

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD**

**CREENCIAS ALREDEDOR DEL EXAMEN DE MAMOGRAFÍA Y SU INFLUENCIA EN EL ACCESO A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO DE CASO: MUJERES QUE TRABAJAN EN LA ESCUELA DE ESTUDIOS GENERALES DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA, SEDE RODRIGO FACIO, EN EL PERIODO DE MAYO A AGOSTO DE 2018.**

Tesis sometida a la consideración de la Escuela de Tecnologías en Salud para optar al grado de licenciatura de la carrera de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica.

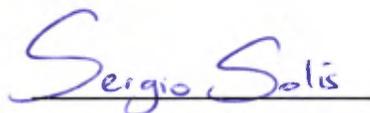
**Proponente:**

Karla Alarcón Quirós - A10090

Setiembre, 2020

## HOJA DE APROBACIÓN

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica el día 9 de setiembre del 2020.



Director (a) de la Escuela de Tecnologías en Salud



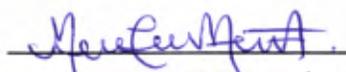
Dr. Horacio Chamizo García

Director de Tesis



M.Sc. Cesar Alfaro Redondo

Lector



M.Sc. Catalina Méndez Ávila

Lectora



Profesora asignada

## **DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.**

La presente investigación es propiedad de Karla Alarcón Quirós, cédula de identidad 3-0381-0014. Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin el consentimiento previo y por escrito de la autora, así como su transmisión por cualquier medio, ya sea electrónico, fotocopias, grabaciones o cualquier otro, de conformidad con lo establecido en la Ley 6683 sobre derechos de autor.

## **DEDICATORIA**

Esperar tanto tiempo para concluir un ciclo, no es lo que muchos consideraríamos apropiado, menos aun tratándose de una tesis, que te lleva a aspirar no solo un grado académico mayor, sino también a muchos retos laborales. Sin embargo, haber pausado por varios años esto, me llevo a un camino inesperado; el integrar la experiencia y aunado a ello conocimientos que me permitieron madurar, conocimientos necesarios para abrir paradigmas y hallar nuevas formas de concebir mi servicio como imagenóloga, otras formas de aportar.

Al finalizar esta travesía, solo puedo decir que cada acción tiene su tiempo, y que el tiempo de cada uno es diferente y en algunos no necesariamente sigue esa línea de “normalidad”. Coincidió el terminar este proyecto, con el contexto de vivir la pandemia Covid -19 (SARS-CoV-2) y donde muchos de los conocimientos adquiridos con respecto a las creencias y el cuidado de la salud en mamografía, reafirman lo necesario de comprender el accionar de las personas. No se trata solo de educación, sino de ir más allá de los significados que se le dan a las acciones cotidianas.

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que me acompañaron en distintos momentos de este camino.

A mi mamá que en vida terrena y luego de forma espiritual ha estado presente en los momentos de agotamiento.

A mi papá, presente con su apoyo incondicional, cedió del tiempo para compartir juntos con el afán de concluir este trabajo.

A mi hermana Juli, que me apoyó con su tiempo y escucha, en los momentos turbulentos de esta travesía.

Al resto de mi familia, amigos, a las participantes de este proyecto, a las pacientes de mamografía, a las y los colegas imagenologas (os).

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Comité Asesor de esta investigación, Dr. Horacio Chamizo García, M.Sc. Catalina Méndez Ávila, M.Sc. Cesar Alfaro Redondo por la construcción de conocimientos, la paciencia, la disposición del tiempo.

Agradezco al personal que trabaja en la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, en especial al director de la Escuela Dr. Gustavo Adolfo Soto Valverde, quién junto con las personas participantes, hicieron esto posible.

Agradezco a la Oficina de Servicios Generales, en especial a M.Sc. Gerardo H. Valverde Morales, coordinador de la Sección de Gestión de Servicios Contratados, de la Universidad de Costa Rica, por el apoyo, y al personal de servicios contratados del área de cafetería de la Escuela de Estudios Generales, por brindarme la confianza y facilitar las entrevistas.

Agradecer a Dios que me diera la capacidad de integrar los conocimientos y la experiencia en este proyecto, que me regaló momentos muy particulares en cada etapa de este trabajo, permitiéndome comprender que la espera, la paciencia y la perseverancia tienen un sentido.

## **PREFACIO DE LA AUTORA**

¿Por qué una imagenóloga necesita investigar las creencias y la accesibilidad al examen de mamografía?

Hace unos 10 años inicié trabajando en un servicio de mamografía, al principio me sentí frustrada porque aún no estaba lista para dedicarme a este campo de la detección temprana de cáncer de mama. Sin embargo, en las mismas pacientes me encontré a mí y el propósito del por qué estaba ahí. En el encuentro no podían faltar la calidez, el miedo, la sonrisa, la mirada que expresaba vergüenza, el dolor, las preguntas, los silencios... Descubrí que en este campo de la Imagenología no es tan sencillo como se piensa, porque dentro de cada mujer hay muchas historias que se reflejan en sus cuerpos, muchas tejidas con lágrimas y recuerdos tristes, otras repletas de amor por ellas mismas y deseos de vivir sanas.

Muchas historias me contaron de sus experiencias pasadas cuando se hicieron la mamografía, otras contaban lo que otras les habían dicho sobre el examen, pero en la mayoría; la experiencia no había sido tan grata, por eso habían tardado tanto en decidirse a llegar ahí.

Desde hace muchos años les quedé debiendo el hacer visible la necesidad de investigar estas vivencias. Realidades que se entretajan en lo cotidiano en muchos servicios de mamografía del país y que desde nuestro campo profesional podemos mejorar.

El camino no es sencillo dado que necesitaba aprender y experimentar en muchos campos antes de poder llegar acá, el tiempo ha demorado más de lo que pensé, en la travesía he disfrutado, llorado y acobardado, pero siempre he hallado el motivo que impulsa el continuar... ellas.

## ÍNDICE GENERAL

HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
PREFACIO DE LA AUTORA.....	vi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	3
1.1. Planteamiento del problema de investigación.....	3
1.2. Objetivos.....	8
1.2.1. Objetivo General.....	8
1.2.2. Objetivos Específicos.....	8
1.3. Justificación.....	9
CAPÍTULO 2.....	11
MARCO CONCEPTUAL / TEÓRICO.....	11
2.1. Proceso Salud Enfermedad.....	11
2.2. Cáncer de mama.....	12
2.3. Mamografía método diagnóstico para detección de cáncer de mama.....	14
2.4. Acceso a la mamografía como servicio de salud.....	17
2.5. Determinantes sociales: influencia detección temprana cáncer de mama.....	20
2.5.1. La educación como factor determinante de la salud.....	21
2.6. Creencias en salud: influencia en acceso al estudio mamográfico.....	23
2.7. Categorías de análisis.....	26
CAPÍTULO 3.....	30
PROCESO METODOLOGICO.....	30
3.1. Paradigma de la investigación.....	30
3.2. Enfoque de la investigación.....	31
3.3. Tipo de diseño de investigación.....	31

3.4.	Espacio donde se desarrolla la investigación .....	31
3.5.	Tiempo.....	32
3.6.	Unidad de estudio .....	32
3.7.	Población y muestra.....	32
2.8.	Criterios de inclusión.....	32
3.9.	Criterios de rigor.....	33
3.10.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.10.1.	Ficha de identificación/registro .....	35
3.10.2.	Observación Participante .....	35
3.10.3.	Entrevista a profundidad .....	36
3.11.	Análisis y presentación de la información .....	37
3.11.1.	Teoría fundamentada.....	37
3.12	Consideraciones Éticas.....	38
3.12.1.	Consideraciones .....	38
3.12.2.	Procedimientos de revisión .....	39
3.12.3	Consentimiento informado .....	39
3.12.4.	Devolución de los datos .....	40
CAPÍTULO 4. ....		41
PROCESO DE ANÁLISIS .....		41
4.1.	Discusión de los resultados.....	41
4.1.1.	Descripción del grupo participante.....	41
4.1.2.	Análisis desde la teoría fundamentada .....	42
4.1.2.1.	Categoría: Conocimiento sobre autocuidado. ....	43
4.1.2.2.	Categoría: Experiencia de autocuidado .....	54
4.1.2.3.	Categoría: Hábito de autocuidado.....	59
4.1.2.4.	Categoría: Conocimiento sobre cáncer mama .....	61
4.1.2.5.	Categoría: Experiencia sobre cáncer de mama.....	63
4.1.2.6.	Categoría: Creencias sobre cáncer de mama .....	65
4.1.2.7.	Categoría: Conocimiento sobre mamografía .....	67
4.1.2.8.	Categoría: Experiencia sobre mamografía .....	70
4.1.2.9.	Categoría: Hábitos sobre mamografía .....	79

4.1.2.10. Categoría: Creencias sobre mamografía.....	82
4.1.3. Reflexiones teóricas al respecto de la temática de investigación.....	88
CAPITULO 5 .....	97
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
5.1. Conclusiones .....	97
5.2. Recomendaciones .....	99
REFERENCIAS.....	101
ANEXOS .....	114
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	114
Anexo 3: Guía de Cuaderno de Campo .....	119
Anexo 4: Guía de preguntas generadoras para la Entrevista a Profundidad .....	121

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Recomendaciones valoración BI-RADS .....	17
<b>Cuadro 2.</b> Categorías de análisis.....	27
<b>Cuadro 4.</b> Factores que influyen en las creencias sobre cáncer de mama. ....	67
<b>Cuadro 5.</b> Principales hallazgos sobre la categoría “conocimiento de mamografía”. ....	70
<b>Cuadro 6.</b> Principales hallazgos sobre categoría experiencia de mamografía. ....	78
<b>Cuadro 7.</b> Principales hallazgos de la reflexión teórica .....	93

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Inserción de las categorías para el análisis de las creencias.....	29
<b>Figura 2.</b> Proceso de Teoría Fundamentada .....	42
<b>Figura 3.</b> Principales hallazgos sobre la categoría experiencia de autocuidado.....	58
<b>Figura 4.</b> Principales hallazgos sobre la categoría habito de autocuidado. ....	61
<b>Figura 5.</b> Condiciones halladas en la adquisición de hábitos de mamografía. ....	82
<b>Figura 6.</b> Principales hallazgos sobre la categoría creencias de mamografía.....	88
<b>Figura 7.</b> Ecología del desarrollo humano .....	95

## RESUMEN

Alarcón, K. (2020). *Creencias alrededor del examen de mamografía y su influencia en el acceso a la detección temprana de cáncer de mama. Estudio de caso: mujeres que trabajan en la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, en el periodo de mayo a agosto de 2018*. Trabajo Final de Graduación para optar al grado de licenciatura de la carrera de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Director: Dr. Horacio Chamizo García

Lectores: M.Sc. Cesar Alfaro Redondo, M.S.c Catalina Méndez Ávila

**Palabras clave:** mamografía, creencias, accesibilidad, cáncer de mama, mujeres, imagenología, cribado.

La mamografía ayuda a incrementar la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano de cáncer de mama. Pero realizarlo por una sola ocasión no tiene ningún impacto sobre la mortalidad por esta enfermedad, es necesario realizar un seguimiento activo de las mujeres sintomáticas y de las mujeres asintomáticas (Martínez como se citó en Torres-Mejía, 2011, p. 53).

A pesar de las evidencias de la importancia del chequeo, algunas personas no acuden a los servicios de diagnóstico, por lo que resulta necesario comprender el acceso al examen de mamografía desde la influencia de las creencias. La accesibilidad cultural es un mecanismo poco estudiado dentro de los procesos de autocuidado de la salud repercutiendo así en la mamografía.

El objetivo de este trabajo es comprender el acceso al examen de mamografía desde la influencia de las creencias, en mujeres docentes y administrativas de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica de la sede Rodrigo Facio, en periodo mayo a agosto 2018.

El abordaje de esta investigación es mediante el paradigma naturalista, el enfoque cualitativo y la metodología de análisis que se utilizó es la teoría fundamentada.

Entre los resultados se distingue que la conformación de la creencia en mamografía está condicionada a la educación en el cuidado de la salud dada por la familia, así como la escolaridad, y la experiencia cercana al cáncer de mama, permitiendo identificar no solo la creencia sino además cómo conciben dentro del proceso salud enfermedad su propio cuidado de la salud.

En el imaginario de muchas mujeres, la mamografía se ha convertido en un referente negativo, a pesar de que sirve para detectar precozmente el cáncer de mama. El dolor al realizar la mamografía es la creencia central y se unifica con la tecnología, en el supuesto de que, a mayor tecnología del equipo de mamografía, menor sensación dolorosa durante la exploración, aunado a diagnósticos más específicos.

Estas dos creencias con relación al dolor facilitan la comprensión en el acceso al examen: la primera crea una barrera de acceso y la segunda lo facilita, pues la tecnología del equipo mamográfico incide en que las participantes tengan una mayor confianza en el proceso diagnóstico y en la disminución de dolor.

Además, las participantes identifican como favorable el trato recibido por la profesional en salud que realiza el estudio.

Un aspecto importante y que se relaciona con la creencia sobre cáncer de mama, es la ausencia de la exploración del cuerpo, pues esto disminuye las posibilidades de detección de cambios en las mamas.

Se sugiere cuestionarse si la estructura del sistema de salud es adecuada a las necesidades de las usuarias con respecto a la mamografía y su vinculación con las creencias, como el medio para satisfacer la necesidad de atención, y establecer un sentido de pertenencia.

Para los profesionales en imagenología que trabajan en un servicio de mamografía, el conocer las creencias presentes durante el examen, contribuye no solo a valorar la producción diagnóstica de las imágenes, sino que va más allá de lo biomédico para repercutir en el trato hacia las usuarias y la educación en salud. Lo cual repercute en la apertura a la asistencia al examen de mamografía.

## INTRODUCCIÓN

Con el descubrimiento de los rayos X se abre paso a la aplicación de múltiples técnicas de imágenes para la detección de enfermedades. Una de las enfermedades cuyo combate se ha visto beneficiado con éste aporte es el cáncer de mama, debido a que por medio de la mamografía se logra detectar la enfermedad en etapas muy tempranas, lo que permite un aumento de la sobrevivencia, mediante un adecuado tratamiento.

La aplicación de la técnica mamográfica “ha proporcionado hallazgos oportunos que han generado un impacto tanto en las cifras de incidencia como de mortalidad” (Marzo-Castillejo, Melús & Bellas, 2012, p. 2). Sin embargo, a pesar del beneficio de la mamografía, el cáncer de mama encabeza el índice de mortalidad en mujeres con 1716 muertes entre los años 2013 y 2017 (Ministerio de Salud, 2018).

“La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos” (Wiesner como se citó en Nigenda, Caballero, & González-Robledo, 2009, p. 255). En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y, por ende, de la vía a los servicios de salud que permiten dicha detección.

Conviene plantearse entonces la importancia de estudiar el acceso a esta técnica con el fin de minimizar los diagnósticos de cáncer en estadios avanzados y de esta manera pensar en el tema integrando a las personas como sujetos de accesibilidad, dado que el acceso es la capacidad que tiene la población de buscar los servicios de salud y obtener atención (Nigenda et al., 2009, p. 255).

Tomando en cuenta lo anterior, desde el ámbito de la mamografía, se entiende que los procesos de accesibilidad al servicio están ligados a influencias sociales y culturales donde se originan las creencias y el grado de información en las usuarias, lo cual propicia distintos modos de acercamiento y utilización del servicio, dado que dichas creencias son construidas por discursos que se entranan en suposiciones y actitudes de las usuarias hacia el estudio mamográfico (Comes et al., 2006).

En el caso del profesional en imagenología, conocer las prácticas de salud con respecto a la accesibilidad a la mamografía requiere identificar las creencias de las

usuarias. Lo anterior contribuye a valorar el concepto de salud más allá de lo biológico, pues permite conocer a fondo la relación establecida entre el usuario y este tipo de servicio.

Las creencias, como formas de conocimiento socialmente elaboradas, pueden contribuir a la reflexión de los profesionales de la salud sobre la complejidad del encuentro entre ciencia y sentido común y como este repercute en la calidad del servicio, en el trato de las usuarias y en la educación en salud.

El contexto donde se llevó a cabo la investigación es la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica que desde el año de 1955 inicia la etapa para la formación humanística de los universitarios, contribuyendo a generar una conciencia crítica mediante los cursos integrados de humanidades con tres disciplinas: Filosofía y Pensamiento, Historia de la Cultura, y Comunicación y Lenguaje.

En la actualidad la Escuela cuenta con más de 50 funcionarias, docentes y administrativas (que comprenden el área tanto administrativa como el personal encargado de los servicios de cafetería y limpieza), por lo que se conjuga una agrupación de mujeres con pensamientos e historias de vida muy diversas, que pueden aportar información relevante para comprender la accesibilidad al servicio de mamografía desde las creencias.

La metodología a emplear es enfoque cualitativo y el tipo de investigación es estudio de caso, la técnica de análisis es la teoría fundamentada. Las razones que median la escogencia se insertan en el paradigma naturalista, dado que es por medio de éste que se busca centrar en el estudio de los significados y las acciones humanas de las personas participantes, las creencias, intenciones, motivaciones y otras características que facilitan o limitan la accesibilidad al recurso de la mamografía, que no son observables directamente.

## **CAPÍTULO 1**

### **1.1. Planteamiento del problema de investigación**

Los datos a nivel mundial reflejan que el cáncer de mama representa el segundo tipo de cáncer más común entre todos los tipos de cáncer y en la población femenina es el primero con un estimado de 2 millones de nuevos casos diagnosticados para el año 2018. Para este mismo año también representa primer lugar en mortalidad por cáncer entre las mujeres con un aproximado de 626000 defunciones a nivel mundial (International Agency for Research on Cancer, 2018).

En la actualidad, el cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública entre las mujeres en Costa Rica, ya que ocupa el primer lugar en incidencia y en mortalidad entre todos los tipos de tumores malignos en este grupo de población (Registro Nacional de Tumores, 2015).

Para el año 2015, la incidencia de cáncer de mama aumentó con respecto al año 2013 al reportarse 1320 casos nuevos, lo que representó una tasa de incidencia para la población femenina costarricense de aproximadamente 55,87 casos nuevos por cada 100000 mujeres (Registro Nacional de Tumores, 2015).

Los datos para el 2018 encabezan al cáncer de mama con la mayor mortalidad en la población femenina. (Ministerio de Salud, 2018)

Significa entonces que los esfuerzos deben enfocarse en la detección temprana del cáncer, puesto que la probabilidad de sobrevivir de una mujer depende en muchos casos de hacer un diagnóstico en las fases iniciales de la enfermedad. Se ha demostrado que el tiempo, así como la calidad de vida de las pacientes es considerablemente mayor cuando el tratamiento se aplica en estadios tempranos de la enfermedad, lo que genera menores consecuencias sobre la paciente y sobre su red de apoyo (Knaul, Arreola et al., 2009).

Es importante tomar en cuenta que el éxito de las estrategias de detección temprana está determinado por diversos factores, entre ellos, la accesibilidad a los servicios de salud. Puesto que la accesibilidad al servicio de mamografía está determinada por distintos aspectos que permiten o deniegan el mismo, es necesario

exponer a continuación algunas dimensiones que pueden estar ligadas de forma implícita al momento de realizarse la mamografía.

Así, por ejemplo, desde el punto de vista administrativo, se encuentra relacionada con las listas de espera, el tiempo de espera, el orden de llegada y demás medidas administrativas que pueden facilitar o impedir el acceso a un servicio de salud en específico (Sánchez, Laza y Estupiñán 2014, p. 309).

