

Antonio Gómez León

Rocío Viñes Castellano

**CREENCIAS ISLÁMICAS Y PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO
DE CÁNCER DE MAMA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. M^a Lourdes Rubio Rico

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de enfermería

Seu Baix Penedés 2025-2026



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora, la Dra. M.^a Lourdes Rubio Rico, por su dedicación continua a lo largo de nuestra investigación y por guiarnos durante todo el proceso.

A nuestros amigos y a las nuevas amistades que hemos forjado en estos cuatro años, por escucharnos y apoyarnos. En especial, a Javier y nuestras compañeras de piso, Lucía y Sabrina, por formar parte de nuestro día a día y guiarnos desde que comenzamos esta etapa.

A nuestras parejas María, Fernando y a sus familias no solo nos acompañaron en este proceso, sino que nos abrieron las puertas de su casa y de su corazón, convirtiéndose en nuestra familia cuando la nuestra estaba lejos.

A nuestras familias, nuestro pilar fundamental, gracias por apoyarnos y animarnos en los momentos más difíciles. Sin vosotros no habría sido posible. Por quienes están y por quienes, aunque ya no estén, siguen presentes en nosotros.

Por último, a nosotros mismos. Por las lágrimas, las simulaciones en casa antes del examen y el esfuerzo compartido desde el primer día. Gracias por el apoyo durante este proceso; nos echaremos de menos, pero siempre nos quedará el orgullo de haber llegado hasta aquí, juntos.



“El cuidado es el núcleo de la enfermería; entender las diferencias culturales es esencial para sanar con amor y respeto”

Madeleine Leininger



ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS:	8
3.1. Objetivo general.....	8
3.2. Objetivos específicos	9
3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	9
3.1 Epidemiología	9
3.2 Islam.....	10
3.3 Cribado de cáncer mama.....	11
3.4 Fundamentos teóricos para un cuidado holístico	13
4. METODOLOGÍA:	14
5. RESULTADOS:	21
6. DISCUSIÓN:	32
6.1. Limitaciones en la investigación.....	34
6.2. Futuras líneas de investigación	34
6.3. Propuestas de mejora para la práctica enfermera.....	35
7. CONCLUSIÓN:.....	36
8. BIBLIOGRAFÍA:	38
9. ANEXOS:	42



RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la población femenina en España, con una estimación de 37.682 nuevos casos para 2025. Pese a que la mamografía es clave para reducir la mortalidad, la participación es subóptima en mujeres musulmanas. Creencias como la modestia (*hayā*), la protección del cuerpo (*awrah*) y el fatalismo pasivo condicionan fuertemente la adherencia al cribado.

Objetivo: Sintetizar la evidencia científica sobre la influencia de las creencias islámicas en la decisión de participar en los programas de cribado de cáncer de mama y establecer implicaciones para la práctica enfermera.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura científica relacionada mediante las bases de datos en PubMed y CINAHL siguiendo las directrices PRISMA. Siendo los criterios de inclusión: artículos originales publicados en los últimos 5 años, escritos en inglés y castellano, de acceso completo y libre. Para evaluar el nivel de evidencia de los artículos se usaron las plantillas CASPe y STROBE.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 artículos de metodología cuantitativa, cualitativa y mixta. Los estudios analizados muestran que el pudor físico extremo, la preferencia por profesionales del mismo género y el fatalismo actúan como barreras principales. Como facilitadores destacan el apoyo sociofamiliar y el uso de la fe (*al-tawakkul*) como mecanismo de afrontamiento positivo.

Conclusiones: La competencia cultural es un requisito ético para la enfermería. Es fundamental diseñar intervenciones adaptadas que garanticen la privacidad y validen la espiritualidad de la paciente para mejorar la captación preventiva.

Palabras clave: mujeres musulmanas, detección cáncer de mama, barreras culturales, mamografía, islam, cuidados de enfermería.



ABSTRACT

Islamic Beliefs and Participation in Breast Cancer Screening: A Systematic Review

Introduction: Breast cancer is the most common malignant tumor among women in Spain, with an estimated 37,682 new cases by 2025. Although mammography is key to reducing mortality, participation rates are suboptimal among Muslim women. Beliefs such as modesty (hayā), protection of the body (awrah), and passive fatalism strongly influence adherence to screening.

Objective: To synthesize the scientific evidence on the influence of Islamic beliefs on the decision to participate in breast cancer screening programs and to establish implications for nursing practice.

Methodology: Systematic review of relevant scientific literature using the PubMed and CINAHL databases, following the PRISMA guidelines. Inclusion criteria were original articles published in the last 5 years, written in English or Spanish, with full and free access. The CASPe and STROBE templates were used to assess the level of evidence of the articles.

Results: A total of 14 articles using quantitative, qualitative, and mixed-methods designs were included, with varying levels of evidence. The analyzed studies show that extreme physical modesty, a preference for same-gender healthcare providers, and fatalism act as the main barriers. Facilitators include social and family support and the use of faith (al-tawakkul) as a positive coping mechanism.

Conclusions: Cultural competence is an ethical requirement for nursing. It is essential to design tailored interventions that ensure privacy and acknowledge the patient's spirituality to improve preventive screening rates.

Keywords: Muslim women, breast cancer screening, cultural barriers, mammography, Islam, nursing care

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres a nivel global. En 2020 se diagnosticaron alrededor de 19,3 millones de nuevos casos, consolidándose como el tumor más frecuente en la población femenina y uno de los que mayor carga de mortalidad genera(1–3). Las proyecciones epidemiológicas para los próximos años sugieren un incremento progresivo de su incidencia, un fenómeno estrechamente vinculado al envejecimiento poblacional y a la transición epidemiológica global (2,3)

Ante este escenario, el cribado mediante mamografía se reconoce como la estrategia más eficaz para reducir la mortalidad, ya que permite el diagnóstico en estadios precoces y el acceso a tratamientos menos invasivos(4). No obstante, a pesar de su efectividad clínica, la participación en los programas de detección precoz continúa siendo subóptima en diversas poblaciones, lo que deriva en diagnósticos tardíos y un pronóstico desfavorable(5,6)

Esta problemática adquiere una relevancia crítica en las mujeres musulmanas, dadas las connotaciones simbólicas que el cuerpo femenino posee en el marco cultural y religioso islámico. En diversas comunidades, el cuerpo de la mujer se vincula a valores fundamentales de modestia, pureza y decoro, otorgando al seno un significado específico como marcador de feminidad en el rol matrimonial (6).

La literatura científica sugiere que la interacción de estos factores influye directamente en la salud preventiva, habiéndose asociado su impacto con una mayor incidencia de diagnósticos en etapas avanzadas (5). En el caso de mujeres migrantes o refugiadas, este escenario se complejiza con la aparición de dificultades lingüísticas, percepciones de discriminación y barreras socioculturales dentro de los sistemas de salud occidentales, afectando tanto la adherencia al cribado como a los tratamientos (5).

Por otro lado, la espiritualidad y la fe desempeñan un papel ambivalente en la salud de esta población. Mientras que para algunas mujeres actúan como un mecanismo de consuelo y resiliencia, en otros casos, ciertas creencias pueden mediar en la percepción de la causalidad de la enfermedad o en la gestión emocional de la pérdida del seno (7). Asimismo, se ha planteado que el estigma asociado al cáncer de mama podría ser más intenso en determinados contextos musulmanes, afectando potencialmente la calidad de vida, aunque dicho impacto



parece estar moderado por el apoyo social y las estrategias de afrontamiento individuales (5). Si bien existe un interés creciente por este fenómeno, las investigaciones publicadas hasta el momento exhiben una gran variabilidad en sus enfoques y contextos de estudio. Esta fragmentación de la información subraya la pertinencia de llevar a cabo una revisión exhaustiva que unifique y estructure los conocimientos actuales. Además, los estudios disponibles reflejan resultados heterogéneos e incluso inconsistentes sobre el papel de la religión: mientras algunos autores la identifican como un estímulo para el autocuidado, otros la describen como un posible obstáculo relacionado con la modestia, la alfabetización en salud o la comunicación con el profesional (4,6). Esta variabilidad y fragmentación del conocimiento ponen de manifiesto la necesidad de realizar una síntesis crítica que permita identificar patrones comunes y divergencias. En este sentido, una revisión sistemática resulta pertinente para estructurar la evidencia existente y establecer una base sólida que oriente el diseño de intervenciones enfermeras culturalmente competentes. Una integración rigurosa de estos hallazgos no solo mejorará la toma de decisiones clínicas, sino que promoverá una atención sanitaria más equitativa y sensible a la diversidad cultural.

En este contexto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influyen las creencias religiosas y culturales islámicas en la decisión de participar en programas de cribado de cáncer de mama en mujeres musulmanas?

2. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo general

Sintetizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de las creencias religiosas y culturales islámicas en la decisión de las mujeres musulmanas de participar en programas de cribado de cáncer de mama.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar la evidencia existente sobre los factores culturales, religiosos y emocionales que influyen en la percepción y aceptación del cribado de cáncer de mama en mujeres musulmanas.
- Identificar, a partir de la literatura, las barreras y facilitadores que condicionan el acceso y la continuidad en los programas de cribado.
- Determinar las intervenciones reportadas que han demostrado mejorar la captación y la adherencia al cribado en esta población.
- Derivar implicaciones para la práctica enfermera orientadas a un cuidado culturalmente competente y respetuoso con las creencias islámicas en el proceso de cribado.

3. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

3.1 Epidemiología

El cáncer de mama constituye uno de los principales problemas de salud pública en España y representa el tumor maligno más frecuente entre las mujeres (9). Esta tendencia no es aislada, ya que la Organización Mundial de la Salud sitúa a esta patología como una de las mayores cargas de enfermedad a nivel global.(10)

Según el informe oficial Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2025, elaborado por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), se estima que durante el año 2025 se diagnosticarán 37.682 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres en todo el territorio nacional. Esta cifra sitúa al cáncer de mama como el primer cáncer en incidencia femenina, por delante del cáncer colorrectal y del cáncer de pulmón.(11)

Desde el punto de vista epidemiológico, la tasa bruta de incidencia del cáncer de mama en 2025 se estima en 149 casos por cada 100.000 mujeres al año, mientras que la tasa ajustada a la población estándar europea de 2013 es de 131,5 por cada 100.000 mujeres. La tasa ajustada permite comparar poblaciones con distintas estructuras de edad, por lo que indica que el riesgo real de desarrollar cáncer de mama en España sigue siendo elevado y comparable al de otros países europeos(11)

La distribución de los casos según la edad muestra una clara relación entre el envejecimiento y el riesgo. En 2025 se estima que 4.099 casos ocurrirán en mujeres menores de 45 años, 18.381 casos en el grupo de 45 a 64 años y 15.203 casos en mujeres de 65 años o más. (9) Este patrón confirma que el papel determinante del envejecimiento poblacional es una de las variables clave en la epidemiología actual del cáncer (11,12)

En cuanto a la evolución temporal, el informe de REDECAN muestra que la incidencia del cáncer de mama ha aumentado en la última década. La tasa ajustada europea pasó de 119,7 casos por 100.000 mujeres en 2015 a 131,5 en 2025, lo que refleja un incremento sostenido en el número de diagnósticos. Este aumento se atribuye, en gran medida, al envejecimiento de la población, a la mejora de los programas de cribado y a los avances en las técnicas diagnósticas(9).(13)

A pesar de este incremento en los diagnósticos, la mortalidad ha mostrado una tendencia descendente en las últimas décadas.(14) Esto sugiere una mayor eficacia de las estrategias de prevención secundaria y de los nuevos protocolos de tratamiento oncológico. En conjunto, los datos indican que, aunque la prevalencia aumenta, las tasas de supervivencia han mejorado de forma significativa gracias al diagnóstico precoz(13,14)

3.2 Islam

El islam es una religión monoteísta abrahámica cuya esencia radica en el concepto de “*Tawhid*”, o la unicidad absoluta de Dios (Allah).(15) En la lengua árabe, “*Allah*” no es un nombre propio exclusivo, sino el término para designar a “El Dios” único, creador y sustentador del universo. Para el creyente musulmán, “*Allah*” es el origen de la vida y el único con poder sobre la salud y la enfermedad, siendo descrito en el Corán el libro sagrado que contiene la palabra literal de Dios revelada al Profeta Muhammad como “El Compasivo” y “El Misericordioso” (16).

El término “Islam” significa etimológicamente “sumisión” o “entrega” a la voluntad divina. Por ello, la vida de una mujer musulmana no se fragmenta entre lo sagrado y lo profano, sino que se organiza como un “Din” o sistema integral de vida. En esta cosmovisión, el cuerpo no es una propiedad individual, sino una “Amanah” (un préstamo de Dios), lo que otorga a la salud una dimensión ética: cuidarse es un acto de gratitud y obediencia hacia el Creador. Para analizar

el comportamiento de las mujeres musulmanas ante el cribado de cáncer de mama, es imperativo entender el islam no solo como una confesión religiosa, sino como un sistema integral de vida o “Din” (16). Este concepto abarca una dimensión exterior conocida como la ley o “*Sharia*”, y una interior denominada “*Hakika*” o la verdad (16). En la cosmovisión islámica, la salud es percibida como un equilibrio y un regalo divino, lo que implica una responsabilidad ética en su preservación.

Esta estructura vital se apoya en los cinco pilares fundamentales, los cuales presentan implicaciones directas en la salud y el cuidado(16,17) . La “*Shahada*” (fe) actúa como un mecanismo de resiliencia al permitir ver el cáncer como una prueba divina para recompensar la paciencia del creyente o como una oportunidad de purificación espiritual (16,18). El “*Salat*” (oración) requiere una purificación ritual o “*Tahara*” mediante abluciones y espacios de estricta privacidad, marcando el ritmo vital de la paciente(16,17). El “*Zakat*” (limosna) busca la purificación del apego material y fortalece las redes de apoyo social y familiar, factores protectores esenciales ante la enfermedad (19). El “*Sawm*” (ayuno de Ramadán) condiciona la gestión terapéutica, pudiendo llevar a algunas pacientes a ayunar incluso contra el consejo médico como un acto de sumisión. Finalmente, el “*Hajj*” (peregrinación) representa el viaje hacia el centro del corazón y la entrega absoluta a la voluntad divina (16)

Más allá de los pilares, un factor crítico es el concepto de modestia o “*Haya*”, que fundamenta el pudor y la reserva sobre el cuerpo, el cual es percibido como íntimo y personal. (17).

Asimismo, el comportamiento preventivo se ve influenciado por la dualidad entre la responsabilidad por el cuidado del cuerpo y la aceptación del destino o fatalismo “*Qadar*”. Esta visión se complementa con concepciones culturales como la “*Roquia*”, se basa en la creencia de que la palabra de Dios (el Corán) tiene un poder curativo intrínseco y que la curación es espiritual mediante versículos coránicos(17,18).

3.3 Cribado de cáncer mama

La metodología de detección precoz analizada en este trabajo se fundamenta en el modelo organizativo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Generalitat de

Catalunya. Este programa se estructura como un cribado poblacional sistemático dirigido a todas las mujeres residentes en el territorio catalán con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años, estableciendo un intervalo de participación de dos años entre cada exploración(20).

El proceso se inicia mediante una fase de captación activa, donde las Oficinas de Cribado emiten una invitación nominal por correo postal a la población diana. En dicha comunicación se asigna de forma proactiva una cita con fecha, hora y lugar específico, ya sea en un centro radiológico fijo o en unidades móviles, facilitando así la máxima cobertura territorial. El sistema permite la gestión de estas citas por parte de la usuaria para asegurar la adherencia al programa(20).

En cuanto al procedimiento técnico, la prueba principal consiste en la realización de una mamografía de doble proyección. Para garantizar la máxima seguridad diagnóstica, el programa aplica un protocolo de doble lectura ciega: cada imagen es evaluada de manera independiente por dos radiólogos distintos. En el caso de que existan discrepancias en el hallazgo, se recurre a un tercer radiólogo experto que actúa como árbitro para determinar el diagnóstico final. Finalmente, la metodología de seguimiento se divide según el resultado obtenido. Las mujeres con resultados normales o negativos reciben la notificación por escrito en su domicilio, quedando programadas para una nueva revisión al cabo de dos años. Por el contrario, ante cualquier sospecha o hallazgo que requiera aclaración, se activa un circuito de derivación preferente a un centro hospitalario de referencia para la realización de pruebas complementarias y, en caso necesario, el inicio inmediato del tratamiento terapéutico (20).

Haciendo referencia a la literatura revisada muestra que la aceptación del cribado de cáncer de mama en mujeres musulmanas está determinada por una interacción compleja de factores culturales, religiosos y sociales, que afectan la toma de decisiones sobre su salud. (21,22). Respecto a las normas culturales y la religión islámica tienen un papel fundamental la modestia denominada “ḥayā”, se considera que la modestia es una cualidad que "da vida" al carácter moral, teniendo implicaciones específicas en la vestimenta y la privacidad femenina en contextos de salud. La modestia implica la protección de la dimensión corporal denominada “*Awrah*” que son las partes del cuerpo que deben cubrirse frente a personas que no son familiares directos. Por lo tanto, en el ámbito sanitario, la exposición del pecho para una mamografía supone mostrar una parte íntima del “*awrah*”. (23)

3.4 Fundamentos teóricos para un cuidado holístico

El abordaje de las barreras en el cribado de cáncer de mama requiere trascender la perspectiva puramente biomédica para integrar la realidad sociocultural y espiritual de la mujer. Para fundamentar esta visión holística, resulta imprescindible recurrir a los marcos conceptuales propios de la disciplina enfermera. A continuación, se expone cómo la conjunción de dos grandes modelos teóricos permite guiar la práctica clínica hacia unos cuidados más congruentes y humanizados.

