

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Empresa Social del Estado

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

HISTORIA SOCIAL
DEL CANCER DE SENO:
EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD
DE MUJERES CONSULTANTES AL INC

-Propuesta de Investigación-

Investigador Principal : MARGARITA MEDINA V. INC ¹
Investigadores Asociados: FERNANDO PERRY. INC ²
GONZALO GUEVARA. INC ³
JUAN RAMOS VARGAS INS ⁴

Santafé de Bogotá, 11 de noviembre de 1.996 ⁵

1. Economista M.A. Estudios de Población.

2. Médico. Oncólogo. Especialista Cirugía de Seno.

3. Médico. Genetista.

4. Estadístico. Doctor en Estadística. Consultor del proyecto.

5. Esta versión incluye las modificaciones formuladas por el Dr. Juan Manuel Zea Director del INC, así como las sugerencias emanadas de la reunión del Laboratorio sobre Salud y Sociedad organizado por el INS. De igual manera se consideran las observaciones planteadas por el Comité Científico del INS y por el Comité de Trabajos Científicos del INC.

2.11274

CONTENIDO

INTRODUCCION

I. ENFOQUE

II OBJETIVOS

III. METODOLOGIA

- III.1. Método biográfico
- III.2. Relatos de vida
- III.3. Historia familiar de cáncer
- III.4. Consideraciones éticas

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- IV.1. Responsables del proyecto
- IV.2. Resultados esperados
- IV.3. Estrategias de comunicación
- IV.4. Cronograma
- IV.5. Presupuesto

V. BIBLIOGRAFIA CITADA

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Estudios realizados en diferentes países han establecido que la morbilidad y la mortalidad por cáncer de seno es mayor en los estratos socioeconómicos más elevados y que este es un problema de salud vinculado con el desarrollo industrial principalmente (BLAND et al., 1.993). Los procesos de cambio social vividos en el país en las últimas décadas favorecen el incremento de grupos de mujeres con perfiles de riesgo propios del cáncer de seno: aumentos en la educación acompañados de una movilidad social ascendente, son el contexto del descenso drástico de la fecundidad (el cual en gran medida ha sido posible por el consumo masivo de anticonceptivos), el retardo de la edad al primer hijo, el incremento de la incidencia y la reincidencia de aborto y la disminución de las oportunidades para lactar ⁶. Al mismo tiempo estadísticas de diferentes países, incluido Colombia, permiten ver el incremento de la morbilidad por cáncer de seno (IARC, 1.993; DOLL et al., 1.981) y a pesar de los avances logrados en el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad, la mortalidad por esta causa sigue siendo importante, sobre todo en las áreas de mayor desarrollo del país (MEDINA, 1.994).

La investigación sobre los aspectos sociales del cáncer tiene nuevos retos teóricos y metodológicos que afrontar. Los vacíos en el conocimiento de las experiencias concretas de salud-enfermedad y las condiciones de vida en las que ocurren, dejan ver la importancia de examinar la articulación entre las tendencias generales de los grupos sociales y lo cotidiano singular.

En esta investigación se propone analizar la experiencia de enfermedad en un grupo especialmente vulnerable por su precariedad social, las consultantes al INC, que pertenecen a estratos de pobreza. La **historia social de la patología** se reconstruye a partir de comprender cómo viven las mujeres el proceso de enfermedad en el contexto

⁶. Los procesos de modernización de la sociedad colombiana, la industrialización y la urbanización con la generalización de la educación, han favorecido cambios notables en la situación social de las mujeres, dentro de los cuales sobresale su incorporación masiva a la fuerza de trabajo. Dentro de este orden de cosas se da el descenso generalizado y drástico de la fecundidad y el incremento del aborto (PROFAMILIA, 1.995; ZAMUDIO et al., 1.993), junto con la disminución de la duración de la lactancia exclusiva y complementada en todos los estratos (MEDINA, 1.993).

de su historia reproductiva, lo cual dará bases para formular recomendaciones para la educación en salud y orientar el trabajo clínico. Para el desarrollo de este objetivo se propone un enfoque longitudinal retrospectivo, estructurado con dos componentes complementarios.

El primero de ellos se basa en la información cuantitativa de biografías (COURGEAU et al., 1.989) realizadas a una muestra probabilística de seiscientas mujeres con cirugía de carcinoma de seno. Se trata de construir cohortes retrospectivas para explorar, en un primer momento, y para confirmar, en un segundo momento, la posible asociación entre la historia de morbilidad⁷ y eventos de la historia reproductiva: menarca, paridad, aborto, consumo de hormonas anticonceptivas, edad al primer embarazo a término, lactancia materna y menopausia. Dentro de estos procesos se imbrican las decisiones en torno a la solicitud de atención, desde la primera consulta hasta la recepción del diagnóstico, seguida por la oportunidad de la cirugía. Se obtiene así la información necesaria para reconstruir temporalidades paralelas: la secuencia e interacción entre eventos de la trayectoria reproductiva, con los eventos que marcan el desarrollo de la enfermedad, percepción de síntomas y signos, primera consulta, oportunidad del diagnóstico y de la cirugía.

Y el segundo componente es el análisis sociológico de relatos de vida a cerca de las representaciones sociales sobre la patología, los cuales se realizarán a un subgrupo de las mujeres encuestadas. Se trata de conocer la complejidad de condiciones y relaciones sociales que son el contexto de la interpretación que la mujer construye sobre la enfermedad en diferentes momentos de su desarrollo: percepción de signos y síntomas prediagnóstico, decisión de consultar, recepción del diagnóstico y de las terapias consecuentes, y la adaptación al nuevo orden social y vital que le impone el estado de enfermedad (CANGUILHEM, 1.981). A partir de las experiencias de enfermedad expresadas por las mismas mujeres, se tendrán elementos no solo para conocer las representaciones sobre la enfermedad, sino también la complejidad de condiciones y relaciones sociales que explican las necesidades de atención de su salud.

7. La temporalidad de signos y síntomas percibidos antes de la cirugía configura una historia de morbilidad con una duración y una composición definidas. Esta trayectoria concluye con la recepción del diagnóstico y la oportunidad de la cirugía.