Los trámites para obtener la atención, así como la contratación insuficiente de proveedores y prestadores, son también barreras a las que se podría encontrar expuesto el usuario del servicio de salud y que sin duda alguna influyen sobre la decisión de asistir (Sánchez, Laza y Estupiñán 2014, p. 310).

Aunado a lo anterior, el punto de vista geográfico juega un papel importante, Simou, Foundoulakis, Kourlaba, & Maniadakis, (2010) mencionan que un escaso número de médicos o de centros médicos podría impedir una adecuada atención. Repercutiendo aún más en las mujeres que viven en lugares rurales están menos anuentes a realizarse pruebas de tamizaje como la mamografía.

Un estudio realizado en México por Caballero (2009), halló que los factores que limitaban acceder al diagnóstico temprano del cáncer de mama son: la disponibilidad de información para la población, el entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto, y los temores de la pareja y familia.

Por lo tanto, el fenómeno de accesibilidad está conformado por diversas dimensiones, sin embargo, la presente propuesta se enfocará a la comprensión de la accesibilidad de las personas usuarias a la mamografía desde la perspectiva sociocultural que integra las creencias, donde es posible identificar los imaginarios que impiden o facilitan la oportuna detección temprana del cáncer de mama y que no se desliga de los procesos educativos o conocimientos de las usuarias.

Considerar el tema del acceso a los servicios de salud resulta pertinente, dado que la detección en etapas iniciales no solo beneficia la calidad de vida de las personas, sino que también implica un menor costo al sistema de salud, puesto que los estadios más avanzados del cáncer de mama son los más complicados desde el punto de vista de la atención médica requerida.

En consecuencia, (Acevedo y Aguirre, 2006; Andreu, Galdón, Durá, Carretero, Tuells; 2004) han identificado diferentes beneficios que conlleva el cribado para el

diagnóstico de cáncer. Así por ejemplo, en México se han realizado esfuerzos por identificar dentro del proceso diagnóstico del cáncer de mama el costo para detección temprana y se obtuvo una mayor efectividad en el sistema de salud cuando se compara con el tratamiento del cáncer de mama, puesto que su costo es relativamente bajo, por lo que ofrece mejores perspectivas para la paciente (Escorcía et al., 2013).

Otro de los estudios revisados al respecto (Knaul, Arreola et al., 2009) concluye que el cáncer mamario representa un presupuesto significativo en el Instituto Mexicano del Seguro Social y entre más tardía es la etapa de detección, más altos resultan los costos económicos por año-paciente y más baja la probabilidad de sobrevivir a cinco años.

En cuanto a las estrategias de detección temprana existen diversos procedimientos para el diagnóstico del cáncer de mama, tales como el autoexamen de mamas, el examen clínico de mamas, el ultrasonido y la mamografía (Sardiñas Ponce, 2009. p.9). Además de la resonancia magnética de mamas (Gascón A, Onofre J, Londoño I, Alemán X, Meza R. 2014)

Tanto la mamografía como el ultrasonido proporcionan alta sensibilidad en el diagnóstico de esta enfermedad, siendo las dos técnicas de cribado por medio de imágenes que se utilizan complementariamente y brindan a la usuaria un diagnóstico oportuno.

Cabe recalcar que la ausencia de un proceso de detección temprana posee además implicaciones en las dimensiones emocional, familiar, social y laboral de la persona enferma, lo cual genera un gran impacto no solamente sobre sí misma sino también sobre la sociedad (Knaul, López et al., 2009).

En la persona portadora de esta enfermedad los efectos sobre la salud son provocados principalmente por los tratamientos que recibe contra el cáncer de mama (quimioterapia, radioterapia, cirugía), los cuáles no sólo debilitan su sistema inmune, sino también podrían llegar a cambiar la apariencia física de la mujer (pérdida de cabello, mastectomía, cuadrantectomía) y esto impacta grandemente la parte psicológica de la persona al observar el cambio de su imagen física (Breastcancer, 2016).

Como se observa, el cáncer de mama genera un gran impacto en la sociedad en general y afecta físicamente a la persona a la vez que provoca consecuencias sobre la totalidad del ambiente que se encuentra a su alrededor.

A nivel internacional, se busca comprender la implicación de los factores sociales respecto a la accesibilidad al examen de mamografía y el cáncer de mama. Un ejemplo de ello es la investigación realizada en España en donde se analiza el efecto de formar parte de un programa de cribado de cáncer de mama, enfatizando la relación de los índices de participación asociado a las variables sociodemográficas (Lostao, 2000).

Por otra parte, en relación a la accesibilidad al estudio de mamografía, la Revista Española de Salud Pública señala que las creencias y actitudes de las mujeres que asisten a un programa de cribado mamográfico difieren según la edad (Andreu et al., 2004). Esta variable sociodemográfica influye significativamente en las percepciones que tiene la población sobre la salud y que están relacionadas con la asistencia a dichos programas.

Otro estudio llamado “Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama” (Giraldo, 2009) expone como las representaciones del cáncer de mama influencia la prevención y las prácticas de autocuidado, los resultados expresan que el conocimiento sobre las prácticas de autocuidado es vago y escaso; el autoexamen, la mamografía y el examen clínico no se hacen o se realizan sin la debida frecuencia. Las autoras coinciden en que la representación social de las mamas como objeto de atracción facilita que las entrevistadas adopten una representación negativa del cáncer de mama que no favorece la prevención y el autocuidado.

Godoy (2016) menciona que en el estudio de las representaciones sociales en los programas de tamizaje las participantes expresaron que la mamografía, según ellas, es un examen que se realiza a las enfermas de cáncer y si se lo hace una persona sana podría desencadenar esta patología, esto conlleva a plantear la necesidad de conocer estas representaciones para poder comprender la accesibilidad al estudio de la mamografía desde los imaginarios de cada usuaria.

Como puede observarse, son múltiples las limitantes en el proceso de diagnóstico temprano del cáncer de mama. Es importante destacar que éstas limitantes frecuentemente no son consideradas como factores relevantes cuando se realizan acciones para mejorar el acceso a la mamografía.

Aunado a lo anterior, se han analizado los “aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama” en una investigación brasileña realizada en un grupo de mujeres mastectomizadas (Carvalho, Mesquita, Almeida & Figueiredo, 2005). Se halló

que las participantes atribuyeron su cáncer a sentimientos reprimidos, herencia familiar, estrés, trauma físico, hábitos alimentarios y una falta de cuidado de su cuerpo, que, si bien son factores de riesgo, el estudio concluye que están influenciadas por patrones culturales adquiridos durante la vida en el proceso de socialización.

Por lo tanto, lo anterior conlleva la necesidad de conocer las creencias que se encuentran presentes en las mujeres sobre la realización de la mamografía como método de detección de cáncer de mama e identificar aquella información en salud que favorece o no la accesibilidad a dicho examen diagnóstico.

Es importante destacar que en la ejecución de los estudios mamográficos participan los profesionales en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica y profesionales en medicina con especialidad en radiología. Si bien es cierto el quehacer de los profesionales en Imagenología se concentra en la generación de la imagen en el ámbito clínico, cada vez se hace más necesario que estos profesionales amplíen su participación en las discusiones relacionadas con el proceso de salud-enfermedad como un todo. En este caso particular, es importante que se involucren en la discusión sobre los factores que determinan la accesibilidad a los estudios mamográficos.

Por este motivo, investigar el acceso al estudio de la mamografía resulta necesario desde el campo del profesional en Imagenología, porque permite comprender desde una posición práctica el comportamiento de las usuarias del servicio de mamografía tomando en cuenta diversidad de factores que están implicados en el cuidado de la salud femenina, como el factor sociocultural, específicamente en las creencias, lo cual facilita no solo el abordaje de la usuaria en la realización al estudio sino que además lleva a optimizar la detección temprana con el fin de impactar en el diseño de programas educativos y promoción de la salud de los profesionales en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica.

En el caso de Costa Rica, se han realizado múltiples esfuerzos por mejorar la cobertura de los servicios de salud, principalmente a través de proporcionar el equipo más adecuado para cubrir las necesidades de la población. Sin embargo, este esfuerzo por mejorar los índices de salud del país debe complementarse con estrategias de mejoramiento de la accesibilidad que favorezcan la asistencia a los centros correspondientes para realizar los debidos exámenes a tiempo, ya que, según se señala en los estudios, las mujeres en muchas ocasiones "...a pesar de estar aseguradas, deben

sortear una serie de barreras y apelar a mecanismos o herramientas que permitan lograr el diagnóstico y el tratamiento requeridos” (Sánchez et al., 2010, p. 310).

Por lo tanto, es necesario tomar en cuenta que el estado de salud de una población es consecuencia de la interacción de múltiples determinantes de carácter individual, familiar y social que requiere interpretación y acción en un medio sociocultural. Resulta oportuno “...identificar barreras sociales y culturales que impiden el acceso de las pacientes a los programas de detección temprana y tratamiento del cáncer de mama” (Nigenda, Caballero, & González-Robledo, 2008, p. 255).

Tomando en consideración que el cáncer de mama representa uno de los principales tipos de cáncer que afectan a la población a nivel nacional (tanto en incidencia como en mortalidad) y que es necesario indagar la accesibilidad desde las creencias acerca de la mamografía; se plantea la siguiente interrogante de investigación:

**¿Cuáles son las creencias en salud de las mujeres al respecto de la mamografía para la detección de cáncer de mama y cómo estas creencias actúan para favorecer o no la asistencia a realizarse el estudio?**

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Comprender el acceso al examen de mamografía desde la influencia de las creencias, en mujeres docentes y administrativas de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica de la sede Rodrigo Facio, en periodo mayo a agosto 2018.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Describir las creencias respecto a la mamografía en las mujeres docentes y administrativas de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica en la sede Rodrigo Facio, en el periodo mayo a agosto 2018.
- Analizar la influencia de las creencias sobre la accesibilidad al examen de mamografía.

### 1.3. Justificación

Diversos estudios han identificado los beneficios del tamizaje para el diagnóstico de cáncer de mama por medio de la mamografía, dentro de los cuales se pueden hallar la reducción de costos en el tratamiento (Escorcía et al., 2013), además de las implicaciones en las dimensiones emocional, familiar, social y laboral de las personas (Knaul, López et al., 2009).

Es evidente entonces que existe una necesidad por lograr que las mujeres costarricenses acudan a realizarse el examen mamográfico a tiempo, con el fin de minimizar los diagnósticos de cáncer en estadios avanzados. Sin embargo, obtener una adecuada asistencia a la realización de la mamografía no es nada sencillo, pues en éstos casos se conjugan una serie de factores que al final pueden facilitar o impedir el acceso a éste examen.

Cuando se estudian los perfiles de los problemas de salud de la mujer, es necesario considerar que las diferencias culturales, sociales y educativas, así como su papel familiar, han condicionado en muchos casos patrones diferentes de percepción de enfermedades y riesgos, que pueden traducirse en perfiles diversos de demanda y atención (Castellanos et al, 1998, p.98).

Por este motivo considerar las creencias para explorar las valoraciones, conocimientos y experiencias que las usuarias tienen sobre el estudio de mamografía contribuye a identificar los significados que las mujeres elaboran y que pueden influir en la población, interviniendo en el acceso a los servicios de salud.

Además, el estudiar las creencias en este enfoque de salud permite comprender el cómo los seres humanos tomamos decisiones, planificamos nuestra vida, elegimos objetivos condicionados por las imágenes que tenemos de los acontecimientos y hechos del mundo, estas representaciones construidas, se convierten en una valiosa herramienta para conocer las prácticas en salud de las usuarias al servicio de mamografía.

La percepción social que la persona ha construido acerca del cáncer de mama y el examen mamográfico debe ser considerada, dado que las características de los servicios resultan muchas veces insuficientes para determinar el acceso. Es decir, las representaciones sociales del autocuidado de la salud y la realización de la mamografía podrían encontrarse con pensamientos o creencias que favorecen o no la accesibilidad al

servicio de mamografía, lo cual lo convierte en un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la multidimensionalidad, que incluye además del aspecto biológico, el social y cultural.

Por tal motivo, el presente estudio pretende enfatizar en la influencia de las creencias acerca el estudio mamográfico con el fin de identificarlas y analizar las ideas que favorecen o desfavorecen el acceso a la mamografía y, de esta manera, contribuir al conocimiento en esta área.

Por otra parte, el comprender las prácticas en salud relacionadas con las creencias que soportan el imaginario de las mujeres posibilita desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad apropiadas, así como mejoras en el diagnóstico y los tratamientos en el proceso salud enfermedad, a partir del conocimiento a de la comunidad con la cual se trabaja.

Desde la profesión de Imagenología Diagnóstica, investigar el acceso a la mamografía resulta necesario porque permite comprender desde una posición práctica el comportamiento de las usuarias al servicio de mamografía tomando en cuenta diversidad de factores que están implicados en el cuidado de la salud femenina, tales como el factor psicosocial, la cultura y lo sociodemográfico, lo cual facilita no solo el abordaje de la usuaria en la realización del estudio sino que además lleva a optimizar la detección temprana con el fin de impactar en el diseño de programas educativos y promoción de la salud de los profesionales en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica.

Resulta vital identificar los principales aspectos que deben de tomarse en cuenta para que, como profesionales en el área de la salud, se pueda obtener la asistencia requerida a la prueba mamográfica, con el propósito de realmente minimizar las cifras de mortalidad por este tipo de cáncer.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO CONCEPTUAL / TEÓRICO**

Una vez explicada la importancia de realizar el estudio en esta temática se presenta los conceptos sobre la cual se basa la investigación en sí, es importante recalcar que dada la naturaleza del tema se abordará primeramente el proceso de salud enfermedad lo ayuda a comprender al cáncer de mama y el examen de mamografía dentro de un marco más amplio que el mero hecho biomédico en la detección temprana, aunado a ello es necesario tomar en cuenta los determinantes en salud y las creencias, dado que estos facilitan el identificar su influencia en la accesibilidad desde esta dimensión.

#### **2.1. Proceso Salud Enfermedad**

Las concepciones tradicionales de salud y enfermedad han tenido que abrir espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales (Castellanos, 1990).

Aspectos como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo que establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, como aspiración de la promoción de salud, resulta un reto para la ciencia (Pría, 2006).

En el caso del estudio mamográfico, la información y los hábitos que las usuarias tengan es fundamental para facilitar u obstaculizar el acceso al examen de mamas. Es necesario dentro del sistema de salud que se resalte la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre la salud y se debe incluir los conocimientos,

percepciones y cogniciones que se utilizan para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad (Melguizo & Alzate, 2008).

Por otra parte las valoraciones acerca del proceso salud-enfermedad han variado sustancialmente debido a la importancia que se le concede a los factores sociales en este proceso de reproducción, lo cual comprende desde los procesos biológicos, las relaciones sociales, los procesos ecológicos y las relaciones económicas, lo que produce formas de organización que suelen ser estilos de vida y conductas individuales (Pría, 2006).

Tanto las formas de vida como las conductas individuales resultan necesarias para comprender el acceso a los servicios de salud en el servicio de mamografía, dado que esas formas de vida repercuten en prácticas de cuidado de la salud.

Se reitera que la accesibilidad es un vínculo construido entre los usuarios y los servicios de salud (Landini, F., González, V., D'Amore, E., 2014) por lo que el comprender los puntos de vista y acciones de las pacientes sobre la salud y la enfermedad facilita las acciones tanto en los procesos de planificación de las instituciones relacionadas con la salud, así como en el trato de los profesionales en salud.

## **2.2. Cáncer de mama**

El cáncer de mama como un problema de salud pública en el ámbito internacional y nacional requiere la identificación de los factores de riesgo que permite el tamizaje y la atención oportuna de la población general y en riesgo. (Torres-Mejía, 2011, p.14)

A nivel mundial “Es el cáncer más común en las mujeres, tanto en las regiones más y menos desarrolladas...” (IARC, 2018, Breast Cancer Estimated Incidence, párr.1). Esto representa en las mujeres la causa más frecuente de muerte por cáncer 626 mil, seguido por el cáncer de pulmón con 576 mil muertes para el año 2018 (IARC, 2018). En Costa Rica el número de casos por mortalidad en cáncer de mama se encuentra en 1716, siendo el primer causa de muerte por cáncer en mujeres. (Ministerio de Salud, 2018)

“La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.” (OMS, 2016, p. 1).

Existen múltiples factores de riesgo que intervienen en la aparición de un tumor maligno a nivel de la mama, algunos de ellos son: sexo, edad, cambios en los genes,

antecedentes familiares, antecedentes personales, origen étnico, tejido mamario denso, algunas afecciones benignas en los senos, menstruación antes de los 12 años de edad, menopausia después de los 55 años de edad, antecedente de radiación en el tórax, consumo de bebidas alcohólicas, sobrepeso, lactancia, control de la natalidad, entre otros diversos factores (American Cancer Society, 2015).

Si bien algunos factores de riesgo no se pueden cambiar y otros están relacionados con el estilo de vida, se habla de ellos como una probabilidad de que el cáncer aparezca. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de seno nunca padece este cáncer, mientras que muchas mujeres que lo padecen no tienen factores de riesgo conocidos (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada) (American Cancer Society, 2015, p. 2).

Por otra parte en la literatura (Tolma E, 2003 citado en Wiesner, 2007) se ha resaltado la necesidad de conocer los procesos cognitivos y de tipo emocional que ocurren en la mujer desde la aparición del síntoma hasta que toma la decisión de buscar ayuda médica, ya que ayudan a explicar comportamientos preventivos.

En el estudio de Wiesner (2007), no se encontraron diferencias respecto al primer síntoma entre los casos y los controles, la mayoría expresó falta de percepción de riesgo frente a la aparición de una masa no dolorosa. De acuerdo con los testimonios de las mujeres, la presencia de este tipo de masas fue interpretada como algo sin importancia: como una lesión de origen infeccioso o traumático; o como un hallazgo de carácter agudo, es decir, transitorio. La percepción del síntoma como algo preocupante ocurrió en la mayoría de casos de detección temprana cuando se presentó el “endurecimiento” de la mama; fue entonces cuando buscaron ayuda médica, según los relatos. En algunos de los controles, la madre, el esposo o una amiga fueron detonadores para la toma de la decisión de asistir a consulta médica.

Por otra parte, otro estudio español titulado “Necesidad de tratamiento psicológico en personas con riesgo de cáncer hereditario que inician consejo genético” (Cruzado et al 2005), muestra el perfil sociodemográfico de una población de mayor frecuencia de mujeres, casadas, con hijos, con edad media alrededor de 40 años y alto nivel educativo, con riesgo de padecer cáncer hereditario de mama, ovario y colón, la cual tiene una percepción de riesgo moderadamente baja, dado que un 20% considera que su probabilidad está entre el 75%-100% de contraer cáncer. Así mismo, la Ansiedad-Rasgo

no está asociada a la percepción de riesgo. Una gran mayoría de los participantes se sienten con capacidad para afrontar satisfactoriamente el proceso y sus resultados (91,5%). Casi la mitad (46,4%) siente ansiedad o tristeza con bastante frecuencia o preocupación (64%) y una gran parte de los participantes ha sufrido acontecimientos estresantes en los últimos dos años (65,35%).

