

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACTORES MOTIVACIONALES QUE INFLUYEN SOBRE LAS MUJERES EN LA REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA

Motivating Factors Influencing Women on Undergoing Mammograms for Breast Cancer Screening

Paula Riganti¹, Vilda Discacciati¹, Sergio Terrasa¹, Karin Kopitowski^{1,2}

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La recomendación de tamizaje mamográfico de cáncer mamario se encuentra en discusión debido al riesgo de falsos positivos y de sobrediagnóstico. Algunas asociaciones científicas, que comenzaron a reevaluar su indicación, propician suministrar información e involucrar a las pacientes en la toma de decisión. **OBJETIVOS:** Comprender las motivaciones y opiniones de las mujeres a la hora de realizarse una mamografía de tamizaje. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo, con 16 entrevistas en profundidad a mujeres con una media de edad de 59 años, que estaban afiliadas a un seguro privado de salud de la ciudad de Buenos Aires. **RESULTADOS:** La motivación se construye en el marco de la creencia de que es mejor prevenir que curar, inscripta en una relación médico-paciente asimétrica a favor del saber médico y con una fuerte influencia de los medios de comunicación, que promueven los beneficios de la técnica e invisibilizan sus potenciales riesgos. **CONCLUSIONES:** Dado que muchas mujeres entrevistadas se mostraron interesadas en recibir información completa acerca del rastreo mamográfico, se sugiere mejorar el proceso de toma de decisiones de las prácticas preventivas de salud.

ABSTRACT. INTRODUCTION: There is controversy regarding systematic screening of breast cancer using mammography because of the risks of false positives and overdiagnosis. Some scientific societies started to reevaluate their recommendations by providing information about screening and engaging patients in a shared decision-making process. **OBJECTIVES:** To understand women's motivations and opinions regarding mammography screening tests. **METHODS:** A qualitative research study was conducted, performing in-depth interviews to 16 women with a median age of 59 years from a private healthcare system in Buenos Aires city. **RESULTS:** Women's motivation is based on the idea that prevention is better than cure. It follows an asymmetrical doctor-patient relationship that highlights professional knowledge with a strong influence of mass media, that put the emphasis on benefits of mammography without mentioning its potential risks. **CONCLUSIONS:** Since many women seem eager to receive complete information about this screening test, it is necessary to improve the decision-making process for preventive health practices.

PALABRAS CLAVE: Investigación Cualitativa; Mamografía; Tamizaje Masivo; Toma de Decisiones; Prevención Cuaternaria

KEY WORDS: Qualitative Research; Mammography; Mass Screening; Decision Making; Quaternary Prevention

¹ Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

² Departamento de Investigación del Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia" año 2015, otorgada por la Dirección de Investigación para la Salud (ex Comisión Nacional Salud Investiga), Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 10 de enero de 2018

FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de octubre de 2018

CORRESPONDENCIA A: Paula Riganti

Correo electrónico: paula.riganti@hospitalitaliano.org.ar

Registro RENIS N°: IS001316

INTRODUCCIÓN

El rastreo poblacional de cáncer de mama con mamografía se realiza desde hace décadas en Canadá, Australia, Estados Unidos y Europa y, según se ha demostrado, reduce la mortalidad específica¹. Sin embargo, la información acumulada en los últimos años tras su implementación masiva en muchos países ha documentado que los daños que acarrea no son despreciables. Por un lado, los falsos positivos (resultados erróneos de un estudio diagnóstico, que indican la presencia de una enfermedad cuando en realidad no la hay)² suelen ser el inicio de una cascada diagnóstica de estudios por imágenes y biopsias innecesarias^{3,4}, que impactan negativamente en las mujeres y les generan ansiedad y daño psicológico^{5,6}. Por otro lado, aun en personas con resultados verdaderos positivos (cuando el estudio diagnóstico indica correctamente la presencia

de una enfermedad), se ha observado que existe el riesgo de daños a través del sobrediagnóstico (un diagnóstico de cáncer que no hubiese causado síntomas o problemas)⁷. Este riesgo empezó a cobrar mayor relevancia en las últimas dos décadas; cuando se observó un aumento de la incidencia de cáncer de mama (sobre todo, tumores pequeños) que no iba acompañado de una reducción significativa de la mortalidad por esta causa, lo que podría sugerir que la mamografía detecta ciertos tumores que no se asocian a mayor mortalidad^{8,9}. El sobrediagnóstico puede conducir al sobretratamiento¹⁰, ya que los conocimientos actuales de la medicina no permiten predecir con exactitud el pronóstico de cada hallazgo a nivel individual.