Estudios realizados en diferentes países han establecido que la morbilidad y la mortalidad por cáncer de seno es mayor en los estratos socioeconómicos más elevados y que este es un problema de salud vinculado con el desarrollo industrial principalmente (BLAND et al., 1.993). Los procesos de cambio social vividos en el país en las últimas décadas favorecen el incremento de grupos de mujeres con perfiles de riesgo propios del cáncer de seno: aumentos en la educación acompañados de una movilidad social ascendente, son el contexto del descenso drástico de la fecundidad (el cual en gran medida ha sido posible por el consumo masivo de anticonceptivos), el retardo de la edad al primer hijo, el incremento de la incidencia y la reincidencia de aborto y la disminución de las oportunidades para lactar ⁶. Al mismo tiempo estadísticas de diferentes países, incluido Colombia, permiten ver el incremento de la morbilidad por cáncer de seno (IARC, 1.993; DOLL et al., 1.981) y a pesar de los avances logrados en el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad, la mortalidad por esta causa sigue siendo importante, sobre todo en las áreas de mayor desarrollo del país (MEDINA, 1.994).

La investigación social en salud sobre temas relacionados con el cáncer tiene nuevos retos teóricos y metodológicos que afrontar. Los vacíos en el conocimiento de las experiencias concretas de salud-enfermedad y las condiciones de vida en las que ocurren, dejan ver la importancia de privilegiar una aproximación empírica, en la que se examine la articulación entre las tendencias generales de los grupos sociales y lo cotidiano singular.

En esta investigación se propone analizar la experiencia de enfermedad en un grupo especialmente vulnerable por su precariedad social, las consultantes al INC, que en su gran mayoría pertenecen a estratos de pobreza. La **historia social de la patología** se reconstruye a partir de comprender cómo viven las mujeres el proceso de enfermedad en el contexto de su historia reproductiva, lo

⁶. Los procesos de modernización de la sociedad colombiana, la industrialización y la urbanización con la generalización de la educación, han favorecido cambios notables en la situación social de las mujeres, dentro de los cuales sobresale su incorporación masiva a la fuerza de trabajo. Dentro de este orden de cosas se da el descenso generalizado y drástico de la fecundidad y el incremento del aborto (PROFAMILIA, 1.995; ZAMUDIO et al., 1.993), junto con la disminución de la duración de la lactancia exclusiva y complementada en todos los estratos (MEDINA, 1.993).

cual dará bases para formular recomendaciones para la educación en salud y orientar el trabajo clínico. Para el desarrollo de este objetivo se propone un enfoque longitudinal retrospectivo, estructurado con dos componentes complementarios.

El primero de ellos se basa en la información cuantitativa de biografías demográficas (COURGEAU et al., 1.989) realizadas a una muestra probabilística de seiscientas mujeres con cirugía de carcinoma de seno. Se trata de construir cohortes retrospectivas para explorar, en un primer momento, y para confirmar, en un segundo momento, la posible asociación entre la historia de morbilidad ⁷ y eventos de la historia reproductiva: menarca, paridad, aborto, consumo de hormonas anticonceptivas, edad al primer embarazo a término, lactancia materna y menopausia. Dentro de estos procesos se imbrican las decisiones en torno a la solicitud de atención, desde la primera consulta hasta la recepción del diagnóstico, seguida por la oportunidad de la cirugía. Se obtiene así la información necesaria para reconstruir temporalidades paralelas: la secuencia e interacción entre eventos de la trayectoria reproductiva, con los eventos que marcan el desarrollo de la enfermedad, percepción de síntomas y signos, primera consulta, oportunidad del diagnóstico y de la cirugía.

Y el segundo componente es el análisis sociológico de relatos de vida a cerca de las representaciones sociales sobre la patología, los cuales se realizarán a un subgrupo de las mujeres encuestadas. Se trata de conocer la complejidad de condiciones y relaciones sociales que son el contexto de la interpretación que la mujer construye sobre la enfermedad en diferentes momentos de su desarrollo: percepción de signos y síntomas prediagnóstico, decisión de consultar, recepción del diagnóstico y de las terapias consecuentes, y la adaptación al nuevo orden social y vital que le impone el estado de enfermedad (CANGUILHEM, 1.981). A partir de las experiencias de enfermedad expresadas por las mismas mujeres, se tendrán elementos no solo para conocer las representaciones sobre la enfermedad, sino también la complejidad de condiciones y relaciones sociales que explican las necesidades de atención de su salud.

7. La temporalidad de signos y síntomas percibidos antes de la cirugía configura una historia de morbilidad con una duración y una composición definidas. Esta trayectoria concluye con la recepción del diagnóstico y la oportunidad de la cirugía.

Dentro del estudio de los antecedentes relacionados con la enfermedad, otro aspecto de interés es **la historia familiar de cáncer de seno**, problema que ha sido ampliamente discutido en trabajos de epidemiología genética (MOSIMANN, 1.990; SELLERS et al., 1.992; ANDRIEU et al., 1.993; SCHNEIDER, 1.994; CSILLA I. et al., 1.995). En esta investigación se considera que los antecedentes familiares de cáncer interactúan con otros factores de riesgo favoreciendo la aparición de la patología. En este sentido, se busca valorar el peso relativo de la historia familiar en la ocurrencia de la enfermedad y establecer prototipos de susceptibilidad al cáncer familiar lo cual contribuye, parcialmente, a establecer grupos de riesgo.

Ahora bien, investigaciones realizadas con diseños epidemiológicos clásicos no han llegado a conclusiones definitivas sobre relaciones de causalidad entre algunos eventos de la historia reproductiva y la aparición del cáncer de seno ^B. Con el propósito de contribuir a la polémica sobre el tema, proponemos abordar esta problemática a partir de la integración de tres enfoques: uno, el análisis biográfico para el estudio de las relaciones entre morbilidad y reproducción, el cual parte de un registro riguroso de los tiempos de exposición, paralelo al desarrollo progresivo de la enfermedad. Dos, la perspectiva sociológica de las historias de vida con la cual se aborda la subjetividad individual de la experiencia de enfermedad, vista en el contexto de las condiciones objetivas de vida en las que ocurre. Y tres, bajo el enfoque de la genética de las poblaciones se valora la importancia de la predisposición familiar al

^B. Un grupo de la WHO revisó 15 estudios realizados en distintos países entre 1.972 y 1.988 en los que se analizó la asociación entre cáncer de seno y consumo de anticonceptivos orales, con el diseño de casos y controles. En ninguno de estos trabajos se estableció claramente que el consumo de anovulatorios modificara el riesgo de aparición de la enfermedad (WHO, 1.992). En la revisión sobre epidemiología del cáncer de mama publicada por MANT y VASSEY en 1.993 se plantea el debate, aún no resuelto, acerca del efecto inductor que sobre la aparición de la enfermedad tienen los embarazos incompletos (antes del primer embarazo a término) y el efecto protector de la lactancia materna. Por el contrario, en distintos estudios se han establecido otros factores de alto riesgo derivados de la historia menstrual y reproductiva: edad temprana a la menarca y tardía a la menopausia, nuliparidad y edad tardía al primer embarazo a término (BLAND et al., 1.993).

cáncer de seno.