Aplicando las teorías de enfermería al ámbito clínico, el modelo de cuidado transcultural de Leininger proporciona un marco fundamental para abordar las barreras detectadas en el cribado de cáncer de mama, promoviendo intervenciones respetuosas con la cultura y la privacidad de la paciente. Para Madeleine Leininger, la enfermería se define como una disciplina humanística y científica cuyo núcleo central es el cuidado, el cual debe ser culturalmente congruente para ser eficaz. Ella sostenía que el cuidado cultural se basa en valores y creencias transmitidos que permiten apoyar o facilitar el mantenimiento del bienestar de los demás. Esta perspectiva requiere comprender que cada individuo posee una red compleja de valores, creencias y estilos de vida que dirigen su forma de pensar y actuar ante la salud, la enfermedad o la muerte. A través de su modelo del sol naciente, Leininger propone que la enfermería debe realizar una evaluación exhaustiva de siete factores clave: tecnológicos, religiosos y filosóficos, sociales y de parentesco, valores culturales y estilos de vida, políticos y legales, económicos, y educativos.(24) Esta valoración integral permite al profesional descubrir el mundo total del paciente, reconociendo tanto la diversidad de cuidado entre grupos como la unidad de ciertos valores compartidos. Tras esta fase de estudio, la enfermera debe tomar decisiones basadas en tres estrategias de acción: la preservación o mantenimiento del cuidado cultural cuando las prácticas son beneficiosas, la acomodación o negociación para ayudar al paciente a adaptarse al sistema de salud profesional, o la reestructuración del cuidado para modificar estilos de vida perjudiciales, respetando siempre la identidad de la persona atendida. En esencia, la competencia cultural no es una opción, sino una exigencia profesional para establecer vínculos entre el conocimiento local y el profesional, garantizando que los cuidados tengan un sentido real para quien los recibe y así impacten positivamente en su bienestar y seguridad. (24)

Complementando esta visión transcultural, la Teoría del Cuidado Humano (Caring) de Jean Watson ofrece el enfoque ideal para abordar la dimensión religiosa. Este modelo se centra en

un enfoque humanístico y espiritual donde la enfermería trasciende los procedimientos técnicos para enfocarse en la relación transpersonal y el cuidado holístico que abarca mente, cuerpo y alma. Esta teoría se articula a través de los diez *Factores Caritas*, que actúan como guías clínicas para manifestar amor y presencia auténtica, destacando la promoción de la expresión de sentimientos y la creación de un entorno de curación que respete la dignidad (25) Al aplicar esta filosofía a la salud de las mujeres musulmanas, el cuidado se define como un proceso que reconoce a la paciente como un ser espiritual cuyo bienestar está intrínsecamente ligado a su fe. Según la literatura reciente, el comportamiento ante las mamografías está mediado por un locus de control espiritual que oscila entre el *al-tawakkul* (26) una confianza activa donde el cuerpo es un depósito divino o “*amana*” que debe cuidarse por deber religioso y el “*al-tawaakoul*”, un fatalismo pasivo que puede actuar como barrera. Bajo la óptica de Watson, la enfermera no solo realiza una técnica, sino que establece una relación de ayuda-confianza que valida la oración como un mecanismo legítimo de afrontamiento o *coping* (6) respeta profundamente la modestia y el pudor, superando barreras de privacidad y estigma. Este enfoque humanista transforma el acto clínico en una experiencia que honra la espiritualidad de la paciente, permitiendo que la enfermería sea el puente entre la ciencia y la fe, y facilitando así una mayor participación en la salud (27)

4. METODOLOGÍA:

Con el objetivo de sintetizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de las creencias religiosas y culturales islámicas en la decisión de las mujeres musulmanas de participar en programas de cribado de cáncer de mama, se realizó una revisión sistemática de la literatura. Este diseño permite integrar los resultados de múltiples estudios primarios y ofrecer una respuesta rigurosa a la pregunta de investigación planteada.

Para la selección de los artículos, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Estudios publicados en los últimos 5 años.
- Artículos o estudios con textos disponibles en castellano, inglés o catalán.
- Estudios primarios con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta.



- Artículos indexados en las bases de datos bibliográficas de ciencias de la salud PubMed y CINAHL.
- Acceso gratuito para los usuarios de la Universidad Rovira i Virgili (URV).

Criterios de Exclusión:

- Artículos que no superen los niveles de calidad metodológica mínima según las plantillas de lectura crítica CASPe o STROBE.
- Estudios que aborden exclusivamente el tratamiento posterior al diagnóstico de cáncer de mama, sin relación con el proceso de cribado.
- Estudios secundarios como revisiones sistemáticas o bibliográficas.

Para la construcción de la estrategia de búsqueda, se identificaron los términos clave estructurados bajo el **formato PEO**:

- **P (Población):** Mujeres musulmanas
- **E (Exposición):** Creencias religiosas y culturales islámicas
- **O (Resultado / Outcome):** Decisión de participar en los programas de cribado de cáncer de mama.

Estos términos se transformaron a vocabulario controlado mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH), complementándose con términos en lenguaje libre.

Los operadores booleanos AND y OR se utilizaron para combinar los términos de búsqueda. Las palabras clave de búsqueda completa se detalla en la Tabla 1 y las ecuaciones de búsqueda y sus respectivos resultados se recogen en la Tabla 2.

Tabla 1. Resumen de los términos de búsqueda según la pregunta PEO

Palabras clave en base a la PEO	Enfoque Conceptual MeSH / DeCS Términos Libres		
Población (P)	Mujeres Musulmanas	Islam, Muslim, Arab	Muslim women, Islamic women, Arab women, women's health
Exposición (E)	Creencias religiosas e influencia cultural	Culture, Religion, Health Knowledge, Attitudes, Practice	Religious beliefs, Cultural barriers, Modesty, religion and spirituality
Resultado (O)	Toma de decisiones sobre el cribado de cáncer de mama y Enfermería	Breast Neoplasms (prevención/control), Early Detection of Cancer, Mammography, Nursing Care	Breast cancer screening, Screening programs, Refusal, Nursing implications, Cultural competence

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda y resultados

Base de datos	Sintaxis	Resultados sin filtros aplicados	Artículos aplicando filtros	Artículos tras leer el título	Artículos tras leer resumen	Artículos tras lectura completa	Artículos seleccionados
Pumbed	(muslim women) AND (breast cancer) screening) AND	42	12	9	6	4	3 inverso 1



	(cultural barriers)						
Pubmed	(muslim women) AND (culturally adapted) AND breast cancer screening	8	3	3	2	2	1
Pubmed	(muslim women) AND (breast cancer screening) AND (nursing care)	35	9	6	3	2	1
Pumbed	(breast cancer) AND (social rejection) AND (islamic religion)	7	1	1	1	1	1
Pubmed	(Breast cancer screening) AND (Mammography) AND (Muslim)	2	2	2	1	1	1

	m) AND (Arab women)						
CINAHL	Nursing care AND islam	169	42	18	6	3	1
CINAHL	Screeni ng breast cancer AND islam AND women	36	12	7	4	2	1
CINAHL	breast cancer AND screeni ng AND islam	48	16	9	6	4	3 (1 duplicado)
CINAHL	(mamm ogram OR mamm ograph y) AND (musli m OR islam)	44	17	10	5	3	1 (2 duplicado)

Fuente: elaboración propia

El proceso de selección se llevó a cabo de manera estructurada y secuencial, siguiendo las fases recomendadas por la declaración PRISMA:

La ejecución de las ecuaciones de búsqueda dio un total de 391 artículos. En una primera fase, se eliminaron 3 artículos por estar duplicados entre las bases de datos y 277 artículos tras aplicar los filtros automáticos (temporalidad e idioma), lo que resultó en 114 artículos potencialmente relevantes.

A continuación, se procedió a la lectura de los títulos y resúmenes (abstracts). En esta fase se excluyeron 80 artículos debido a que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos: la falta de pertinencia temática, descartándose aquellos estudios que no se ajustaban a la pregunta de investigación, ya fuera por no centrarse en la patología objeto de estudio (cáncer de mama), por no enmarcarse en los procesos de prevención y cribado, o por no focalizarse de manera específica en la población diana (mujeres de religión musulmana). En segundo lugar, se aplicó un filtro por tipología documental, excluyendo la literatura secundaria específicamente revisiones narrativas y sistemáticas con el fin de analizar únicamente investigaciones que aportaran resultados primarios. Finalmente, por criterios de viabilidad y accesibilidad, se desestimaron aquellos registros cuyo texto íntegro no pudo ser recuperado para su lectura crítica debido a restricciones de las bases de datos o a limitaciones en la cobertura de las licencias institucionales. Esto redujo la cifra a 34 artículos, los cuales fueron recuperados para una evaluación a texto completo.

