



ENFERMERÍA INVESTIGA



ISSN en línea: 2550-6692
ISSN: 2477-9172

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/index>

CARACTERIZACIÓN DE LAS USUARIAS DE LA MASTOGRAFÍA DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICA

CHARACTERIZATION OF USERS OF SCREENING AND DIAGNOSTIC MAMMOGRAPHY

María Violeta Guerrero Martínez¹ <https://orcid.org/0009-0007-7008-9871>, Alfonso Reyes López² <https://orcid.org/0000-0002-6249-3678>, Nuria Aguiñaga Chiñas³ <https://orcid.org/0000-0002-3339-5809>, Guillermo Cantú Quintanilla⁴ <https://orcid.org/0000-0002-3493-2207>

¹Maestría en Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

²Profesor Investigador del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Ciudad de México, México

³Especialidad en Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

⁴Profesor Investigador del Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2023 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Autor de correspondencia: Dr. Guillermo Rafael Cantú Quintanilla. **Correo electrónico:** gcantu@up.edu.mx

Recibido: 15 de diciembre 2023

Aceptado: 01 de febrero 2024

RESUMEN

Introducción: La incidencia de cáncer de mama se ha incrementado y existen áreas dirigidas al diagnóstico oportuno e intervención, identificando la capacidad de tamizaje del sistema de salud mexicano como la principal área de oportunidad. Cuando los pacientes están informados, la ansiedad disminuye y mejora su estado psicológico.

Objetivo: Explorar la caracterización de las usuarias de la mastografía de tamizaje y diagnóstica para el cáncer de mama, en el sector de salud privado de México. **Métodos:** Los datos de 150 mujeres se recopilaron en una hoja de cálculo y se analizaron en Stata, empleando un análisis univariado para variables continuas y frecuencias relativas para variables cualitativas. Se exploró la relación entre variables cuantitativas mediante gráficos de dispersión. **Resultados:** La encuesta encontró que las mujeres programadas para mastografías, aunque tienen preocupaciones moderadas, muestran un fuerte vínculo entre su nivel de conocimiento sobre el procedimiento y su preocupación. Las características personales y médicas no afectaron significativamente esta preocupación. **Conclusiones:** Las pacientes con más información sobre la mastografía tuvieron un menor nivel de preocupación.

Palabras clave: cáncer de mama, información, mastografía, autonomía

ABSTRACT

Introduction: The incidence of breast cancer has increased and there are areas aimed at timely diagnosis and intervention, identifying the screening capacity of the Mexican healthcare system is the main area of opportunity. When patients are informed, anxiety decreases and their psychological state improves. **Objective:** Explore the characterization of users of screening and diagnostic mammography for breast cancer, in the private healthcare sector of Mexico. **Methods:** Data from 150 women were collected in a spreadsheet and analysis in Stata, using univariate analysis for continuous variables and relative frequencies for qualitative variables. The relationship between quantitative variables was explored using scatter plots. **Results:** The survey found that women scheduled for mammograms, although they have moderate concerns, show a strong link between their level of knowledge about the procedure and their concern. Personal and medical characteristics did not significantly affect this concern. **Conclusions:** Patients with more information about mammography had a lower level of concern.

Keywords: breast cancer, information, mammography, autonomy

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la incidencia de cáncer de mama ha incrementado, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), representando el 16% de todos los cánceres en el sexo femenino (1). Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y que esta cifra continúe en aumento (2). Este padecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados posiblemente por el aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida, pero tiene mayor impacto en la población de países en desarrollo como México (3). En el país, la situación del cáncer de mama no es alentadora, debido a que representa la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mexicanas (4).

La OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental pues a través del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado se puede lograr reducir el impacto de la enfermedad (3). Por lo mismo, las campañas preventivas deben enfocarse en la realización de mastografías o en países con menores ingresos per cápita en el uso de la autoexploración como técnica de detección de lesiones palpables (3). En la actualidad se observa poca inversión en los programas de prevención en los países en desarrollo y poca respuesta de la población debido a la falta de entrenamiento en el personal de salud y en la poca conciencia de las necesidades de este grupo en riesgo (5).