En este orden de ideas es posible establecer, para cada una de las cohortes de enfermas, la dinámica temporal del posible conjunto de eventos que las hicieron vulnerables al desarrollo de la patología: la vulnerabilidad propia de las mujeres a quienes se les diagnosticó la enfermedad en la vida adulta, en la madurez y en la vejez, de las que sufrieron uno u otro tipo histológico. La caracterización de estos perfiles de vulnerabilidad estará dada tanto por las tendencias de los indicadores cuantitativos (construidos con los datos de las biografías) como por las orientaciones dominantes en la interpretación del el proceso de enfermedad (estudiadas en los relatos de vida).

La formulación de políticas y el diseño de estrategias de educación en salud, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno se deben basar en el reconocimiento de las cohortes vulnerables a la enfermedad, identificadas tanto por las tendencias generales que marcan los indicadores, como por las necesidades de atención expresadas por las protagonistas de la enfermedad. Es necesario que la oferta de servicios para la atención se fundamente en conocer la complejidad de condiciones y relaciones sociales que explican las representaciones de las mujeres en torno a las causas y mecanismos de prevención de la enfermedad, el reconocimiento de los signos y síntomas, la oportunidad de la consulta, el impacto de las terapias y el autocuidado de la salud durante el proceso siguiente a la cirugía.

La problemática social del cáncer poco se ha analizado en Colombia. Con este estudio se busca fortalecer una línea de investigación social en cáncer en poblaciones locales, no solo para discutir las hipótesis trabajadas anteriormente, sino principalmente para establecer elementos que permitan la formulación de nuevas hipótesis sobre el tema.

Este proyecto se inscribe dentro del Programa de Investigación sobre Medio Ambiente, Sociedad, Violencia y Salud, propuesto por la Subdirección de Investigación y Desarrollo del INS. En consecuencia, los investigadores del proyecto participarán en la red de investigadores del Programa y los resultados del estudio se aportarán al sistema de información sobre salud y sociedad (también ha organizado por el Programa).

I. ENFOQUE

Diferentes estudios han discutido la importancia de eventos relacionados con la reproducción en la aparición del cáncer de seno. La menarca de instalación temprana, la menopausia después de los 45 años, la edad tradía al primer embarazo a término, los embarazos incompletos antes del primer embarazo a término, aumentarían el riesgo; en tanto que factores protectores serían, la lactancia materna, la alta paridad, la edad temprana al primer embarazo a término y un periodo reproductivo relativamente corto (ANDRIEU et al., 1.993; SELLERS et al., 1.992; BLAND et al., 1.993).

Para estudiar la asociación entre la trayectoria reproductiva ⁹ y la aparición del cáncer de seno, en esta investigación se propone una perspectiva cuantitativa, longitudinal, retrospectiva, basada en analizar la historia de los antecedentes de mujeres que desarrollaron la enfermedad. Todos los casos estudiados sufrieron la enfermedad, pero los antecedentes, es decir las historias de reproducción y de morbilidad tuvieron dinámicas temporales singulares y estuvieron o no, mediatizadas por la presencia de antecedentes familiares de cáncer. Cabe suponer que en función de la historia de morbilidad y la trayectoria reproductiva varía la edad de aparición de la enfermedad. Entonces, la hipótesis central propuesta es: las historias de reproducción y morbilidad definen cohortes de mujeres vulnerables a la enfermedad.

Se construyen tipologías o grupos prototipo de enfermas ¹⁰, que se definen según la secuencia e interacción entre eventos de las historias de reproducción y morbilidad. La definición de tipologías (según trayectorias similares)

⁹. Se habla de trayectoria en el sentido de una secuencia de eventos articulados que se dan en un juego de temporalidades, en las que un hecho presente se ve influido por los eventos anteriores relacionados (DE CORNICK et al. 1.990).

¹⁰. En una tipología se agrupan individuos que tienen características comunes, es decir, en los cuales se observan datos aproximadamente iguales en las categorías de las variables de interés.

es un estudio de cohortes ¹¹, basado en el análisis de correspondencia múltiple para variables categóricas (BARBARY O. et al., 1.994) ¹².

Y en el segundo componente interesa explorar las representaciones sociales que las mujeres construyen sobre la enfermedad en su proceso de evolución. La mujer construye una interpretación sobre los cambios que vive su cuerpo desde el inicio de la enfermedad, hasta la adaptación a un nuevo orden social y vital después de la cirugía: los síntomas y signos prediagnóstico, la recepción del diagnóstico, el someterse a los procesos terapéuticos y de rehabilitación. La adopción del concepto, representaciones sociales, se basa en tres criterios. Uno, la interpretación de la enfermedad se vincula estrechamente con los eventos objetivos que vive la mujer en su trayectoria reproductiva, los cuales se dan en el contexto de la situación familiar y social en general ¹³. Dos, el concepto de enfermedad se construye a partir de elementos que circulan en la cultura: la información que difunden los servicios de salud y los medios masivos de comunicación, junto con las tradiciones

¹¹. Grupos de población a quienes se les diagnosticó la enfermedad en la misma etapa vital (vida adulta, madurez, vejez) y que a lo largo del tiempo vivieron eventos reproductivos y de enfermedad comunes (ver metodología).

¹². En este análisis la morbilidad es la variable activa, en tanto que los componentes de la historia reproductiva se consideran variables ilustrativas. Para explorar si estas cohortes se modifican según el estadio vital en el que aparece la enfermedad y según la morfología, la edad y los tipos histológicos diagnosticados operarán como variables de control. Además, la predisposición familiar (cáncer de seno en parientes de primer grado) también operará como variable de control.

¹³. Las representaciones sociales tienen componentes cognoscitivos y actitudinales y expresan una red de significados que permiten interpretar la enfermedad; las representaciones se expresan en sentimientos, opiniones, valores, actitudes, sentimientos, pensamientos; las representaciones se construyen en el intercambio social y por esto están socialmente determinadas. En este sentido se considera que los referentes simbólicos están en íntima conexión con los hechos empíricos que representan (BERGER Y LUCKMAN, 1.979).

orales propias del medio cultural de la mujer. Tres, las representaciones generan relaciones sociales para el tratamiento de la enfermedad, tanto con las instituciones con el entorno social inmediato (familiares, amigos).