Durante la lectura en profundidad, se descartaron 20 artículos adicionales. La razón principal de esta exclusión fue que su temática no respondía con precisión a la pregunta PEO de la investigación:

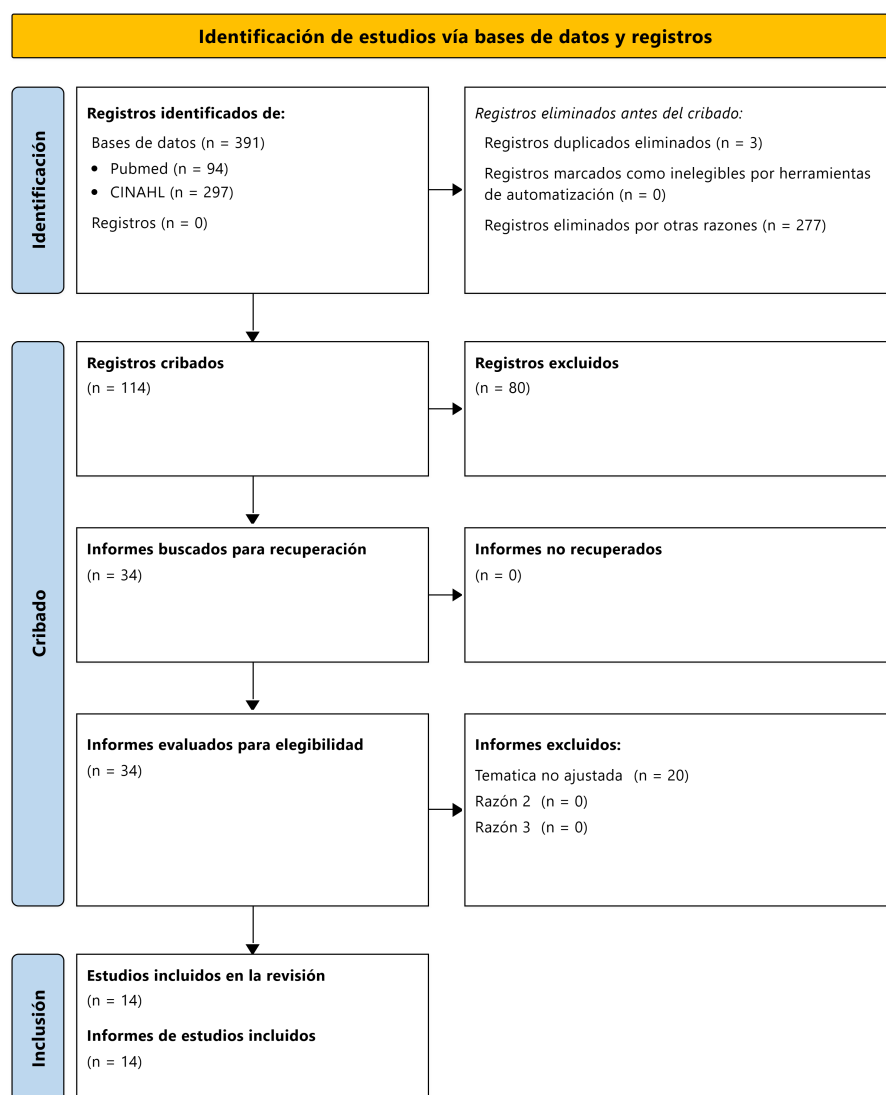
- Estudios centrados exclusivamente en el tratamiento oncológico posterior al diagnóstico o análisis retrospectivos sobre la tasa de mortalidad, alejándose del objetivo principal enfocado en la prevención y el cribado.
- Artículos que abordaban múltiples tipos de cáncer en la población femenina de forma general, sin aislar ni profundizar en la interacción específica con el cáncer de mama.
- Artículos centrados únicamente en el apartado de marketing social, limitándose a analizar de manera exclusiva las estrategias publicitarias, las campañas de promoción o la labor de marketing empleada para la captación de la población.

Para garantizar la validez científica, se evaluó la calidad metodológica de los artículos seleccionados mediante las plantillas de lectura crítica CASPe (para estudios cualitativos y de cohortes) y la declaración STROBE (para estudios observacionales). Tras este proceso, se determinó que la mayoría de los trabajos presentaban una calidad alta, destacando especialmente la adecuada descripción de sus objetivos y resultados. En cuanto al proceso de

selección, la búsqueda inicial en bases de datos aportó 13 artículos, a los que se sumó uno adicional mediante búsqueda inversa (método de bola de nieve), conformando una muestra final de 14 artículos.

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica según modelo PRISMA

PRISMA 2009 Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia



5. RESULTADOS:

<i>TÍTULO</i>	<i>AUTORES</i>	<i>AÑO/ PAÍS</i>	<i>DISEÑO</i>	<i>MUESTRA</i>	<i>INTERVENCIÓN/ INSTRUMENTOS</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>CONCLUSIÓN</i>
<i>Evaluation of Arab Cultural Barriers That Influence Muslim Arab Iraqi Women's Breast Cancer Screening Behavior (28)</i>	Azeez Shadan Shukur, Andsoy Işıl Işık	2022 Irak	Estudio descriptivo y transversal	1066 mujeres	Se utilizaron tres cuestionarios estructurados: Formulario de información personal. Escala de Comportamiento de Cribado de Cáncer de Mama, Escala de Barreras Culturales Árabes para el Cribado.	Evaluar el comportamiento de las mujeres iraquíes hacia el cribado del cáncer de mama y explicar las influencias culturales árabes específicas.	Las barreras culturales específicas de los árabes pueden ser uno de los principales obstáculos para la adopción del CSC en Irak. La educación sanitaria, incluida la educación cultural, puede tener el potencial de aumentar la concienciación.



<i>Exploring barriers to early breast examination and screening among Arab women in the MENA region: A KAP study(29).</i>	Ehsan Qtaishata, Reem Al-Ajlounia, Khawla h Ammar, et al.	Junio - Septiembre 2022	Estudio transversal	2681 mujeres árabes	Encuesta a través de redes sociales respecto a los signos y síntomas del cáncer de mama, los métodos de detección temprana, las fuentes de conocimiento y las barreras para las pruebas de detección temprana.	Examinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la detección temprana del cáncer de mama en mujeres de la región MENA.	La principal barrera preventiva es la falsa seguridad ante la ausencia de síntomas. Se recomienda reorientar las intervenciones enfermeras hacia una alfabetización en salud culturalmente adaptada para mujeres de la región MENA
<i>Association between Breast Cancer Knowledge and Mammogram Utilization among Immigrant Muslim Arab Women in California: Cross-Sectional Design(30)</i>	Sarah Alkhaifi y Hanan Badr.	2022. California, EE. UU	Estudio transversal (Cross-sectional design).	184 mujeres musulmanas inmigrantes	Encuestas electrónicas en inglés y árabe mediante la plataforma “Qualtrics”. Herramienta Breast CAM (evaluando signos, síntomas y factores de riesgo) y tres preguntas sobre la comprensión de la mamografía	Analizar los comportamientos de salud en mujeres árabes musulmanas inmigrantes en EE. UU. Y el conocimiento sobre el cáncer de mama, medido con la herramienta CAM.	Existe una correlación positiva entre el nivel de conocimiento y la realización de mamografías. Dado el bajo nivel de conocimiento general detectado, es necesario implementar intervenciones educativas adaptadas al contexto sociocultural.



<i>A Culturally Adapted Breast and Cervical Cancer Screening Intervention Among Muslim Women in New York City: Results from the MARHABA Trial canadian(31).</i>	Laura C Wyatt, Perla Chebli, et al.	Mayo 2022 Nueva York	Ensayo Controlado Aleatorizado	428 mujeres musulmanas	Seminario educativo Materiales informativos adaptados culturalmente, seguido en un grupo por navegación de pacientes (seguimiento personalizado por LHW)	Evaluar si añadir navegadores de pacientes a la educación cultural mejora la adherencia a mamografías y citologías en mujeres musulmanas de NY frente a la educación aislada	Aumento drástico en cribado: mamografías (15% a 47%) y citologías (17% a 40%). Sin diferencias significativas entre educación sola vs. combinada con navegación, señalando la educación cultural y religiosa como el principal motor del cambio.
<i>Breast cancer screening among immigrant Muslim arab women in the United States: Analyzing relationships between beliefs, knowledge, spousal support and mammogram utilization(32).</i>	Sarah Alkhaifi, Aasim I. Padela, et al.	Junio 2023 EE. UU	Estudio transversal cuantitativo	184 mujeres musulmanas inmigrantes	Encuesta de 73 ítems (árabe/inglés): Escala de Champion (Creencias de salud), Inventario de Powe (Fatalismo), Escala de apoyo del esposo y cuestionario de conocimientos específicos."	Identificar los factores determinantes del acceso al cribado de cáncer de mama en inmigrantes árabes musulmanas (EE. UU.), analizando el impacto de las creencias de salud, el fatalismo religioso y el apoyo conyugal (emocional y logístico).	La recomendación médica es el principal predictor de la mamografía (aumenta 33.7 veces la probabilidad). El apoyo conyugal actúa como un facilitador clave, mientras que el fatalismo religioso, el miedo al dolor y la falta de tiempo constituyen las principales barreras preventivas.