Uno de los principales temas en México, es el mejoramiento y la ampliación del tamizaje encaminado a promover la detección temprana del cáncer de mama. En países desarrollados se aplican programas de tamizaje que han facilitado la detección temprana y el abordaje oportuno del cáncer de mama, otorgando mejor calidad de vida a las pacientes. Dichas campañas han demostrado tener gran eficacia por lo que han comenzado a replicarse también en países en desarrollo (6). Los datos disponibles sugieren que sólo entre 5 y 10% de los casos en México se detecta en las fases iniciales de la enfermedad (localizada en la mama) en comparación con 50% en Estados Unidos (7).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud, en 2012 el cáncer de mama fue el tipo de cáncer más común en América Latina. Para el 2030, la misma Organización estima que la prevalencia aumente un 46%. En México, el cáncer de mama en mujeres mayores a 20 años es la segunda causa de muerte (8) y la primera causa de mortalidad relacionada con cáncer (9). La mayoría de los casos se detectan en fases avanzadas, cuando la probabilidad de sobrevivencia a 5 años con tratamiento es menos del 30%. Además, los costos para las mujeres, sus familias y el sistema de salud son más altos, y los tratamientos son más difíciles, más invasivos y menos eficaces (8).

Es importante destacar el papel de la información y reconocer que los ciudadanos necesitan conocer los riesgos a los que están expuestos para actuar

en consecuencia. Los investigadores deben abordar lagunas en el conocimiento para generar mejores prácticas en materia de promoción de salud, así como desarrollar mejores tecnologías, programas, con el fin de establecer mejores políticas y atención clínica (8). El acceso a la información sobre el cáncer de mama, acompañada de una mejor atención médica podría promover una mayor supervivencia, como sucede en países desarrollados (10).

Durante un período de 10 años y para cada 1000 mujeres sometidas a cribado mamográfico, se observa que entre 167 y 251 reciben resultados anormales y son llamadas para más pruebas, de las cuales aproximadamente entre 56 y 64 se someten al menos a una biopsia. Además, se detectan entre nueve y 26 casos de cáncer invasivo y entre tres y seis casos de carcinoma ductal in situ (DCIS) mediante el cribado. En comparación con las mujeres que rechazan el cribado, se observa una reducción de 0.5 a 2 muertes por cáncer de mama durante este período, dependiendo de la edad de las mujeres (11).

Los recientes aumentos en el uso de la mastografía han dado lugar a una disminución de la mortalidad por cáncer de mama. Asimismo, existe evidencia que cuando los pacientes están informados sobre el diagnóstico y las intervenciones que tendrán, su sensación de control aumenta, se reduce la ansiedad y mejora su ajuste psicológico a la situación de enfermedad (12). Una investigación asignó a mujeres a uno de tres grupos de intervención: sin materiales educativos (atención habitual), materiales estándar, o materiales adaptados y personalizados. Aquellas en el último grupo recibieron materiales basados en su etapa de adopción para la mamografía. El resultado principal fue la obtención de mamografías de repetición, y se encontró que las mujeres en el grupo con materiales adaptados y personalizados eran más propensas a obtenerlas en comparación con las del grupo sin materiales (13).

Esto demuestra la necesidad urgente de educación en salud para promover el diagnóstico temprano de cáncer y dar tratamiento oportuno; la base para mejorar la calidad de la atención a pacientes con cáncer de mama (10, 14). Además, contrasta con los hallazgos de un análisis de 58 panfletos donde se revela que la información sobre mamografía a menudo se centra en la incidencia en lugar de mortalidad, lo cual es preocupante dado que el cribado reduce la mortalidad, pero no la incidencia, y puede aumentarla detectando enfermedades inocuas (15).

