

SALUD PÚBLICA

Conocimientos y Creencias Sobre el Cáncer de Mama y Prácticas de Detección Temprana en Mujeres de Edad Avanzada en Puerto Rico

MELBA SÁNCHEZ AYÉNDEZ, PhD; MARLÉN OLIVER VÁZQUEZ, EdD.; ERICK SUÁREZ PÉREZ, PhD; HIMALCE VÉLEZ ALMODOVAR, MSc, CRUZ MARÍA NAZARIO, PhD.

Objetivos. Este es un estudio descriptivo y dirigido a identificar las barreras personales y externas, percibidas por las mujeres de 65 años o más en Puerto Rico, para el cumplimiento con las prácticas de detección temprana del cáncer de mama. En este artículo se presentan los resultados de la primera fase de la investigación cuyo propósito fue el explorar ideas, opiniones y vocabulario utilizado por mujeres de 65 años y mayores en Puerto Rico sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana para la construcción de un cuestionario culturalmente apropiado.

Trasfondo. Las mujeres de edad avanzada tienen un riesgo mayor de enfermar y morir de cáncer de mama que las mujeres más jóvenes. Sin embargo, llevan a cabo con menor frecuencia las prácticas recomendadas para la detección temprana de la enfermedad. Hay muy poca evidencia empírica sobre las barreras que

puedan tener estas mujeres para cumplir con dichas prácticas.

Metodología. Se llevaron a cabo siete grupos focales con una población total de 62 mujeres de edad avanzada, estratificada por zona de residencia y nivel educativo. Mediante un análisis de contenido se identificaron las áreas de preocupación, temas y asuntos relevantes, y el vocabulario utilizado por las mujeres participantes.

Resultados. Se evidenciaron barreras personales y relacionadas con el sistema de servicios de salud. La relación médico-paciente y el nivel educativo aparentan ser variables claves para que las mujeres de edad avanzada cumplan con las prácticas recomendadas para la detección temprana del cáncer de la mama. *Palabras claves:* Conocimientos y creencias, Detección temprana de cáncer de mama, Mujeres de edad avanzada, Grupos focales.

De todos los tipos de cáncer, el de la mama es el más frecuente en las mujeres puertorriqueñas. Este fue responsable de un 17% de todas las muertes por cáncer en mujeres en 1991(1). Las mujeres de edad avanzada tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama y de morir de la enfermedad, que las mujeres más jóvenes (2,3,4). Durante el 1991 en Puerto Rico, se diagnosticaron

1,005 casos nuevos de cáncer de mama, de los cuales el 38% fue en mujeres de 65 años o más. El riesgo de morir de esta enfermedad es 2.5 veces más alto en el grupo de edad avanzada, que en la población femenina en general (1).

La mamografía es el método más efectivo para la detección temprana del cáncer de mama. Los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos recomiendan que las mujeres de 65-74 años se hagan exámenes clínicos de la mama una vez al año y una mamografía en intervalos regulares de tiempo de aproximadamente cada dos años. Además, el autoexamen de la mama debe hacerse mensualmente para identificar lesiones en sus primeras etapas y buscar ayuda médica tempranamente (6). Sin embargo, la evidencia empírica señala que los índices de cernimiento para detección de la enfermedad disminuyen

De la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. P.O. Box 365067, San Juan, PR 00936-5067

Dirigir correspondencia a: Melba Sánchez-Ayéndez, PhD, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico, 00936-5067

Esta investigación es auspiciada por fondos de US Army Research Grant #DAMD 17-94-S-4390.

según la mujer avanza en edad (2,3,5).

Estudios realizados en los Estados Unidos revelan que las mujeres hispanas de edad mayor practican las medidas de detección temprana para este tipo de cáncer en menor frecuencia que las mujeres de otros grupos étnicos (7). De éstas, las puertorriqueñas, constituyen el grupo más numeroso que indica nunca haber oído sobre la mamografía (2). La falta de recomendación por parte del médico para las pruebas de detección temprana es uno de los factores que más influyen para que las mujeres, particularmente aquéllas sobre 70 años, no las lleven a cabo. Otros factores que influyen en el cumplimiento con estas prácticas son la falta de conocimientos y las creencias erróneas sobre el tema y el género del profesional de la salud que hace las pruebas (8).