<i>Examination of Breast Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Beliefs among Syrian Refugee Women in a Western use Province(33).</i>	Louise Racine, Isil Andsoy , et al.	Junio 2022	Estudio observacional transversal	75 mujeres refugiadas sirias	Cuestionarios validados: <i>Champion's Health Belief Model Scale</i> (CHBMS) como instrumento central para creencias de salud <i>Arab Culture-Specific Barriers</i> (ACSB) para barreras culturales; <i>Cancer Stigma Scale</i> (CASS) para evaluar el estigma	Analizar la adherencia al cribado (autoexamen, examen clínico y mamografía) evaluando el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo. Asimismo, determinar la influencia de las creencias de salud, el estigma del cáncer y las barreras culturales árabes en la detección precoz.	Las creencias de salud, el estigma y las barreras religiosas/sociales condicionan significativamente la prevención. Se concluye la necesidad urgente de intervenciones educativas con adaptación cultural y religiosa para mejorar el conocimiento y la confianza en el cribado.
---	-------------------------------------	------------	-----------------------------------	------------------------------	--	--	---



<i>Association between Spiritual Health Locus of Control, Perceived Discrimination and Breast and Cervical Cancer Screening for Muslim American Women in New York City (34).</i>	Sameena Azhar, Laura C Wyatt, et al.	Enero 2022	Estudio cualitativo	421 mujeres musulmanas	Cuestionario de Discriminación Étnica Percibida (PEDQ-CV) Escala de Locus de Control de Salud Espiritual Escala de Modestia Islámica	Analizar el impacto del locus de control de salud espiritual y la discriminación étnica percibida en la adherencia al cribado de cáncer de mama y cuello uterino en mujeres musulmanas de Nueva York	Las creencias espirituales condicionan el cribado: una menor atribución de la salud a la 'Gracia de Dios' (locus de control externo) se asocia con mayor adherencia a mamografías. Se confirma una fuerte preferencia por profesionales del mismo género (75,2%) y etnia/religión (62,1%), evidenciando barreras de modestia y concepción de la salud.
<i>"I Trust That Only God Can Protect Me, But ...": The Religious Meaning Behind Mammogram</i>	Sarah Alkhaifi	Noviembre 2023	Estudio cualitativo	28 mujeres > 45 años.	Entrevistas individuales en profundidad (presenciales o telefónicas) mediante guía semiestructurada. Realizadas en árabe o inglés por una	Comprender los significados que las mujeres inmigrantes musulmanas atribuyen a sus	La fe y la oración actúan como mecanismos de afrontamiento frente al miedo al cáncer. Se recomienda que



<i>Attitudes and Behaviors Among Immigrant Muslim Women(35).</i>					investigadora musulmana para reducir el sesgo de desconfianza y facilitar la apertura cultural	creencias religiosas en relación con la utilización de la mamografía.	enfermería integre conceptos religiosos como el <i>al-tawakkul</i> (confiar en Dios y tomar acción) en los programas educativos para mejorar la adherencia al cribado
<i>Factors influencing clinical breast cancer screening: A cross-sectional study among Islamic women in Kumasi Metropolis of Ghana (36).</i>	Abdul-Karim Abubakari, et al.	2025 África (Ghana).	Estudio transversal (Cross-sectional study).	500 mujeres de fe islámica >18 años	Sin intervención clínica. Se utilizó un cuestionario validado y adaptado basado en la Teoría de la Conducta de Búsqueda de Atención (TCSB).	Explorar los factores que influyen en el cribado clínico del cáncer de mama entre las mujeres islámicas en la metrópolis de Kumasi, en Ghana.	Existe una contradicción entre la percepción positiva del cribado y su baja participación real, por el desconocimiento y el pudor cultural; se requiere, por tanto, sensibilización social y formación sanitaria en competencias culturales.
<i>Qualitative evaluation of a codesigned faith-based intervention for Muslim women in Scotland to</i>	Floor Christie-de Jong,Marie Kotzur, et al.	2022 Reino Unido.	Estudio piloto cualitativo: grupos focales y análisis temático.	18 mujeres musulmanas (25-54 años) de etnia asiática y árabe	Intervención online (Zoom) con cuatro componentes: discusión entre pares sobre barreras, educación sanitaria médica, testimonios en vídeo y	Evaluar la aceptabilidad de una intervención online basada en la fe, adaptada culturalmente con el fin de aumentar la	Alta aceptabilidad del enfoque multidimensional con mejora en conocimientos y actitudes hacia el cribado. Los



encourage uptake of breast, colorectal and cervical cancer screening (37).					perspectiva religiosa impartida por una “alimah”(académica religiosa islámica). Instrumento: Evaluación cualitativa mediante grupos focales y análisis temático.	participación en los cribados de cáncer de mama.	modelos comunitarios participativos y basados en la fe demuestran potencial para reducir desigualdades en salud, aunque requieren validación en estudios a mayor escala.
Determinants of Breast Cancer Screening in Three Arab American Women Subgroups(38).	Manal Alatrash	2021 EE. UU	Estudio transversal cuantitativo	316 mujeres inmigrantes árabe-americanas	Completaron una encuesta en papel (en árabe o inglés) que combinaba datos sociodemográficos con el instrumento Arab Culture-Specific Barriers (ACSB)	Analizar cómo las variables sociodemográficas, el país de origen y la religión influyen en la percepción y participación real en el cribado.	Infrautilización del cribado en mujeres árabe-americanas, cuya participación depende de factores críticos como el país de origen, la religión y el tiempo de estancia en EE. UU. Por ello, es necesario diseñar programas de salud personalizados que aborden estas diferencias culturales para eliminar barreras y empoderar su toma de decisiones.



<i>Multi-level determinants of breast cancer screening among Malay-Muslim women in Singapore: a sequential mixed-methods study (39).</i>	Su-Ann Goh, Jeong Kyu, et al.	2022 Asia	Estudio mixto secuencial	Fase cuantitativa: 271 mujeres 50 - 69 años Fase cualitativa: 23 mujeres 40 -69 años.	Entrevistas semiestructuradas sobre conocimientos de cáncer de mama, con herramientas basadas en modelos teóricos (HBM y SEM) y escalas específicas	Identificar los factores multinivel (personales, sociales y religiosos) que influyen en la baja participación en el cribado de además de comprender las barreras y facilitadores.	La participación en el cribado depende de factores personales, sociales y comunitarios, siendo la recomendación clínica el principal impulsor de la prueba. Las barreras críticas son el fatalismo religioso, el pudor físico y la falta de síntomas. Crear un enfoque multidisciplinar adaptado a la comunidad
	Esra Sabancı Baransel, et al.	2023	Ensayo controlado aleatorizado	1.005 mujeres.	Diseño de tres grupos para evaluar el impacto de distintos mensajes en la participación en el cribado. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios en línea que incluyeron información sociodemográfica, registro de pruebas	Evaluar cómo influyen los mensajes informativos de enfoque espiritual en la intención de participar en cribados de cáncer y en los niveles de autoeficacia de mujeres musulmanas en Turquía.	Mensajes con enfoque espiritual aumentaron significativamente la autoeficacia y la participación en los cribados en comparación con los mensajes tradicionales. Estos resultados sugieren que integrar la espiritualidad en la



*Providing Free
Mammography
Screening to
Uninsured Muslim
Women in South
Florida(41).*

				preventivas y una Escala de Autoeficacia (SES).		comunicación sanitaria es una estrategia clave para mejorar la prevención.
Seema Azim Al-Shaikhli, BS Nana Aisha Garba, et al.	2023 Florida	Estudio de Informe de campo	33 mujeres.	Colaboración entre un centro móvil de mamografías y una mezquita En tres fases: la creación de material educativo bilingüe, la realización de un seminario web culturalmente adaptado que garantizaba la privacidad y ausencia de hombres; y la movilización mediante el respaldo del Imán.	Aumentar la realización de pruebas de mamografía para mujeres musulmanas sin seguro en el sur de Florida.	La asociación fue un éxito, logrando que el 30.3% de las participantes se sometiera a una mamografía por primera vez en su vida. Se señala que en el futuro se deben hacer más esfuerzos para aumentar el cribado específicamente en mujeres musulmanas.

Fuente y elaboración propia.