Un estudio con mujeres de países europeos y estadounidenses examinó la comprensión sobre los beneficios probables de la mamografía encontrando amplias concepciones erróneas. La mayoría de las mujeres creían que el cribado previene o reduce el riesgo de contraer cáncer de mama, que al menos reduce a la mitad la mortalidad por cáncer de mama, y que 10 años de cribado regular prevendrán 10 o más muertes por cáncer de mama por cada 1000 mujeres (16). La mayor cantidad de respuestas

correctas estuvo asociada positivamente con un nivel educativo más alto y negativamente con haberse realizado una mamografía en los últimos 2 años. Los resultados sugieren que una alta proporción de mujeres sobreestima los beneficios que se pueden esperar del cribado mamográfico, lo que plantea dudas sobre los procedimientos de consentimiento informado en los programas de cribado del cáncer de mama.

El objetivo principal de la Alfabetización en Salud es capacitar a los individuos para que tomen decisiones informadas y autónomas sobre su salud. Al enfrentar problemas de salud, se busca respuestas primero en el entorno cercano, como familiares o amigos. Sin embargo, dependiendo del tema, también se recurre a fuentes más amplias, como Internet, que ofrece una gran cantidad de información (17). El desafío radica en enseñar a la población a discernir entre la información útil y la que no lo es, evitando la sobreinformación o la desinformación.

Una investigación encontró que la presentación de información sobre los beneficios del cribado de cáncer de diferentes maneras afecta la decisión individual de aceptar o rechazar el cribado. Los encuestados eran más propensos a aceptar el cribado cuando los beneficios se presentaban como una reducción del riesgo relativo, y más propensos a rechazarlo cuando se presentaban como el número necesario de cribados para salvar una vida (18). Los profesionales de la salud enfrentan el desafío de equilibrar la presentación de los beneficios de manera positiva para mejorar las tasas de participación, con la necesidad de proporcionar información de manera equilibrada para facilitar una elección informada.

Existen tres medidas que parecen indispensables para extender los alcances de los programas existentes para la detección del cáncer de mama (9): 1. Sensibilizar a la población sobre la creciente importancia de este problema, 2. Reconocer en la detección temprana la clave del control de esta enfermedad y 3. Luchar contra las barreras culturales que impiden su abordaje racional.

La mejor práctica a la hora de informar es individualizar al máximo la información para el paciente, lo que requiere gran habilidad por parte del profesional sanitario. Es vital que se reconozcan las dificultades al comunicar una mala noticia, como el impacto afectivo (19). La comunicación y el acceso a la información para los pacientes, es una excelente estrategia para mejorar la promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación, por lo que es necesario normalizar el uso de estrategias comunicativas en los entornos de salud, considerando todos los niveles de intervención a los que se expone una persona.

Frecuentemente, se reporta que el personal encargado de brindar la atención a las pacientes se limita a informar lo básico para la realización de la mastografía (20). Es más, las pacientes comienzan a plantear diversas interrogantes, no solamente relativas al procedimiento radiográfico, sino a otros

aspectos de la mastografía. Principalmente cuestionan si la mastografía representa un riesgo tiroideo, el nivel de radiación a la que se exponen, el grado de dolor que causa el procedimiento o si realmente es el momento ideal para hacerse el estudio.

Con base en lo descrito anteriormente, se plantea como objetivo explorar la caracterización de los usuarios de la mastografía de tamizaje y diagnóstica para el cáncer de mama, en el sector de salud privado de México.

MÉTODOS

El presente reporte se desprende de un protocolo que exploró la caracterización de los usuarios de la mastografía de tamizaje y diagnóstica para el cáncer de mama en el medio privado, cuyos resultados refieren las condiciones basales de las participantes con respecto a la información que poseían antes de haber sido sometidas a la intervención, siendo un ensayo controlado, aleatorizado, no cegado.

Participantes

La muestra fue de tipo censal, constituida por 150 mujeres, quienes acudieron a solicitar una mastografía en una clínica del medio privado, en el período comprendido del 14 de octubre al 23 de diciembre de 2016, en la Ciudad de México.

