer: Examining the Possible Connections, *Journal of Psychosocial Oncology*, 27 (4), 469-486, doi: 10.1080/07347330903182010
- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A., Murray, C. J., Ezzati, M., y the Comparative Risk Assesment collaborating group (Cancers) (2005). Causes of cancer in the world: comparative risk assessment. *Lancet*, 366, 1784-1793. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67725-2
- Deutsch, M., y Krauss, R. (1970). *Teorías en psicología social*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz, J. (2004). La conciencia de la muerte. En R. Pérez-Tamayo (Coord.) *La muerte* (pp. 279-312). México: El Colegio Nacional.
- Donegan, W. L. (1982). Métodos de clasificación por estadios, opciones primarias de tratamiento y resultados finales. En: W. L. Donegan y Spratt J. S. *Cáncer de mama* (pp. 166-221). Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.



- Echebarria, A. (1991). Teorías del equilibrio y disonancia cognitiva. En A. Echebarria (Ed). *Psicología Social Sociocognitiva* (pp. 47-60). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echebarria, A. y Valencia, J. (1991). Teorías de la utilidad esperada: valor esperado y de las expectativas. En A. Echebarria (Ed). *Psicología Social Sociocognitiva* (pp. 61-76). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Falkenhain, M., y Handal, P. (2003). Religion, Death Attitudes, and Belief in Afterlife in the Elderly: Untangling the Relationships. *Journal of Religion and Health*, 42, 67, 67-76. doi:10.1023/A:1022216828508
- Fernández, I. (2015). Afrontamiento del cáncer de mama, sentido de la vida, locus de control, creencias religiosas y espirituales de los pacientes de EsSalud. *Ágora revista científica*, 2 (2), 164-171.
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human relations*, 7 (117). 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Fishbein, M. (1967). A consideration of beliefs, and their role in Attitude Measurement. En M. Fishbein (Ed.) *Readings in Attitude Theory and measurement* (pp.257-266). EUA: John Wiley & sons
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. y Raven, B. H. (1967) The AB Scales: An operational definition of beliefs and attitude. En M. Fishbein (Ed.) *Readings in Attitude Theory and measurement* (pp.183-189). EUA: John Wiley & sons
- Flannelly, K., Koenig, H., Ellison, C., Galek, K., y Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health: findings from a national survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194,7, 524-529. doi: 10.1097/01.nmd.0000224876.63035.23
- Galvis-López, M., y Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer de mama. *Aquichan*, 11 (3), 256-273.
- Gomis, C. (2007). ¿Cómo serás muerte? *El Ciervo*, 56, 673, 3.
- González, F. (2004). El hombre y la muerte. En R. Pérez-Tamayo (Coord.) *La muerte* (pp. 105-125). México: El Colegio Nacional.
- González, J. (2004). Fe y creencia. *El ciervo*, 53, 637,26.



- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Grégoire, F. (1973). *El Más Allá*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7 (8), 2-7.
- Hernández, M, y Valdez, J. (2002). Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. *Ciencia ergo sum*, 2 (2), 162-168.
- Hewstone, M., y Antaki, C. (1990). Teoría de la atribución y explicaciones sociales. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P Codol, y G.M Stephenson (Eds.) *Introducción a la psicología social* (pp.:120-148) España: Ariel
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015). Estadísticas a propósito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2016). Estadísticas a propósito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre).
- Krench, D. y Crutchfield, R. (1948). *Theory and problems of social psychology*. Nueva York: McGrawHill
- Lester, D. (1942). *Is there Life After Death? An examination of empirical evidence*. Estados Unidos de América: McForland y Company, Inc., Publishers
- López, A. (2004). La muerte en el mundo náhuatl. En R. Pérez-Tamayo (Coord.) *La muerte* (pp. 57-81). México: El Colegio Nacional.
- Lòpez, G. (2014). Introducción. En J. S. Mill. *Tres ensayos sobre la religión* (pp. 9-47). Madrid: Editorial Trotta.
- Málishev, M. (2003). El sentido de la muerte. *Ergo Sum*, 10 (1), 51-58.
- Martinez, M., Mèndez, C., y Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Javeriano de Oncología *Universitas psychologica*, 3 (2), 231-246.
- Mcgrath, P. (2003) Religiosity and the challenge of terminal illness, *Death Studies*, 27 (10), 881-899. doi: 10.1080/716100343
- Mill, J. (2009). *La utilidad de la religión*. Madrid: Filosofía Alianza Editorial.



- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016a). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado el 25 de noviembre del 2016, de:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016b). *Cáncer de mama: prevención y control. Carga de Cáncer de mama*. Recuperado el 25 de noviembre del 2016, de:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- Ortega y Gasset, J. (2010). *Ideas y creencias*. España: Omega
- Palacios-Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S., y Ospino, J.D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para personas con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33 (3), 455-479. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.07
- Parra, C., García, L., y Insusty, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40, 1, 65-84
- Pegram, M, Takita, C. y Casciato, D. (2013). Cáncer de mama. En D. A. Casciato, y M. C. Territo. *Manual de Oncología Clínica* (285-319). España: Wolters KluwerHealth, S.A., Lippicott Williams y Wilkins.
- Perlman, D. y Cozby, P. (1986). Actitudes y creencias. En: Autor (Ed). *Psicología Social* (pp. 72-91). México: Interamericana.
- Pepitone, A. (1991). El mundo de las creencias un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Pérez-Tamayo, R. (2004). La muerte de la célula. En R. Pérez-Tamayo (Coord.) *La muerte* (pp. 83-102) México: El Colegio Nacional.
- Pérez-Tamayo, R. (2006). Ciencia y religión. *Revista de la Universidad de México*, 24, 19-23. Recuperado de: <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/>
- Perkins, H., Cortez, J., y Hazuda, H. (2012). Patients' Diverse Beliefs about What Happens at the Time of Death. *Journal of Hospital Medicine*, 7 (2), 110-116.
- Pinazo, S., y Bueno, J. R. (2004). Reflexiones acerca del final de la vida: un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 14 (1), 22-26
- Platón (427-347 a. C./2009). *Fedón o del Alma*. México: Grupo Editorial Tomo.
- Puentes, Y., Urrego, S., y Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 33 (3), 481-495. doi: dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08



- Quiroz, A. (2004). *Actitudes y representaciones. Temas actuales de Psicología Social*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Schopenhauer, A. (2015). *El amor, las mujeres y la muerte*. México: Editores mexicanos unidos.
- Secretaría de Salud, (2009). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención*. México: Autor.
- Seoane, J., y Garzón, A. (1996). El marco de investigación del sistema de creencias postmodernas. *Psicología Política*, 13, 81-98.
- Siegel, R. (1980). The psychology of life after death. *American Psychologist*, 35 (10), 911-931.
- Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0, (1), 39-48.
- Vargas, R. (2012). Significado de las vivencias en los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Ciencia y cuidado*, 1, 65-78.
- Vilches, L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educación superior. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 9 (1), 91-103. doi: 10.5354/0719-0581.2000.18549
- Villoro, L. (1996). *Creer, saber y conocer*. México: Siglo Veintiuno editores.
- Wilber, K., Grof, S., Wilson, C., Sheldrake, R., Levine, S., Feuerstein, G., ..., Ring, K. (2006). *¿Vida después de la muerte?* España: Kairos
- Von Wobeser, G. (2015). *Cielo, Infierno y Purgatorio, durante el virreinato de la Nueva España*. México: Editorial de Otro Tipo.
- Zabala, A., y Rokeach, M. (1970). La dimensión periférica central de los sistemas de creencias. *Revista latinoamericana de psicología*, 2 (3), 387-398.
- Zamanian, H., Eftekhar-Ardebilil, H., Eftekhar-Ardebili, M., Shojaeizadeh, D., Nedjat., S., Taheri-Kharameh, Z., Daryaafzoon, M. (2015). Religious Coping and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.17.7721



ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA PSICOLOGÍA



- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) En desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- (4) De acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

No.	Ítem	1	2	3	4	5
21	Algunos pecados conducen al sufrimiento de penas después de morir					
22	Aquel que siga las reglas de Dios será recibido en el reino de los cielos después de su muerte					
23	El hombre tiene un alma que prevalece después de la muerte					
24	El hombre es un ser finito que depende completamente de su organismo					
25	Aún después de la muerte el alma conserva la capacidad de sentir					
26	Una forma de continuar entre los vivos después de morir es con una obra hecha en vida					
27	Al igual que Dios el alma del hombre es inmortal					
28	Dios es el único que puede regresar al hombre a la vida					
29	Los avances científicos son los únicos que podrán prolongar la vida de forma indefinida					
30	Cuando un individuo muere es imposible que recupere la vida					
31	En la biblia se encuentra la verdad absoluta acerca del destino que tendrán los hombres al morir					
32	Las personas dejan de existir completamente cuando mueren					
33	Todo aquel que obra-en contra de los preceptos de Dios será sujeto de una condena al morir sino se arrepiente					
34	A la muerte todo ser justo obtendrá un descanso eterno otorgado por Dios					
35	La ciencia es la única posibilidad de encontrar formas de salvar al ser humano de la muerte					
36	El fin de la existencia de todo ser humano ocurre con la muerte					
37	Dios concedió a los hombres la inmortalidad del alma					
38	En la vida eterna el cuerpo se presentará de forma celestial					
39	El infierno es el lugar que, al morir, están destinados los que actúan de manera injusta en vida sin arrepentimiento					
40	Creo en la resurrección de los seres humanos					
41	La ciencia es la única capaz de brindar al hombre una mayor esperanza de vida					
42	La muerte es un estado irreversible					
43	En el momento de la muerte el alma es juzgada por Dios					
44	Después de morir es imposible asumir las consecuencias de los actos realizados en vida					

¡Muchas gracias!