Dentro del ámbito nosológico el cáncer de mama lo conforma tumores epiteliales que se desarrollan a partir de las células que recubren los conductos; menos comunes son los cánceres no epiteliales del estroma (p. ej., angiosarcoma, sarcomas principalmente estromales, tumor filoides o phyllodes). Los cánceres se dividen en carcinomas in situ y cánceres invasores. (Kosir, 2018)

El carcinoma in situ es la proliferación de células cancerosas dentro de los conductos o los lobulillos sin invasión del estroma. Hay dos tipos:

- Carcinoma ductal in situ (CDIS): Cerca del 85% de los carcinomas in situ son de este tipo. Se detecta generalmente solo por la mamografía.
- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS); Esta lesión no palpable en general se detecta por una biopsia; rara vez se ve en una mamografía, a menudo es multifocal y bilateral. No es maligno, pero aumenta el riesgo de desarrollar carcinoma invasor en cualquiera de los senos. (Kosir, 2018)

El carcinoma invasor es principalmente un adenocarcinoma. Alrededor del 80% es del tipo ductal infiltrante; la mayoría de los casos restantes son lobulillares infiltrantes. (Kosir, 2018)

El cáncer de mama inflamatorio es un cáncer de rápido crecimiento, a menudo mortal. Las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos en la piel de la mama, haciendo que la misma tenga aspecto de estar inflamada. Por lo general, el cáncer de mama inflamatorio se extiende a los ganglios linfáticos de la axila. Los ganglios linfáticos se sienten como nódulos duros. Sin embargo, a menudo no se puede palpar una masa en la mama, porque este tipo de cáncer se dispersa en todo el seno. (Kosir, 2018)

### **2.3. Mamografía como método diagnóstico para detección de cáncer de mama**

La mamografía es una imagen radiográfica de la glándula mamaria cuya finalidad es reconocer lesiones pequeñas (<0,5 cm) para incrementar la posibilidad de realizar un

diagnóstico temprano de cáncer de mama. Realizar la mamografía por una sola ocasión no tiene ningún impacto sobre la mortalidad por esta enfermedad, es necesario realizar un seguimiento activo de las mujeres sintomáticas y de las mujeres asintomáticas (seguimiento según los resultados obtenidos mediante el sistema Breast Imaging Reporting and Data System; BIRADS) (Martínez como se citó en Torres-Mejía, 2011, p. 53).

Es recomendado para mujeres con edades superiores a los 40 años; aunque existen distintos debates sobre la edad exacta a la que se debe comenzar a realizar la mamografía y algunos de ellos recomiendan que sea al iniciar los 50 años de edad, “al menos 40 por ciento de los pacientes salvados por el cribado mamográfico son mujeres de 40-49 años de edad” (American College of Radiology, 2009, “USPSTF Mammography Recommendations”, párr. 5). En Costa Rica la recomendación de realizarse la mamografía inicia a los 45 años (Dirección de Garantía de servicios en Salud, 2014, p. 14).

Existen tipos diferentes de mamografía: de tamizaje y diagnóstica. La mamografía de tamizaje es aquella que se realiza con fines de detección en mujeres sanas y asintomáticas a partir de los 40 años de edad y debe comprender un seguimiento con base en los resultados de imagenología (Torres-Mejía, 2011): “El cribado mamográfico es el único método de screening que ha probado ser efectivo” (World Health Organization, 2016, p.4). La mamografía diagnóstica es la que se realiza en mujeres que tienen un estudio radiológico de tamizaje sospechoso (Torres-Mejía, 2011, p.53).

Se sabe que la detección temprana de éste tipo de cáncer le permite a la paciente una mayor posibilidad de obtener curación y conservación de sus mamas, motivo por el cual resulta de vital importancia que se acuda a un centro médico capaz de brindar la atención requerida. “La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos” (Nigenda et al., 2008, p. 255). “La mamografía juega un papel central en la detección temprana del cáncer de mamas ya que puede mostrar los cambios en las mamas hasta dos años antes de que el médico o paciente los adviertan” (Radiological Society of North America, 2015).

“La mamografía no es una prueba perfecta, pero sin duda, se ha demostrado que salva vidas” (American College of Radiology, 2009, “USPSTF Mammography Recommendations”, párr. 2). La sensibilidad de la mamografía es 97,83%, la especificidad es de 83,61%, por tanto, el valor diagnóstico de la mamografía cumple con los estándares establecidos por el American College of Radiology y han probado ser pruebas diagnósticas confiables en la detección de pacientes con neoplasias malignas (Maita et al. 2012, p.1).

La mamografía no es la solución final del cáncer mamario. No todas las vidas se salvan con la detección temprana y no todos los cánceres son detectados por la mamografía. Sin embargo, la mejor oportunidad que tienen hoy las mujeres para reducir la posibilidad de morir por cáncer mamario es el *screening* mamográfico (Acevedo & Aguirre, 2006, p. 169).

Los hallazgos encontrados en la mama por medio de la mamografía se clasifican en: nódulos, calcificaciones, microcalcificaciones, distorsión de la arquitectura, asimetrías, ganglio linfático intramamario, lesión cutánea, conducto dilatado solitario, hallazgos asociados y ubicación de la lesión. La mayoría de los anteriores se dividen en subcategorías que permiten identificar lo encontrado en la mamografía de acuerdo al vocabulario normalizado por el ACR (American College of Radiology). Además de lo anterior, se caracteriza la composición global del tejido mamario con el fin de contribuir a determinar el diagnóstico final por parte del médico (D'Orsi, Sickles, & Mendelson, 2016).

Con la finalidad de clasificar los hallazgos mencionados anteriormente, el Colegio Americano de Radiología desarrolló en 1993 un sistema denominado BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) aplicado a la mamografía: “se considera el idioma universal en el diagnóstico de la patología mamaria”(Aibar et al., 2010, p. 143). “Es un instrumento de garantía de la calidad concebido con el fin de normalizar el informe de los estudios por imágenes de la mama, disminuir la discordancia entre la interpretación de las imágenes y las recomendaciones, y facilitar la vigilancia de los resultados” (D'Orsi et al., 2016, p. 7). Estos se dividen en categorías de acuerdo a la lesión, las cuáles se encasillan desde la 0 hasta la 6 y son detalladas en el cuadro 1:

**Cuadro 1.** Recomendaciones valoración BI-RADS

<b>Valoración</b>	<b>Recomendaciones</b>
Categoría 0: Estudio incompleto.	Nueva cita para realizar otros estudios o comparar con mamografías anteriores.
Categoría 1: Resultado negativo.	Realizar tamizaje mamográfico de rutina.
Categoría 2: Hallazgo típicamente benigno.	Realizar tamizaje mamográfico de rutina.
Categoría 3: Hallazgo probablemente benigno.	Seguimiento corto plazo (6 meses) vigilancia continua.
Categoría 4: Hallazgo sospechoso. A.- Baja sospecha de malignidad. 3 a 49% B.- Sospecha intermedia de malignidad. 50 a 89% C.- Sospecha moderada de malignidad. 90 a 94%	Biopsia (diagnóstico histológico).
Categoría 5: Hallazgo muy sugerente de malignidad.	Biopsia (diagnóstico histológico).
Categoría 6: Diagnóstico maligno confirmado mediante biopsia.	Resección de acuerdo a circunstancias clínicas.

Fuente: D'Orsi et al. (2016).

#### **2.4. Acceso a la mamografía como servicio de salud.**

Para los servicios en salud el acceso “es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención” (Nigenda et al., 2008, p. 255). Está determinado por distintos factores y la relación existente entre ellos: factores propios de la población, la organización y otorgamiento de los servicios (Nigenda et al., 2008).

De esta manera, la accesibilidad es vista como el encuentro entre los usuarios y los servicios, en consecuencia, resulta oportuno pensar en este concepto desde otra perspectiva que incluya las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

Sucede que los países han realizado esfuerzos importantes para lograr alta cobertura de aseguramiento, sin embargo, esto no significa que se esté ante un escenario positivo sobre acceso a los servicios o calidad de la atención en estos (Sánchez et al., 2014). En el artículo titulado “Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia” se discute sobre la importancia de un verdadero acceso a los servicios de salud, en este caso destinados al cuidado de la mujer:

(...) a pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer (...), las mujeres con cáncer de mama enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad (Sánchez et al., 2014, p. 305).

Lo anterior sucede no sólo a nivel de Colombia, en Costa Rica la situación del cáncer de mama no difiere significativamente, pues en muchas ocasiones las pacientes se presentan o son llevadas a realizarse los exámenes tardíamente debido a una limitante sociocultural, económica, geográfica y administrativa, lo que impide que el sistema de salud pueda actuar para realizar un diagnóstico precoz: “En teoría, un sistema de salud debe garantizar el acceso, independientemente de la condición socioeconómica y el grupo étnico del individuo, asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos” (Sánchez et al., 2014, p. 306).

En los países de bajos y medianos ingresos el acceso a la mamografía suele ser más limitado, no sólo por la escasez de información y servicios en sí, sino que interviene una serie de características como: “el analfabetismo, las creencias religiosas y de salud, así como las desigualdades de género y sociales” (OMS, 2012, párr. 9) que a la larga impiden obtener un tratamiento sin demora en el caso del cáncer de mama.

“El estigma y la discriminación también obstaculizan gravemente las decisiones de las mujeres y su determinación para buscar asesoramiento médico cuando encuentran un

bulto en el pecho” (OMS, 2012, párr. 10). Se observa claramente que el acceso a la mamografía en sí no depende de un aspecto en específico, sino que se encuentra ligado a una serie de factores que intervienen para permitir o denegar la utilización de este servicio de salud.

Desde una perspectiva de derecho, es decir, desde el punto de vista legal, la no accesibilidad en este tema se puede definir como la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. En este sentido se explica la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Solano, 2013).

Se puede decir que de esta manera la principal función del sistema de protección de la salud pública es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades, ya sea percibida o no percibida, en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad.

En Costa Rica el Ministerio de Salud (MINSa) a través del Modelo Conceptual y Estratégico de la Garantía de Acceso a los servicios de salud, es crucial para comprender la base conceptual que da sustento a la garantía de acceso a dichos servicios. Identificando a los determinantes del acceso en dos grandes áreas: 1) Determinantes de Carácter Poblacional y, 2) Determinantes Generados por el Sistema Nacional de Salud (MINSa, 2008).

De acuerdo con el marco legal vigente, la entidad a la que le corresponde ejercer la rectoría en salud es al Ministerio de Salud y su responsabilidad trasciende el organizar, coordinar y dirigir los servicios de salud del país, ya que abarca todas aquellas actividades, públicas y privadas, que determinan en forma significativa el nivel de salud de la población. Si el Ministerio falla en el ejercicio de esta responsabilidad el acceso de la población a este tipo de servicios se ve limitado (Solano, 2013).

El Sistema Nacional de Salud, tiene la obligación de garantizar el acceso universal de la población a los servicios de salud, tanto de atención directa a las personas, como aquellos destinados a proteger y mejorar el hábitat humano, con énfasis en los sectores más vulnerables de la población (Solano, 2013).

Lo señalado anteriormente respecto al acceso a los servicios de salud, ayuda a comprender la problemática existente en caso de impedirse la obtención de la atención en

salud. Este tema se encuentra sumamente ligado a las características biológicas, ecológicas, económicas y culturales que podría tener una influencia significativa en el acceso a la mamografía.

## **2.5. Determinantes sociales: influencia en detección temprana de cáncer de mama.**

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de los *Determinantes Sociales de la Salud* ha contribuido a estudiar como los factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales inciden, determinan y condicionan la salud-enfermedad de la población, y en general, como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas (OMS, 2012).

El modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS busca representar de manera esquemática una realidad social y política intrincada, donde se expone que los problemas clave son: el contexto sociopolítico (incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos) y los determinantes estructurales (aquellos que generan la estratificación social, educación, género, factores de ingreso) en contraposición con los intermedios (que influyen en la configuración de la estratificación social y a su vez determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud; condiciones de vida, las de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población y las barreras para adoptar los estilos de vida saludables) (OMS, 2017).

Es por esta razón que al estudiar el proceso de accesibilidad al estudio de mamografía no se puede omitir que trasciende a dimensiones más allá de la biológica, lo cual conlleva a analizar el fenómeno desde la multidimensionalidad, integrando lo social.

Los determinantes de la salud estructurales donde se haya el factor educativo, ayuda a comprender la accesibilidad al examen de la mamografía, lo cual permite tomar en cuenta las condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales y biológicas que facilitan o limitan los hábitos de cuidado de la salud en ese sentido.

La determinación social de la salud es un proceso objetivo que se expresa en el estado de salud de la población como “la causa de las causas” de sus riesgos y daños,

por tal motivo, es imprescindible tenerlo en cuenta en cualquier proceso de análisis de la situación de salud (Linares Pérez, 2015).

Con respecto a la educación, en promedio, las personas con mayores niveles educativos incrementan las elecciones y oportunidades disponibles. La seguridad y la satisfacción en el trabajo mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales (Moiso como se citó en Barragán, 2007 p. 179).

Trabajos como el informe de Lalonde y la OMS exponen el ingreso económico y estatus social (gradiente social) como características de los determinantes sociales y su relación con la salud, dado que determina el grado de control que las personas tienen sobre las circunstancias de la vida. Son las personas de clase social baja las que corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura que aquellas que se encuentran en un nivel económico más alto (Moiso, como se citó en Barragán, 2007).

### **2.5.1. La educación como factor determinante de la salud.**

El papel de la educación como determinante de la salud y su relación con las creencias alrededor del examen mamográfico, radica en que la creencia emerge de un proceso cognitivo, donde la información que recibe la persona está condicionada a la cantidad y calidad de conocimientos, en este caso, sobre mamografía y autocuidado. Es por esta razón que la educación conlleva a la distinción de las creencias favorables, pues influye en la conducta de las personas y dando un sentido al mundo que las rodea. (Maldonado A, González E, Cajigal E. 2019).

En el contexto de la educación, se gestan un conjunto de relaciones, acciones y condiciones sociales y culturales que actúan de manera interrelacionada con respecto al conocimiento del cuidado de la salud, y ello se encuentra definido en los niveles de estratificación social, donde los grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud (Gumá J, Arpino B y Solé A. (2019).

Aunado a esto, la influencia del género ha llevado a reforzar la importancia de la educación para la salud, dado que se ha colocado a la mujer como una figura principal de gestión de cuidado tanto en el ámbito público como en el privado. De esta forma, se

refuerza la visión estereotipada, que dificulta involucrar nuevos conocimientos de cuidado a las creencias y costumbres culturales. (Schneider J, Pizzinato A, Calderón M. 2015).

En la detección temprana del cáncer de mama, el conocimiento, la experiencia y creencias del cuidado de la salud que las mujeres poseen, conlleva a la concientización de la realización de exámenes diagnósticos como la mamografía de forma oportuna.

Puesto que la educación es un determinante de la salud y tiene implicación con la información que conforma la creencia es necesario exponer como repercute en los diversos niveles en que se desenvuelven las personas. Esta es la razón por la que a continuación se expone la teoría ecológica de Bronfenbrenner, hallando tres niveles que permiten comprender esta relación y adaptarlo dentro de un microsistema, mesosistema y macrosistema.

Según Bronfenbrenner, (1987) el microsistema es el nivel más cercano al sujeto, e incluye comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días: es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en la familia, la escuela, el trabajo y su círculo de amigos. En el campo de la salud se encuentra relacionado con el conocimiento de las prácticas de autocuidado desde la familia y la posibilidad de generar hábitos saludables, tomando por ejemplo la realización de la mamografía.

El mesosistema se refiere a la actuación de las instituciones mediadoras entre la cultura y la persona. Es el nivel intermedio, en el que se ubican las organizaciones, normas, reglamentos, medios de comunicación. Acá se insertan además las redes sociales que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

El macrosistema está conformado por la influencia de los factores ligados a las formas de organización social, a las características de la cultura, a los sistemas de creencias y al momento histórico y social. En el campo del cuidado de la salud el macrosistema está relacionado por todo lo que integra el sistema de salud integrando el desarrollo de las políticas públicas.

Las acciones que se realizan en el microsistema, interactúan con el mesosistema, es decir, con las diversas instituciones que existen en la comunidad. En tanto, el mesosistema está claramente inmerso en un macrosistema en el que existen las políticas de salud orientando hacia un objetivo de desarrollo nacional y que dota de competencias a las personas. (Ramos y Choque. 2007)

Esta estructura permite comprender como la educación se convierte en un determinante tanto de la salud como de accesibilidad a los servicios y esto a su vez proporciona herramientas para comprender los comportamientos, creencias y conocimientos de las personas con respecto a la mamografía.

## **2.6. Creencias en salud: influencia en acceso al estudio mamográfico.**

¿Por qué las personas no acuden a realizarse el examen de mamografía, a pesar de las evidencias de su carácter de detección temprana del cáncer de mama? ¿Por qué una mujer acude a realizarse la mamografía?

Los seres humanos cuentan con un legado de creencias y prácticas de cuidado de la salud que son heredadas de generaciones que les precedieron y que ellos a su vez usarán, adaptarán, desarrollarán y transmitirán a la generación venidera. (Catedra Medicina y Sociedad, 2017).

Según Collière, (1997) "los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias". Se observa, entonces, la relación dinámica entre creencias y prácticas en la cual las creencias influyen en las prácticas y estas a su vez pueden modificar a las creencias. (Melguizo & Alzate, 2008, parr. 57). En este planteamiento se resalta que tanto las creencias como las prácticas emergen de la realidad misma que rodea a las personas y que se utilizan para adaptarse o responder a su entorno.

Lo anterior refleja que las creencias pueden incidir en los procesos de autocuidado de la salud, en el caso de la realización de la mamografía como práctica de promoción de la salud, siendo el género una variable que incide en el acceso, dado al predominio de una influencia patriarcal que limita a la mujer al propio cuidado de su cuerpo, vinculando a un sistema de creencias y valores que no promueven la salud (Solano, 2013).

Otra perspectiva teórica es desde la enfermería transcultural, Purnell y Paulank (2003) plantean que una creencia es algo que es aceptado como verdad, aceptados por la gente en un grupo cultural; por lo que las creencias no tienen que ser demostradas.

En este concepto se presentan diversos tipos de creencias como las prescriptivas, las cuales tienen una armonía con la sociedad en cuanto lo que se debe de hacer, así por

ejemplo la realización de la mamografía es algo que necesita realizarse como parte de la promoción de la salud. Un segundo tipo son las creencias restrictivas, las cuales hacen relación a las cosas que no se deben hacer para tener resultados positivos. Por ejemplo, el no comer con exceso comidas rápidas puede mitigar daños a la salud.

Por último las creencias tabú que son las creencias sobre aquellas cosas que si se hacen, es probable que causen gran preocupación o resultados negativos para el sujeto, la familia o la comunidad, por ejemplo cuando la usuaria no acude a la realización de la mamografía por miedo a la radiación.

En el campo de la psicología social se encuentra la teoría de las “representaciones sociales”, propuesta por Moscovici (1979), en esta teoría se incluye a las creencias dentro de la categoría de representaciones sociales y son definidas como “un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común.

Si bien tanto las creencias como las representaciones sociales son sistemas cognitivos, producciones mentales que interpretan la realidad, tienen un componente social e individual, dan entendimiento, y consideramos que tanto la una como la otra influyen en las conductas, pero difieren en su concepción de base. Las “representaciones sociales” enfatizan su función práctica, los procesos comunicativos, de interacción social, de constituirse en guías de comportamientos y de sus relaciones con el medio; mientras que las creencias ponen el acento en los procesos cognitivos que explican los itinerarios mediante los cuales se construyen los conocimientos y se da sentido al mundo que rodea a los sujetos (Maldonado A, González E, Cajigal E. 2019).

Existen diversas posiciones para estudiar las creencias en salud, la búsqueda bibliográfica refleja que se diversas investigaciones lo han realizado desde la implementación del modelo de creencias en salud (Andreu, *et. al.* 2004, Lostao, 2000, Melguizo, *et. al.* 2008, ) sin embargo las creencias sobre el cuidado de la salud que se ahonda en esta investigación considera las creencias desde las ideas que las personas aceptan sobre cómo conservan o recuperan su salud o como conductas verbales que las personas expresan. (Melguizo & Alzate, 2008, parr. 22).