Instrumento y procedimiento

Se diseñó un cuestionario de 14 preguntas para evaluar los conocimientos y dudas de las pacientes sobre la mastografía, así como su principal fuente de información. Las primeras dos preguntas abarcan aspectos sociodemográficos como sexo, edad, ocupación y escolaridad, mientras que los 12 restantes abarcan aspectos relacionados al procedimiento de mastografía con respuestas de selección múltiple (ej. sí/no, nada/poco/regular/mucho, etc.). Las variables que mide son: el motivo del procedimiento, las veces que se ha realizado el procedimiento previamente, el grado de preocupación por el procedimiento, el nivel de conocimiento sobre el procedimiento, la principal fuente de información, la cantidad de dudas sobre el procedimiento y sobre el tipo de dudas.

El instrumento se aplicó previo al procedimiento en el mismo sitio donde se realizó la mastografía. Se les leyó el consentimiento informado y se les garantizaron las condiciones de privacidad, confianza y confort, recalcando que su participación era voluntaria y en cualquier momento se podría dar por terminada, sin que esto afectara su atención médica. De acuerdo con los lineamientos y principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos recomendados por la Declaración de Helsinki (21), se les brindaron todas las instrucciones necesarias para la adecuada conducción de la encuesta e informando que el uso de la información recabada sería con fines exclusivamente científicos.

Estrategias de análisis

Todos los datos fueron capturados en una hoja de cálculo para su validación y posteriormente fueron exportados al programa Stata para su análisis estadístico. Se realizó un análisis univariado calculando medidas de tendencia central y dispersión para las variables en escala continua, mientras que para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias relativas. La relación entre variables cuantitativas se realizó mediante gráficos de dispersión.

RESULTADOS

Participaron 150 mujeres con edad promedio de 53,9 años ($DE \pm 9,1$ años). En cuanto a la escolaridad, predominaron aquellas con licenciatura 37%, con preparatoria en segundo lugar 34% y posgrado en tercer lugar 15%; un reducido porcentaje de pacientes contaban solo con secundaria 7%, o primaria 6%. Respecto a la ocupación, la mayoría refirieron ser amas de casa

53%, mientras que el 29% dijeron ser empleadas y el 10% se desempeñaban como profesionistas independientes; el resto mencionaron alguna actividad mercantil o empresarial.

Si bien predominó el porcentaje de mujeres que acudieron a solicitar la mastografía por indicación médica 59%, es de llamar la atención el porcentaje de mujeres que acudieron por decisión propia 41%. Del total de la muestra, sólo 11 mujeres acudían por primera vez a solicitar la mastografía 7,3%; sin embargo, en el resto de las participantes fue notoria la heterogeneidad en el número de ocasiones subsecuentes cuando se habían realizado la prueba. En este sentido, 20 de ellas refirieron haberse realizado 10 mastografías previas 13,3%; pero un pequeño grupo de mujeres mencionaron haberse realizado 30 mastografías 2,7%. De hecho, se evidenció una correlación positiva moderada ($r=0,58$) entre el número de mastografías previas y la edad de las participantes. El resumen de los datos sociodemográficos se evidencia en la Tabla 1 a continuación.

TABLA 1
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PARTICIPANTES

VARIABLES	Frecuencia N°	Porcentaje %
Edad		
20-29 años	5 mujeres	3,33
30-39 años	12 mujeres	8,00
40-49 años	25 mujeres	16,67
50-59 años	50 mujeres	33,33
60-69 años	40 mujeres	26,67
70-79 años	15 mujeres	10,00
80 años o más	3 mujeres	2,00
Total	150 mujeres	100,00
Escolaridad		
Primaria	9 participantes	6,00
Secundaria	11 participantes	7,00
Preparatoria	51 participantes	34,00
Licenciatura	55 participantes	37,00
Posgrado	23 participantes	15,00
Total	150 participantes	100,00
Motivo de procedimiento		
Indicación médica	88 mujeres	59,00
Decisión propia	62 mujeres	41,00
Total	150 mujeres	100,00

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y dudas de las pacientes sobre la mastografía

La prevalencia de nerviosismo referido por las mujeres previo a realizarse la mastografía fue caracterizada como nada de acuerdo con el 58,67% obtenido, seguido de nivel poco en 22%, lo cual se interpreta como ausencia de nerviosismo, tal como se observa en la tabla 2 que se presenta de seguidas.