A partir del enfoque sociológico de las historias de vida, específicamente de los relatos de vida ¹⁴, interesa discutir las diferencias del concepto salud-enfermedad entre subgrupos de mujeres definidos (inicialmente) por tres criterios: el estadio vital (vida adulta, madurez y vejez), el tener o no tener historia familiar de cáncer (lo cual condiciona las expectativas e imágenes sobre la enfermedad) y distintos estados clínicos (definidos por la extensión física de la lesión), en los que se configuran interpretaciones singulares sobre la enfermedad.

Para hacer un análisis integrador de los dos componentes y discutir resultados paralelos, se compararán las cohortes cuantitativas (definidas a partir de las biografías) con las cohortes cualitativas (definidas a partir de los relatos de vida). En cada una de las etapas vitales se compararán las tendencias de los indicadores sobre las historias de reproducción y morbilidad, con las orientaciones dominantes sobre la interpretación de la enfermedad. La etapa vital en la que ocurre la enfermedad marca de manera definitiva la historia reproductiva y social de la mujer, razón por la que se define esta variable como punto nodal de integración entre los dos componentes ¹⁵.

Por otra parte, con el interés de analizar la predisposición familiar a la enfermedad se preguntarán los antecedentes familiares de cáncer de seno en parientes mujeres de primero y segundo grado. La asociación entre la historia familiar de cáncer (HFC) y

¹⁴. En el relato de vida se recoge información sobre un aspecto específico de la trayectoria social. Por el contrario, en la historia de vida se toman datos sobre la trayectoria social en su totalidad y esta información se corrobora con otras fuentes como documentos y testimonios de otras personas relacionadas con el informante (BERTEAUX, 1.980)

¹⁵. La noción de estadio vital tiene una connotación de circularidad, de constantes sociales que se repiten de generación en generación y que adquieren carácter normativo según la estructura social en un momento histórico determinado.

el riesgo de cáncer de seno ha sido bien documentada ¹⁶. Se espera encontrar cerca del 15% de las 600 mujeres con esta característica ¹⁷.

Las diferencias en el riesgo relativo de cáncer familiar según atributos del caso índice (o de la pariente afectada) como son, edad de aparición de la enfermedad (pre o posmenopáusico), lesión bilateral y tipo histológico, permite establecer marcadores para valorar prototipos de susceptibilidad. Además, bajo el supuesto de la multicausalidad de la enfermedad (DOLL et al., 1.981), se medirá la importancia relativa de la HFC en su acción simultánea con los demás eventos de la historia reproductiva considerados, esto es, el impacto que tiene la HFC en la caracterización de las distintas tipologías.

II. OBJETIVOS

- Construir cohortes de mujeres vulnerables al cáncer de seno, teniendo en cuenta el curso de la trayectoria reproductiva (menarca, anticoncepción, oportunidad del primer embarazo a término, paridad, lactancia materna, aborto y menopausia), paralelo a la evolución de la enfermedad (percepción de síntomas y signos, diagnóstico y cirugía). Interesa analizar la dinámica temporal de estos procesos para identificar tipologías longitudinales, diferenciadas por la etapa vital en la que se diagnostica un determinado tipo histológico y por

¹⁶. En estudios sobre el tema se ha establecido que la susceptibilidad al cáncer se puede transmitir tanto por línea materna como paterna, que el riesgo es directamente proporcional al número de parientas afectadas por cáncer de seno y que las descendientes de un caso índice que tuvo la enfermedad antes de la menopausia y/o con una lesión bilateral tienen un mayor riesgo de heredar la enfermedad; también se ha establecido que un caso índice con antecedentes familiares tiene un mayor riesgo de desarrollar un segundo diagnóstico de cáncer (MOSIMANN, 1.990; SELLERS et al., 1.992; ANDRIEU et al., 1.993; BLAND et al., 1.993; CSILLA et al., 1.995).

¹⁷. Esto a pesar de que en dos estudios sobre cáncer gástrico realizados en consultantes al INC, se encontraron proporciones bajísimas de casos con antecedentes familiares de cáncer, que varían entre 1.8 y 4%. Los mismos autores comentan problemas en la calidad de la información, debidos probablemente al nivel cultural de las pacientes y/o al desconocimiento de la situación de salud de sus familiares (GOMEZ et al., 1.979; OSPINA et al., 1.984).

la presencia de historia familiar.

- Analizar la construcción social del concepto profano de enfermedad teniendo en cuenta, los elementos de cultura con los que se forma, el contexto social en el que se vive el proceso de enfermedad y las representaciones que generan relaciones sociales para la atención de la enfermedad.

- Valorar los cambios en el riesgo de cáncer familiar según la edad de aparición de la enfermedad (pre o posmenopáusico), el tipo histológico, la presencia de lesión bilateral y de un segundo primario.

III. METODOLOGIA

III.1. Método biográfico

Aunque este es un estudio de casos (muestra no probabilística), para seguir un criterio técnico en la definición del número de pacientes a estudiar se aplicó un muestreo aleatorio (DOBSON, 1.984). Teniendo en cuenta uno de los criterios de inclusión, que la paciente haya sido atendida en el INC en los últimos dos años, se define como marco muestral 1.144 consultantes de primera vez al servicio de consulta externa de seno del INC, a quienes se les diagnosticó cáncer de seno entre 1.994 y 1.995 ¹⁸. Teniendo en cuenta una captación mínima esperada del 80% para el tipo histológico canalicular (GOMEZ et al., 1.979; OSPINA et al., 1.984) y en espera de una confiabilidad del 95%, se define un tamaño muestral de 600 casos.

Se incluirán en el estudio mujeres que hayan tenido una cirugía de carcinoma de seno en los últimos 2 años practicada en el INC, que pertenezcan al estrato bajo y que tengan entre 25 y 65 años de edad ¹⁹. (Se excluyen

¹⁸. Inventario diario de consultantes al servicio de seno y cirugía general.

¹⁹. Según datos del REGISCAN, en 1.994 hubo 550 mujeres consultantes de primera vez por cáncer de mama, las cuales se concentran en la vida adulta y la madurez principalmente, en tanto que las consultantes jóvenes son la minoría. Según la misma fuente, esta es la segunda causa de consulta entre las mujeres (en primer lugar está el cuello uterino) y cerca de dos terceras partes de esta pacientes residen en Bogotá y Cundinamarca (INC, 1.994). El

otras cirugías de seno como los sistosarcomas y sarcomas).