Basado en lo anterior se observa la complementariedad de enfocar las creencias sobre el estudio de mamografía desde las opiniones, conocimientos, actitudes de las personas.

En el caso del examen de mamografía las creencias muchas veces pueden ser las causantes de acudir tardíamente a la asistencia médica dado que puede estar relacionado al imaginario de detección de cáncer y muerte o al dolor en la realización del mismo además del pudor de muchas mujeres por ser atendidas por personal masculino.

En ese sentido Gómez (1991) menciona que “las madres de mayor edad manifiestan temor de realizarse el examen de la citología por desconocimiento del mismo, así como por vergüenza de ser atendidas por un médico de sexo masculino” (p. 191). Paralelo a la mamografía puede manifestarse una serie de creencias o imaginarios similares que condicionan la accesibilidad.

Las creencias como conductas humanas son concebidas desde un punto de vista más cognoscitivo, al respecto Moreno y Gil como se citó en Melguizo & Alzate, (2008) afirman que las creencias, son entidades que no son observables directamente, pero que se infieren de las relaciones observadas entre eventos del ambiente y conductuales. Así, desde la perspectiva funcional, Moreno y Gil proponen una definición de las creencias de salud como "conductas verbales" que "han adquirido a lo largo de la historia conductual del sujeto funciones de control sobre otras conductas, tanto verbales como no verbales" (Melguizo & Alzate, 2008, parr. 30).

Se puede afirmar que las creencias tienen su origen en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que le rodea así como su propio mundo interno. Es decir, son representaciones sociales que pretenden integrar lo individual y lo social.

Al estudiar las creencias el análisis debe trascender más allá de lo que la persona dice para poder comprender si esto concuerda o no con lo que hace, por lo que para analizar la accesibilidad a la mamografía desde la influencia de las creencias se determina trabajar, además de la información, las actitudes sobre la mamografía que tienen las mujeres participantes de esta investigación.

Al definir las creencias según Rokeach (como se citó en Araya, 2002) las expone como proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase “Yo creo que...”. El

contenido de una creencia puede describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto (Araya, 2002, p.35)

Es decir, el concepto responde a un interés epistémico, no a uno psicológico, dado que no siempre existe correspondencia entre creencias y acciones, porque aquéllas condicionan solo “una disposición de actuar de ciertos modos y no de otros: el objeto de la creencia, determina, circunscribe, delimita o acota en cada circunstancia particular el ámbito de respuestas posibles” (Díaz como se citó en González y Fallas, 2014, p. 53). La información se almacena en la memoria a lo largo de toda la vida, como resultado de las experiencias y aprendizajes. Sobre la base de estos conocimientos las personas se guían para actuar ante una situación determinada (González y Fallas, 2014, p52). Por otro lado, la actitud orienta la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción, es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación (Araya, 2002, p. 45).

## **2.7. Categorías de análisis**

Las categorías permiten encaminar a la comprensión de cómo influyen las conductas de salud, en el acceso a los servicios de mamografía, partiendo tal como menciona Andreu (et al, 2004) que el someterse periódicamente a mamografías, no debe ser conceptualizada de manera dicotómica; esto es, en función de si se cumple o no el criterio establecido, sino como un proceso.

Al indagar sobre las investigaciones en creencias se apreció que esta se encuentra asociada a tres elementos: el conocimiento, la experiencia y estereotipos de una situación en particular.

Cuadro 2. Categorías de análisis:

CATEGORÍAS	CONOCIMIENTO	EXPERIENCIA	HABITOS	CREENCIAS
<b>SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD</b>	<p>¿Qué es para usted estar saludable?</p> <p>¿Qué le motiva a realizarse el examen; el médico o usted misma?</p>	<p>¿Cómo impacta en usted la práctica o experiencia de cuidado de la salud en su familia?</p> <p>¿Cómo le motiva el personal de la salud a cuidarse su cuerpo?</p> <p>¿Cuál es su experiencia en el cuidado de su salud?</p> <p>¿Cuáles cambios hubo en su cuerpo que le motivaron a cuidar su salud?</p>	<p>¿Qué actividades o acciones realiza para mejorar o mantener la salud?</p> <p>¿Cuáles acciones realiza su familia para mantenerse saludable?</p>	
<b>SOBRE LA MAMOGRAFÍA</b>	<p>¿Cuáles exámenes conoce para diagnosticar cáncer de mama?</p> <p>¿Cómo han sido los relatos sobre la mamografía en personas cercanas?</p>	<p>¿Podría comentar como fue su experiencia en la realización del examen de mamografía?</p> <p>¿Cuáles diferencias considera entre realizar la mamografía en una clínica privada y en un hospital público? ( tiempo de espera en citas)</p>	<p>¿Hace cuánto te realizaste tu primera mamografía?</p> <p>¿Dentro de cuanto volverá a realizarse la mamografía?</p> <p>¿En su familia está el hábito de realizarse la mamografía?</p>	<p>¿Considera que la realización de la mamografía implica dolor?</p> <p>Cuál es su opinión con la siguiente frase: "la radiación de la mamografía puede producir cáncer"</p> <p>¿Qué opina que la mamografía la realice un hombre?</p>
<b>SOBRE EL CANCER DE MAMA</b>	<p>¿Cuáles signos o síntomas indican sospecha de cáncer de mama?</p>	<p>¿Cuál es la experiencia familiar con cáncer de mama?</p>		<p>Como afronta usted sus experiencias y conocimiento con respecto al cáncer de mama?</p>

Elaboración propia. 2019

Por lo tanto, este trabajo presenta en las categorías de análisis derivadas, el conocimiento de autocuidado de la salud, cáncer de mama y mamografía, así como las experiencias en ellos quedando de la siguiente manera:

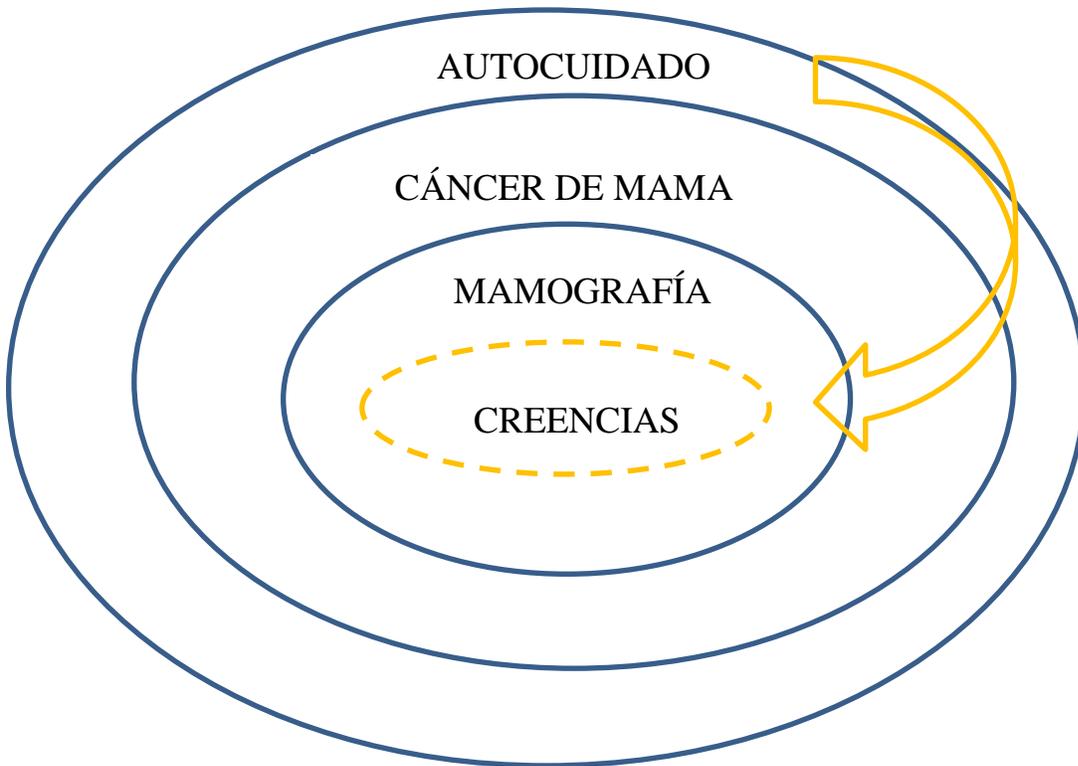
1. Conocimiento de autocuidado.
2. Experiencia de autocuidado
3. Hábitos de autocuidado
4. Conocimiento de cáncer de mama
5. Experiencia de cáncer de mama
6. Creencias sobre cáncer de mama
7. Conocimiento de mamografía
8. Experiencia de mamografía
9. Hábitos de mamografía
10. Creencias sobre mamografía

Es necesario mencionar que para hallar las creencias sobre mamografía en las participantes se partió del conocimiento, experiencia y hábitos de autocuidado de la salud de manera previa, pues la asistencia periódica a la mamografía debe su base al significado que la mujer da a su cuidado de la salud desde su curso de vida.

Luego se procedió a conocer su perspectiva y vivencias sobre el cáncer de mama. Dado que la mamografía es el estudio más recomendado para este tipo de enfermedad, y la asociación de cáncer de mama y mamografía está implícito en las mujeres.

Posteriormente se aborda el conocimiento, experiencia, hábitos y creencias en mamografía.

**Figura 1.** Inserción de las categorías para el análisis de las creencias.



Fuente: Elaboración Propia. (2020)

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y pensamiento social, haciendo referencia a un tipo de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana.

Este conocimiento incluye los sentidos comunes, socialmente elaborados, que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos. Es por ello que surge la necesidad en las primeras categorías de análisis (Autoconocimiento y cáncer de mama) la condición; educativa, que se abarca con la escolaridad de las participantes, pues la cantidad de información, la actitud y los estereotipos en cuanto al autocuidado y cáncer de mama constituyen los puntos de partida para comprender las creencias en mamografía.

Paralelo a ello también veremos cómo esa condición educativa interviene en la ocupación laboral e indirectamente en la accesibilidad a los servicios de mamografía.

## **CAPÍTULO 3.**

### **PROCESO METODOLOGICO**

Este apartado, se posiciona propiamente en el proceso de investigación y no en el objeto de investigación. Esto significa que en las siguientes páginas se hará un recorrido por las decisiones y acciones investigativas que, finalmente dieron como producto la presente obra. Se pretende con ello evidenciar la construcción del objeto de estudio y, a la vez, la reflexión de la investigadora con relación al proceso de exploración.

A continuación, se describe en detalle la postura metodológica asumida por la autora de la presente investigación.

#### **3.1. Paradigma de la investigación**

El abordaje a través del *paradigma naturalista* radica en el hecho de que es por medio de este que se busca centrar en el estudio de los significados y las acciones humanas de las personas participantes, las creencias, intenciones, motivaciones y otras características que facilitan o limitan la accesibilidad al estudio de la mamografía que no son observables directamente.

La realidad dentro de esta investigación se comprende en la forma de construcción mental basada de forma experiencial y socialmente. De naturaleza local y específica y la forma y el contenido depende de las construcciones dada la información y al ser construcciones son alterables como lo son también sus realidades relacionadas.

La investigadora y el objeto de investigación están vinculados interactivamente de tal forma que los hallazgos son literalmente creados al avanzar la investigación.

Bajo una lógica inductiva, el conocimiento es un emergente que no responde a la verificación de hipótesis sino más bien al descubrimiento. La representación teórica y social del objeto de estudio es fundamental, pues la representación que impone cada persona (su contexto su situación particular).

### **3.2. Enfoque de la investigación**

La metodología a emplear de acuerdo a los objetivos planteados tendrá un enfoque cualitativo. El método cualitativo en las investigaciones en salud aborda determinados problemas desde perspectivas diferentes a las biomédicas, tales como la necesidad de avanzar en el conocimiento de las creencias para analizar su influencia en la accesibilidad de la mamografía.

### **3.3. Tipo de diseño de investigación**

Para algunos autores, el estudio de caso no es una metodología con entidad propia, sino que constituye una estrategia de diseño de la investigación que permite seleccionar el objeto/sujeto del estudio y el escenario real.

El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social. Para Yin (como se citó en Martínez, 2006) el estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales.

Enfocando lo anterior a la propuesta de trabajo, para estudiar la accesibilidad al examen de mamografía desde las creencias es oportuno realizarlo en un contexto cotidiano, alejado del entorno sanitario, por lo que dentro de la dinámica de estudio de caso, se enfoca a un escenario real, en este estudio, una institución de educación universitaria, donde las informaciones, opiniones, actitudes, creencias, de las mujeres participantes pueden aportar las diversas percepciones del examen de la mamografía.

### **3.4. Espacio donde se desarrolla la investigación**

Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio.

### **3.5. Tiempo**

El periodo de tiempo en el que se realiza la investigación se encuentra comprendido entre mayo a agosto del 2018.

### **3.6. Unidad de estudio**

Creencias sobre el examen de mamografía de las mujeres docentes y administrativas de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, entre mayo y agosto de 2018.

### **3.7. Población y muestra**

La población de estudio comprende:

- Funcionarias docentes y administrativas (administrativas contempla tanto mujeres en labores de oficina administrativa y mujeres que trabajan en servicios generales como misceláneas y mujeres que trabajan en servicios subcontractados de soda y cafetería) de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, presentes entre mayo y agosto del 2018.

### **2.8. Criterios de inclusión**

- Mujeres que al momento de la investigación tengan 45 o más años de edad -se aclara que la recomendación de la mamografía es hasta los 45 años en Costa Rica (La Gaceta, 2014, p.14)-. En promedio, la población de funcionarias suma 50 mujeres de las cuales más de la mitad contempla este rango de edad.
- Que trabajen en la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio.

Las razones por las cuales se plantea trabajar con dicha población universitaria se fundamentan en que:

- Al estar desligado del contexto hospitalario, permite reconocer el significado de las prácticas en salud con respecto a la mamografía, lo cual facilita que los datos

que se obtengan no se encuentren influidos por el espacio físico donde se aplica la entrevista.

- Cada mujer tiene una historia y estilo de vida diverso, lo cual contribuye a enriquecer las variadas expresiones, conceptos y representaciones sobre el examen de mamografía.
- Es una población accesible que contempla varios grados de escolaridad desde secundaria hasta universitaria y rangos de edad (aproximadamente 45 a 60 años), lo que conjuga al entendimiento de la accesibilidad a la mamografía mediante el imaginario de las creencias en la población femenina con edades indicadas para realizarse la mamografía.
- Por otra parte, también permite reconocer el significado de las prácticas de salud que se permean desde una institución pública, donde se mezclan con las ideas políticas, religiosas y académicas, muy diversas en las participantes.

Considerando que la naturaleza del estudio pretende conocer las creencias sobre el examen de la mamografía en las mujeres participantes, el principal criterio que se tomará en cuenta es la representatividad en la muestra teórica.

Cabe recalcar que la muestra teórica no pretende centrarse en la cantidad de sujetos participantes sino más bien en los datos que se desprendan de los informantes para poder concretar la teoría, es decir lo que requiere es que los datos sean exhaustivos.

Para el muestreo teórico es importante un cierto grado de consistencia en el sentido de que las comparaciones se hacen sistemáticamente en cada categoría, lo que garantiza el completo desarrollo de todas ellas.

### **3.9. Criterios de rigor**

Durante el proceso de la indagación cualitativa se pretende realizar un trabajo de calidad que cumpla con el rigor de la metodología de investigación. Por lo que se tomaran los criterios de dependencia, credibilidad, transferencia y confirmación.

Entre las medidas que se adoptarán para incrementar la *dependencia* se encuentra el mantener las descripciones detalladas en el cuaderno de campo y las

entrevistas documentadas en audios grabados y transcritas de modo que el trabajo realizado resulte “transparente y claro” para quien examine los resultados.

*La credibilidad* permite que se reflexione sobre los prejuicios, creencias y concepciones de la investigadora respecto al objeto de estudio, con la finalidad de minimizar sesgos. En el caso específico de esta investigación, el prejuicio que podría surgir es el tratar de ligar la creencia de la salud con los factores no favorecedores de accesibilidad (barreras) al examen de mamografía y omitir los favorecedores.

Es por esta razón que la investigadora tomando en consideración la subjetividad como característica del saber y pensar científico naturalista, enfrenta la pregunta de cómo traducir a herramientas metodológicas las consideraciones de la subjetividad del investigador y ponerla al servicio de la investigación, se coincide con diversos autores ( Russell & Kelly, 2002, Cornejo & Mendoza, 2011) en que la clave está en la reflexividad, tratando de volver al investigador y su actividad como objeto de análisis, de modo a desarrollar una conciencia crítica respecto a la acción del investigador.

Dentro de este ejercicio metodológico surgen categorías que permitieron hallar factores favorecedores de accesibilidad al estudio mamográfico y entre ellas se encuentran: el conocimiento de autocuidado y mamografía.

*Transferencia* (aplicabilidad de resultados), no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de éstos o su esencia pueda aplicarse en otros contextos (Williams, Unrau y Grinnell, como se citó en Hernández, 2010 p. 478). La investigadora considera que los hallazgos de la presente investigación podrían brindar algunas pautas hacia como influyen las creencias en el autocuidado de la salud por parte de mujeres trabajadoras en instituciones educativas, por lo que puede esta investigación facilitar fenómenos similares en otros ambientes.

*La confirmación* es un criterio que está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador (Guba y Lincoln, 1989; como se citó en Hernández, 2010, p. 478). Está determinada por la coherencia de los resultados donde implica rastrear los datos de la entrevista a profundidad y posteriormente codificarlos mediante los alcances de la teoría fundamentada para poder interpretarlos.

Integrando este proceso en un ejercicio constante de la investigadora orientada a conseguir un entendimiento amplio y lucido del proceso a través del cual se lleva a cabo la investigación, generando en la investigadora una conciencia crítica respecto a la acción del investigador.

### **3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Este apartado describe las técnicas que se utilizarán para aplicar los instrumentos seleccionados: la observación participante y la entrevista a profundidad. En relación con las características de esta investigación (paradigma, enfoque, método), las técnicas seleccionadas se eligen por su capacidad para generar datos descriptivos (Gamboa y Gómez, 2015 p. 92).

#### **3.10.1. Ficha de identificación/registro**

La ficha de registro representa una técnica de control escrita, cuyos datos son suministrados por los participantes del proceso de investigación, el mismo se formaliza antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos.

Este instrumento es construido por la autora de este trabajo, con la finalidad de recopilar datos sociodemográficos de las participantes en el estudio, como su identificación dentro del estudio (nombre, cédula o inicial), edad, estado civil, escolaridad, localidad de residencia, también contempla el consentimiento informado para participar en el estudio (verificación de la firma) y una columna para observaciones varias (Ver Anexo 2).

#### **3.10.2. Observación Participante**

Esta técnica representa el ejercicio de capacidades para seleccionar, ver y registrar sistemáticamente la conducta, el comportamiento, los gestos, las vivencias y las características de las personas, objetos y fenómenos observados, de ahí que el investigador y sujeto de estudio compartan el contexto y las experiencias, bajo con la

finalidad de establecer una visión aproximada a la realidad sin distorsión de la información, lo cual se traduce en un flujo de información constante del investigador, los participantes y el contexto (Patton, 2007).

El instrumento consiste en una guía de criterios para el cuaderno de campo, es diseñada por la investigadora de este estudio y tiene como objetivo registrar sistemáticamente los datos observables tales como: gestos, comportamientos, entre otros, que son percibidos de la realidad social y sirve de evidencia del proceso de investigación.

Para ello se utiliza un cuaderno de notas en el que se escriben o dibujan las observaciones, y se establece una guía con los datos mínimos a consignar durante el proceso de investigación (Ver Anexo 3).