La mayoría de los estudios existentes hacen énfasis en la epidemiología del cáncer de mama y en el efecto de las pruebas de cernimiento para la detección temprana de esta enfermedad. Sin embargo, se sabe muy poco de otros aspectos que puedan estar actuando como barreras para que las mujeres de edad mayor no cumplan con las recomendaciones mencionadas; específicamente aspectos tales como factores socioculturales, conocimientos, actitudes y creencias de las mujeres y la relación entre la paciente y el profesional de la salud (2). Estos datos evidencian la necesidad de investigar las barreras, tanto personales como aquellas relacionadas con el sistema de servicios de salud, que existen para que las mujeres de edad avanzada no cumplan con las prácticas recomendadas para la detección temprana de cáncer de mama. La información recopilada permitirá el desarrollo de programas efectivos de promoción y educación para la salud para la detección temprana del cáncer de la mama en mujeres de edad avanzada.

Los resultados discutidos en este artículo son parte de un estudio abarcador, cualitativo y cuantitativo, cuyo objetivo principal fue el identificar las barreras personales y externas para el cumplimiento con las prácticas de detección temprana de cáncer de mama, percibidas por las mujeres de 65 años o más en Puerto Rico. En este artículo se presentan los resultados de la primera fase de la investigación, la fase cualitativa, que fue dirigida a explorar los conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana de la enfermedad en este grupo de mujeres.

Metodología

La técnica de grupos focales fue utilizada para explorar las opiniones, ideas y vocabulario de las mujeres de 65 años o más en Puerto Rico relacionados con el cáncer de mama y las medidas para la detección temprana de la

enfermedad. Los grupos focales o de interés son una técnica de investigación cualitativa que se utiliza para indagar sobre las características socioculturales y los procesos psicológicos que determinan la conducta de la gente. Exploran ideas y opiniones sobre un tema en particular (9,10) que ayudan a clarificar variables de investigación importantes y facilitan la formulación de hipótesis que pueden ser verificadas con un mayor número de sujetos.

Se constituyeron siete grupos focales con un máximo de 10 personas cada uno para indagar sobre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de detección temprana en 62 mujeres de 65 años y mayores, mentalmente alertas y residentes de Puerto Rico. La población se estratificó por zona de residencia y nivel educativo. Se utilizaron las definiciones del Departamento del Trabajo de Puerto Rico (11) para clasificar el nivel educativo en profesional y no profesional. Las definiciones del Censo fueron utilizadas para designar las zonas de residencia en metropolitana y no metropolitana (12).

Se desarrollaron siete preguntas abiertas para guiar la discusión de los grupos. Estas estaban dirigidas a indagar sobre los siguientes temas: conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama, conocimientos y prácticas sobre las medidas de detección temprana de la enfermedad, información provista por los profesionales de la salud, exámenes ordenados por el médico y razones para no hacerse el autoexamen, examen clínico y mamografía. Las discusiones fueron grabadas en cinta audiomagnetofónica y transcritas en su totalidad para su posterior análisis.

Análisis de los datos. Los temas expresados por las participantes fueron analizados de acuerdo a dos categorías principales: barreras personales y barreras externas para el cumplimiento con las prácticas recomendadas para la detección temprana del cáncer de mama. Los conocimientos, creencias y actitudes de las participantes sobre el tema fueron denominados como barreras personales. Los conocimientos se definieron como puntos de vista sobre asuntos relacionados al cáncer de mama, que se apoyan en datos científicos y pueden ser comprobados. Para el análisis, se utilizaron los datos provistos por el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. Las creencias se definieron como opiniones que no están apoyadas en conocimiento científico pero que se toman como una verdad. Las actitudes se definieron como una predisposición aprendida para actuar de cierta manera. Las barreras externas o aquéllas relacionadas con el sistema de servicios de salud, se agruparon en las siguientes categorías: costo y acceso a los servicios, relación con profesionales de la salud (ésta a su vez fue dividida en exámenes ordenados o llevados a cabo, información provista y género del profesional de la salud)

e información provista por los medios de comunicación y otras fuentes.