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE PREOCUPACIÓN EN
MUJERES PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA
MASTOGRAFÍA

PRESENCIA DE NERVIOSISMO	Frecuencia N°	Porcentaje %
Nada	88	58,67
Poco	33	22,00
Regular	20	13,33
Mucho	9	6,00
Total	150	100,00

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y dudas de las pacientes sobre la mastografía.

La mayoría de las mujeres tienen un regular conocimiento previo a la realización de la mastografía según el 50,67% obtenido, seguido del 27,33% con poco conocimiento y solo el 4% no sabía nada del procedimiento, tal como se observa en la tabla 3. Por otro lado, el 69,99% no tenía dudas sobre el procedimiento, mientras un 15,33% aseguraron tener algunas o muy pocas dudas al respecto.

Al evaluar la relación entre el nivel de nerviosismo de las mujeres y el conocimiento sobre el procedimiento que poseen acerca de la mastografía, se encontró una asociación altamente significativa ($p = 0,009$) entre saber o no, qué es la mastografía y el nivel de nerviosismo que les genera. Es decir, que a menor conocimiento del procedimiento el grado de preocupación aumenta y viceversa.

TABLA 3
PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS Y DUDAS SOBRE EL
PROCEDIMIENTO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UNA
MASTOGRAFÍA

TEMA	Frecuencia N°	Porcentaje %
Conocimiento sobre el procedimiento		
Nada	6	4
Poco	41	27,33
Regular	76	50,67
Mucho	23	15,33
Todo	4	2,67
Total	150	100,00
Dudas sobre el procedimiento		
Ninguna	104	69,33
Muy pocas	23	15,33
Algunas	20	13,33
Muchas	3	2,00
Total	150	100,00

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y dudas de las pacientes sobre la mastografía

En la tabla 4, se muestran los resultados de la última parte del cuestionario con respecto al conocimiento sobre los beneficios y riesgos de la mastografía, así como las necesidades de información que externaron las participantes. De las entrevistadas, el 83,5% recibieron la información de su médico tratante, el 8,25% refirieron la televisión y el 4,25% mencionaron las clínicas u hospitales o las conversaciones sobre el tema con otras personas. En cuanto a la cantidad de información que referían

conocer sobre los beneficios de la intervención el 46,7% mencionaron tener mucha, el 38,7% tener regular, el 13,3% tener poca y el 1,3% tener poca información sobre los beneficios. En contraste el 38,7% mencionaron no tener ninguna información sobre los riesgos del procedimiento y solo el 18,7% señaló tener mucha información al respecto. Finalmente, el 81,4% solicitó más información sobre los beneficios y riesgos del estudio sin que hubiera una asociación estadísticamente significativa entre

el interés de recibir más información con el nivel de preocupación.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA INFORMACIÓN RECIBIDAS POR LAS MUJERES QUE SE VAN A REALIZAR UNA MASTOGRAFÍA

TEMA	Frecuencia N°	Porcentaje %
Donde obtuvieron información de la mastografía		
De su médico tratante	125	83,50
De la televisión	12	8,25
En las clínicas, hospitales o personas	13	4,25
Total	150	100,00
Cantidad de información respecto de los beneficios de la mastografía		
Ninguna	2	1,30
Poca	20	13,30
Regular	58	38,70
Mucha	70	46,70
Total	150	100,00
Cantidad de información respecto de los riesgos de la mastografía		
Ninguna	58	38,70
Poca	34	22,70
Regular	30	20,00
Mucha	28	18,70
Total	150	100,00
Temas sobre los cuales las pacientes quisieran más información		
Recomendaciones para realizarse el estudio	5	4,40
Sobre cómo se realiza la mastografía	3	2,60
Sobre beneficios y riesgos del estudio	92	81,40
Otro	13	11,50
Total	150	100,00

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos y dudas de las pacientes sobre la mastografía