### **3.10.3. Entrevista a profundidad**

Esta técnica es concebida como una conversación durante la cual se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruiz, 2009). Es la técnica cualitativa más frecuentemente usada en los estudios cualitativos en salud y es empleada para obtener información sobre actitudes, valores y opiniones relativos a los temas de interés desde el punto de vista del entrevistado.

Por lo anterior, y de acuerdo con Ibáñez (1986), cuando las personas revelan sus representaciones mediante sus producciones verbales no están efectuando la descripción de lo que está en su mente, sino que están construyendo activamente la imagen que se forman del objeto con el cual les confronta las preguntas de la investigadora. En este sentido, la entrevista se instituye y desenvuelve a partir de su capacidad para dar cuenta de la vivencia individual de la persona entrevistada (manifiesta o latente) y del sistema de marcadores sociales que encuadran su vida social.

El instrumento consiste en una guía de preguntas generadoras para recabar información de las personas implicadas en el estudio respectivo de las categorías de análisis. Es así como se realizarán preguntas vinculadas con los conocimientos y creencias acerca de la mamografía, cáncer de mama y autocuidado, sobre las actitudes hacia la información que se deriva de la mamografía y la influencia del profesional de la salud ante la misma, así como la influencia familiar para acudir al examen de mamografía.

Por último, las opiniones e imágenes sobre las experiencias a la mamografía y los antecedentes de cáncer de mama y autocuidado (Ver Anexo 4).

La interacción verbal, se fundamenta en la apertura de las personas a la comunicación a un mínimo marco pautado como guion temático previo, que recoge las temáticas que interesan a la investigadora. No obstante, tal guion no está estructurado secuencialmente, pues lo que interesa es que, durante la entrevista, la persona entrevistada produzca información sobre todos los temas de investigación, pero sin inquirir sobre cada uno de ellos en un orden prefijado. Esta situación, es lo que hace que cada texto posea una particularidad que le es conferida por el sello personal de quienes participan en el estudio.

### **3.11. Análisis y presentación de la información**

En el análisis cualitativo, según Strauss y Corbin (2002), las metodologías son, básicamente, una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos y son precisamente dichos conceptos los que permiten la necesaria reducción de la complejidad de la realidad social. Mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos es que se genera la coherencia interna del producto científico. Estos autores concluyen que una teoría fundada empíricamente deberá explicar al mismo tiempo de describir, lo que hace de esta metodología una alternativa indicada para el estudio de las creencias, ya que permite tanto el estudio de sus contenidos (aspecto descriptivo) como de su estructura interna (aspecto explicativo).

#### **3.11.1. Teoría fundamentada**

La teoría fundamentada permite articular, en el desarrollo de la investigación, la identificación del contenido de la creencia, que alude a una forma de conocimiento específico o de sentido común, y más ampliamente, designa una forma de pensamiento social, tal como lo expresa una representación social.

El estudio de las relaciones entre la creencia y la articulación con la representación social, conlleva a la organización del contenido de los datos, es decir, el contenido de la creencia en un sistema de categorías que constituye la identificación de

las relaciones entre los elementos que componen la creencia. Estos propósitos pueden abordarse metodológicamente a través del proceso de codificación axial presente en la teoría fundamentada, en el cual se define el eje de cada categoría y las relaciones existentes entre éste y los elementos que componen la categoría (condiciones, acciones/interacciones y consecuencias).

En ese sentido, la teoría fundamentada es una propuesta metodológica que busca desarrollar teoría a partir de un proceso sistemático de obtención y análisis de los datos en la investigación (Glaser & Strauss como se citó en Strauss y Corbin, 2002). Constituye una metodología general para el análisis de datos cualitativos que usa sistemáticamente un conjunto de métodos para generar una teoría inductiva en torno a un área sustantiva (Glaser, 1992). La teoría emergente a la que se refiere la teoría fundamentada, consiste en un conjunto de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones relacionadas entre sí, que dan cuenta de un fenómeno determinado, mediante un proceso de descripción, comparación y conceptualización de los datos.

En resumen, la primera etapa es la descriptiva, por medio de esta se reconstruye inductivamente la categoría general a partir de elementos particulares, así como contenidos socialmente compartidos por medio de comparaciones de representaciones singulares. Al finalizar esta etapa se obtiene una descripción exhaustiva de los contenidos de las creencias del grupo social investigado (Strauss & Corbin, 2002). Sin embargo, el aporte esencial de esta metodología se expresa en la segunda etapa, el análisis relacional. A través de éste se reconstruye la estructura interna de las creencias, es decir, las relaciones y jerarquías existentes entre sus diferentes contenidos (Krause, como se citó en Murillo, 2010).

### **3.12 Consideraciones Éticas**

#### **3.12.1. Consideraciones**

En cuanto al uso de los datos para realizar el estudio, la información que brinde cada persona va a ser tratada de forma completamente confidencial, de manera que los resultados de la investigación nunca van a ser vinculados con una persona en específico. No son requeridos los nombres de las personas participantes para obtener y describir la

información que cada objetivo de la investigación pretende, se hará uso de códigos aleatorios para identificar a cada una de las participantes.

### **3.12.2. Procedimientos de revisión**

El estudio se basará en los principios éticos de investigación en seres humanos mediante la propuesta de fundamentación bioética. Beauchamp y Childress (2009) formulan cuatro principios generales fundamentales para orientar moralmente las decisiones de los investigadores y estos principios son: Respeto por la autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.

Para potenciar la autonomía de las personas, la información se debe comunicar de tal manera que los participantes de la investigación comprendan de qué se trata y puedan decidir con conocimiento de causa en pleno ejercicio de su autonomía personal, cumpliéndose las exigencias del consentimiento informado.

El concepto de no maleficencia se suele explicar a través de las nociones de daño y perjuicio, el primero tiene un significado normativo y el perjuicio carece de normativa, para que haya agravio es necesario que el daño haya sido intencional.

Por otra parte, el principio de beneficencia consistirá en que los datos aportados por las participantes trascenderán a comprender los imaginarios que se dan alrededor del examen de mamografía, lo cual provee de insumos para optimizar la atención en los servicios de Imagenología.

Se le brindará a cada participante el consentimiento informado elaborado para esta investigación, así, se verá reflejado el principio denominado respeto por las personas, en donde cada una de ellas puede decidir si desea o no participar en la investigación, basándose en la información que allí se le presenta.

### **3.12.3 Consentimiento informado**

Apela a la dimensión ética y social, en las cuales se expresa que toda investigación que involucre la participación de seres humanos debe respetar y validar los principios éticos y morales que orienten el accionar en la investigación, a fin de evitar y

mitigar los daños y perjuicios intencionales a las personas participantes (Rance y Salinas, 2001).

El formulario corresponde a la formula aprobada por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica en la sesión ordinaria N° 63, realizada el 07 de junio del 2017 (Ver Anexo 1)

#### **3.12.4. Devolución de los datos**

Al finalizar el análisis de los datos y su respectivo informe se procederá a convocar a una reunión a las participantes con la finalidad de exponer los resultados, así mismo se procederá a realizar una charla sobre el tema de creencias en la mamografía con el objetivo de fortalecer el conocimiento acerca de dicho estudio.

## **CAPÍTULO 4.**

### **PROCESO DE ANÁLISIS**

#### **4.1. Discusión de los resultados**

En este capítulo se exponen los resultados derivados al transcribir, sistematizar y analizar los datos obtenidos mediante la metodología de la teoría fundamentada. Lo que se propone es comprender el acceso al examen de mamografía desde la influencia de las creencias, en las mujeres docentes y administrativas de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica.

Para conseguir una mayor comprensión sobre este proceso, se muestran los pasos seguidos dentro de la metodología empleada, es por esta razón que se abordó una primera fase descriptiva, luego una fase de análisis y por último los apuntes teóricos que se derivan en cada una de las categorías sobre autocuidado, mamografía y cáncer de mama.

##### **4.1.1. Descripción del grupo participante**

Las participantes de esta investigación fueron mujeres que se encontraban trabajando en la Escuela de Estudios Generales (EEG) en el periodo de abril a julio de 2018, en las áreas de docencia, administración y personal de cafetería. En total fueron entrevistadas 21 mujeres en edades comprendidas entre los 45 a los 63 años.

Mediante el instrumento de ficha de identificación y registro se procede a preguntar y anotar la escolaridad y se hace la distinción en dos grupos:

**Grupo 1:** Participantes con formación universitaria: participantes que se encuentran en el área docente y administrativa.

**Grupo 2:** Participantes sin formación universitaria: participantes que se encuentran en áreas de servicios de cafetería y limpieza.

Se parte de esta distinción dado que el nivel educativo surge como una condición que emerge e interviene en las categorías de análisis, pues la escolaridad tiene un fuerte impacto sobre los tipos de ocupación y lo que esto significa en cuanto a condiciones de trabajo, ingresos y acceso a recursos y, dentro de ello, a los servicios de salud.

#### 4.1.2. Análisis desde la teoría fundamentada

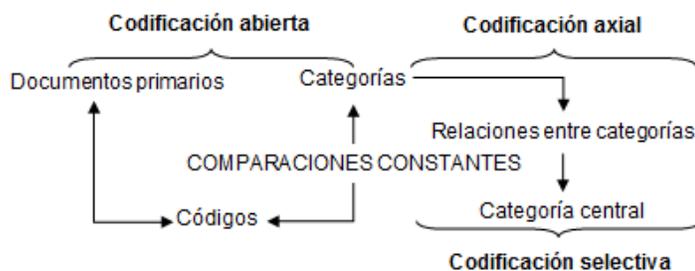
En el campo de la salud este método permite comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar un abordaje de atención holístico y competente que explora situaciones desconocidas.

Dentro de los pasos de este método analítico, la codificación abierta identifica y organiza los conceptos y descubre en los datos sus propiedades (atributos) y dimensiones (rangos de un atributo) y conforma las categorías.

La codificación axial relaciona las categorías, siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones, y de mirar cómo se entrecruzan y se vinculan estas.

Luego surge la codificación selectiva, en donde en la construcción de la categoría ya no emergen relaciones nuevas durante el análisis y se ha llegado a la saturación teórica.

**Figura 2.** Proceso de Teoría Fundamentada



Fuente: San Martín, D. (2014).

El término teorización se contrapone al utilizado formalmente, en este caso establece la importancia de construcciones derivadas a contextos particulares y, por lo tanto, de problemas o áreas de interés delimitados a este. De modo, que alude al área empírica, concreta y sustancial de la investigación, mientras que la teorización formal está dirigida a un área de indagación general y conceptual que se desarrolla más allá del contexto (San Martín, 2014).

Seguidamente, se presentan los datos de la investigación con su respectiva categoría, el modo de presentarlos en cada categoría integró la fase descriptiva, luego la analítica y, por último, en otro apartado, las reflexiones teóricas. Se recuerda que este último es el producto de interrelacionar de manera sistemática los datos de las categorías para formar un marco teórico que permita comprender el fenómeno estudiado.

#### **4.1.2.1. Categoría: Conocimiento sobre autocuidado.**

Esta categoría expone la información que tiene la población estudiada acerca del cuidado de su salud, lo cual facilita comprender el contexto donde se desarrollan las creencias. Como lo menciona Díez Patricio (2017), el conocimiento guía nuestras acciones y de este modo también funcionan las creencias.

Al trabajar esta categoría y procesar los datos surgieron 4 propiedades o ideas que influyen sobre el conocimiento de autocuidado, las cuales son:

1. La influencia de la familia en la incorporación de información de cuidado de la salud.
2. La percepción que tienen las participantes de estar saludable.
3. La influencia del profesional de la salud para fomentar el conocimiento de cuidado de la salud.
4. La influencia del conocimiento del cuerpo en el autocuidado.

El primer aspecto es la influencia de la familia en el cuidado de la salud, Russell (como se citó en Díez Patricio, 2017) menciona que el conocimiento de familiaridad o el saber supone una experiencia personal, esto proporciona un predominio en el cuidado de la salud. A continuación, las participantes expresan la vivencia o conocimientos transmitidos por la familia, además de los saberes implícitos que facilitaron o no el cuidado de la salud. Los datos exponen que prevalece mayor apertura en la transmisión de información de las familias de participantes universitarias, llamadas acá

grupo 1 (como se especifica al inicio de este apartado). Sin embargo, en este mismo grupo se hallaron carencias de algunas participantes en la comunicación por parte de sus familias.

*“En mi familia existió un hábito, pero no desde las edades tempranas, yo por el contrario, he tratado con mis hijas que sea al primer síntoma y en edades tempranas” (U13-52).*

*“Muchas veces esa disponibilidad a cuidarse la salud puede ser porque desde pequeña mi familia tuvo como eso, y yo lo fui observando y lo adquirí” (U4-61).*

*“...papi fue un poco desordenado, los hombres como que ellos se niegan a aceptar que existe la enfermedad, con los hombres es un poco más difícil, sin embargo, mi esposo es un hombre que se cuida mucho, que va periódicamente a sus citas y se hace periódicamente el de sangre y de la próstata el antígeno, mis hermanas igual, yo creo que es como de familia, mi mamá siempre se cuidó mucho, mi mamá murió muy joven tenía 40 años, siempre fue una mujer que se cuidó mucho (...) mi tía si murió de un cáncer de cérvix tan bravo porque ella no se hizo el Papanicolaou” (U6-58).*

La integración del conocimiento es complejo, pues deriva de una concatenación de fenómenos sociales que se definen en la familia. La contribución del pensamiento epidemiológico permite la visión de aspectos condicionantes de la salud en el grupo familiar, asumiendo una concepción holística e integradora de lo biológico, social, ambiental y psicológico en lo significativo a la salud (Alvares et al.2010, como se citó en Cid, Montes de Oca y Hernández, 2014).

Sin embargo, la ausencia de información desde la familia no limita el cuidado de la salud, pero si lo retrasa, pues las personas deberán adquirir la información y el conocimiento conforme las experiencias de su entorno, es por ello que, tal como lo expresa Suárez y Vélez (2018) en la familia se inicia el desarrollo del ser humano como individuo social, es decir, el conocimiento que adquiere desde el hogar sirve como iniciación para construirse dentro de un contexto específico donde se aprende una serie de características que conforman los rasgos más importantes para la interacción y la vida.

En el grupo dos, las participantes con escolaridad secundaria, expresaron mayores limitaciones en la transferencia de información para el cuidado de la salud.

*“Yo tuve hijos muy joven, de 15 años, quedé embarazada a los 14 años y a los 15 tuve mi primer hijo, la verdad que empecé a escuchar eso ya casi que con mi tercera hija, es decir no escuchaba, por lo menos no había tanta información como hay ahora” (NU11-51).*

*“Tal vez subrayar el hecho, de que toda mi vida sigo corroborando que el entorno familiar puede ser definitivo... a pesar de haber tenido mamá físicamente, era una figura ausente y eso me parece que hay cosas que terminan asumiendo las mujeres muchas veces sin serles responsabilidad solo de ellas, pero ahí sí me parece que entre una madre y una hija si debería haber comunicación ...no haber sabido yo de la mamografía y de la menstruación, me enteré fue porque me dio unos folletos, jamás me iba a hablar de eso” (U10-50).*

Dentro de la dinámica familiar se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo. (García D, 2010)

Sin embargo, esto puede estar sujeto a variaciones, debido a las vivencias y conflictos familiares relacionados con la dinámica de las etapas del ciclo de vida familiar, así como por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares.

El segundo aspecto se desprende de la pregunta “¿Qué es para usted estar saludable?”, a partir de la cual se identifican puntualmente actividades o ideas relacionadas al significado de estar saludable. Notándose que las participantes del grupo 1 (universitarias) conciben el concepto salud, con las áreas social, psicológica y espiritual.

*“Díay, estar saludable tiene muchos significados, la parte espiritual, la parte física (pauasa) tiene que ver mucho con la mente, depende mucho como uno esté, si tiende mucho a sugestionarse, a llamar enfermedades, entonces yo creo que está muy integrada la parte física con la mental. Yo camino, tengo una casa en el campo y los días que estoy ahí me voy a ver los atardeceres, yo salgo mucho, por ejemplo, ayer vine de Guanacaste, también uno como tiene hijos y ya después de viejo tiene una serie de temores a la muerte entonces le pido Dios que me quite pensamientos negativos y cuando siento alguna molestia no duro mucho en acudir” (U15-62).*

*“Yo no sé si uno pueda estar saludable completamente porque yo creo que yo tengo una salud casi perfecta, pero no, no me considero una persona completamente sana porque la salud para mí no implica solo lo orgánico, sino también el funcionamiento general.(U10-50).*

Mientras tanto, las participantes del grupo 2 (secundaria) muestran un concepto muy concreto y de aplicación práctica, demostrando y enfatizando de manera interesante al concepto salud en oposición a enfermedad.

*“Sentirse bien, ya si uno se siente agotado, se siente cansado, mejor uno acude al médico, puede ser que esté enfermo y necesita atención, más que todo la parte física, verdad, que uno sienta algo que no anda bien, que se sienta cansado y agotado ya eso es no ser saludable” (NU5-45).*

*“Que no me duela nada, que tenga bastante hambre, más que todo como uno trabaja todo el tiempo, estar siempre activo, no tener dolor de nada, pero si uno tiene un dolor de algo, aunque sea dolor de cabeza uno ya está mal” (NU7-40).*

La importancia de conocer lo que significa estar saludable dentro de la categoría conocimiento de autocuidado permite identificar las diversas percepciones según la escolaridad y aunado a esto como conciben dentro del proceso salud enfermedad su propio cuidado de la salud.

Producto de los conocimientos adquiridos en el entorno, el concepto de estar saludable de las participantes se encuentra ligado a los estilos de vida que según Meda (2004) se van estructurando con los aportes de los diferentes contextos sociales en los que se desarrolla la vida cotidiana. Estos factores influyen en las decisiones que las personas toman sobre sus vidas. Con respecto a esto, las participantes del grupo 1 expresan como el entorno o el estilo de vida impacta sobre su salud:

*“Cuido mi salud creyendo en lo que hago y amando lo que hago, comer sano, dormir mucho, porque soy muy dormilona, y hacer yoga, porque no soy de ir al gimnasio con mucho ruido y de impacto muy pesado porque he tenido lesiones en las rodillas” (U14-63).*

*“Bueno en este momento no me siento saludable porque tengo una situación complicada, pero sí trato de mantenerme más tranquila posible y buscar alternativas, ya sea un tecito, por ejemplo, en este momento estoy en una situación de mucha tensión, de mucho estrés que tengo tres años*

*de no resolverlo y ya salió, físicamente igual lo estoy haciendo con medicina natural, este momento estoy tomando cloruro de magnesio para limpiar hígado porque sé que emocionalmente no he logrado cómo compensarlo y se me hace complicado. Yo sé que tiene que ver en que yo tenga conciencia de esta integralidad de mi cuerpo, en este momento, sé que no hay equilibrio y lo tengo que atender” (U20-48).*

Aunado a lo anterior, las participantes del grupo 2 enfatizan al trabajo como la acción más importante por la cual mantener y cuidar la salud.

*“Ahora la valoro mucho, porque antes cuando estaba más joven no valoraba la salud y ahora que ya estoy vieja ya, la salud es lo más importante, uno sin salud no puede trabajar” (NU1-53).*

*“... a veces nos pasa a las mujeres solas, que, diay, si dejamos de trabajar me va a hacer falta la plata para la quincena para algo que haga falta, a veces ponemos una excusa como prioridad” (NU7-40).*

Es por esta razón que las diferencias de ambos grupos en cuanto a la percepción del concepto estar saludable se hace propicia, tal como lo expresa Durá y Pacheco (2010), las formas de vivir conformadas por un conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos son los factores más relevantes de riesgo en los principales problemas de salud.