El presente estudio consiste en una revisión sistemática cuyo propósito es sintetizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de las creencias religiosas y culturales islámicas en la decisión de las mujeres musulmanas de participar en programas de cribado de cáncer de mama. Se analizan 14 artículos procedentes de diversas regiones geográficas (Norteamérica, Europa, Asia, África y Oriente Medio). Del total, el 50% (38) presentan un diseño transversal o descriptivo, el 21,4% (30) emplean metodología cualitativa, el 14,2% (29) reportan ensayos controlados aleatorizados, mientras que el 14,2% restante incluye un estudio de métodos mixtos y un informe de campo.

Con el propósito de dar respuesta a la pregunta de investigación de forma clara y estructurada, la presentación de los siguientes resultados se ha organizado tomando como hilo conductor los objetivos específicos de este trabajo. De este modo, la evidencia extraída se divide en cuatro grandes apartados

6.1.- Factores culturales, religiosos y emocionales que influyen en la percepción y aceptación del cribado

Las creencias espirituales y culturales determinan directamente el comportamiento preventivo (33) (39). Múltiples estudios identifican el pudor físico extremo y la modestia islámica (Haya) como un factor recurrente que genera conflicto y temor ante la realización de la mamografía (28), (38) (39).

Asimismo, la religión ejerce un papel dual en la percepción de la enfermedad (35). Por un lado, el fatalismo religioso (la creencia de que la salud y la enfermedad están predestinadas y fuera del control humano, o que son un castigo divino) actúa como una barrera crítica que disminuye la probabilidad de realizarse pruebas regulares (35) (34,39). Por otro lado, un menor locus de control espiritual (creer que la salud no depende únicamente de la "Gracia de Dios") se asocia con una mayor actualización en las pruebas (34). Paradójicamente, la fe también actúa como un mecanismo de afrontamiento positivo: las mujeres utilizan la confianza en Dios (al-tawakkul) y la oración para superar el miedo al diagnóstico y al procedimiento médico (35)

6.2.- Barreras y facilitadores que condicionan el acceso y la continuidad en los programas de cribado

Se observa una brecha crítica entre el conocimiento teórico y la práctica preventiva (36) La barrera principal no es únicamente el acceso físico, sino el profundo desconocimiento de los

indicadores clínicos y la falsa percepción de seguridad ante la ausencia de síntomas (29,39). Además, obstáculos logísticos como el miedo al dolor, la falta de tiempo y las barreras idiomáticas dificultan el cribado (33,38) .

En cuanto a los facilitadores, el entorno sociofamiliar es determinante (32). Se ha demostrado que el apoyo del esposo, tanto en su vertiente emocional como logística (transporte, cuidado del hogar), facilita significativamente el acceso a la prueba (30,32). A nivel clínico, el predictor más potente para la adherencia es la recomendación directa de un profesional de la salud; de hecho, las mujeres que reciben esta indicación tienen hasta 33,7 veces más probabilidades de cumplir con el cribado (32,38) .

6.3.- Intervenciones reportadas que han demostrado mejorar la captación y la adherencia al cribado

Las intervenciones que han demostrado mayor éxito son aquellas multidimensionales y adaptadas culturalmente (36,38). El uso de mensajes informativos con un marco espiritual aumenta significativamente la autoeficacia contra el cáncer y la participación en el cribado en comparación con los mensajes convencionales de los ministerios de salud(34,37,40,41).

Los enfoques participativos y de base comunitaria resultan altamente efectivos (34,37,40,41). La combinación de educación sanitaria impartida por profesionales, testimonios en vídeo de mujeres musulmanas (pares) y perspectivas religiosas aportadas por líderes comunitarios o académicas religiosas femeninas (alimah), incrementa de forma drástica los conocimientos y las actitudes favorables (34,39). A nivel estructural, asociar recursos sanitarios con espacios religiosos como el despliegue de clínicas móviles de mamografía en mezquitas, garantizando la ausencia de hombres y promoviendo la captación a través de los sermones del Imán ha logrado que hasta un 30,3% de las participantes se sometieran a una mamografía por primera vez en su vida (41).

6.4.- Implicaciones para la práctica enfermera orientadas a un cuidado culturalmente competente

Los resultados subrayan que el personal sanitario no debe limitar sus intervenciones a la mera instrucción técnica, sino evolucionar hacia estrategias de alfabetización sanitaria con pertinencia cultural (34,37) Existe una clara preferencia cultural y de género: la gran mayoría de las mujeres musulmanas (hasta un 75,2% en algunos estudios) prefiere ser atendida por profesionales de su mismo género y, frecuentemente, de su misma religión o etnia (34,39).

Se recomienda a los profesionales de enfermería integrar conceptos religiosos positivos en su cuidado, fomentando el concepto de al-tawakkul (confiar en Dios, pero tomando acción médica) y garantizando entornos que respeten estrictamente la privacidad y el pudor de la paciente (35,37,41)

6. DISCUSIÓN:

El objetivo principal de esta revisión sistemática ha sido sintetizar la evidencia científica disponible sobre la influencia de las creencias religiosas y culturales islámicas en la decisión de las mujeres musulmanas de participar en programas de cribado de cáncer de mama. Para dar respuesta a este objetivo, se han analizado 14 artículos de ámbito internacional con diversos enfoques metodológicos. A diferencia de los modelos puramente biomédicos, los hallazgos de esta revisión confirman que la participación en el cribado en esta población no depende únicamente del acceso físico al sistema de salud, sino que está profundamente condicionada por factores culturales, emocionales y espirituales.

Desde un punto de vista metodológico, la abundancia de estudios descriptivos y cualitativos(30,40) analizados proporciona una evidencia muy clara y robusta respecto a la identificación del problema. Queda ampliamente demostrado que las creencias religiosas y socioculturales (como el pudor físico o “*Haya*”, el fatalismo y la concepción de la modestia) no son factores secundarios, sino determinantes principales en el comportamiento de estas mujeres frente al cribado(27,38,39). La literatura describe con gran precisión el “qué” y el “por qué” de las barreras y los facilitadores. Sin embargo, esta misma concentración de estudios descriptivos revela una importante brecha en la investigación: existe muy poca evidencia experimental de alta calidad. La falta de ensayos clínicos controlados(30,40) se traduce en una escasez de datos contrastados empíricamente sobre la eficacia real de las intervenciones. Aunque se proponen estrategias valiosas, la falta de estudios experimentales rigurosos impide determinar con un alto grado de certeza cuáles logran mejorar de forma más significativa y sostenida las tasas de adherencia.

Al analizar los factores culturales y religiosos, la literatura muestra un consenso absoluto sobre el papel central de la modestia (*Haya*). La exposición del cuerpo femenino que requiere la mamografía entra en conflicto directo con la protección del *Awrah* (partes íntimas), generando una barrera emocional sustentada en el pudor extremo(27,35,38,39). No obstante, uno de los hallazgos más interesantes es el papel dual de la religión islámica frente a la enfermedad. Por

un lado, una interpretación basada en el fatalismo (creer que la enfermedad es un designio ineludible o un castigo divino) disminuye dramáticamente la adherencia (32,34,39). Por otro lado, un enfoque espiritual activo, basado en el *al-tawakkul* (la confianza en Dios combinada con la responsabilidad de cuidar el cuerpo como un préstamo divino o *Amanah*), actúa como un poderoso mecanismo de afrontamiento(34). Esto demuestra que la religión no es una barrera, sino que su influencia depende de la interpretación de los preceptos espirituales. De hecho, se ha constatado que un menor locus de control espiritual externo —una menor creencia en que la salud depende exclusivamente de la "Gracia de Dios"— se asocia con una mayor probabilidad de tener la mamografía al día, concibiendo la fe desde una perspectiva proactiva (33).

En cuanto a las barreras y facilitadores socio-estructurales, los resultados revelan una importante brecha de alfabetización en salud. El profundo desconocimiento de los indicadores clínicos y la falsa sensación de seguridad ante la falta de síntomas actúan como obstáculos primarios(28,35,39). Aunque a mayor conocimiento de los signos aumenta la probabilidad de someterse a las pruebas(29), esto choca frecuentemente con sentimientos negativos, la percepción de pérdida de tiempo o el miedo al dolor(31,38). Estos estímulos contextuales, sumados a las barreras idiomáticas(32,38), coinciden con las dimensiones de la Estructura Social y Factores Culturales de Madeleine Leininger. Según su teoría, estos componentes influyen directamente en las decisiones de salud; en este caso, actuando como barreras que dificultan los cuidados culturalmente congruentes. Como contraparte, destacan dos grandes facilitadores: el apoyo sociofamiliar (especialmente el rol logístico y emocional del marido)(31) y la recomendación directa de un profesional sanitario. Esta última multiplica por 33,7 las probabilidades de cumplimiento(31), subrayando el peso vital de la confianza en la figura del sanitario como puente en la preservación o negociación de los cuidados.