DISCUSIÓN

Los resultados de esta encuesta permiten reconocer una prevalencia moderada de nerviosismo en las mujeres que van a ser sometidas a una mastografía en un ámbito privado. Desde la perspectiva sociodemográfica, predomina el nivel educativo alto; sin embargo la mayoría de las mujeres están dedicadas a las labores de ama de casa, reflejo de un estatus socioeconómico que favorecería no solamente el cuidado de la salud propia, sino la preocupación por disponer de información relacionada con la salud y las intervenciones destinadas a la prevención de enfermedades. Una investigación en el 2007 encontró que mujeres que no realizan mamografías periódicas muestran mayor percepción de salud y menor sensación de vulnerabilidad al cáncer de mama lo que influye en su decisión de no cumplir con las pautas de cribado mamográfico recomendadas (22).

A pesar de este planteamiento, el hallazgo más importante fue la asociación altamente significativa entre el grado de conocimiento e información que se tiene de la mastografía con el nivel de nerviosismo percibido. Las características socioeconómicas y demográficas de las pacientes no se asociaron estadísticamente con la preocupación, ni tampoco el historial de mastografías previas o el motivo para

solicitar el estudio. La literatura señala que las mujeres que no consideran seriamente la realización de la mamografía, así como aquellas que cumplen con criterios de riesgo, pero no se someten a chequeos frecuentes, se caracterizan por tener menos conocimiento sobre los beneficios de la mamografía y un acceso reducido a información relevante sobre el cáncer de mama y la detección temprana (23). Esto aumenta cuando son mujeres mayores o de un grupo vulnerable, además que las barreras percibidas tienden a ser más altas, suelen experimentar más preocupaciones relacionadas con el dolor, el costo, la logística o el tiempo necesario para someterse a la prueba (24).

Estos resultados tienen diversas implicaciones para los proveedores de servicios de salud. En primer lugar, desde un punto de vista ético, en cualquier contacto de las personas con los establecimientos de salud con fines diagnósticos, preventivos o terapéuticos debe prevalecer un trato digno. Este debe incluir la provisión de toda la información necesaria para favorecer una toma de decisiones conjunta en beneficio del paciente, respetando su libertad e idiosincrasia. Esto principalmente debido al porcentaje, aunque pequeño, de mujeres que reciben su información de la televisión conforme a los datos del presente estudio.

En segundo lugar, la información insuficiente o la

desinformación puede provocar retrasos en la búsqueda de atención con consecuencias indeseables para la salud de los pacientes, con impactos negativos para los sistemas de salud, como lo plantea el modelo conceptual de Unger-Saldaña *et al* (9). Desafortunadamente, en los sistemas de salud, tanto públicos como privados, ha prevalecido un paradigma “medicalizado” donde se privilegia la opinión del profesional de la salud por encima de las expectativas y demandas de los pacientes. Conforme a los hallazgos presentados, se puede observar cómo hay un porcentaje alto de mujeres que aún desean recibir más información sobre el procedimiento, lo cual contrasta con el 7,3% que acudían por primera vez. Se habla de un cambio del enfoque antropocéntrico a uno tecnocéntrico, donde se ha incrementado el conocimiento científico puro, pero se ha perdido la atención humanitaria hacia el paciente (25).

En esta línea, diversos estudios han investigado diferentes estrategias de comunicación. Un estudio reportó que la consejería telefónica puede ser más efectiva que las comunicaciones impresas adaptadas para promover cambios entre las mujeres no adherentes, siendo posiblemente la intervención preferida para poner a estas mujeres en el programa de detección de mamografías (26). Otro estudio encontró resultados similares, aunque concluyen que las mujeres que recibieron materiales impresos adaptados adicional al asesoramiento telefónico tuvieron un mayor conocimiento y percepción de riesgo de cáncer de mama, y fueron más propensas a someterse a mamografías en comparación con las que recibieron atención habitual (27). Además, también en la literatura reportan que si las intervenciones se adaptan a la etapa donde se encuentra la participante, aumenta la tasa de realización de mamografías (28).