La edad de inicio y la frecuencia del tamizaje varían según las recomendaciones de distintas asociaciones médicas. En Argentina, el Instituto Nacional del Cáncer (INC) recomienda realizar una mamografía de tamizaje a mujeres de entre 50 y 70 años con una frecuencia bienal¹¹, conforme a lo sugerido por organizaciones como *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) y *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC), las fuerzas de tareas estadounidense y canadiense, respectivamente^{12,13}. Por otro lado, el Colegio Norteamericano de Ginecólogos y Obstetras y la Sociedad Argentina de Mastología recomiendan la realización de una mamografía anual a partir de los 40 años^{14,15}.

Sin embargo, durante los últimos años, algunos países como Suiza y Francia —luego de revisar la evidencia científica y evaluar el balance entre riesgos y beneficios de la indicación sistemática de la mamografía— han presentado propuestas para suspender o modificar sus programas de tamizaje. Recomiendan que los programas provean información completa, que tenga en cuenta el grado de incertidumbre y controversia con respecto a esta práctica, y que los médicos ayuden a las mujeres a tomar una decisión informada^{16,17}.

Argentina cuenta con el Programa Nacional de Cáncer de Mama (PNCM). Según la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, durante 2013 el 65,8% de las mujeres de entre 50 y 70 años realizaron una mamografía¹⁸. Si bien se han explorado las percepciones sobre el cáncer de mama de mujeres de niveles socioeconómicos medianos a bajos, que condicionan las barreras al acceso a la salud^{19,20}, no se profundizó sobre los factores que determinan la solicitud y realización de estudios diagnósticos en poblaciones con buena accesibilidad. Esta población podría verse más afectada por los resultados falsos positivos y el sobrediagnóstico, según la ley de cuidados inversos²¹. De acuerdo con un estudio efectuado en un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), más de la mitad de las mamografías solicitadas en mujeres menores de 50 años no coincidía con las recomendaciones del INC, lo que revela un sobreuso de esta práctica²². A su vez, una buena proporción de los médicos no focalizan los riesgos potenciales del tamizaje, por lo cual las pacientes podrían no estar debidamente informadas²³.

En vista de la controversia respecto al tamizaje del cáncer

de mama y la tendencia a involucrar a las pacientes en el proceso de decisión, este estudio se propuso conocer las opiniones y motivaciones que llevan a las mujeres a realizar esta práctica preventiva en CABA.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo. Esta metodología de investigación revela la subjetividad de las personas y permite abordar un fenómeno complejo y poco explorado, que involucra actitudes frente al cuidado de la salud en el marco de las creencias sobre las intervenciones o prácticas preventivas recomendadas, pero desde la mirada —particularmente la motivación— de quienes ponen su cuerpo: las mujeres. La motivación ha sido estudiada por diferentes campos disciplinares, como la psicología de la educación. En este caso se tomó desde su definición como constructo hipotético, que se infiere a partir de las manifestaciones de la conducta²⁴. Está constituida por grupos de expectativas o asociaciones que se forman y crecen alrededor de las experiencias afectivas²⁵. El trabajo se llevó a cabo en el área ambulatoria de un hospital universitario privado de comunidad situado en CABA, que atiende población de clase media residente en áreas urbanas o suburbanas. Se obtuvo una muestra por conveniencia compuesta por mujeres de entre 40 y 75 años, alfabetizadas y afiliadas a dicho sistema de medicina prepaga. Quedaron excluidas aquellas con antecedente personal de cáncer mamario en los últimos cinco años, para evitarles malestar por el abordaje de un tema sensible. Tampoco se entrevistó a profesionales de la salud ni a mujeres con vínculos personales con el equipo de investigación. La estrategia de convocatoria fue a través del método de bola de nieve²⁶ a partir de médicos de atención primaria, y la cantidad de entrevistas estuvo sujeta al criterio de saturación teórica. Previo a la entrevista, se solicitó el consentimiento por escrito.