A partir de este último hallazgo surge una consideración estructural de gran relevancia: la necesidad de promover la vocación hacia la Enfermería entre personas de diversas culturas para facilitar su acceso a la educación sanitaria. Fomentar esta participación es clave para construir una profesión mucho más rica y verdaderamente transcultural. Diversificar las plantillas aborda el problema desde su raíz institucional, ya que incorporar profesionales que comparten o comprenden intrínsecamente los códigos culturales de las pacientes podría reducir drásticamente la percepción de discriminación que a menudo experimentan las mujeres de

minorías(33). actuando como un puente de confianza que anime a utilizar los servicios de salud pública(33,35).

Finalmente, al contrastar estos datos con intervenciones eficaces, se evidencia que los abordajes tradicionales son insuficientes. Las estrategias que combinan educación sanitaria con figuras comunitarias (mujeres de la misma etnia y lideres religiosas o *alimah*) logran transformar las creencias fatalistas en actitudes proactivas(30,36). Especial mención merecen las intervenciones estructurales, como el uso de clínicas móviles en mezquitas promovidas durante los sermones del Imán, las cuales eliminan barreras geográficas e idiomáticas y otorgan un "sello" de validación religiosa, resolviendo directamente la preocupación por la modestia(41).

6.1. Limitaciones en la investigación

A pesar de la rigurosidad metodológica, este estudio presenta ciertas limitaciones. En primer lugar, la evidencia disponible se encuentra muy dispersa geográficamente (Norteamérica, Europa, Oriente Medio), lo que introduce una gran heterogeneidad. No es lo mismo analizar a una mujer musulmana en su país de origen (con un sistema sanitario adaptado a sus costumbres) que a una mujer migrante o refugiada en un país occidental, donde sufre estresores adicionales como la barrera idiomática y la discriminación percibida(32,33).

En segundo lugar, la mayor parte de los artículos encontrados tienen diseños observacionales y descriptivos(27–29,31,32,38), lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales fuertes sobre la efectividad a largo plazo de las intervenciones. Por último, se evidencia una notable falta de estudios realizados en el contexto sociosanitario específico de España. Esta carencia resulta especialmente crítica si se considera el constante aumento de la inmigración de procedencia marroquí en el territorio nacional durante los últimos años, lo que genera una desconexión entre la realidad demográfica asistencial y la evidencia científica local disponible.(42) (anexo 1.)

6.2. Futuras líneas de investigación

Las limitaciones detectadas hacen patente la necesidad de impulsar nuevas investigaciones. Atendiendo al creciente peso demográfico de la población musulmana en España resulta prioritario:



- Realizar estudios empíricos cuantitativos y cualitativos dentro del contexto español para comprender cómo interactúan estas mujeres con los programas de cribado autonómicos (como el de la Generalitat de Catalunya descrito en el marco teórico). Es fundamental que estas investigaciones recojan la variabilidad cultural existente dentro de la propia comunidad marroquí residente en el país.
- Diseñar ensayos clínicos controlados y aleatorizados que evalúen la eficacia a largo plazo de intervenciones comunitarias y materiales educativos culturalmente adaptados.
- Analizar la integración en la práctica clínica de los principios del cuidado humano de Watson y la perspectiva transcultural de Leininger mediante protocolos de actuación específicos.

6.3. Propuestas de mejora para la práctica enfermera

Con base en la evidencia analizada y en la reflexión sobre el estado actual del sistema sanitario, se derivan implicaciones cruciales estructuradas en dos grandes bloques:

A nivel clínico y comunitario:

- **Adaptación estructural y respeto al pudor (*Haya*):** Garantizar que las mamografías sean realizadas preferiblemente por personal sanitario femenino(33,35), asegurando un entorno de estricta privacidad que respete la delimitación del *Awrah*.
- **Integración del cuidado espiritual:** Las enfermeras deben ir más allá de la técnica y utilizar la evaluación transcultural. Es fundamental validar las oraciones y la fe de la paciente como herramientas positivas de afrontamiento, reenfocando el fatalismo hacia el concepto de *al-tawakkul*(34).
- **Educación comunitaria proactiva:** Fomentar la creación de alianzas entre los centros de atención primaria y las mezquitas locales(41). Las enfermeras comunitarias podrían impartir sesiones informativas en estos espacios seguros,



apoyándose en líderes religiosos y traductores culturales para desmentir creencias erróneas sobre el cáncer de mama(36).

A nivel formativo e institucional: Al plantearnos la situación actual, la realidad clínica sugiere que existe un desfase significativo entre las necesidades de la población y la preparación del sistema. Aunque existe una creciente sensibilidad, los profesionales en activo a menudo se enfrentan a estas situaciones desde la buena voluntad y la intuición, más que desde una formación estructurada.

Ante este escenario, la pregunta sobre qué hacer requiere respuestas estructurales:

- **Para los futuros profesionales:** Actualmente, el grado de enfermería forma a profesionales con alta competencia técnica pero carencias en negociación cultural. Es necesario integrar la competencia cultural y la antropología de los cuidados como materias troncales y obligatorias.
- **Para los profesionales en activo:** Los centros sanitarios deben promover programas de formación continuada obligatoria que vayan más allá de la mera traducción lingüística.
- **Integración de figuras clave:** Incorporar de manera formal la figura del mediador intercultural en los equipos de atención primaria y unidades de la mujer.

Solo mediante una alfabetización cultural profunda y sostenida de los profesionales sanitarios será posible transformar la equidad en salud de un concepto teórico a una realidad clínica diaria.

7. CONCLUSIÓN:

Tras la realización de esta revisión sistemática, se ha logrado sintetizar la evidencia científica necesaria para comprender cómo las creencias religiosas y culturales islámicas influyen en la participación de las mujeres musulmanas en el cribado de cáncer de mama. A partir de los resultados obtenidos, y en respuesta a los objetivos planteados, se extraen las siguientes conclusiones principales:

En respuesta al primer objetivo específico: Se concluye que la religión ejerce un papel dual en el comportamiento preventivo. Por un lado, el fatalismo religioso actúa como una barrera crítica al fomentar la creencia de que la salud está predestinada. Por otro lado, la fe actúa como

un mecanismo de afrontamiento positivo, donde la confianza activa en Dios (*al-tawakkul*) y la oración ayudan a mitigar el miedo a la enfermedad y al procedimiento médico. Asimismo, el pudor físico y la preservación de la modestia islámica (*Haya*) se confirman como factores culturales recurrentes que generan un fuerte conflicto ante la exposición corporal que exige la mamografía.

En respuesta al segundo objetivo específico: La literatura señala que la principal barrera no es solo el acceso físico o logístico, sino una importante brecha de conocimiento que genera una falsa percepción de seguridad frente a la ausencia de síntomas. A esto se suman obstáculos como el miedo al dolor, la falta de tiempo y las barreras idiomáticas. En cuanto a los facilitadores, el entorno sociofamiliar es clave, destacando el apoyo logístico y emocional del esposo. A nivel clínico, el determinante más potente para garantizar la realización de la prueba es la recomendación directa y proactiva por parte de un profesional sanitario

En respuesta al tercer objetivo específico: Las intervenciones con mayor índice de éxito son aquellas multidimensionales, participativas y adaptadas culturalmente. El uso de mensajes informativos integrados en un marco espiritual ha demostrado aumentar significativamente la autoeficacia de las pacientes. Las estrategias comunitarias que combinan la educación sanitaria impartida por profesionales con testimonios de mujeres pares y el respaldo de figuras religiosas (como Imames o *alimahs*), junto con adaptaciones estructurales como el uso de clínicas móviles en mezquitas asegurando la ausencia de personal masculino, incrementan drásticamente la participación en los programas de cribado.

Finalmente derivando estas evidencias hacia la práctica enfermera, resulta indispensable ofrecer un cuidado de excelencia, los profesionales de enfermería deben trascender la simple instrucción técnica e implementar estrategias de alfabetización en salud con pertinencia cultural. Es imperativo respetar la fuerte preferencia de estas mujeres por ser atendidas por personal sanitario de su mismo género para salvaguardar su privacidad. Finalmente, la enfermería debe integrar de manera activa los valores de la paciente, validando conceptos religiosos positivos como el *al-tawakkul* y garantizando entornos clínicos que respeten estrictamente el pudor, construyendo así un puente de confianza entre la atención sanitaria y la fe.