La biografía se recoge en una encuesta longitudinal retrospectiva recolectada en una sola ronda, con información sobre los eventos de la trayectoria de vida probablemente relevantes a la aparición de la enfermedad:

La trayectoria reproductiva dada por las historias de embarazos (partos, abortos), anticoncepción (método utilizado), lactancia materna (exclusiva) y conyugalidad (tipo de unión). Y eventos que marcan la evolución de la enfermedad: morbilidad sentida (retracción y/o sangrado del pezón, masa o pepa, hoyuelos y/o cambios en piel de la mama, ganglios en axila, congestión o sensación de pesadez y/o dolor en el seno) y clínica (tipo histológico 20). También se recoge información sobre la trayectoria de atención médica: primera consulta, mamografías, diagnóstico inicial y oportunidad de la cirugía, y sobre la historia familiar de cáncer. (El cuestionario para la biografía aparece en el anexo No.1).

Se realizará una prueba del cuestionario con 10 entrevistas, para establecer la aceptación de las preguntas, la estandarización de las respuestas, la secuencia óptima de temas y el tiempo de aplicación (necesario para la planeación del trabajo de campo).

Para la obtención de los datos de las biografías las seiscientas pacientes se captarán en la consulta de seno del Instituto Nacional de Cancerología y las encuestas se realizarán en el mismo Instituto, una vez finalizada la consulta. La asistente de investigación, una encuestadora contratada específicamente para la recolección y las investigadoras M. Medina y M. Piñeros, realizarán las

inventaric de la consulta de seno del INC, registra 70 consultantes diarias en promedio en el último año, de las cuales la gran mayoría son mujeres del estrato bajo, razón por la cual no se justifica considerar el estrato como criterio de selección.

20. Intraductal (intra-canavicular), intralobulillar, ductal (canavicular), lobulillar, infiltrante, mucinoso (coloidal), medular (típico o atípico), mixto y otros (BLAND et al., 1.993).

encuestas, según el cronograma previsto (ver aspectos administrativos). Se escribirá un manual para la encuestadora con las definiciones operacionales de las variables, los métodos de recolección de los datos y las estrategias de conducción de la entrevista. Inicialmente se adelantará una capacitación de encuestadoras con la revisión colectiva del manual, simulacros de entrevista y la observación de entrevistas modelo realizadas por la investigadora principal. Se hará un control rutinario de la calidad de la información de cada cuestionario; para efectos, entre las personas participantes se intercambiarán las encuestas; para orientar esta revisión se escribirá un instructivo para crítica manual.

En la recolección, la duración de los eventos longitudinales se establece por la edad de inicio y de terminación, con precisión a nivel de trimestre. Las bases de datos se construyen grabando la fecha de inicio y terminación de cada evento.

El procesamiento de la información longitudinal se inicia con un análisis descriptivo exploratorio, para establecer hipótesis sobre las asociaciones entre la trayectoria reproductiva (variables ilustrativas) y la evolución de la enfermedad (variables activas). Con la aplicación del método "Análisis Armónico Cualitativo"²¹, una aplicación particular de análisis de correspondencia múltiple (BARBARY et al., 1.996), se definen y caracterizan tipologías o grupos de mujeres con características comunes, en tres etapas, a saber:

Primero, tomando como variable activa, por ejemplo, la morbilidad total (todo el periodo de percepción), a partir del análisis de correspondencia múltiple se crean clases o tipologías de individuos, es decir subgrupos de personas que vivieron historias de morbilidad similares²². Esta partición de la muestra refleja la heterogeneidad en las experiencias de enfermedad.

21. Armónico Cualitativo, en relación con las variables categóricas o nominales que se manejan. Este programa está adaptado al SAS.

22. La definición de cuál es la variable activa solo es posible una vez terminado el análisis transversal.

Segundo, tanto para el total de la muestra como para cada una de las tipologías identificadas, se construye el perfil biográfico de las variables longitudinales: anticoncepción, lactancia, morbilidad sentida ²³ y extensión del periodo reproductivo ²⁴. Inicialmente se redefinen las modalidades de cada variable a partir de la distribución de casos en las categorías originales (las que se utilizan para recoger los datos). Luego, se define la partición óptima de tiempo, aquella con la que se conserva un número suficiente de observaciones en cada modalidad y en cada intervalo de tiempo. Para efectos el periodo de observación se define restando de la fecha del diagnóstico, el evento más lejano (a la misma); luego este periodo se divide en intervalos (iguales o desiguales), teniendo en cuenta la distribución de los casos según años de percepción o exposición ²⁵. Finalmente, la recodificación se hace a partir del tiempo que cada individuo aporta al tiempo promedio del grupo en cada intervalo temporal y en cada categoría o modalidad (de la variable). Esta primera visión biográfica refleja los cambios de posición de una mujer en las categorías de cada variable a través de su trayectoria.

Tercero, se caracteriza cada clase o tipología, con indicadores transversales según la situación en el momento del diagnóstico: sociodemografía (residencia, migración, conyugalidad), morbilidad (edad al diagnóstico, tipo histológico), características reproductivas (extensión periodo reproductivo, edad menarca y menopausia, paridad, aborto, lactancia materna, uso de anticonceptivos) y antecedentes familiares de cáncer de seno ²⁶.

Tanto los perfiles biográficos como la caracterización

²³. Estas variables son categóricas y por esto se aplica el análisis de correspondencia para variables categóricas.

²⁴. Excluyendo los casos de infertilidad, se toma la edad a la menopausia menos al edad a menarca y a este periodo se restan los intervalos de embarazo y de lactancia exclusiva. En esta variable numérica se definen medianas para las etapas vitales mencionadas.

²⁵. Con esta partición se eliminan (o se agragan) las etapas de una trayectoria que no agregan cambios a las modalidades (de la variable).

²⁶. Todas estas variables son categóricas excepto las edades a la cirugía y a la menarca y menopausia.

con indicadores transversales (de toda la muestra y las diferentes clases) se corre para 3 grupos, según al edad a la que se tuvo la cirugía: 25 a 49 años (vida adulta), 50 a 59 años (madurez) y 60 y más años (vejez). Se obtiene así el comportamiento biográfico de cohortes definidas por la etapa vital en la que se tuvo la cirugía, con lo cual es posible establecer (o no) si cada uno de estos grupos vivió trayectorias reproductivas y de morbilidad singulares.

Finalmente, se adelanta el análisis probatorio. Del proceso anterior se concluye una serie de hipótesis sobre el comportamiento de cada tipología (o clase) y sobre la diferencia entre ellas. Las hipótesis propuestas se verifican mediante dos métodos: uno, aplicar pruebas de significancia estadística entre las variables de cada tipología y el promedio de toda la muestra. Otro, el diseño de modelos multivariados para cada uno de las tipologías identificadas anteriormente (logístico o COX). A partir de estos resultados también se discuten las diferencias entre tipologías.