Para realizar las entrevistas en profundidad, se diseñó una guía de preguntas abiertas a partir de la información obtenida de estudios previos sobre prácticas preventivas^{19,20} y la experiencia del trabajo asistencial (ver Anexo 1 en: <http://rasp.msai.gov.ar/rasp/articulos/volumen37/AO-Riganti-Anexo1.pdf>). La base fue el sentido que le da Perkins a la problematización para hacer visible el pensamiento²⁷, y las preguntas (utilizadas más como guía que como cuestionario) se formularon en función de cinco ejes, con la finalidad de favorecer las respuestas espontáneas de las participantes. La guía de entrevistas se probó antes del trabajo de campo.

Se completaron fichas estructuradas para recoger información demográfica, datos personales relativos al estado civil, ocupación, número de hijos e información acerca del rastreo previo con mamografía (ver Anexo 2 en: <http://rasp.msai.gov.ar/rasp/articulos/volumen37/AO-Riganti-Anexo2.pdf>).

Se realizaron 16 entrevistas entre junio y diciembre de 2016, que fueron registradas mediante grabaciones

de audio y toma de notas; luego se transcribieron para sistematizar el análisis. Dos investigadoras con diferente formación (médica de familia y licenciada en Ciencias Sociales) analizaron el contenido de las entrevistas desgrabadas. El proceso de análisis cualitativo²⁸ organizó la información recogida, estableció relaciones, efectuó interpretaciones y extrajo significados y conclusiones.

Más allá de que se partió de algunas categorías preconcebidas desde la bibliografía y la práctica habitual, se implementó un sistema de codificación abierta, que se alejó de estas nociones a fin de dar relevancia a la voz de las mujeres. Este proceso circular permitió descubrir categorías nuevas y redefinir las categorías pensadas antes del trabajo de campo²⁹. No hubo un posicionamiento desde la teoría fundamentada, la cual recorta palabras y construye teoría a partir de ellas, sino que se las consideró de manera contextualizada en cada emisión de las entrevistadas. La expresión intentó transmitir el pensamiento de los sujetos de la manera más fiel posible, aunque mediando el proceso de transformación luego de la reducción de datos.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Italiano de Buenos Aires (número 2665), y se cumplió la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales.

RESULTADOS

Participaron 16 mujeres con una media de edad de 59 años. La Tabla 1 resume sus características. Aproximadamente la mitad tenía estudios terciarios o universitarios (56,25%). Al momento de la entrevista todas habían realizado mamografías como control de salud (un 75%, más de 6; un 43,75%, más de 11). A un 25% de estas mujeres les habían solicitado estudios complementarios a la mamografía dentro del tamizaje de cáncer de mama, y la mayoría habían sido indicados por ginecólogos (62,5%).

Se identificaron tres categorías principales emergentes, sobre las cuales se construye desde lo experiencial la motivación²⁵ para realizar una mamografía de tamizaje: nociones de prevención, características de la relación médico-paciente (RMP) y aspectos de la información. A su vez, se desglosaron en subcategorías para profundizar el análisis presentado a continuación, ilustrado por citas de las participantes resumidas en el Anexo 3 (<http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen37/AO-Riganti-Anexo3.pdf>) (con categorías y subcategorías interconectadas). Se retomó el marco de partida de la motivación, fundada según McClelland²⁵ en tres necesidades: la de realizarse en la línea de la responsabilidad personal y cumplir una práctica difundida como relevante para el cuidado de la salud, enfrentándose con los problemas que acarrea (prevención del cáncer de mama); la de poder en el sentido de tener el control (información); y la de ser aceptadas a través de, por ejemplo, relaciones interpersonales (RMP).

1. Nociones de prevención

1A. El control de salud como una práctica valiosa que logra ver por dentro

Parece haber una idea instalada del chequeo de rutina, por la cual las mujeres adjudican una (sobre)valoración positiva a los beneficios de la mamografía. Los conceptos utilizados (evitar, prevenir, detectar a tiempo) dejan entrever la idea de que es bueno hacerse estudios y de que "hacer más es mejor".

A su vez, las mujeres dan a entender una necesidad de ver por dentro del cuerpo y hacer visible lo invisible. Desde su percepción, esto les aporta información que de otro modo sería inalcanzable y les ofrece certezas frente a la enfermedad, lo que alivia dudas, despeja angustias y evita tratamientos invasivos o la posibilidad de muerte.