Resultados

Características de las participantes. Un total de 62 mujeres entre las edades de 65 a 89 años participaron en los grupos focales. La edad mediana fue de 72 años. Un 43% de las participantes tenía entre los 65 a los 69 años y un 17% tenía 80 años o más. Treinta y siete por ciento eran profesionales mientras que un 63% eran no profesionales. Un 8% era analfabeta y un 11% había cursado hasta tercer grado. Más de tres cuartas partes de las mujeres participantes de los grupos focales se identificaron como católicas y casi la totalidad (98%) informó tener seguro médico. Un 71% de las participantes informó conocer a alguien que tuviera cáncer de la mama.

Vocabulario utilizado. Las participantes de los grupos focales utilizaron una variedad de palabras y expresiones para denominar aspectos relacionados con el cáncer de mama, tales como: partes del cuerpo, síntomas y efectos y exámenes o procedimientos para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Las mujeres profesionales utilizaron palabras científicas con mayor frecuencia para nombrar asuntos relacionados con el cáncer de mama. Ejemplos de ello son los siguientes: Las profesionales utilizaron la palabra "nódulo", mientras que las no profesionales utilizaron las palabras "masita", "bolita" o "algo duro" para nombrar ese síntoma. Las profesionales hablaron de "metástasis", mientras que las no profesionales "de algo que se riega por el cuerpo". Con relación a la mamografía, las profesionales utilizaron la nomenclatura correcta, mientras que las no profesionales hablaron de "placas del seno", "examen del cáncer" o "planchas que aprietan los senos". Las profesionales hablaron de "biopsia", mientras que las no profesionales de "examen de la aguja".

En cuanto a otras condiciones relacionadas con la mama, las profesionales hablaron de "calcificaciones y enfermedad fibrocística" como síntomas que se podían confundir con el cáncer de mama. Las no profesionales hablaron de "endurecimiento del seno" o "pequeñas masas" que no necesariamente eran cáncer de mama. Con relación a mastectomía, las profesionales hablaron sobre la "mastectomía radical o parcial", mientras que las no profesionales la llamaron "amputación del seno". Ninguna participante utilizó la palabra "mama" que es la correcta. En cambio, se refirieron a esta parte del cuerpo como "seno". El término "seno" es socialmente aceptado y utilizado en Puerto Rico para nombrar esta parte de la anatomía humana femenina.

Barreras. Las razones expresadas por las mujeres participantes para no cumplir con las prácticas de detección

temprana se dividieron en barreras personales y barreras externas. El análisis de las barreras reveló resultados similares en todos los grupos focales.

Barreras personales. Los conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana expresadas por las participantes fueron examinados para identificar barreras para el cumplimiento con las medidas de detección temprana de la enfermedad. Entre las aseveraciones que reflejan conocimiento, las participantes expresaron: "A nuestra edad, tenemos que estar concientes del cáncer del seno". "El cáncer se puede curar si se detecta a tiempo". "El cáncer del seno puede llevar a la muerte". "El autoexamen debe hacerse todos los meses". "Cuando hay casos en la familia, una está más propensa". "A veces el cáncer no duele". "Si te salen líquidos del pezón, puede ser cáncer". Los siguientes son ejemplos de las creencias expresadas por las mujeres participantes: "Los exámenes de mamografía son siempre dolorosos". "Si estás saludable, no hay necesidad de hacerse los exámenes". "Una vez tú pasas cierta edad, no hay necesidad de hacerse los exámenes del seno". "Cuando uno tiene cáncer del seno, siempre duele". "Las mujeres que nunca han sido tocadas por un hombre tienen menos posibilidad de que les dé cáncer del seno". "Meterse cosas, como llaves o monedas, en el seno, puede machucarlos y causar cáncer".

Hubo diferencias por nivel educativo en cuanto a los conocimientos y creencias expresadas. Las mujeres profesionales utilizaron mayormente aseveraciones de conocimiento que de creencias. Se refirieron a las molestias causadas por la mamografía "como un poco doloroso, pero que valía la pena". Mientras que las mujeres no profesionales expresaron una variedad de actitudes negativas y creencias erróneas al respecto y fueron más descriptivas en sus comentarios. Ejemplo de ello es la siguiente aseveración en que se describe la mamografía: "Uno pone el seno ahí, me tiraron esa plancha y yo dije ¡Ay, me la explotó! y le dije, muchacha quitame eso de encima porque duele muchísimo. Y me dolió, porque eso fue tremendo".