El trabajo de Philip Musgrave pone sobre la mesa una interesante reflexión contrastando las ideas de “demanda” versus “necesidad de cuidados de salud” (29). La “demanda” es lo que un paciente quiere y está dispuesto a pagar, si hay un precio que pagar. Mientras que la “necesidad” es lo que el médico piensa que el paciente debería tener. Este paradigma se puede observar en las razones de las participantes para realizarse el estudio, siendo que más de la mitad acudía por iniciativa propia y el 41% por indicación médica. Lógicamente los médicos pueden discrepar en lo que se refiere a diagnósticos y tratamientos, considerando que para algunas condiciones no hay tratamiento efectivo, de manera que una necesidad de ayuda no se traduce claramente en una necesidad de atención médica

particular. Aun así, la “necesidad” sigue siendo una noción más objetiva que la demanda debido a que es menos dependiente de las creencias y gustos del paciente.

La literatura converge en que el enfoque de “calidad total” debe implementarse desde el principio, asegurando que se establezcan objetivos y estándares claros (30). Deben establecerse protocolos nacionales únicos para facilitar la comparación de resultados y la identificación de tendencias. Contar con un punto de referencia claro, como un ensayo controlado aleatorio, mejora la efectividad de los programas.

Por tanto, no sorprende que al planificar la oferta de salud pública se atienda la idea de necesidad, con poca o ninguna atención a la demanda. Sin embargo, cuando las normas de contratación no toman en cuenta las características de la población y de las enfermedades, dejan de tener relación alguna con la necesidad. Además de que el enfoque en la “necesidad” pierde de vista la “demanda” y se comienzan a escuchar expresiones haciendo referencia a que las pacientes no tendrían por qué saber más de la mastografía, cuando lo importante es obtener un diagnóstico para salvarle la vida. Lo que devuelve la importancia de la atención centrada en el paciente, en retomar la perspectiva de la “demanda” y considerar los factores no médicos que tienen incidencia en la prevención, adherencia e incluso resultados del tratamiento. Factores como el nivel de conocimiento y el grado de preocupación sobre el procedimiento.

CONCLUSIONES

El principio de autonomía de los pacientes sería cabalmente ejercido sólo en los momentos cuando pudieran tomar una decisión real. Para ello, tendrían que contar con los elementos para hacerlo, de lo contrario, la decisión del paciente nunca sería propiamente suya, sino del profesional de la salud quien le indica qué hacer. Es un hecho que los agentes sanitarios siempre buscarán tratamientos o cursos de acción en beneficio del paciente y nunca en su perjuicio, pero esto no resta que la decisión es del paciente y/o su familia. Por tanto, es deber del personal compartir la información necesaria para que el paciente y/o su familia pueda reconocer el beneficio del plan propuesto por su equipo médico, así como incentivar la prevención con indicaciones claras de cómo se puede lograr para que el paciente cuente con las herramientas que lo convierta en un agente de cambio dentro de su comunidad.

REFERENCIAS

1. Unger-Saldaña K, Fitch-Picos K, Villarreal-Garza C. Breast Cancer Diagnostic Delays Among Young Mexican Women Are Associated with a Lack of Suspicion by Health Care Providers at First Presentation. *J Glob Oncol.* 2019;5: 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00093>
2. Reynoso-Noverón N, Torres-Domínguez JA. Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Rev Latinoam Med Conduct.* 2017;8(1):9-15. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rilmc/article/view/65111>
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Cáncer de mama: prevención y control. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