Una tercera idea es la influencia del profesional de la salud para motivar a construir los propios procesos de cuidado en las usuarias de los servicios de salud. Esto es importante porque la transferencia de conocimientos que llevan a cabo los y las profesionales en salud constituye una de las herramientas que permiten a las personas facilitar o no las prácticas de cuidado de la salud.

*“No, porque nunca me la había hecho, ni le había puesto importancia hasta después que ya me explicó la doctora que yo tenía que hacérmela para estar seguros de estar bien uno” (NU1-53).*

*“No necesariamente, porque ahora como hay tanto cáncer de mama entonces lo ideal es como le digo que el mismo médico le diga a uno tiene que hacérsela cada año, como el Papanicolaou, que le dicen a uno tiene que hacérselo cada dos años, bueno a mí me lo mandan cada dos años, hay gente que se lo hace cada año verdad, pero a mí me lo mandan cada dos” (NU5- 45).*

*“Sí, porque por momentos sinceramente llegué a pensar para qué hacerse la mamografía, entonces, si me la hago y si me va a salir algo, pero después analizando eso, se vería algo más a tiempo” (NU11-51).*

*“Siempre me la he hecho en lo público.... la doctora me dijo que tenía que hacérmelo en 6 meses, entonces le dije bueno deme una, no porque no te la puedo dar tan rápido, me digo, yo, bueno no me la puede dar tan rápido si aquí duran toda la vida, si usted me la da dentro de 6 meses me la van a dar dentro de un año, o sea, tengo que sacar la cita otra vez para que usted me de ese documento y me dice (refiriéndose a la doctora) se lo voy a dar pero no lo presente todavía, y yo le dije; está bien, pero no, yo fui y hablé con la muchacha, es conocida mía,(se refiere a la persona encargada de las citas), ahí en la clínica, y le dije, necesito que este examen sea para octubre, para 6 meses, de hecho ahí decía, (se refiere al papel de la solicitud del examen) verdad, , pero tiene que haber una junta de médicos para poder analizar si me la dan” (U3-48).*

Quando se habla de la acción de cuidarse la salud, en las participantes, tanto del grupo 1 como el grupo 2, no conlleva, en la mayoría de los casos, a procesos de autonomía, sino que más bien responden a una acción que se desprende de los profesionales de la salud, en especial de los médicos que refieren los estudios.

El objetivo de la atención sanitaria ha ido evolucionando desde una lucha centrada exclusivamente en las enfermedades hacia el cuidado de la persona y su interrelación con la autonomía, lo cual genera participación de usuarios, pacientes y familias (Llauradó, 2013).

Aunado a lo anterior, el papel del profesional en la educación al usuario es relevante para el cuidado de la salud, sin embargo, muchas de las participantes tanto de secundaria como universitarias no encuentran en el profesional una información que motive a aprehenderla o bien a practicar el autocuidado.

*“El médico de nosotros es un médico que no le gusta mandar nada de eso y si uno se lo pide le entra por un lado y le salió por otro lado, en una de las citas a mi mamá le tocó con otra doctora y ella le mandó todo el chequeo, pero él dice que ella le mandó injustificadamente diciéndole que necesitaba una gastroscopia, les dijo que no la iba a mandar” (NU5- 45).*

*“... a mí no me molesta para nada en absoluto no tener el control, de hecho, prefiero que sean otras personas las que me digan qué tengo que*

*hacer, entonces, digamos, lo que podría ser la parte más traumática, haber salido del vestidor al consultorio, que es grandísimo, (se refiere a la sala de espera del consultorio) y verlo lleno de gente fue la parte como más traumática y en cuyo caso le podría decir que me sentí como remitir a una imagen de un grabado de uno de los primeros que trabajo entre la edad media y el renacimiento, la imagen del cuerpo humano...se llama de humanis corpore fabrica que sale una mujer” (U10-50).*

*“Yo creo que no me lo haría, porque en la clínica donde yo voy a veces la doctora está de vacaciones y talvez me ponen el papanicolaou cada año y si ella no está yo no me lo hago y menos si esta un varón. Si me lo hace un varón no me lo hago, aunque tenga que esperar un montón” (NU7-40).*

El profesional de salud no puede dejar de considerar que el binomio salud-enfermedad se produce en una cultura determinada, este proceso está moldeado por factores sociales donde la educación no se da exclusivamente con el enfermo, sino que se extiende también a su familia, sus parientes y amigos a través del mismo paciente (Reales, 2015).

Por otra parte, en la realización de mamografía, se da un paralelismo importante con los chequeos ginecológicos, que, al considerarlo en el ámbito de la educación en salud, son los médicos más predispuestos a recomendar la mamografía a sus pacientes y esto conlleva considerar que la acción del profesional de salud es un factor que influye en las prácticas de autocuidado.

*“No, fue porque se me inflamaron los pechos y entonces el ginecólogo, creo que él me dijo ya cumpliste 40, ya vamos a hacer la primera mamografía y vamos a ver, porque por ultrasonido ellos sabían que yo tenía los quistes y por mamografía ya el doctor me dijo para estar más seguros” (U6-58).*

*“... digamos, yo sé que tengo que hacérmela y aparte mi ginecólogo siempre que voy, tengo que llevar la mamografía, que me corresponde ese año...” (U2-52).*

*“Sí, porque el ginecólogo me dijo que ya era mejor que empezara con las mamografías” (U9-60).*

La cuarta idea dentro de la categoría conocimiento de autocuidado es que la experiencia de cuidar la salud implica autoconocimiento del cuerpo. En las participantes del grupo 2 se encuentra que la información sobre el conocimiento de cuidarse así mismas no ha sido estimulado, lo cual crea una vulnerabilidad a la práctica de cuidarse la salud.

*“Bueno no sé cómo me criaron a mí, porque ellas dicen que yo vivo en un tabú, yo ver otra mujer desnuda no sé qué me daría de reacción o verme yo mis partes hasta ese punto, nosotros entre mujeres nos contamos cosas y aquí es un vacilón, entonces una de ellas me preguntaba a mí que si yo me conozco mi cuerpo, que si yo me conozco mis partes, yo le digo que no, está loca” (NU7-40).*

*“Entonces, cuando yo me fui a hacer el control donde la otra doctora, la doctora me hizo totalmente las medidas, me tocó diferente y el primero que me vio a mí me tocó partes que no tenía que tocarme y yo no sabía y yo sola” (NU7-40).*

Por otra parte, en las participantes del grupo 1, la tendencia es hacia una preocupación por el conocer y cuidar su cuerpo desde una finalidad estética más que de salud.

*“Me di cuenta que tengo que estar más saludable físicamente, decidí hacerlo por mí, en ese tiempo tal vez no le voy a decir que fue por salud, fue por mí apariencia, no me gustaba estar gorda y ver que la ropa que a mí me gustaba comprar no me quedaba como yo quería, y como ya estaba acostumbrada porque siempre he sido de contextura muy gruesa, no había llegado a ser tan bueno, yo estoy casada dos veces en mi primer matrimonio, sí llegué a estar muy gorda porque cuando uno empieza mentalmente a descuidarse, a no importarle uno, no le importa en ningún sentido de la vida, entonces en ese tiempo estaba muy gorda, adelgacé y bajé 14 kilos y es que a mí no se me nota porque mi gordura es desde arriba hasta abajo no es que se le hace piernas ni caderas no, a mí no se me nota, de hecho ahorita tengo 6 kilos de más” (U3-48).*

*“...yo no sé si fue por no haber usado un sujetador adecuado por el mismo hecho de no hablar del tema en la casa, pudo haber sido, yo le preguntaba a mi mamá cuando tenía como 12 o 13 años que yo veía en el colegio a mis compañeras usando sujetador, que se les transparentaba, claro, por detrás y yo usaba camiseta, yo empecé a usar sujetador cómo a los 14 años que es bastante y ni siquiera fue ella la que me lo compró, fue a*

*instancia de las preguntas más entonces, me compraron un par muy caro digamos y resulta que no era ni siquiera el indicado, la talla, la copa, no sé, entonces no sé si fue también eso o también el hecho de una cuestión genética o las dos, cuando ya yo desarrollé tenía los pechos, yo los sentía grandes, yo era más gruesa nunca fui gorda, pero si era más gruesa y los tenía cómo por aquí (señala su abdomen) ahí fue a donde conocí a la doctora que le comenté, que es cirujana plástica, y cuando la vi o cuando me vio me preguntó ¿cuántos hijos ha tenido usted? porque o sea los tenía si colgando (se refiere a sus pechos) , entonces a mí no me gustaba, el caso fue que me sometió a una mastopexia y le dije yo no sé si también será adecuado reducir y me dijo no, no va a ser adecuado porque cuando el procedimiento se hace pues se reduce el tamaño, era una cuestión estética que la hice cuando tenía, qué, como 27, 28 años, una cosa así, y entonces es una operación mucho más complicada que la de prótesis y no salí muy bien, digo al final quedé muy satisfecha” (U10-50).*

El conocimiento del cuerpo influye en la toma de decisiones con respecto a la salud, tal como lo menciona Reyes (2009), si cada persona conoce su cuerpo y sabe quién es como mujer y hombre, como parte de un grupo social y un territorio, puede tener autoconocimiento y la suficiente autonomía para tomar decisiones acertadas en la vida.

El autoconocimiento del cuerpo no depende de las instituciones sino del contexto social, de la educación familiar y escolar y de un enfoque adecuado de la educación y promoción de la salud, así como de actitudes, pensamientos, valoración y comportamiento, que constituyen entonces la representación mental del propio cuerpo (Miraval, 2014).

El cuerpo es, por excelencia, lugar de cultura, de socialización. Las mujeres están sujetas a muchas prácticas. Y es que, la feminidad, al ser una construcción social: “es una forma de aplicar y reaplicar las normas de género que revisten otros tantos estilos de cuerpos” (Martínez, A. 2004). Entre las muchas técnicas corporales que producen un cuerpo más femenino se puede distinguir la que pretende conseguir un cuerpo de cierto tamaño y configuración, como son: la cirugía estética, las dietas, entre otros.

Lo anterior es relevante pues pudo denotarse en las participantes universitarias que la apariencia estética propició un interés en buscar mecanismos para realizar prácticas saludables.

*“Pero entonces, qué me pasa, yo voy a la piscina gorda celulítica, me tiro a la piscina y hago mis piscinas y voy y vengo, ahora estoy yendo más*

*frecuentemente al gimnasio, entré como con otra actitud y las chicas del gimnasio, que son niñas pues muy fit, muy lindas... he ido mejorando mis capacidades, he ido muy poco a poco, pero he ido ganando con el asunto de levantar las pesitas, hace un tiempo tuve una bursitis aquí (señala su hombro derecho) y entonces yo les dije a las chicas, vean, es que yo tuve bursitis, levante las pesas a ver cómo le va” (U4-61).*

El concepto de imagen corporal tiene carácter subjetivo, puesto que corresponde a la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo, como totalidad o en relación con las partes individualizadas; además, engloba ideas y actitudes respecto al mismo (López, 1992). Es así como la percepción de las participantes del grupo 2 lo expresan:

*“Sí, me toco los pechos como cuando ya comenzaron todo eso de los ejercicios de mama, un día lo hice y le dije a las chiquillas que lo había hecho y me sentí rara y extraña porque nunca lo había hecho...son cosas de uno tal vez no es nada malo, pero uno se siente extraño. (NU7-40)*

*“Hace unos años no me hice el Papanicolaou, porque estaba un varón, yo le dije a mi esposo, perdí la cita, porque no ve que había un doctor en la clínica... me preocupa porque eso es algo que uno tiene que hacerse, pero le digo yo, de por sí, no tengo nada (sic) que hacerme por el momento hasta que llegue la doctora, entonces esperé como mes y 15 días estuvo de vacaciones ella” (NU7-40).*

Al respecto, en un estudio llevado a cabo por Giraldo y Arango (2009), consideran necesaria la preparación emocional para superar la vergüenza a la palpación médica. Podría decirse que este sentimiento se deriva de procesos de socialización desde la infancia, donde el reconocimiento de la propia genitalidad por parte de las niñas ha sido marcado por la prohibición y el tabú con que se ha orientado la sexualidad, lo que ha llevado a la construcción de un sistema sexual de valores que contradice el reconocimiento de sí como sujeto sexuado y de derecho.

Nigenda (et al, 2009) menciona que las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud, y pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía).

*“No, tengo que ir, aunque me dé vergüenza, como cuando uno se hace el Papanicolaou, es otra cosa en la que tengo una vergüenza, pero hay que*

*hacérselo para estar bien uno, para saber cómo está, son cosas que dan vergüenza, pero, diay, hay que hacérselas” (NU1-53).*

*“Es un poquito diferente, pero que yo diga que no me la hago porque es un hombre o que tenga mucha vergüenza, no. Me gustaría más si me la hace una mujer, como más confianza, uno sabe que el médico está preparado para eso, son cosas como lo crían a veces a uno, como muy poquillo conservador, verdad, como que sintiera un montón de vergüenza, no, es un médico que está preparado para eso” (NU11-51).*

Si lo enfocamos a la temática de la mamografía, las mamas de la mujer tienen una gran importancia en la cultura occidental dentro del ámbito de la sexualidad y del atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; también está muy relacionado con la maternidad y la lactancia, es por ello que la imagen física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, por lo que acaba siendo un componente importante de su identidad personal y deriva en la práctica de autocuidarse (Sebastián, 2007).

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida, resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno, constituye una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de las enfermedades neoplásicas, siendo la educación en salud un pilar importante para tomar conciencia de la necesidad de las evaluaciones medicas periódicas para un diagnóstico precoz. (López S, Castillo Y, Ávila M, Cano L, Ponce D, Quevedo M. (2014).

Con respecto a las creencias sobre mamografía, la categoría conocimiento de autocuidado resulta relevante, pues es la antesala para comprender como dentro de un proceso cognitivo la información que se tenga, conlleva a la acción de las prácticas de autocuidado.

Por otra parte, los profesionales sanitarios que trabajan en la atención a problemas de salud que encabezan los índices de incidencia y mortalidad, deben enfocar su atención a la información que poseen los usuarios pues son clave para el proceso de cuidado de la salud y mejoramiento de la atención como parte de un equipo multidisciplinario. Puesto que quienes están más predispuestos a tener mala salud, no son únicamente los más pobres sino quienes tienen menor nivel de educación. (Castro L, Rincón M, Gómez D, 2017)

## 1. Categoría: Experiencia de autocuidado

Tal como se analizó en la categoría anterior, la familia influye en los conocimientos de cuidado de la salud y aunado a ello también en las prácticas, sin embargo, el hallazgo en esta categoría de *experiencia de autocuidado* añade otra vertiente, expone a las prácticas limitadas a ser continuadas, tanto para las participantes grupo 1 como las de grupo 2 por condicionantes familiares.

*“Sí recientemente una compañera decía que el esposo le decía que no hiciera esas cosas, que ella estaba sana, pero es porque a ella la tenían que revisar, entonces no quieren, eso me pareció tan arcaico, verdad, ella lo hacía a escondidas, ella se hizo el salping a escondidas, diciendo que tenía apendicitis para poder hacérselo, porque eso no estaba permitido, así de grave, pero bueno ese es un relato reciente que he escuchado” (U8-49).*

*“Recientemente tuve una experiencia con mi tía paterna, a quien quise entrañablemente y su cáncer empezó en una de sus mamas, ella y su esposo eran muy dados a la homeopatía y yo, pues no descarto la medicina alternativa, pero debe darse la dimensión correcta, entonces yo insistí mucho en que la viera una oncóloga y la propuesta de la oncóloga fue operarla y el marido en una visita a casa de mis papás lanzó esta sentencia: no, no, no, ella seguirá yendo donde el doctor Carazo que es de homeopatía, ella no va a quedarse sin pelo y toda mutilada, yo me puse roja y le conteste a mi tío, ya de cierta edad, le dije; perdone pero las mujeres somos mucho más que un cabello y mucho más que un par de senos y yo me enojé mucho” (U14-63).*

Con respecto a lo anterior, Ledón (2011) menciona que en la vivencia de la enfermedad las interacciones de las personas se ven más confrontadas con su imagen personal y social, lo que se relaciona con la etiqueta diagnóstica, con los cambios vividos en el cuerpo y con la modificación de roles en el ámbito familiar debido a la enfermedad.

Pender (como se citó en Lara et al, 2011) señala que “la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influye en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud” y recalca que en el proceso de cuidado de la salud influye, además de los hábitos de cuidado, los posicionamientos de las personas más desde un plano familiar que académico.

Con respecto a la condición educativa no se hallan diferencias en la escolaridad que se vinculen a las respuestas, lo que se enfatiza en ambos grupos es que la convivencia familiar interfiere como una oportunidad o limitación para cuidar la salud.

En cuanto a las oportunidades, la familia propicia una mayor red social que puede ser de ayuda ante posibles enfermedades. Pero al mismo tiempo podría ser una limitación ante la capacidad económica frente una enfermedad y el incremento de conflictos familiares, especialmente en el caso de la mujer, pues aún las interacciones entre hombres y mujeres dentro del hogar se basan en la formación histórica y social de los contratos de género, en torno a la división sexual del trabajo en la esfera productiva y doméstica, provocando una sobrecarga femenina debido a su incorporación progresiva al mercado laboral. (Gumá J, Arpino B y Solé A. 2019)

*“Cuando ya tiene hijos es complicado, como más importante la salud de los hijos, entonces asegurarnos de que tengan todo. Entonces creo que uno relega un poquito la salud de uno, pero bueno, yo siempre trato de seguir por lo menos con la clínica del seguro social, pero si a mi hija. Si todo, o sea todo lo que ella necesite, yo lo verifico y para todo aparto dinero” (U8-49).*

Otras ideas que se derivan de la categoría experiencia de autocuidado son las prácticas saludables dentro de los diferentes entornos donde trabajan las participantes. El entorno laboral y los horarios de trabajo pueden ser una limitante para propiciar prácticas de autocuidado.

*“No, [...] voy tan cansada de aquí que vengo en la mañana aquí que ya no me da tiempo de ir a hacer ejercicio” (NU1-53).*

*“Sí y es que, digamos, por ejemplo, de 7 a 4 pm, aquí (se refiere a su lugar de trabajo) y llegó a mi casa como a las 5:30, mi mamá vive conmigo, entonces cuando llego no cenamos, si no que a las 6 es un café grande y en la noche a las 8 es una fruta o un batido o algo así. Y estudio en la UNED, digamos, yo tengo que hacer todo, y a las 8 me pongo a hacer trabajos y a leer, hacer todo lo que tenga que hacer, y ya me dan las 10:30 o 11 de la noche, yo no veo el espacio y sé que tengo que buscarlo, pero no veo el espacio para mí, para un ratito de ejercicio” (U2-52).*

*“Siempre es lo mismo, me dicen, ya eso no cuenta, porque se tiene que hacer ejercicio todos los días, pero yo aquí camino mucho, de hecho está*

*el ascensor pero yo pocas veces lo uso por lo mismo, para subir y bajar gradas, y entonces eso es lo que hago” (U11-51).*

Las diferencias en el uso del tiempo entre mujeres y hombres reflejan desigualdades en la disposición del tiempo libre (personal). De acuerdo con Murillo (2006, como se citó en Guzmán et al., 2018), el tiempo privado se asume de forma diferente entre unas y otros. Las mujeres han confundido el tiempo personal con el tiempo doméstico (Alcañiz, et al., 2017), esto puede incidir en la disposición de tiempo para el autocuidado.