Las mujeres participantes expresaron una serie de factores de riesgo para el cáncer de mama que se clasificaron en tres áreas principales: golpes o traumas a la mama, historial familiar y comportamiento. En términos de traumas algunas mujeres, todas no profesionales, expresaron que "guardar llaves o monedas en el seno es peligroso ya que puede ocasionar golpes y te puede dar cáncer". También expresaron que los sostenes apretados pueden ocasionar cáncer del seno. En cuanto a comportamiento, algunas mujeres no profesionales expresaron la creencia de que el tocar los senos durante las relaciones sexuales puede ser un factor de riesgo. Si

la "mujer es señorita se supone que no le dé cáncer del seno". "Yo nunca he sido tocada por un hombre, por eso no me dará cáncer del seno".

El olvido, la falta de cuidado y atención, el miedo a que le digan que tiene la enfermedad, el temor al dolor que causa la mamografía y el disgusto a tocarse el cuerpo fueron actitudes identificadas como barreras para hacerse las pruebas de detección temprana. Se evidenciaron asuntos culturales, de género y efectos del grupo cohorte. La modestia fue un factor mencionado por todos los grupos de mujeres participantes como una razón para no hacerse el autoexamen de la mama. A ese respecto, dos mujeres expresaron lo siguiente: "Me dá vergüenza tocar mi cuerpo por la educación de monjas que recibí". "No me gusta tocarme en la manera que hay que tocarse para hacerse el autoexamen".

La mayoría de las participantes no expresaron preferencias en términos del género del profesional de la salud que le hace el examen clínico de la mama. Las mujeres que dijeron preferir un médico mujer señalaron razones de pudor, vergüenza o modestia para tener esta preferencia. La siguiente aseveración ilustra esa actitud: "Me enseñaron que hay que guardar mis senos, que nadie me las toque excepto mi marido". "Me dá vergüenza que un médico varón me vea desnuda". Algunas mujeres participantes expresaron que preferían que un doctor varón las examinara. Esta actitud puede estar ligada al efecto de cohorte. Ejemplo de ello es la siguiente aseveración: "Yo prefiero a un médico varón. Cuando yo crecí, no habían doctores mujeres".

Barreras externas. La falta de información provista por el médico u otro profesional de la salud, la accesibilidad a los servicios y el costo de los mismos fueron las barreras externas más importantes expresadas por las mujeres participantes para no cumplir con las medidas de detección temprana del cáncer de mama.

En términos de costo, se identificaron la falta de recursos económicos y la escasa cubierta de los planes médicos como barreras para hacerse la mamografía. La falta de transportación, la distancia de los servicios, la disponibilidad de personal de salud y la tardanza en conseguir las citas, se mencionaron como barreras de acceso. Las mujeres profesionales del área metropolitana no mencionaron barreras de costo o accesibilidad para hacerse las pruebas de detección temprana de cáncer de mama.

No se observaron diferencias significativas entre las mujeres del área metropolitana y no metropolitana en aspectos relacionados a la relación médico-paciente. Las mujeres participantes, tanto profesionales como no profesionales, atribuyeron un alto grado de autoridad al médico con relación a la decisión de hacerse o no las

pruebas de detección temprana. Este es un factor que puede estar relacionado con el efecto del grupo cohorte. También expresaron la necesidad de establecer una relación de confianza con este profesional como requisito para acceder a hacerse el examen clínico. Las siguientes aseveraciones ilustran ese aspecto: "El médico es el que sabe. Cuando él me lo diga, entonces me la hago" (mamografía). "El médico que me hace el examen (clínico), me ha dicho que no hay necesidad de hacérmela" (mamografía). "El examen clínico depende de la confianza que uno tenga en el médico".