III.2. Relatos de vida

En los relatos de vida se recoge información sobre los eventos y las representaciones sociales relacionadas con: la historia reproductiva, los cambios en la percepción del cuerpo con la aparición, desarrollo y tratamiento de la enfermedad y la contribución de la tradición oral, los medios masivos y los servicios de salud a la construcción del concepto de enfermedad ²⁷. Este plan de temas es susceptible de modificarse en el proceso en el cual pueden aparecer nuevos aspectos para profundizar e investigar. (En el anexo No.2 aparece la guía preliminar para la entrevista).

Siendo un estudio cualitativo, el muestreo no probabilístico se hace mediante una selección intencionada de casos. En atención al punto de saturación y siguiendo la tradición de los estudios cualitativos

27. En el relato de vida se toma información de aspectos específicos de la trayectoria social, en este caso la reproducción y la enfermedad del seno. En la historia de vida se recoge información sobre la trayectoria social en su totalidad y esta información se corrobora con otras fuentes como historias clínicas y documentos o testimonios de otras personas relacionadas con la informante (BERTEAUX, 1.980:190).

basados en historias de vida (MEDINA, 1.996; ARANGO, 1.991; VIVEROS et al., 1.995), se realizarán 30 relatos de vida (aproximadamente) a un subgrupo de las mujeres encuestadas. Inicialmente se considera que al escoger los casos proporcionalmente para las 3 etapas vitales, es posible observar la variabilidad deseada. Sin embargo, si a partir del análisis parcial de información se evidencia que el punto de saturación no se alcanza, se realizarán nuevas entrevistas. Se alcanza el punto de saturación cuando el realizar nuevas observaciones no aporta nada nuevo al desarrollo del estudio, puesto que los casos incluidos son suficientes para analizar la variabilidad deseada (BERTEAUX, 1.980). También se realizarán nuevos relatos de vida si la variabilidad observada no se aproxima a las tendencias que se concluyen a partir de las biografías; esto porque el objetivo general del estudio se cumple a partir de la integración entre los componentes cuantitativo y cualitativo.

Los casos se escogerán según los siguientes criterios preliminares: edad en la que se practicó la cirugía, tener o tener historia familiar y el estadio clínico de la lesión. Para precisar estos criterios de selección, se realizará un corte en las primeras 100 encuestas y se tabularán algunas variables referidas a características reproductivas y a morbilidad. No se incluirán casos con reconstrucción de seno, ni con reincidencia (local o regional).

Con cada caso en estudio se realizarán 3 sesiones de entrevista en promedio (según lo requiera la complejidad de la información recibida), con una duración aproximada de una hora por sesión. Con las preguntas abiertas y no dirigidas (incluidas en la guía), se busca que la informante pueda pensar libremente y dar respuestas ricas en anécdotas y reflexiones. La técnica de entrevista busca favorecer un clima de confianza que permita la "libre asociación" de la entrevistada.

Los datos analizados son los declarados de viva voz por las mujeres sin el recurso complementario de otras fuentes, excepto la información que se pueden corroborar con los antecedentes personales de la historia clínica. Tres mecanismos adicionales se consideran para la validación de un relato: la comparación de datos informados en las distintas sesiones de entrevista (de una misma paciente), la revisión rutinaria de cada sesión de entrevista entre los investigadores del equipo y la confirmación de cierta información con los familiares que

usualmente acompañan a las pacientes en las consultas.

En la perspectiva de los relatos de vida, el análisis longitudinal se hará a partir de los cambios en la interpretación de la enfermedad en las distintas etapas de su desarrollo: evolución precáncer, recepción del diagnóstico, procesos terapéuticos y de rehabilitación. Interesa analizar las diferencias en las interpretaciones sobre la enfermedad, en cohortes diferenciadas por el estadio vital en el que se dió la cirugía: las orientaciones dominantes en la vida adulta, la madurez y la vejez ^{2B}.

Para la sistematización y análisis de cada entrevista, se aplicará el método etnográfico. Primero, se transcribirá la información; luego, se hará una lectura temática para clasificar los datos en las categorías de análisis (las unas preestablecidas según los contenidos enunciados y las otras definidas en el proceso de sistematización y análisis parcial); después, al interior de cada caso se hará el análisis vertical de la secuencia de valores que acompañan los hechos que conforman la trayectoria social; por último se hace el análisis horizontal, es decir, la comparación de datos de las diferentes informantes.

Finalmente, para reconstruir la historia de la enfermedad, los elementos cualitativos identificados se ubicarán en las cohortes construídas con base en las biografías, con miras a discutir resultados paralelos en cada etapa vital: los resultados cualitativos de las jóvenes con los resultados cuantitativos de las jóvenes, lo mismo para las adultas, etc. . Se piensa que el número de relatos de vida realizados se aproxima al comportamiento general de los distintos subgrupos construídos con base en las biografías: cohortes de mujeres definidas por el estadio vital en el que se practicó la cirugía.

^{2B}. Dependiendo de la profundidad de la información recolectada, otro posible método de comparación de casos sería, las interpretaciones sobre la enfermedad dominantes en cada estadio vital (edad a la cirugía). Aquí habría que tener en cuenta que las mujeres agrupadas en un mismo estadio pertenecerían a diferentes cohortes, lo cual de ninguna manera invalidaría la comparación.

III.3. Historia familiar de cáncer

Para establecer el riesgo de cáncer de seno relacionado con parientes de primer grado según la edad al diagnóstico del caso índice (paciente), adoptamos la metodología propuesta por MOSIMANN S. et al., 1.990: los casos índice (pacientes que declararon madres, hermanas y/o hijas con cáncer de seno) se clasifican según la edad a la que se les diagnosticó la enfermedad (por quinquenios de edad). Para cada grupo se toma el número de parientes de primer grado con cáncer de seno, es decir, las frecuencias observadas. Para obtener las frecuencias esperadas, las frecuencias observadas (en cada grupo de edad) se multiplican por las tasas específicas de incidencia de cáncer de seno, pertenecientes a una población cercana y a un periodo reciente ²⁹. Entonces, en cada quinquenio, el riesgo se calcula como el cociente entre las frecuencias observadas y las esperadas. Estas medidas se obtienen para el total, los tipos histológicos y los casos con lesión bilateral. Los diferenciales entre indicadores permitirían valorar prototipos de susceptibilidad a la enfermedad.

Otro indicador para valorar prototipos de susceptibilidad es la tasa de HFC (pacientes con antecedentes familiares sobre todas mujeres), estimada para subgrupos según la edad de aparición de la enfermedad (pre o posmenopáusico), el tipo histológico, la presencia de lesión bilateral y de un segundo primario.