En ese sentido algunos estudios con trabajadoras de diferentes niveles ocupacionales encontraron que los apoyos sociales en el trabajo son fuentes protectoras para la salud y el bienestar, ofreciendo apoyo emocional y práctico y un mayor control en el proceso de la toma de decisiones (Feldman, & Saputi, 2007):

*“Ahorita hay dos compañeras que son operadas de la vesícula y la otra de algo de los ovarios, a una le fue feísimo pero ahí está y la otra está como que se le abren los puntitos, entonces nosotros le decimos a ella que por qué no va aquí a la clínica de salud de la U, me dijo ella que no me van a ver, y yo: sí te van a ver, yo me hice una operacioncita aquí, pero como de esas pelotillas de grasa que le salen a uno y aquí me quitaron los puntos, no me dijeron que no ...entonces yo le dije a ella que ahí la veían y la curaban y la atendieron de lo más bien... no es nada bonito, imagínese este trabajo es muy cansado y tal vez estar en una situación así y tal vez asustados, porque yo me imagino que uno se asusta de que se le vaya a salir algo, que sé yo, uno se asusta, entre todas a veces nos apoyamos, es bonito porque hay cosas que hablamos entre mujeres que tal vez uno no sabía o cosas de que la otra lo sabe y la otra no y así” (NU5-45).*

*“Sí, antes hacía aeróbicos aquí al frente, pero al medio día, a la hora de almuerzo, que es el único momento que yo puedo, y era un estrés porque a veces tenía que salir uno y venir a bañarse, y yo entro a la 1, de 12 a 1 almuerzo y a la 1:05, entonces yo ya me estresé demasiado y la idea es desestresarse, y entonces decidí caminar, entonces camino ahora, bueno tuve un accidente que me caí de las gradas, se me hizo un desgarre en el codo y en el hombro, entonces si yo camino, el movimiento no me permite, ya casi me están permitiendo volver a caminar, pero dejé de caminar por eso, caminaba 40 minutos, aquí dándole la vuelta a la universidad, y venía aquí con 20 minutos perfectamente ya me alistaba y todo, pero ahorita estoy “standby”, subo y bajo muchas gradas, cada vez que tengo la*

*oportunidad subo y bajo gradas, no uso ascensor... más que todo es que a veces cuesta mantener como la disciplina” (U2-52).*

Las mujeres trabajadoras continúan con la mayor carga de tareas en el hogar (Blanco y Feldman, 2000), en ese sentido, la doble presencia es un problema estructural que genera vivencias estresantes en las académicas:

*“Yo tenía una mala alimentación, me levantaba, me iba para el trabajo en carrera, a veces pasaba todo el día y no comía y lo iba relegando y ya el cuerpo no te lo pide, entonces tenía muchos problemas digestivos, entonces hace 4 años que estoy con una nutricionista, eso por un lado, por otro lado, comencé a hacer ejercicio con el yoga” (U17-60).*

Si bien en esta categoría la escolaridad no es una condición que intervenga en las diferencias de respuestas y percepciones de forma directa, si puede apreciarse que tal como lo plantea Gumá J, *et al.* (2019) los grupos con bajo nivel educativo muestran mayor desventaja en salud, pues la brecha salarial limita el acceso a estilos de vida saludable y a los servicios en salud.

Además, la lista de espera para las citas al examen de mamografía de los servicios públicos y la limitación de tiempo para asistir a ellas por parte de las participantes, muestra cierta ventaja a las participantes universitarias dado que pueden ajustar la limitante del servicio público a lo privado, en el pago de exámenes que se ajusten a sus horarios y esto se convierte en un factor limitante para la experiencia de autocuidado de las participantes de escolaridad secundaria:

*“Siempre me lo he hecho en lo privado...porque el tiempo para los exámenes en el público uno no puede definir la fecha ni la regularidad, entonces el problema de la adjudicación de citas, básicamente por eso” (U9-60).*

*“Lo hago en forma privada, más que todo por las citas que son más rápidas” (U17-60).*

*“En los privados, porque en el público a una amiga le dieron cita para el 2022 para una mamografía, teniendo una pelotita en la axila, entonces ya ni pierde uno el tiempo” (U14-63).*

Una de las mayores causas de la insatisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud son las listas de espera. Cabe destacar que este aspecto refiere a la accesibilidad organizativa o administrativa, sin embargo, desde la accesibilidad a los servicios de mamografía, tal como se plantea en esta investigación, se vincula hacia la experiencia de las participantes y su percepción y motivación al autocuidado de la salud, pues dicha barrera impacta en la oportunidad para realizarse el chequeo mamográfico.

Para concretar los principales hallazgos de esta categoría la siguiente figura sintetiza lo que se ha expuesto al inicio de esta categoría, la limitación familiar desde la perspectiva de roles de género (Gumá J, Arpino B y Solé A. 2019) y la influencia del entorno laboral en la experiencia de autocuidado (Murillo 2006, como se citó en Guzmán et al., 2018).

**Figura 3.** Principales hallazgos sobre la categoría experiencia de autocuidado.

## Experiencia de Autocuidado

La familia influye en la construcción de significados sociales negativos que se dan al cuerpo y a la enfermedad, limitando la práctica del cuidado de la salud.

### Entorno laboral y prácticas saludables



Fuente. Elaboración propia, 2019.

#### 4.1.2.3. Categoría: Hábito de autocuidado

Al comprender el mantenimiento de los hábitos, la investigadora observa que en las participantes la influencia de la información transmitida por la familia, repercute en la adquisición de hábitos saludables, si bien esto no es determinante pero si un factor que influye tanto a las participantes del grupo 1 como grupo 2, al respecto García (2010) menciona que los familiares tienden a compartir los mismos hábitos de salud, incluyendo patrones de alimentación, de actividad física y uso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas). Por lo que los estilos de vida de un individuo se relacionan con los de su pareja y los hábitos de salud de los padres influyen en el tipo de conductas que los hijos adoptarán en el futuro.

*“Muchas veces esa disponibilidad a cuidarse la salud puede ser o porque desde pequeña mi familia tuvo como eso y yo lo fui observando y lo adquirí...en mi familia en general siempre fue del consumo de cierto tipo de alimentos sin grasa, muy naturales, es decir mucha verdura, mucha ensalada, mucha fruta, el consumo de agua, eso fue una cosa terrible porque en mi casa no había, eso es como cuando usted le enseña a los niños a leer, yo que hago talleres de animación con los niños, digo, bueno, como van los niños a leer si sus padres no leen, si en su casa la biblioteca no ocupa un espacio interesante, vea por ejemplo, en mi casa todos mis hijos cocinan, unos lo hacen mejor que otros ,pero todos cocinan” (U4-61).*

Asociado a lo anterior, se puede plantear que las acciones de autocuidado se pueden dividir en dos tipos: las involuntarias y las voluntarias. En las acciones involuntarias se ubican todas aquellas conductas rutinarias de la vida diaria que se realizan sin previa reflexión. En este tipo de acciones, la familia de origen y el grupo social del que se forme parte influyen de manera decisiva para la conformación de hábitos cotidianos. Las acciones voluntarias se realizan con un fin determinado y teniendo conocimiento previo sobre el resultado que se pretende alcanzar al realizar determinada acción (Arenas-Monreal et al., 2011). Por consiguiente, estas acciones son reflexivas e influidas por experiencias y saberes acumulados.

Se destaca que la motivación juega un papel importante pues, se refiere a las necesidades que disponen a la acción y en ese sentido puede ser inconsciente y la propia

persona puede no tener claridad ni conocimiento sobre aquello que la conduce a obrar de determinada manera, lo cual marca una diferencia (Arenas-Monreal1 et al., 2011).

*“Yo desde muy jovencita he escuchado lo de la mamografía, pero raramente lo de la mamografía lo escuchaba ya cuando se presentaban algunos indicios de que podía aparecer un abultamiento o una lesión o una salida de líquido del pecho, este que era que se hacía ya después debe hacerse por prevención entonces lo aprendí posteriormente” U4-61.*

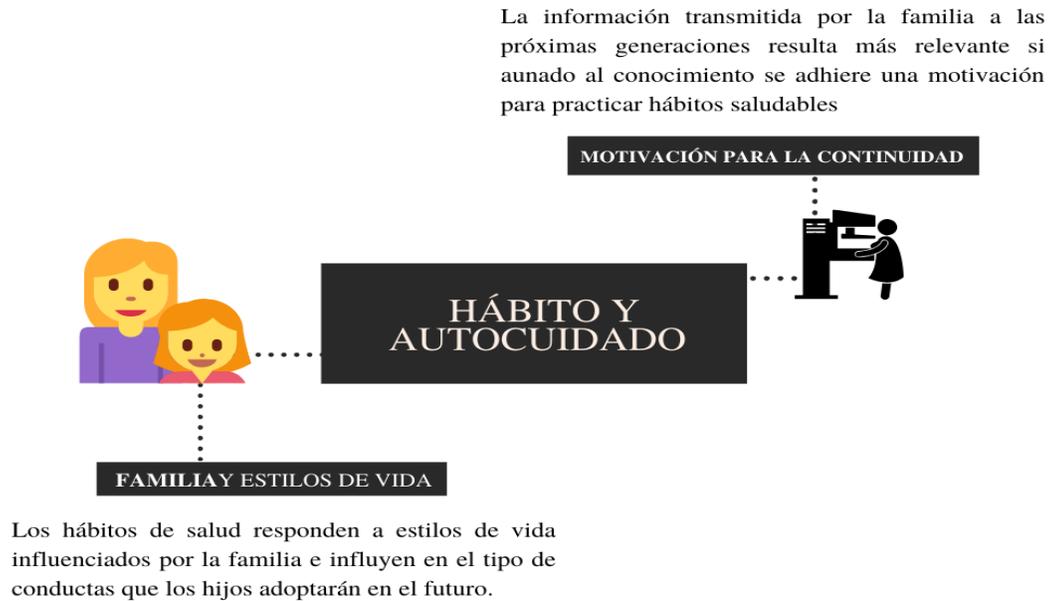
*“Porque vieras que mi mamá cómo costó, yo le decía voy a ir a hacerme la mamografía, ¿vamos conmigo? No, yo no, para qué, yo ya soy una vieja (respuesta de la mamá), no había forma y no podía llevarla a la fuerza hasta que tres años después la llevamos al hospital y fue por pura casualidad que yo le dije a la geriatra: doctora, vea, no hay forma humana de que mi mamá vaya a hacerse la mamografía, hágala usted obligatoriamente aquí en el hospital, y fue donde se la mandaron, a mi mamá le dijeron el mismo día, el mismo doctor fue y nos dijo tiene una mancha muy sospechosa, no podemos quedarnos así, esto fue a las 9 de la mañana, nos dejaron de 9 a 12 esperando ahí y a las 2 le hicieron la, biopsia, pero así todo un día, y a la semana que nos dieron el resultado en 15 días se estaba operando” U2-52.*

*“Pues sí, mi mamá siempre vamos, cada vez que vamos, vamos juntas, pero mi abuelita murió de cáncer de cérvix y mi abuelita jamás se hizo un examen porque Dios guarde, verdad, porque que feo que un hombre (refiere a que el examen se lo realice un hombre) y esas cosas verdad” (U12-58).*

Es necesario conocer la disposición a los hábitos de autocuidado, pues de acá se define el comportamiento en la asistencia del examen de mamografía. Las participantes de ambos grupos dentro de este enfoque logran expresar tanto los conocimientos que les beneficiaron hacia las prácticas saludables como también aquellas participantes donde su familia no fue la fuente principal para conllevar a los hábitos.

En la siguiente figura se exponen los principales hallazgos para esta categoría, siendo la información transmitida por la familia la que influye en la motivación por las prácticas de autocuidado y la prevalencia de hábitos.

**Figura 4.** Principales hallazgos sobre la categoría hábito de autocuidado.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.2.4. Categoría: Conocimiento sobre cáncer mama

Se identifica la importancia de indagar dentro de esta categoría la información que poseen las participantes sobre su percepción de cáncer de mama, pues al ser la mamografía un estudio específico para la detección temprana de cáncer, la accesibilidad al estudio puede influir según el conocimiento que posean las usuarias sobre eso.

*“Yo siento que esos cánceres no avisan, ellos como salen instantáneamente ya cuando sienta uno como una molestia, es cuando uno va adonde el médico, tal vez ya está hasta avanzado, uno no sabe y no se ha dado cuenta que en mucho tiempo no me ha realizado un chequeo y en esa parte yo siento que los médicos también tienen culpa, no solamente uno” (NU5- 45).*

*“Cualquier tipo de cáncer y cualquier enfermedad tiene que ver con cuestiones emocionales, entonces el cáncer de mama tiene que ver con cuestiones no resueltas que tuvieron su salida por esa zona que pueden ser tratadas de otra forma” (U20-48)*

La construcción de explicaciones sobre las causas de las enfermedades y las maneras de estar saludable existe en todos los grupos sociales y en las sociedades de forma amplia, no correspondiendo, por lo tanto, a una exclusividad de los profesionales que trabajan en el área de la salud. Las diferencias en las formas que las personas emplean para prevenir y curar sus enfermedades están muchas veces fundamentadas en sus creencias sobre la enfermedad, pudiendo ser más científicas o más mágico-religiosas, según los grupos sociales a los cuales pertenecen (Sawaia, como se citó en Lima et al., 2017)

Con relación a los conocimientos que tienen las participantes sobre las formas de detectar cáncer de mama, Mora et al. (2009) menciona la baja percepción de riesgo de las mujeres (no comunican a nadie la presencia de un síntoma o lo hacen exclusivamente al médico y a los familiares cercanos). Esta es una conducta que se traduce en la decisión de consulta. Lo anterior coincide con los datos recabados en ambos grupos de participantes de esta investigación sobre la baja percepción de riesgo.

*“...de hecho, yo veía siempre que escuchaba tiene cáncer de mama, mi mamá tiene o mi amiga tiene cáncer de mama, yo lo escuchaba muy lejano y nada más y decía uy sí, qué terrible, pero nunca se asemeja la realidad a imaginarse uno lo que se vive porque lo que vivimos con mami yo decía, bueno, mami es muy fuerte, realmente yo la admiro, si hubiera sido yo seguramente hubiera estado tirada en una cama o quién sabe cómo, muy fuerte, una señora muy creyente, muy firme, bueno como si nada, vieras, y eso le ayudó mucho para, el temperamento de ella le ayudó bastante”(U2-52).*

Las representaciones sociales, según Gomes, Oliveira y Sá (2011), funcionan como una reconstrucción de la realidad vivida y sentida por el sujeto. Por medio del diálogo, de los cambios y de las informaciones recibidas, elaboran y traducen en palabras la experiencia vivida. Poseen grandes implicaciones en las acciones que las personas adoptan en la vida cotidiana y les otorgan un significado específico.

En la representación social del cáncer de mama se expresan los saberes del sentido común, socialmente construidos en la tentativa de explicar, describir y organizar el mundo, asociado la mayor de las veces a conocimientos o percepciones negativas, lo cual produce en ocasiones un diagnóstico tardío.

Con respecto a la influencia de la escolaridad, no fue un factor que modificará el conocimiento sobre el cáncer de mama, pues la mayoría contaba con información general al respecto, que se fue construyendo desde las experiencias cercanas hasta los diálogos con otras personas o por lo recibido de los medios de comunicación.

Lo que llama la atención en esta categoría, es la manifestación pseudocientífica sobre el abordaje del cáncer pues tal como lo menciona Raffio (2018) estas ofrecen la falsa esperanza de que todos nuestros problemas tienen una solución fácil, rápida y accesible y en una situación de enfermedad cualquier persona acude independientemente del sistema educativo.

#### **4.1.2.5. Categoría: Experiencia sobre cáncer de mama**

Con respecto a la experiencia sobre cáncer de mama, por ejemplo, a partir de alguna persona cercana que hubiese padecido dicha enfermedad, las participantes mencionan que ha favorecido a su anuencia a realizarse el examen de mamografía.

*“Porque tengo muchas amigas que han tenido cáncer de mama o de otro tipo y el diagnóstico temprano ha sido la diferencia” (U18-58).*

*“Sí, yo me la he hecho porque he oído casos, por ejemplo, a ¿???la doctora que me veía cuando trabajaba en el Banco Central, la sobrina de ella le golpeó una mama y le había salido una pelotilla o se dio cuenta que tenía una pelotilla, entonces desde ahí yo me empecé a preocupar” (U12-58).*

*“Una enfermedad que se atiende a tiempo puede ser curable, tengo ejemplos, cuando ingresé a trabajar aquí una compañera le dio uno y fue y la operaron y eso fue hace 17 años” (U12-58).*

Aunado a lo anterior, se ha descrito en otras investigaciones (Keinan-Bokera et al., como se citó en Lima et al., 2017) que en las experiencias cercanas con cáncer de mama las participantes se habían motivado a implementar prácticas de autocuidado y a cambiar la actitud frente a la enfermedad. Investigaron cómo la historia familiar positiva para cáncer de mama influye en la realización de la mamografía.

Por otra parte, en esta categoría se valoró la cercanía a experiencias de enfermedad como elemento para comprender las prácticas de autocuidado.

*“Al haber muerto mi abuelita materna de eso (refiriéndose a cáncer de mama) sé que está en la familia y si quiero estar responsable tengo que hacerlo” (U18-58).*

*“Por lo menos yo tengo dos tías que sí llevan control, a la que tiene cáncer de mama a ella la mantienen en chequeo, las hijas de ella, o sea casi todas, pero yo nunca me he puesto como que a mí me vaya a pasar algo, verdad, o sea, yo nunca me he puesto, hasta ahorita, nunca le he dado como mucha importancia, pero dicen que eso puede ser hereditario, pero no es tan cien por ciento seguro” (NU5-45).*

*“He estado internada un par de veces y, aunque suene ridículo, le tengo un poco de fobia a la consulta médica, entonces yo voy y me hago los exámenes y si me dicen están bien, entonces me ahorro la otra cosa (Refiriéndose a la consulta médica)” (U18-58).*

La representación negativa del cáncer de mama con respecto al cuidado de la salud conlleva a las participantes, que aun sin padecer el cáncer de mama, sienten una identificación con las consecuencias del cáncer de mama.

*“... de hecho yo veía siempre que escuchaba tiene cáncer de mama (sic), mi mamá tiene o mi amiga tiene cáncer de mama, yo lo escuchaba muy lejano y nada más y decía uy sí que terrible, pero nunca se asemeja la realidad a imaginarse uno lo que se vive porque lo que vivimos con mami yo decía, bueno, mami es muy fuerte, realmente yo la admiro, si hubiera sido yo, seguramente hubiera estado tirada en una cama o quién sabe cómo muy, fuerte, una señora muy creyente, muy firme, bueno, como si nada, vieras y eso le ayudó mucho para el temperamento de ella le ayudó bastante” (U2-52).*

*“una vez yo tuve un sustillo con un papanicolaou, me llamaron dos veces, aquí al trabajo, y yo le dije a mi jefa, me dijo que no me podía ir, le dije pues lo siento, yo sí que me voy a ir. Usted no me da permiso, lo siento porque no me creían, le digo yo a mí me están llamando del Ebais porque mi resultado del Papanicolaou está alterado y yo no voy hoy, voy a ir mañana, cualquier día, pero tengo que ir lo más pronto posible” (NU7-40).*

Los hallazgos en la experiencia de cáncer de mama se derivaron de la cercanía que las participantes han tenido a compañeros de trabajo que han sufrido la enfermedad y donde se recalca la disminución del autocuidado de la salud en la atención temprana de cáncer de mama.