Al preguntar sobre los exámenes ordenados o realizados por el médico, se mencionaron los siguientes: el autoexamen, el examen clínico y la mamografía. Un grupo significativo de las mujeres participantes señaló que el médico no le practicaba exámenes clínicos de la mama, ni le ordenaba la mamografía. Dos participantes mencionaron: "Los médicos especialistas no tocan a la gente y a los viejos menos". "Como los planes médicos pagan tan poco, los médicos tienden a atender a los pobres más rápido". Dos participantes mencionaron el caso de médicos (internista y cardiólogo) de otras especialidades que recomendaron la mamografía o le hicieron el examen clínico. Otras mencionaron no hacerse la mamografía porque el médico les ha dicho que no es necesario.

En cuanto a la información provista por el médico u otro profesional de la salud, se mencionaron con frecuencia aspectos relacionados con el autoexamen tales como la forma adecuada hacerlo y los síntomas que se pueden detectar. Algunas informaron que en ocasiones le han dado material escrito y audiovisual sobre el tema. Señalaron con frecuencia que los profesionales de la salud le ofrecen poca información sobre el tema y que no le explican los resultados de las pruebas de detección temprana. Las siguientes aseveraciones son ilustrativas de este aspecto. "Los médicos no hablan son mudos". "Ordenan las pruebas y luego no explican los resultados". Las mujeres profesionales, tanto del área metropolitana como no metropolitana, mostraron una actitud más asertiva en cuanto a demandar explicaciones del médico y referidos para hacerse la mamografía. A tales efectos, dos de ellas expresaron lo siguiente: "Si el médico no me explica, yo le pregunto y si no me contesta no vuelvo donde él". "Si el médico no me dá la información, yo no creo en él".

En cuanto a la información provista por otros medios, los participantes mencionaron principalmente haber recibido información sobre el autoexamen del seno mediante la televisión, la radio, periódicos y revistas. También se mencionaron instituciones que proveen información educativa, tales como la Asociación Americana del Cáncer y la Liga Puertorriqueña contra el Cáncer.

Discusión

Al interpretar los resultados de los grupos focales, hay que considerar que éstos se aplican únicamente al grupo de mujeres participantes del estudio. Aún así, los hallazgos proveen una información importante para entender las barreras asociadas al cumplimiento con las medidas recomendadas para la detección temprana del cáncer de mama en este grupo cohorte.

La variable nivel educativo aparenta ser determinante en cuanto a las barreras personales, específicamente en los conocimientos, creencias y actitudes sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana que tienen estas mujeres. La zona de residencia no representó una diferencia importante entre los grupos estudiados. El grupo de mujeres profesionales, con mayor nivel educativo, utilizó mayormente palabras científicas y aseveraciones de conocimiento para tratar asuntos relacionados con el cáncer de mama. Las no profesionales por su parte, utilizaron vocabulario popular y aseveraciones mayormente de creencias para discutir el tema.

Se encontraron actitudes asociadas con aspectos socioculturales y efecto de grupo cohorte. Tanto las mujeres profesionales como las no profesionales, expresaron razones de pudor, modestia, temor y disgusto al tocarse los senos como barreras personales para el cumplimiento con las prácticas de detección temprana. Las barreras externas relacionadas al costo y acceso a los servicios y la información provista por el profesional de la salud, fueron señaladas por la mayoría de las mujeres participantes del estudio. La falta de ingreso y la escasa cobertura de los planes de salud, fueron barreras de costo relacionadas con la mamografía, particularmente entre las mujeres con menor nivel educativo. Las barreras de acceso mencionadas con mayor frecuencia fueron la falta de transportación, la distancia a los servicios, la dificultad para conseguir las citas y la disponibilidad de personal para hacer las pruebas. Estas barreras fueron señaladas por las mujeres no profesionales como relevantes para la decisión de hacerse el examen clínico y la mamografía. Es interesante resaltar que el grupo de mujeres profesionales del área metropolitana no expresó barreras de acceso y costo para hacerse las pruebas de detección temprana. Cabe señalar, que este grupo fue constituido por profesoras universitarias retiradas de la ciudad capital, con un mayor nivel educativo, menos problemas de acceso a los servicios y probablemente con mayor ingreso económico.