En relación con este conjunto de cualidades, las mujeres le atribuyen a la mamografía un valor positivo, reconociéndola como necesaria e importante, a pesar de las incomodidades que les genera el procedimiento, expresadas en palabras como "molestia", "presión", "dolor", "horrible" o "terrible". La apreciación es tal que en algunos relatos incluso surge la idea acusadora sobre quien la cuestiona como una mujer caprichosa, desobediente, miedosa, sin acceso a la información o ignorante del riesgo al que se expone al no realizar el procedimiento. En general, lejos de respetar o indagar los motivos de quienes se rehúsan a efectuarlo, se toma una posición cuestionadora. Además, se remarca una medicina patriarcal, en lugar de valorar un lugar de autonomía por parte de las mujeres (punto 2A.).

1B. Interpretación de los resultados: ¿qué significa un

TABLA 1. Características demográficas de las mujeres.

Edad, media	59
Educación	N (%)
Primario	3 (18,75)
Secundario	4 (25)
Terciario	7 (43,75)
Universitario	2 (12,5)
Estado civil	N (%)
Soltera	3 (18,75)
Casada	6 (37,5)
Separada	5 (31,25)
Viuda	2 (12,5)
Hijos	N (%)
0-1	7 (43,75)
2	3 (18,75)
Más de 2	6 (37,50)
Mamografías previas	N (%)
0 a 5	4 (25)
6 a 10	5 (31,25)
11 o más	7 (43,75)
Estudios complementarios*	N (%)
Sí	4 (25)
Especialidad solicitante del estudio	N (%)
Medicina Familiar	5 (31,25)
Ginecología	10 (62,5)
Ambas	1 (6,25)

* Estudios complementarios a la mamografía convencional solicitados en el contexto del tamizaje, como ecografías mamarias o mamografías magnificadas.

resultado normal?

Al indagar acerca de la evaluación y la interpretación del resultado de la mamografía, muchas mujeres expresan que un resultado normal les provoca alegría y tranquilidad, lo que se asocia con una sensación de compromiso y cuidado por su salud, que les quita responsabilidad ante una posible enfermedad y les da control para disminuir su gravedad.

Al profundizar en la percepción sobre el impacto preventivo de la mamografía a la hora de reducir la incidencia de cáncer o mortalidad, la gran mayoría lo desconoce o tiende a sobrevalorarlo. Sin embargo, otras mujeres destacan sus limitaciones diagnósticas, argumentando que un resultado normal no asegura estar libre de enfermedad hasta el próximo control y denotando la idea de que la mamografía no es un estudio infalible.

1C. Percepción del riesgo inherente a la mamografía

Al indagar acerca de los riesgos que podría acarrear la práctica, surgió la idea de los efectos de la radiación o el aplastamiento inherente a la técnica. De todos modos, muchas mujeres le restaron importancia a esta información procedente de fuentes más informales y en discrepancia con las recomendaciones de su médico o los medios de comunicación, que parecían expresar más los beneficios que los riesgos de la mamografía.

Al profundizar en los resultados falsamente positivos, otro de los riesgos asociados a la práctica, se obtuvo un concepto que era difícil de transmitir y que las mujeres no tenían interiorizado, lo que refleja que no manejaban información completa sobre la práctica. Muchas reconocieron que la repetición de estudios les generaba angustia, ansiedad o temor, pero la interpretaban como algo necesario, que había que esclarecer y enfrentar.

Unas pocas mujeres se mostraron interesadas por esta problemática, que habían leído en revistas científicas o Internet, y expresaron un fuerte cuestionamiento de la práctica. Sus argumentos se basaban en la frecuencia de los estudios, en el grado de intromisión que tiene la técnica sobre el cuerpo y en aspectos vinculados a la radiación de la mamografía, ponderada en relación con lo que entendían por eficacia.

2. Características de la RMP

2A. El rol del médico y la distribución del poder

Uno de los elementos presentes en el relato de las entrevistadas fue la descripción de un profesional característico del modelo médico hegemónico. Aunque es un modelo instalado que resonó en las entrevistas, donde muchas mujeres se refirieron al profesional como una entidad indiscutible que posee el saber, algunas expresaron cierto cuestionamiento a esa postura que defiende sus decisiones sin dar explicaciones y remarcaron la importancia de abrir un espacio de diálogo.