Además, la presencia de antecedentes familiares de cáncer de seno en parientes de primer y segundo grado, se considerará como variable de control en el análisis tipológico. A partir de la caracterización de las tipologías según la presencia de HFC (parientes de primer y segundo grado con cáncer de seno), se discutirá la importancia relativa de la HFC en su acción simultánea con los demás eventos considerados.

²⁹. Cali es la única subregión de Colombia para la cual se tienen estimaciones de incidencia para los distintos tipos de cáncer (UNIVALLE, FACULTAD DE MEDICINA, DEPTO. PATOLOGIA). La adopción de estos datos está sujeta a la comparación entre las distribuciones por edad de ambas series.

III.4. Consideraciones éticas

Todos los casos en estudio serán informados verbalmente, antes de iniciar la entrevista sobre los objetivos del estudio, porqué han sido escogidas las personas participantes y la utilidad y aplicación de los resultados. Se solicitará, verbalmente, el consentimiento de la persona (estudiada) para participar en una entrevista grabada, explicándole las razones por las cuales la experiencia educativa será importante para el cuidado de su salud y la de sus hijos. Se aclarará que la participante puede retirarse de la entrevista si una vez iniciada la misma no le parece interesante o conveniente. Finalmente se precisará el carácter confidencial de la información garantizado no solo por disposición legal (decreto ley 1633 de 1.960), sino también por el tratamiento que el equipo de investigación dará a la información recogida ³⁰.

³⁰. Teniendo en cuenta las "Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud" (Resolución 008430 MINSALUD 1.993) esta es una investigación sin riesgo razón por la que no se exige un consentimiento escrito del sujeto estudiado (IDEM:16).

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

IV.1. RESPONSABLES DEL PROYECTO

El Investigador Principal del proyecto es **Margarita Medina** de la División de Epidemiología del INC, quien tendrá a su cargo las siguientes actividades:

- Coordinar el trabajo de todos los participantes en el proyecto.
- Coordinar las relaciones entre el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud en los asuntos referentes al proyecto.
- Diseñar y probar la encuesta para la biografía.
- Planear y dirigir la recolección y procesamiento de los datos biográficos cuantitativos.
- Participar en el diseño del instrumento, la recolección y análisis de los datos cualitativos de los relatos de vida.
- Realizar el análisis integrador de los componentes cuantitativo y cualitativo.
- Escribir el informe final sobre el componente cuantitativo y participar en la redacción final del análisis cualitativo.
- Participar en el diseño de la cartilla dirigida a prestadores de servicios de salud.

La Investigadora Asociada que participará en el componente cualitativo por parte de INS y tendrá a su cargo las siguientes actividades:

- Participar en el diseño de la guía de entrevista para los relatos de vida.
- Adelantar la revisión bibliográfica necesaria para analizar los relatos de vida.
- Recoger los relatos de vida.
- Crear la base de datos cualitativos adaptando un programa para estadística textual o de análisis etnográfico.
- Escribir el informe final sobre el componente cualitativo.
- Participar en el análisis integrador de los componentes cuantitativo y cualitativo.
- Participar en el diseño de la cartilla dirigida a prestadores de servicios de salud.

El estadístico **Juan Ramos Vargas** participará por parte del INS, y tendrá a su cargo la dirección técnica del procesamiento y análisis de datos. **Cecilia Hincapié** y

Oliver Barbary ³¹ también estadísticos, colaborarán en las orientaciones técnicas. Para el desarrollo de estas actividades participará por parte de INS como Asistente de Investigación, una Estadística recién egresada quien se capacitará en el Análisis Armónico Cualitativo. La asistente de investigación trabajará en la recolección de encuestas, grabará toda la información cuantitativa, colaborará en el control de calidad de las encuestas y en la toma de datos de la historia clínica, elaborará todos los cuadros y gráficos, tanto del análisis transversal como del análisis biográfico.

El Dr. **Fernando Perry** participará como Investigador por parte del Grupo de Seno del INC y tendrá a su cargo las siguientes actividades:

- Coordinar al interior de la consulta de seno las actividades operativas del proyecto.
- En la recolección de encuestas controlar la toma de datos de la historia clínica.
- Para la elaboración de la propuesta de investigación, los instrumentos y el informe final participar en la definición de los siguientes aspectos: la reconstrucción del periodo reproductivo, el manejo del tipo histológico y el estadio de la lesión como variables ilustrativas, la trayectoria de la demanda de atención médica, orientar la producción de resultados útiles para la formulación de recomendaciones referentes al trabajo clínico y a las estrategias educativas.
- Para la publicación de resultados escribir el capítulo sobre trayectoria de atención médica y las recomendaciones para el trabajo clínico y la educación en salud a la luz del análisis biográfico.
- Participar en el diseño y revisión final de la cartilla dirigida prestadores de servicios de salud.
- Revisar el informe final.

El Dr. **Gonzalo Guevara** será el Investigador Asociado responsable de componente sobre predisposición familiar al cáncer de seno y tendrá a su cargo las siguientes actividades:

- En el diseño del protocolo y la encuesta para la biografía, elaborar los contenidos referentes a la historia familiar de cáncer.
- En el análisis biográfico participar en el manejo de los antecedentes familiares de cáncer como variable

³¹. Quienes trabajaran sin remuneración.

- ilustrativa.
- Para la publicación escribir el capítulo sobre predisposición familiar al cáncer de seno.
 - Revisar la versión final de la cartilla dirigida prestadores de servicios de salud.
 - Revisar el documento final.

IV.2. Resultados esperados

IV.2.1. El principal producto de la investigación se concreta en una publicación con el siguiente contenido:

- Análisis biográfico cuantitativo sobre la trayectoria reproductiva y la evolución de la enfermedad: situación al momento de la encuesta, perfiles biográficos, identificación y caracterización (sociodemográfica y de morbilidad) de tipologías longitudinales, discusión de hipótesis sobre las relaciones entre morbilidad y reproducción.
- Análisis biográfico cualitativo de relatos de vida referentes a la construcción social de la concepción profana de enfermedad: construcción del concepto a través del proceso salud-enfermedad, cuerpo sano, percepción inicial, recepción del diagnóstico, experiencia de cirugía y experiencia poscirugía. Contribución de los medios masivos de comunicación, los servicios de salud y las tradiciones orales en la construcción del concepto. Componentes del concepto: identificación de la enfermedad (percepción de signos/síntomas y referencias sobre las manifestaciones patológicas), atribuciones al origen del cáncer (modo de vida, alimentación, herencia, contagio, culpa personal, atribuciones mágicas), adaptación social y vital (autoimagen, aceptación versus discriminación social).
- Discusión sobre la predisposición familiar al cáncer de seno.
- Recomendaciones para el trabajo clínico y la educación en salud a la luz del análisis biográfico.