Los hallazgos relacionados con la relación médico paciente, según la percepción del grupo entrevistado, apuntan hacia la influencia de asuntos culturales y de grupo cohorte. Algunas de las participantes expresaron que una

relación personal con su médico, basada en afecto y confianza, era requisito esencial para tratar asuntos relacionados con el cáncer de la mama. Este aspecto de la relación médico-paciente tiene bases culturales y datos similares han sido reportados en otros estudios con mujeres puertorriqueñas de edad mayor (13). Otras de las participantes atribuyeron un alto grado de autoridad en la decisión del médico en cuanto a practicarle o no el examen clínico y ordenarle la mamografía. En relación a este aspecto, la mayoría de las mujeres expresaron que su médico no les hacía el examen clínico de la mama, ni les ordenaba mamografías. Algunas mencionaron que el médico no consideraba necesario el que ellas se hicieran estas pruebas. Por otro lado, el método del autoexamen fue explicado a estas mujeres con mayor frecuencia por los profesionales de la salud que las atienden, específicamente médicos y enfermeras. De estos hallazgos se puede inferir que el médico aparentemente está explicando el autoexamen a sus pacientes de edad avanzada, pero no lleva a cabo el examen clínico, ni las refiere a mamografías. Este es un asunto preocupante, ya que el médico es el profesional que puede hacer u ordenar estas pruebas. Otro aspecto importante es la poca información sobre asuntos relacionados con el cáncer de mama y sobre los resultados de las pruebas de detección de la enfermedad que las mujeres dicen haber recibido de su médico. Esto evidencia una falta de comunicación entre el médico y su paciente de edad avanzada la cual es esencial para establecer la relación de confianza que estas mujeres requieren.

En resumen, la relación médico paciente aparenta ser un asunto crítico para el cumplimiento con las guías de cernimiento recomendadas para la detección temprana del cáncer de mama. El nivel educativo así como el socioeconómico, son variables que pueden afectar esta situación. Las mujeres profesionales expresaron ser más asertivas en cuanto a demandar de su médico información y las pruebas de detección temprana. Aquéllas con un nivel educativo alto, tienden a tener mayor ingreso, mejor cobertura de seguros de salud y menos dificultades de acceso a los servicios. Los aspectos relacionados con la clase social, específicamente la educación formal, influyen tanto en las barreras personales como en las externas, que impiden que las mujeres puertorriqueñas de edad avanzada cumplan con las prácticas recomendadas para la detección temprana del cáncer de mama.

Referencias

1. Departamento de Salud de Puerto Rico, SAMPSF. Cáncer en Puerto Rico: 1991. Registro Central de Cáncer, San Juan, PR, noviembre de 1993.

2. Haynes SG, Ory MG. Preface-screening for breast cancer in older women: the "missed cohort". *J Gerontol* 1992;47:vii-viii.
 3. Constanza ME. Breast cancer screening in older women: An overview. *J Gerontol* 1992;47:1-3.
 4. Mor V, Pacala JT, Rakowski W. Mammography for older women: who uses who benefits? *J Gerontol* 1992;47:43-45.
 5. Kopans DB. Mammography in women over age 65. *J Gerontol* 1992;47:59-62.
 6. 1990 Forum for Breast Cancer Screening in Older Women. Screening recommendations of the Forum Panel. *J Gerontol*. 1992;47:5.
 7. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services. Healthy People 2000. DHHHS Publication No. (PHS) 91-50212, 1991.
 8. Rimer BK, King E. Why aren't older women getting mammograms and clinical breast exams? *WHI*. 1992;2:94-101.
 9. Basch CE. Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Educ Quart*. 1987;14(4):411-418.
 10. Krueger R. *Focus Group: A Practical Guide for Applied Research*. 2nd.ed. California:Sage Publications; 1994.
 11. Diseño de la muestra de vivienda para la encuesta sobre el grupo trabajador. Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. San Juan, Puerto Rico. Negociado de Estadísticas del Trabajo. Agosto, 1987, pp. 1-12.
 12. US Bureau of the Census. 1990 Census of Population, Puerto Rico, (CP-901-53) Part B-General Population Characteristics. pp. A1-A3.
 13. Sánchez-Ayéndez M. Puerto Rican elderly women: Aging in on ethnic minority group in the United States. PhD diss. University of Massachusetts at Amherst. 1984.
-