Otras mujeres enfatizaron que, si se comparaba con las consultas al especialista, en las entrevistas con su médico de familia se daba más lugar al diálogo, lo que fue valorado positivamente. Se escuchó cierta añoranza por

ese médico de antes, o esa imagen que se ha elaborado y alimentado como el médico de antes, de quien se dice que se tomaba tiempo para realizar una evaluación más global y no tan fragmentada.

2B. El rol de la paciente: sumisa o empoderada

El rol de la persona convertida en paciente también es parte de un modelo clásico e histórico de atención médica. Ciertas mujeres plantearon la necesidad de contar con información sobre las distintas opciones y procedimientos sobre las prácticas preventivas que se ofrecen, contraponiendo al poder del saber del médico el poder de poner el cuerpo. Esto denota cómo las mujeres entrevistadas comienzan a empoderarse y a plantear de quién es el cuerpo y quién decide.

Según algunas mujeres, las pacientes son en parte responsables de esta relación desigual, ya que tienden a jugar un rol más pasivo, no preguntan ni indagan y aceptan lo que les dicen de una manera extremadamente mansa o sumisa.

De acuerdo con otras expresiones, simplemente no se cuestionan prácticas ya instaladas en los protocolos de control periódico de salud y consideradas como estudios de rutina. Se asume entonces la mamografía como un acto rápido, automático y sin discusión, en contraposición a la situación en la que se encuentra algún problema (hallazgo mamográfico) o patología que genera preocupación.

Las mujeres más empoderadas (entre ellas las que cuestionaban la práctica, ver punto 1C), expresaron que no estaba bien visto negarse a realizar una práctica indicada por un médico y que, para evitar la confrontación, preferían no concurrir a la consulta si tenían ideas contrapuestas.

2C. El rol de la técnica: ¿herramienta o sistemática?

La confianza depositada en la tecnología mencionada anteriormente (punto 1A) se enfrentó con la valoración del seguimiento longitudinal en la RMP. Esto se observó en las expresiones de las mujeres, que señalaron que el espacio de contacto médico se había perdido al verse reemplazado por la técnica, borrando esa individualidad y tratando a todas con la misma sistemática o el mismo combo.

Algunas opiniones que no llegaron a saturar apuntaban al cuestionamiento sobre los conflictos de interés en relación con la sobreutilización de recursos, impulsada por motivaciones económicas o por el temor a un juicio. Es prudente remarcar que entre las mujeres que expresaron esta crítica se encontraba una empleada administrativa del seguro prepago de salud, pudiendo tener una valoración sesgada por su trabajo (este supuesto surge de los investigadores).

3. Aspectos de la información

3A. La impronta de los medios de comunicación: un mensaje de supuesta concientización

La mamografía ha sido objeto de gran variedad de campañas publicitarias desde diferentes organismos. Las campañas masivas sobre prevención del cáncer de mama muestran un fuerte efecto en las opiniones de las entrevistadas, que de forma recurrente la consideran una práctica instalada y

reconocen a los medios de comunicación como una fuente de información muy influyente.

Este mensaje de concientización, recibido en sintonía con el modelo médico hegemónico, se refleja en la idea del buen comportamiento en relación con la percepción de la prevención. Se escucharon expresiones como “cuidarse”, “protegerse” y “tomar conciencia”. Se desprende así el concepto de cumplir un deber, ser responsable, seguir la norma e incluso tener la obligación, con una mirada crítica hacia quien se rehúsa al control mamográfico. Además, el mensaje parte muchas veces de líderes de opinión, es decir, desde un lugar legitimado de la comunicación social.

Aunque varias entrevistadas percibían a la prevención del cáncer de mama como algo equivalente a ocuparse de su salud y hacer las prácticas indicadas sin cuestionamientos, otras criticaron esta rigurosidad que se le adjudica a la prevención y que genera culpa en quienes no la realizan.

3B. Necesidad de información: ¿qué y cuánto quieren saber?

Al indagar acerca del suministro de información sobre la mamografía, muchas mujeres lo consideraron necesario, ya que les servía para decidir si participar o no del rastreo. Por otro lado, valoraron más el contenido cuando la información era brindada por su médico. Sin embargo, algunas opinaron que no estaban interesadas en recibir más información o detalles sobre un estudio de rutina (a diferencia de cuando había un problema o patología), ya que hablar de cáncer de mama podía generar cierta ansiedad anticipatoria.