4. Castrazana Campos MDR. Geografía del cáncer de mama en México. Investigaciones Geográficas. Boletín del Instituto de Geografía, 2017;93:140-157. DOI: <https://doi.org/10.14350/riq.56879>
5. Villarreal-Garza C, Castro-Sánchez A, Platas A, Miaja M, Mohar-Betancourt A, Barragan-Carrillo R, Matus-Santos J. Joven & Fuerte: Program for young women with breast cancer in Mexico—Initial results. Rev Invest Clin. 2017;69(4), 223-228. DOI: <https://doi.org/10.24875/RIC.17002280>
6. Lara Tamburrino MDC, Olmedo Zorrilla Á. Detección temprana y diagnóstico del cáncer mamario. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex, 2011;54(1):04-17. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29243>
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (NOM-041-SSA2-2011). 2011. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5167893&fecha=19/11/2010
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama (19 de octubre). Sala de prensa 16 de octubre de 2014. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/mama0.pdf>
9. Unger-Saldaña K, Ventosa-Santaulària D, Miranda A, Verduzco-Bustos G. Barriers and Explanatory Mechanisms of Delays in the Patient and Diagnosis Intervals of Care for Breast Cancer in Mexico. Oncologist, 2018;23(4):440-453. DOI: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0431>
10. Rivera-Franco MM, Leon-Rodriguez E. Delays in breast cancer detection and treatment in developing countries. Breast Cancer: Basic Clin. Res. 2018;12, DOI: <https://doi.org/10.1177/1178223417752677>
11. Barratt A, Howard K, Irwig L, Salkeld G, Houssami N. Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. BMJ. 2005; 330 (7497): 936. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.38398.469479.8F>
12. Pedraza HMP, Collazos HAG. La comunicación del diagnóstico de cáncer como práctica saludable para pacientes y profesionales de la salud. Revista Cuidarte, 2015; 6 (1): 964-969. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.160>
13. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. Int J Epidemiol. 2003; 32 (5): 816-821. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg257>
14. Unger-Saldaña K, Cedano Guadamos M, Burga Vega AM, Anderson BO, Romanoff A. Delays to diagnosis and barriers to care for breast cancer in Mexico and Peru: a cross sectional study. Lancet Glob Health, 2020; 8, S16. DOI: [http://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30157-1](http://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30157-1)
15. Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. BMJ. 1998;317(7153):263-264. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7153.263>
16. Clark MA, Rakowski W, Ehrich B, et al. The effect of a stage-matched and tailored intervention on repeat mammography (1). Am J Prev Med. 2002;22(1):1-7. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(01\)00406-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(01)00406-8)
17. Sarfati D, Howden-Chapman P, Woodward A, Salmond C. Does the frame affect the picture? A study into how attitudes to screening for cancer are affected by the way benefits are expressed. J Med Screen. 1998;5(3):137-140. DOI: <https://doi.org/10.1136/jms.5.3.137>
18. Basagoiti I, Casado S. El papel de la información en el empoderamiento del paciente. Viure en salut. 2014. 10-11.
19. Skinner CS, Arfken CL, Sykes RK. Knowledge, perceptions, and mammography stage of adoption among older urban women. Am J Prev Med. 1998;14(1):54-63. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(97\)00008-1](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(97)00008-1)
20. Basagoiti I, Traver M, Traver V. Alfabetización en salud. De la información a la acción. 2012; Valencia: ITACA/TSB.
21. Naípe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. Revista Médica Electrónica, 2016;38(2):261-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200014
22. Asociación Médica Mundial. Revisión de la Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA, 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
23. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, García V. Participación en cribados mamográficos y creencias de salud: una perspectiva de proceso. Psicooncología, 2007. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/vol4_numero2_3/participacion.pdf
24. Asociación Médica Mundial. Revisión de la Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA, 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
25. García B. Humanización de la Medicina. Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Disponible en: http://www.bioeticaorg.ec/articulos/articulo_humanizacion.htm
26. Lipkus IM, Rimer BK, Halabi S, Strigo TS. Can tailored interventions increase mammography use among HMO women?. Am J Prev Med. 2000;18(1):1-10. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(99\)00106-3](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(99)00106-3)
27. Rimer BK, Halabi S, Sugg Skinner C, et al. Effects of a mammography decision-making intervention at

- 12 and 24 months. Am J Prev Med. 2002;22(4):247-257. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00417-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00417-8)
28. Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, et al. Increasing mammography among women aged 40-74 by use of a stage-matched, tailored intervention. Prev Med. 1998;27(5 Pt 1):748-756. DOI: <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0354>
29. Musgrove P. Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. Cuad Econ, 1985;22(66):293–305. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/23830227>.
30. Gray JA, Patnick J, Blanks RG. Maximising benefit and minimising harm of screening. BMJ. 2008;336(7642):480-483. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39470.643218.94>