En conclusión, la competencia cultural no es una opción, sino un requisito ético para garantizar que la prevención del cáncer de mama sea equitativa y respetuosa con la diversidad espiritual de las pacientes.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209–49. doi:10.3322/CAAC.21660 PubMed PMID: 33538338.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024 May;74(3):229–63. doi:10.3322/CAAC.21834 PubMed PMID: 38572751.
3. Breast cancer [Internet]. [cited 2026 Jan 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
4. Cáncer de mama [Internet]. [cited 2026 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
5. Abu-Helalah M, Asfour A, Almadani M, Alfayyadh M, Halayqeh S, Al Tamimi M, et al. Uptake rate, barriers, and attitudes towards mammography screening for breast cancer in Jordan. *Ann Med*. 2025;57(1). doi:10.1080/07853890.2025.2514945 PubMed PMID: 40478644.
6. Racine L, Isik Andsoy I. Barriers and Facilitators Influencing Arab Muslim Immigrant and Refugee Women's Breast Cancer Screening: A Narrative Review. *Journal of Transcultural Nursing*. 2022 Jul 1;33(4):542. doi:10.1177/10436596221085301 PubMed PMID: 35473467.
7. Moey SF, Sowtali SN, Ismail MFM, Hashi AA, Azharuddin NSM, Mohamed NC. Cultural, Religious and Socio-Ethical Misconceptions among Muslim Women towards Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022;23(12):3971. doi:10.31557/APJCP.2022.23.12.3971 PubMed PMID: 36579977.
8. Ardian I, Nursalam N, Ahsan A, Haiya NN, Azizah IR. The development of an islamic nursing care model to improve patient satisfaction. *Jurnal Ners*. 2024 Feb 1;19(1):3–12. doi:10.20473/JN.V19I1.50026
9. ESTIMACIONES DE LA INCIDENCIA.
10. World Health Organization (WHO). Breast Cancer Fact Sheet. Geneva. 2024.
11. REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). 2025.

12. García-Gómez P et al. Envejecimiento y carga de enfermedad oncológica en España: proyecciones a 2030. 2024.
13. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Informe sobre el impacto del cáncer de mama en España. 2025.
14. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. 2025.
15. Enciclopedia de humanidades. 2024.
16. Ituarte PH. LA DIMENSIÓN INTERIOR DEL ISLAM.
17. Moey SF, Sowtali SN, Ismail MFM, Hashi AA, Azharuddin NSM, Mohamed NC. Cultural, Religious and Socio,Ethical Misconceptions among Muslim Women towards Breast Cancer Screening: A Systematic Review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. Asian Pacific Organization for Cancer Prevention; 2022. p. 3971–82. doi:10.31557/APJCP.2022.23.12.3971 PubMed PMID: 36579977.
18. Elkhalloufi F, Boutayeb S, Mamouch F, Rakibi L, Elazzouzi S, Errihani H. The evolution of the socio-cultural and religious characteristics of cancer patients in Morocco: case of the National Institute of Oncology Rabat. BMC Cancer. 2021 Dec 1;21(1). doi:10.1186/s12885-021-08175-y PubMed PMID: 33962584.
19. Zamanian H, Amini-Tehrani M, Jalali Z, Daryaafzoon M, Ramezani F, Malek N, et al. Stigma and Quality of Life in Women With Breast Cancer: Mediation and Moderation Model of Social Support, Sense of Coherence, and Coping Strategies. Front Psychol. 2022 Feb 14;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.657992
20. ¿Cómo se organiza? Canal Salud [Internet]. [cited 2026 Feb 9]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/cancer/deteccio-precoc/programes/mama/organitzacio/>
21. Ministerio de Sanidad - Áreas - CRIBADO CANCER - CANCER DE MAMA [Internet]. [cited 2026 Jan 20]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerMama/home.htm>
22. Azeez SS, Andsoy II. Evaluation of Arab Cultural Barriers That Influence Muslim Arab Iraqi Women's Breast Cancer Screening Behavior. Eur J Breast Health. 2022 Oct 1;18(4):329–35. doi:10.4274/EJBH.GALENOS.2022.2022-5-6 PubMed PMID: 36248755.
23. Racine L, Andsoy I, Maposa S, Vatanparast H, Fowler-Kerry S. Examination of Breast Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Beliefs among Syrian Refugee Women in a Western Canadian Province. Canadian Journal of Nursing



- Research. 2022 Jun 1;54(2):177–89. doi:10.1177/08445621211013200 PubMed PMID: 34038264.
24. Lasmaida SA, Dedi B. LITERATURE REVIEW TEORI TRANSCULTURAL NURSING MADELEINE LEININGER [Internet]. Available from: <http://ijsr.internationaljournallabs.com/index.php/ijsr>
25. Acknowledgments Preface: Opening-Entering: A New Beginning Almost Thirty Years Later Interlude.
26. Alkhaifi S. “I Trust That Only God Can Protect Me, But ...”: The Religious Meaning Behind Mammogram Attitudes and Behaviors Among Immigrant Muslim Women. *J Immigr Minor Health*. 2024 Jun 1;26(3):546–53. doi:10.1007/S10903-023-01567-1 PubMed PMID: 37980314.
27. Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender’s health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study [Internet]. 2020. doi:10.1186/s12872-021-02294-x
28. Azeez SS, Andsoy II. Evaluation of Arab Cultural Barriers That Influence Muslim Arab Iraqi Women’s Breast Cancer Screening Behavior. *Eur J Breast Health*. 2022 Oct 1;18(4):329–35. doi:10.4274/EJBH.GALENOS.2022.2022-5-6 PubMed PMID: 36248755.
29. Qtaishat E, Al-Ajlouni R, Ammar K, Liswi M, Al-Ani A, Fakheraldeen R, et al. Exploring barriers to early breast examination and screening among Arab women in the MENA region: A KAP study. *Heliyon*. 2025;11:e42167. doi:10.1016/j.heliyon.2025.e42167
30. Alkhaifi S, Badr H. Association between Breast Cancer Knowledge and Mammogram Utilization among Immigrant Muslim Arab Women in California: Cross-Sectional Design [Internet]. 2022. doi:10.3390/healthcare10122526
31. Wyatt LC, Chebli P, Patel S, Alam G, Naeem A, Maxwell AE, et al. A Culturally-Adapted Breast and Cervical Cancer Screening Intervention among Muslim Women in New York City: Results from the MARHABA Trial HHS Public Access. *J Cancer Educ*. 2023;38(2):682–90. doi:10.1007/s13187-022-02177-5
32. Alkhaifi S, Padela AI, Hodge F, Brecht ML. Breast cancer screening among immigrant Muslim arab women in the United States: Analyzing relationships between beliefs, knowledge, spousal support and mammogram utilization. *J Natl Med Assoc*. 2023 Jun 1;115(3):302–13. doi:10.1016/J.JNMA.2023.03.001 PubMed PMID: 36967269.



33. Racine L, Andsoy I, Maposa S, Vatanparast H, Fowler-Kerry S. Examination of Breast Cancer Screening Knowledge, Attitudes, and Beliefs among Syrian Refugee Women in a Western Canadian Province. doi:10.1177/08445621211013200
34. Azhar S, Wyatt LC, Jokhakar V, Patel S, Raveis VH, Kwon SC, et al. Associations between Spiritual Health Locus of Control, Perceived Discrimination and Breast and Cervical Cancer Screening for Muslim American Women in New York City. doi:10.1016/j.clbc.2021.12.012
35. Alkhaifi S. "I Trust That Only God Can Protect Me, But ...": The Religious Meaning Behind Mammogram Attitudes and Behaviors Among Immigrant Muslim Women. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2023 26:3. 2023 Nov 18;26(3):546–53. doi:10.1007/S10903-023-01567-1 PubMed PMID: 37980314.
36. Abubakari AK, Gross J, Adusei-Poku E. Factors influencing clinical breast cancer screening: A cross-sectional study among Islamic women in Kumasi Metropolis of Ghana [Internet]. 2025. doi:10.1371/journal.pone.0320726
37. Jong CD. Qualitative evaluation of a codesigned faith-based intervention for Muslim women in Scotland to encourage uptake of breast, colorectal and cervical cancer screening. *BMJ Open*. 2022;12:58739. doi:10.1136/bmjopen-2021-058739
38. Alatrash M. Determinants of Breast Cancer Screening in Three Arab American Women Subgroups. *Journal of Transcultural Nursing*. 2021 Nov 1;32(6):749–56. doi:10.1177/10436596211008215/FORMAT/EPUB PubMed PMID: 33855910.
39. Goh SA, Lee JK, Seh WY, Ho EQY, Hartman M, Chou C, et al. Multi-level determinants of breast cancer screening among Malay-Muslim women in Singapore: a sequential mixed-methods study. *BMC Womens Health*. 2022 Dec 1;22(1):383. doi:10.1186/S12905-022-01972-Y PubMed PMID: 36123600.
40. Sabancı Baransel E, Barut S. Use of Spiritually Framed Information Messages to Improve Cancer Screening. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2023 Nov 1;19(10):104796. doi:10.1016/J.NURPRA.2023.104796
41. Project MUSE - Providing Free Mammography Screening to Uninsured Muslim Women in South Florida [Internet]. [cited 2026 Apr 15]. Available from: <https://muse-jhu-edu.sabidi.urv.cat/article/912732>

9. ANEXOS:

Anexo 1

Estadística de Migraciones, Extranjero, Marruecos