DISCUSIÓN

Este trabajo apuntó a comprender las opiniones y la motivación que motorizan a mujeres alfabetizadas a realizarse una mamografía de tamizaje de cáncer de mama. Es el primer estudio que explora estos aspectos en dicho medio.

La motivación se construye bajo un marco de “mejor prevenir que curar”, una RMP asimétrica a favor del saber médico y una fuerte impronta de los medios de comunicación, que remarcan los beneficios de la técnica. Estas características condicionan la información sobre la mamografía, que llega atravesada por cristales a favor del procedimiento (desde los medios de comunicación, las campañas, las organizaciones civiles o los mismos profesionales de salud). La valoración a favor de la práctica, sumada al rol del médico con poder, propicia la adherencia u obediencia de las pacientes. Así se fomenta una práctica con poco debate, valorada como un deber de buena salud y cuyo daño es invisibilizado, ya que no se informa oportunamente sobre los falsos positivos, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

Estos hallazgos instan a reflexionar acerca del histórico modelo hegemónico, sobre el cual está aún instalada la práctica médica, y acerca de lo difícil que resulta generar otro modelo alternativo a la normatización del intervencionismo, el rol de poder en el médico, el aumento de costos, la producción de enfermos, la desvalorización de la atención primaria de la salud y, en palabras de Menéndez, “el preventivismo”³⁰.

Esta imagen de médico que resonó en la descripción de estas mujeres se está redefiniendo últimamente hacia otro modelo de atención, que abandone el paternalismo, la autoridad y permita un marco participativo en la RMP. El rechazo a las prácticas, que forma parte de los derechos del paciente³¹, es un aspecto poco divulgado según el relato de las entrevistadas. Sin embargo, algunas mujeres empoderadas se posicionan de otra manera y adoptan las decisiones sobre su cuerpo, lo que contribuye a construir un modelo médico más participativo o, al menos, no tan autoritario.

Cabe preguntar qué se espera en la comunidad médica de las mujeres que consultan, porque al hablar de adherencia, en realidad, se alude a una cierta obediencia por parte de ellas. Esto las coloca en un rol de sumisión y en la obligación de cumplir una indicación médica. En un modelo centrado en la paciente³², lo esperable sería alcanzar un acuerdo para determinar cómo quiere cada una cuidarse en virtud de las prácticas disponibles con sus pros y sus contras (en este caso, el tamizaje de cáncer de mama con mamografía) y revisar o actualizar ese acuerdo con cierta periodicidad.

Por otro lado, vale destacar el contenido y tono del mensaje mediático reflejado en los relatos de algunas mujeres entrevistadas, que genera sensación de culpa o una imagen desvalorizada de las que no adhieren a las prácticas preventivas. Se sobreestima el beneficio y el impacto que tiene la mamografía preventiva en la salud, y se desconocen parte de sus riesgos, como los falsos positivos. Algunos estudios realizados en otros países con un mayor número de mujeres hallaron resultados similares^{16,33,34}. Con respecto a la información que se difunde en los medios argentinos acerca del tamizaje de cáncer de mama, un estudio reciente y aún no publicado de este grupo de trabajo demuestra que los sitios web de los principales diarios no reflejan las recomendaciones del INC³⁵.

Por último, es importante tener en cuenta que no todas las mujeres están dispuestas a recibir información acerca del tamizaje del cáncer de mama, ya que —según lo expresado por algunas de las entrevistadas— eso podría generarles ansiedad y miedo si los detalles exceden su justo punto. Por lo tanto, el manejo de la información científica debe ser cuidadoso y personalizado³⁶.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Fue realizado en CABA y en una población de mujeres afiliadas a un seguro privado de salud. Además, la selección se efectuó a través de sus médicos de familia, quienes, debido a su formación curricular, tienden a adoptar un modelo de atención más centrado en el paciente (a diferencia de otras especialidades). Este punto también merece una sección de análisis que excede los objetivos del presente trabajo, pero las prácticas preventivas deberían realizarse de manera integrada y contextualizada a cada persona, basándose en recomendaciones consensuadas nacional e internacionalmente, y dando lugar al debate con publicaciones que desafían conocimientos históricos.