La autoría de la publicación seguirá este orden: la autora principal será el investigador principal, los autores siguientes serán los investigadores asociados, Fernando Perry y Gonzalo Guevara y la investigadora contratada por el INS para el componente cualitativo. Las demás personas que participen en el trabajo tendrán los respectivos créditos según las actividades desempeñadas.

IV.2.2. La elaboración de una cartilla dirigida a prestadores de servicios de cáncer de seno, en la que se

expongan pautas para la educación en salud y el trabajo clínico, elaboradas con base en los hallazgos del estudio.

Las dos publicaciones (resultados y cartilla) aparecerán como trabajos colaborativos del Instituto Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Cancerología. Todas las bases de datos de los dos componentes serán propiedad intelectual de las dos instituciones.

IV.2.3. La capacitación de la Investigadora contratada por el INS para participar en el componente cualitativo en el método biográfico cualitativo basado en los relatos de vida, lo cual permitirá, una vez finalizada la investigación, su participación en otros proyectos en el INS. La capacitación de la Estadística contratada por el INS en el Análisis Armónico Cualitativo, lo cual también permitirá su participación en otros proyectos en el INS.

IV.2.4. La participación de Margarita Medina, la investigadora que participará en el componente cualitativo y la Estadística (asistente de investigación), en el grupo de Salud y Sociedad organizado por la Subdirección de Investigación y Desarrollo del INS.

IV.3. Estrategia de comunicación

La difusión de los resultados de la investigación se hará mediante la Red de Información sobre Salud y Sociedad creada por Programa de Investigación del Instituto Nacional de Salud antes mencionado, y mediante otras estrategias definidas por las instituciones ejecutoras: artículos en revistas especializadas nacionales y extranjeras ³², publicación del informe final y la cartilla dirigida a prestadores de servicios, junto con conferencias sobre los resultados del estudio y ponencias presentadas en Congresos. Además, se tiene el interés de crear grupos interdisciplinarios de discusión, en los que participen estudiosos del problema y profesionales encargados de la atención clínica de la enfermedad.

³². Desarrollo y Sociedad del CEDE Facultad de Economía Universidad de los Andes y Social Sciences in Medicine.

IV.4. CRONOGRAMA

ETAPA	No. ORDEN MES									
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	
Planeación	—									
Recolección de información: - Biografías - Entrevistas	<p>_____</p> <p>_____</p>									
Procesamiento de datos: - Transcripción de cassettes - Grabación encuestas - Producción de tabulados	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
Análisis: -Entrevistas -Biografías -Elaboración del informe técnico	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>									
- Preparación de la publicación	_____									

IV.5. PRESUPUESTO

IV.5.1. Costos totales fuentes de financiación

RUBROS	TOTAL	INC	INS
- Recursos humanos	42.195.000	20.145.000	22.050.000
- Materiales	3.200.000		3.200.000
- Publicaciones	5.000.000		5.000.000
- Viajes	1.500.000	1.500.000	
TOTAL	51.895.000	21.645.000	30.250.000

IV.5.2. Contrapartida del INC

RUBROS	VALOR
RECURSOS HUMANOS:	
-Investigador principal 16 meses tiempo completo.	\$14.145.000.00
-Clínico en seno, 1/8 de tiempo durante 10 meses.	3.000.000.00
-Médico genetista, 1/8 de tiempo durante 10 meses.	3.000.000.00
VIAJES:	
-Participación en congresos (pasajes y viáticos para 3 viajes)	1.500.000.00
TOTAL	\$21.645.000.00

IV.5.3. Costo solicitado al Instituto Nacional de Salud
 33

RUBROS	VALOR (\$)
RECURSOS HUMANOS:	
- Recolección de encuestas (450 encuestas a \$3.000.00 c/u)	1.350.000.00
- Transcripción de cassettes (60 cassettes de 1 hora c/u)	3.000.000.00
- Estadística (tiempo completo un año)	7.200.000.00
- Estadístico director técnico	3.500.000.00
- Investigadora Asociada (3/4 t, 7 meses)	7.000.000.00
MATERIALES:	
- Reproducción de cuestionarios (seiscientas unidades)	480.000.00
- 2 grabadoras	120.000.00
- Cassettes (70 unidades)	100.000.00
- Un computador	2.500.000.00
- PUBLICACIONES	
Resultados del estudio (500 ejemplares)	3.000.000.00
- Cartilla prestadores servicios	2.000.000.00
TOTAL	30.250.000.00

33. Las contrapartidas solicitadas al INS, en caso de ser aprobadas, serían manejadas directamente por la Subdirección de Investigación y Desarrollo, donde se asumiría la ordenación del gasto.



V. BIBLIOGRAFIA CITADA

ANDRIEU N. et al. Variations in the Risk of Breast Cancer Associated with a Family History of Breast Cancer According to Age at Onset and Reproductive Factors. J. Clin Epidemiol Vol.46 No.9:973-980. 1.993.

BARBARY O. eta al.. Informe sobre la línea de investigación, análisis de correspondencia y datos biográficos. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Matemáticas y Estadística. Santafé de Bogotá, 1.996.

BERGER Y LUCKMAN. La construcción social de la realidad. Amorrorturs. Buenos Aires. 1.979.

BERTAUX D. El enfoque biográfico: su validez metodológica y sus potencialidades. En: Cuadernos internacionales de sociología. Vol. LXIX. 1.980. Paris.

BLAND K. COPELAND E. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Panamericana. Buenos Aires. 1.993.

CANGUILHEM G. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI. México D.F. 1.984.

COURGEAU D. LELIEVRE E. The Event History Approach in Demography. INED. Paris. 1.989.

CSILLA I. et al. Inherited breast and ovarian cancer. Human Molecular Genetics, vol.4, Review 1811-1817.

DOBSON A.J. . Calculing in sample size. Transactions of the Menzies Fundation. 1.984. Vol.7. pp. 75-89.

DOLL R. PETO R. Las causas del cáncer. Salvat. Bogotá. 1.981.

GODARD F. et al. El enfoque biográfico evaluado a la luz de la interpretación. Las formas temporales de causalidad. Revista francesa de Sociología, xxi. 1.989:23-53.

GOMEZ J. et al., Cáncer de mama. Estados I y II. Consulta de Seno. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 1.979.