En cuanto a las mujeres que participaron en este trabajo

y aceptaron ser entrevistadas, podrían no representar el imaginario general, a las afiliadas a otros hospitales, a sectores socioeconómicos más bajos o a quienes no poseen un seguimiento longitudinal. Sin embargo, es un recorte interesante de la clase media de CABA, en un contexto socio-histórico que promueve el empoderamiento de las mujeres, la decisión sobre sus propios cuerpos y la democratización de la información a la que sólo parece acceder la comunidad médica.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En vista de la controversia actual en cuanto a continuar o no con el tamizaje del cáncer de mama, este estudio aporta una visión que hasta el momento ha sido poco explorada. Los hallazgos abren la necesidad, por un lado, de mejorar la información proporcionada a las pacientes en torno a esta práctica y a la salud desde la perspectiva del derecho y, por otro, de favorecer su autonomía frente a la decisión, lo que podría fomentarse por medio de políticas sanitarias orientadas a la toma de decisiones compartida³⁷.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Dado que muchos médicos siguen adoptando el modelo biomédico como forma de atención, lo que se refleja en el

relato de las mujeres de este estudio, es relevante reforzar los conceptos del modelo biopsicosocial y la medicina centrada en el paciente desde la formación de grado, y fomentar programas de educación médica continua que aborden esta problemática. Las investigaciones realizadas en Argentina en torno a la perspectiva de los pacientes proporcionan información sobre la calidad de la atención médica y aportan material de enseñanza para los programas de formación.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este estudio explora las percepciones y motivaciones de las pacientes respecto a la solicitud de una práctica preventiva, pero se desconoce la perspectiva de los médicos a nivel local. Sería relevante evaluar sus motivaciones en torno a la indicación de la mamografía de tamizaje, así como confeccionar herramientas de comunicación que los ayuden a transmitir información médica basada en evidencia científica y a incorporar los valores y preferencias de sus pacientes en la decisión³⁸.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de investigación del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano, en especial a la Dra. Valeria Vietto y al Dr. Santiago Esteban, por su colaboración en el proyecto.



DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES: No los hubo durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Riganti P, Discacciati V, Terrasa S, Kopitowski K. Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. *Rev Argent Salud Pública*, 2018; 9(37):22-28.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Tabar L, Yen MF, Vitak B, Tony Chen HH, Smith RA, Duffy SW. Mammography Service Screening and Mortality in Breast Cancer Patients: 20-Year Follow-Up Before and After Introduction of Screening. *Lancet*. 2003;361(9367):1405-10.
- ² National Cancer Institute. *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Vol. 1. 2013. [Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/search?contains=false&q=false>] [Último acceso: 15/11/2018]
- ³ Hofvind S, Thoresen S, Tretli S. The Cumulative Risk of a False-Positive Recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*. 2004;101(7):1501-7.
- ⁴ Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-Year Risk of False Positive Screening Mammograms and Clinical Breast Examinations. *N Engl J Med*. 1998;338(16):1089-96.
- ⁵ Cockburn J, Staples M, Hurley SF, De Luise T. Psychological Consequences of Screening Mammography. *J Med Screen*. 1994;1(1):7-12.
- ⁶ Tosteson ANA, Fryback DG, Hammond CS, Hanna LG, Grove MR, Brown M, et al. Consequences of False-Positive Screening Mammograms. *JAMA Intern Med*. 2014;174(6):954-61.
- ⁷ Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). *What is Overdiagnosis?* 2017. [Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430655/>] [Último acceso: 15/11/2018]
- ⁸ Harding C, Pompei F, Burmistrov D, Welch HG, Abebe R, Wilson R. Breast Cancer Screening, Incidence, and Mortality across US Counties. *JAMA Intern Med*. 2015;175(9):1483-9.
- ⁹ Autier P, Boniol M, Koehlin A, Pizot C, Boniol M. Effectiveness of and Overdiagnosis from Mammography Screening in the Netherlands: Population Based Study. *BMJ*. 2017;359:j5224.
- ¹⁰ Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty Five Year Follow-Up for Breast Cancer Incidence and Mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised Screening Trial. *BMJ*. 2014;348:g366.
- ¹¹ Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de mama. [Disponible en: <http://www.msar.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>] [Último acceso: 15/11/2018]
- ¹² US Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):716.
- ¹³ Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et al. Recommendations on Screening for Breast Cancer in Average-Risk Women Aged 40-74 Years. *CMAJ*. 2011;183(17):1991-2001.
- ¹⁴ Practice Bulletin Number 179: Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. *Obstet Gynecol*. 2017;130(1):e1-e16.
- ¹⁵ Asociación Médica Argentina, Sociedad Argentina de Mastología, Sociedad Argentina de Radiología, Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama. *Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas*. 2006. [Disponible en: <http://www.samas.org.ar/archivos/consensoacordado.pdf>] [Último acceso: 15/11/2018]
- ¹⁶ Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing Mammography Screening Programmes? A View from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med*. 2014;370:1965-7.
- ¹⁷ Barratt A, Jørgensen KJ, Autier P. Reform of the National Screening Mammography Program in France. *JAMA Intern Med*. 2018;178(2):177-8.
- ¹⁸ Galante M, Konfino J, Ondarsuhu D, Goldberg L, O'Donnell V, Begue C, et al. Principales resultados de la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2015;6(24):22-9.
- ¹⁹ Ramos S, Tamburrino MC, Aguilera A, Capriatti A, Lehner P, Peña L. *Significaciones culturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer colorrectal, de mama y de cuello de útero: un estudio sociocultural para orientar la política comunicacional de los programas de prevención*. 2013. [Disponible en: <http://www.msar.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000224cnt-26-significaciones-culturales.pdf>] [Último acceso: 15/11/2018]
- ²⁰ Ponce M. Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2012;3(13):6-12.
- ²¹ Tudor Hart J. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.
- ²² Salgado MV, Kopitowski K, Barani M, Vietto V, Terrasa S. Sobreuso de mamografía en un hospital académico de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2016;7(27):7-11.
- ²³ Hersch J, Jansen J, Barratt A, Irwig L, Houssami N, Howard K, et al. Women's Views on Overdiagnosis in Breast Cancer Screening: A Qualitative Study. *BMJ*. 2013;346:f158.
- ²⁴ Batista Silva A, Gálvez Espinos M, Hinojosa Cueto I. Bosquejo histórico sobre las principales teorías de la motivación y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2010;26.
- ²⁵ McClelland DC. *The Achieving Society*. Princeton, NJ: Van Nostrand; 1961.
- ²⁶ Vasilachis de Gialdino I. *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006.
- ²⁷ Tishman S, Perkins DN, Jay E. *Un aula para pensar: aprender y enseñar en una cultura de pensamiento*. Buenos Aires: Aique; 1994.
- ²⁸ Rodríguez C, Lorenzo O, Herrera L. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Sociotam*. 2005;15(2):133-54.
- ²⁹ Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Ibérica P; 1998.
- ³⁰ Menéndez E. *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988.
- ³¹ Senado de la Nación. Ley 26529 - *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. 2009.
- ³² Sacristán JA. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Rev Clin Esp*. 2013;213(9):460-4.
- ³³ Yu J, Nagler RH, Fowler EF, Kerlikowske K, Gollust SE. Women's Awareness and Perceived Importance of the Harms and Benefits of Mammography Screening: Results from a 2016 National Survey. *JAMA Intern Med*. 2017;177(9):1381-2.
- ³⁴ Black WC, Nease RF, Tosteson ANA. Perceptions of Breast Cancer Risk and Screening Effectiveness in Women Younger than 50 Years of Age. *J Natl Cancer Inst*. 1995;87(10):720-31.
- ³⁵ Spina S, Terrasa SA, Lombardi V, Kopitowski KS, Villalón G. Rastreo de cáncer de mama: ¿Cuán apropiadamente informan los diarios? *En prensa*.
- ³⁶ Edwards AGK, Evans R, Dundon J, Haigh S, Hood K, Elwyn GJ. Personal Risk Communication for Informed Decision Making about Taking Screening Tests. Edwards AG, editor. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4).
- ³⁷ Barani M, Kopitowski K, Carrara C, Yanzi MVR. *Shared Decision Making in Argentina in 2017*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*;123:12-6.
- ³⁸ Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. *Cochrane Database Syst Rev*;4).



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Compartir igual – Si se realizan obras derivadas deben distribuirse bajo la misma licencia del original.