*“Incluso yo tengo una amistad que trabajó hace que como dos años, a ella le detectaron cáncer de mama y a todas nosotras aquí se nos dio porque ella era como muy encerrada en lo del trabajo, eso nos pasa mucho a nosotras, y un día de un pronto a otro ella comenzó con dolor en un pecho, nosotros le decíamos que se fuera a ver, dijo que no porque no quería faltar, verdad, y era una mujer sola, a veces nos pasa a las mujeres solas que, diay, si dejamos de trabajar me va a hacer falta la plata para la quincena para algo que haga falta, a veces ponemos una excusa como prioridad y ya ella dejó de trabajar con nosotros y como a los dos meses nos va diciendo que estaba media aturdida porque le habían salido alterados los exámenes y cuando ya le salió nosotros fuimos donde ella y la vimos totalmente diferente porque a ella le dio muy feo, le hicieron quimioterapia, no tenía pelo, era muy vanidosa, también botó el pelo, ya ella no se arreglaba igual. Ella era como muy activa, también uno puede ser activo, bonito, gastar plata en todo, pero no en la salud de uno, a veces uno piensa más en otra cosa que en uno y en eso para mí la salud es prioridad” (NU7-40).*

La influencia de la escolaridad para esta categoría no expone una diferencia tanto para el grupo 1 y 2, pues la experiencia de familiares, amistades y compañeros con cáncer se manifiesta muy similar en ambos grupos.

#### **4.1.2.6. Categoría: Creencias sobre cáncer de mama**

Tomando en consideración que algunas de las estrategias terapéuticas utilizadas para afrontar el cáncer de mama son propias de la cosmovisión de las participantes, en las entrevistas se identificaron alternativas de carácter más holístico, procurando trascender de la medicina convencional existente hacia una de carácter menos convencional o más alternativa.

*“Si la mente quiere salir adelante es muy probable que el cuerpo responda, ya eso es una creencia personal y debido a que me he metido en pensamiento oriental, yoga, pero si la persona se deprime, si la persona es rechazada o la persona se siente que ya no sirve para nada probablemente el cuerpo termine dando una respuesta en consecuencia”.*  
(U14-63)

*“Mi mamá dice medio en broma que les pasa tantas cosas porque se andan tocando todo, moviendo todo y metiéndose chunches y por eso es que les pasa de todo. Mi mamá dice: yo nunca me he hecho el*

*Papanicolaou y no tengo nada de cáncer, lo que pasa es que los problemas en mi familia no tienen que ver con cáncer sino con cuestiones del corazón, yo creo que también de ahí viene lo de reafirmar lo que yo pienso, ahí me agarro y digo si a mi mamá no le ha pasado nada entonces quizás tenga razón” (U20-48).*

Diez Patricio (2017), con respecto a ello, menciona que la creencia es una verdad subjetiva, una convicción, algo que el sujeto considera cierto y no debe ser confundida con la verdad objetiva, cuya correspondencia en la teoría del conocimiento es el concepto de saber.

La persona no se relaciona con la realidad sino con la representación mental que hace de ella. Todo saber tiene un componente de creencia, de subjetividad.

*“Cualquier tipo de cáncer y cualquier enfermedad tiene que ver con cuestiones emocionales, entonces el cáncer de mama tiene que ver con cuestiones no resueltas que tuvieron su salida por esa zona que pueden ser tratadas de otra forma” (U20-48).*

Es decir, la creencia supone una expectativa de actuación por parte del sujeto creyente, pues lo *dispone* a actuar de determinada manera. Esta es la razón por la cual es posible inferir las creencias de un sujeto a partir de la observación reiterada de su conducta: “porque al creer en un hecho considero que ese hecho forma parte del mundo real y, por lo tanto, me relaciono con el mundo contando con su existencia” (Diez Patricio, 2017).

Con respecto a las creencias sobre cáncer de mama en las participantes, se nota que a pesar de los conocimientos sobre salud, la influencia del entorno familiar puede conllevar a enfatizar dichas creencias, pues son una representación social de una realidad.

En el cuadro 4, se detalla como las categorías de experiencia de autocuidado, conocimiento de cáncer de mama, hábitos de mamografía y la experiencia de cáncer de mama influyen en las creencias de esta categoría, pues, al articular la vivencia del propio cuidado de la salud y la información sobre el cáncer de mama que poseen las participantes, ( dentro el contenido de esas categorías), se permea un imaginario, que aunado a la cercanía o no, de experimentar la enfermedad en alguien cercano, supone una disposición a actuar de una determinada manera con el cuidado de su salud.

**Cuadro 3.** Factores que influyen en las creencias sobre cáncer de mama.



Fuente. Elaboración propia, 2019.

#### 4.1.2.7. Categoría: Conocimiento sobre mamografía

En la categoría “Conocimiento de mamografía” las participantes refieren al realizarse el examen, un mejor conocimiento del proceso, lo cual es fundamental para adquirir autonomía, pues ya no es no solo el examen de mamografía, sino que van conociendo que, aunado a este, se da una serie de exámenes más para el autocuidado.

Los datos reflejan que el conocimiento de mamografía por parte de las participantes universitarias ha sido construido mediante la experiencia de realizarse dicho estudio:

*“La mamografía y la otra que se hace con el ultrasonido, y después de biopsias, cuando ya se detecta la aparición de algún bulto, tumor o una lesión ahí, se pone pues este, se hace una biopsia y tiene que tener un espacio para ser analizada y, si no es clara en su resultado, debe volverse a repetir y si ya se confirma debe confirmarse, además, qué tipo de cáncer es el que está padeciendo la paciente y de ahí para el tratamiento, sí, y*

*darle o cirugía o radioterapia o no sé, cualquiera otra cosa que se estile dependiendo de lo que la paciente presente” (U4-61).*

*“Yo tenía la noción de que era solo mamografía, pero ahora sé que se acompaña con ultrasonido” (U19-47).*

*“Fue el año pasado, de hecho, recomendaron un ultrasonido porque detectaron un nódulo que tengo en el pecho derecho. Y me mandaron el ultrasonido, parece que no es nada maligno, pero en el ultrasonido ya apareció, yo pregunté por qué la mamografía y por qué el ultrasonido, si era que por la mamografía se detectaba algo y el ultrasonido lo evidenciaba más, la doctora me explicó en ese momento que eran complementarios, tanto la mamografía como el ultrasonido, la mamografía podía detectar ciertas cosas. Pero lo que no se veía con claridad, había que mandarle un ultrasonido, por eso me había mandado el ultrasonido, ahí me detectaron el nódulo que tengo en el pecho derecho” (U3-48).*

En las participantes del grupo 2, los datos con respecto a conocimiento de mamografía son muy similares a las de las participantes universitarias.

Aunado a lo anterior, los datos de un estudio colombiano (Castillo et al., 2014) sobre el conocimiento de las mujeres colombianas respecto al diagnóstico de cáncer de mama, indicaron que los métodos más conocidos por las pacientes eran la mamografía, el autoexamen y el ultrasonido de mamas, siendo la mamografía el más conocido en un 36% de los casos. Sin embargo, se observó que solo una de cada tres mujeres se practica este examen. Entre las razones de no uso se encuentran la no recomendación médica, la creencia de que no es importante, el descuido, así como la falta de información, lo que influye en el poco impacto que tienen los programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer de seno tanto por entidades públicas como privadas.

El papel del médico como promotor de salud, al igual como se demostró en la categoría “Conocimiento de autocuidado”, puede promover conductas de dependencia al personal sanitario, o bien, desde la facultad de actuar con autonomía a las usuarias del servicio de mamografía y sin una relación jerarquizada entre el usuario y el profesional de la salud (De Pedro, 2007).

*“No necesariamente, porque ahora como hay tanto cáncer de mama entonces lo ideal es como le digo, que el mismo médico le diga a uno tiene que hacérsela cada año, como el Papanicolaou, que le dicen a uno...”*

*bueno, a mí me lo mandan cada dos años, hay gente que se lo hace cada año, verdad, pero a mí me lo mandan cada dos” (NU5- 45).*

*“Hasta ahora que ya me dijo la doctora: tiene que hacerse la mamografía porque usted tiene que hacérsela, es muy importante, sí, entonces, yo no me siento nada malo, ni que me duela, ni que nada nada, normal desde que nací la tengo una pelotilla, así como un pezón, pero pequeñito” (NU1-53).*

*“No, ha habido lapsos de tiempo [sic], a veces que voy al médico por alguna situación el médico me dice usted no se ha hecho la mamografía, y yo sí, hace mucho tiempo, lo revisan, te la voy a mandar porque de todas maneras no es como muy rápida, verdad que se la dan a uno la cita, entonces me la dan, la referencia, voy pido la cita y a que me la den todo eso lleva un proceso y lleva tiempo” (U3-48).*

En los datos de otras investigaciones se permite conocer que la utilización de la mamografía está relacionada con la recomendación médica y con la imagen implícita de cáncer, al respecto el estudio de Castillo I, Bello L, Castillo L, Moscote G, Orozco W, Velazco E, Visbal M. (2014) se añade que en la prueba de tamizaje mamográfico se debe aumentar el empoderamiento de las mujeres acerca de su propia salud y una herramienta muy importante es la sensibilización, información y educación que las mujeres puedan recibir de los profesionales sanitarios.

El cuadro 5, representa los principales hallazgos dentro de esta categoría, nótese que ambos grupos conocen de la mamografía como medio de diagnóstico temprano de cáncer de mama. Pues el conocimiento sobre éste, en la mayoría de los casos proviene del relato de la experiencia en mujeres cercanas.

**Cuadro 4.** Principales hallazgos sobre la categoría “conocimiento de mamografía”.

Conocimiento de mamografía		
Dominio en el conocimiento de los procesos diagnósticos en detección de cáncer de mama tanto del grupo 1 como del grupo 2.	Los conocimientos previos a la realización de la primera mamografía suelen provenir de experiencias de otras mujeres.	Rol del médico como promotor de la salud al motivar y enviar el examen de mamografía.

Fuente: Elaboración propia. (2019)

#### 4.1.2.8. Categoría: Experiencia sobre mamografía

Dentro de las experiencias de mamografía se encuentran dos posiciones; las experiencias favorables y las desfavorables. Dentro de la primera posición se hallan aquellas experiencias donde la sensación de dolor fue mínima en comparación con lo que habían escuchado, asociándola a la tecnología del equipo y al trato de la profesional de salud que le realizó el examen:

*“Solo me la he hecho dos veces y le dicen a uno que es muy doloroso... siempre he sido como un poquillo valientilla y como que soporto el dolor, yo no creo que duela tanto, sinceramente fui y no sentí así como me decían, que como muy frágil y como que le aprietan a uno el pecho y que le duele muchísimo” (NU11-51).*

*“Súper bien y las muchachas súper tranquilas, es que te tocan tu pecho y entran en tu cuerpo y uno siente como cierta pena, pero igual es como ir al ginecólogo no te queda más y además para mí el pecho es como una parte tan bonita y tan femenina que no debería causar pena. Cuando yo di de mamar a mis hijos nunca me dio pena darles de mamar, pero ya ir uno ahí que lo toquen, por más que las muchachas sean cuidadosas, siempre te tocan, entonces sí, como esa penilla normal, pero no en realidad, ya después de eso ya uno se habitúa, ya sabe a lo que va, ya sabe que no duele porque eso del dolor y que te aplastan la teta te da mucho miedo, ya sabes que no te duele y vas tranquila” (U6-58).*

*“Nada que ver ahí, vieras que ahí es agradable el asunto porque no te duele ni nada, te tratan bien, es que en los hospitales, aparte de que es feo, las personas que trabajan ahí, algunas no todas, verdad, no sé qué será que tienen un modo que lo tratan a uno como a la patada, entonces ahí obviamente uno está pagando y el trato ahí la gente es muy amable, muy empática y muy cuidadosa también” (U2-52).*

*“Agradable la experiencia porque uno va con un montón de miedos y concepciones negativas” (U13-52).*

*“Un poco de molestia, pero uno asume esa molestia por el bien de uno. Siento que es un poquito incómodo, pero siempre hay una bondad en el trato” (U14-63).*

En las experiencias de mamografía tanto positivas como negativas, el nivel de escolaridad no influye, sin embargo, los datos muestran una disposición de las participantes que anticipa miedos o creencias en la realización del estudio, por lo que es necesario ahondar en la condición de educación para partir de la necesidad de emprender abordajes en la educación para la salud. Al respecto Soto P & Barrios S. (2018) mencionan la importancia de realizar un diagnóstico de las necesidades educativas y las características de los destinatarios antes de impartir un proceso educativo en salud a fin de adaptarlo.

Por otra parte, el conocimiento del cuerpo y la prevención de cáncer de mama pueden facilitar un abordaje al diagnóstico de forma satisfactoria, dado que la conciencia de la salud implica mínimamente el autoconocimiento de la condición en la dialéctica salud-enfermedad. Así pues, la conciencia refiere a la experiencia que los seres humanos tienen con ellos mismos, de tal manera que hace posible el saber de nosotros mismos, de

nuestros estados corporales, de nuestras posibilidades de existencia con calidad de vida (Vanegas, 2015).

*“Sí, uno siente como las pelotitas, algunas en el lado derecho, por ejemplo, un poquito más, pero igual, cuando ya yo [sic] me ve el radiólogo, después de la mamografía, ya yo le he preguntado que me palpe bien y yo siento, entonces él me dice que no, que eso no es, y ya me quedo más tranquila” (U2-52).*

*“Primero, la mamografía, después uno pasa ya con el doctor, con el radiólogo, y él te hace el ultrasonido y él te da el diagnóstico y él te dice si hay algo extraño, te dice no aquí se presenta esto y esto, saque cita, relacionado con su médico. En cambio, en los hospitales usted tiene que esperarse hasta que usted tenga cita con su médico, no sabe cómo salió” (U2-52).*

Otro de los aspectos que surgen dentro de la categoría experiencias de mamografía es la comodidad de las pacientes al realizarse el estudio con una profesional de la salud mujer.

*“Es un poquito diferente, pero que yo diga que no me la hago porque es un hombre o que tenga mucha vergüenza, no. Me gustaría más si me la hace una mujer, como más confianza, uno sabe que el médico está preparado para eso, son cosas como lo crían a veces a uno, como muy poquillo conservador, verdad, como que sintiera un montón de vergüenza. no es un médico que está preparado para eso” (NU11-51).*

*“Al menos yo en mi caso soy muy penosa y en lo único que pensaría es que no me va a tocar un hombre que me haga la mamografía” (NU7-40).*

*“Siempre me ha tocado con mujeres (refiriéndose a la mamografía), pero si en algún momento me tocara un hombre le diría mira, ¿no hay alguien que te pueda sustituir? Esto a raíz de las experiencias que tuve, dije cero ginecólogos hombres porque quería hacer un procedimiento invasivo en aquella época” (U21-61).*

*“Yo creo que, en asuntos médicos, uno tiene que confiar, porque no es cómodo en realidad exponerse a los demás, pero uno espera que el profesional en salud esté preparado para comportarse a la altura de la situación. Una vez me la hice y me la realizó un hombre y esa ocasión me sentí incomoda porque no fue del todo profesional, pero no puedo decir que todos son así” (U18-58).*

*“Prefiero que me lo haga una mujer porque las mujeres somos más solidarias con otras mujeres. Muchos médicos varones no entienden muchas cosas” (U14-63).*

El profesional de salud no puede dejar de considerar que el binomio salud-enfermedad se produce en una cultura determinada. Este proceso está moldeado por factores sociales y culturales que se extienden también a la familia, parientes y amigos. (Goic, como se citó en Reales, 2015). Y donde el cuerpo es, por excelencia, lugar de cultura, de socialización, con normas distintas para cada uno de los géneros. Tal como señala Durán (1988): “las normas que se refieren al campo de las mujeres son más estrictas y móviles que las referidas al cuerpo de los hombres, precisamente por su definición cultural de cuerpo/objeto o cuerpo deseado”. Por esta razón, las participantes se sienten más cómodas al ser atendidas por mujeres.

Por otra parte, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y tecnicada, sino que tiene un componente humanista y social fundamental enfocado en los pacientes, en donde lo esencial en la organización de salud es el encuentro del profesional de la salud con el paciente, como piedra angular de la gestión médica asistencial (Reales, 2015). Esto implica un trato dentro de la realización de la mamografía que brinde apertura a la comunicación y confianza entre la usuaria y el profesional en imágenes.

El trato de la imagenóloga(o) durante la realización de la mamografía tiene una correspondencia directa con la motivación a la continuidad. Ambos grupos de participantes, independientemente de su nivel de escolaridad, coinciden en haber tenido una experiencia favorable más que desfavorable, siendo el abordaje durante la ejecución de la mamografía uno de los aspectos más positivamente calificados por las personas usuarias.

*“Hace un año me la hice, yo fui a la clínica Jiménez Núñez en Guadalupe y estaban inaugurando el aparato y realmente fue muy gratificante porque va uno y es rápido, digamos, la atención, lo que si no le llaman a uno para el resultado, lo cual no me parece, pero si con mucho respeto tratan y con una forma de que el paciente no se sienta mal” (U13-52).*

*“Pero ya sé que no es por nada físico sino por la persona que lo hace, sí, porque, por ejemplo, las últimas dos o tres veces que he ido la chica es*

*como muy, yo le digo no es que me duele y me dice no, no, espere, lo hace suavcito, es considerada por decirlo así, pero otras veces me ha tocado, no puedo decir lugares, pero yo una vez que me acuerdo que era una cosa tan terrible y un dolor, yo decía ya, ya, por favor, ya quite eso, y después otras veces cuando me di cuenta que no era, que lo normal era que no doliera, entonces yo ya sé que es por la muchacha” (U12-58).*

Riganti (2018) menciona que, al haber una idea instalada del chequeo de rutina, por la cual las mujeres adjudican una (sobre) valoración positiva a los beneficios de la mamografía, facilita que los conceptos utilizados (evitar, prevenir, detectar a tiempo) dejen entrever la idea de que es bueno hacerse estudios y de que “hacer más es mejor”. 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”.

Dadas las diferencias en los niveles de escolaridad en las usuarias al realizar la mamografía, es necesario que el profesional en imagenología que realiza el procedimiento se convierta en un promotor y educador, lo cual repercute en la accesibilidad, pues proporciona información necesaria para que las mujeres contrarresten sus creencias.

*“Porque incluso tuve una compañera que murió de cáncer de pecho, que le estalló el cáncer y ella nunca fue a hacerse la mamografía porque ella decía pelarme una teta, entonces si es como ese sustillo, el primer sustillo y todo lo que te dicen las amigas que te va a doler y que te majan la teresa y que te la ponen como una tortilla y que aquí y que allá. No en realidad, aparte del pudor no tuve otro, digamos, como primera vez en mi vida que me pelaba los pechos delante de otra mujer no tuve ningún otro problema” (U6-58).*

*“Al menos yo en mi caso soy muy penosa y en lo único que pensaría es que no me va a tocar un hombre que me haga la mamografía” (NU7-40).*

*“El que busca enfermedades las tiene, entonces esa es otra posibilidad, verdad, yo digo yo trato de cuidarme yo y cuando me dicen eso yo siempre respondo eso, vea es mi responsabilidad” (U4-61).*

Cuando el ser humano experimenta, generalmente se involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo que se utilizan para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación (Rodríguez, 2008). Esto responde a como, en el imaginario social, muchas veces la mamografía se ha convertido en un referente negativo a pesar de que sirve para detectar precozmente el cáncer de mama.

Según Godoy (et al, 2016), los factores determinantes para la elección del servicio de salud son el tiempo de espera, calidez del personal y confiabilidad de los exámenes. Muchas eligen la atención privada porque el tiempo de espera es menor, además menciona que llama la atención que algunas mujeres estarían dispuestas a tolerar cierto grado de maltrato si el profesional es reconocido como exitoso.

La experiencia de la mamografía hace referencia también a lo negativo en relación a lo doloroso y como esto se reproduce con facilidad en las opiniones de las mujeres hacía otras que aún no tienen la experiencia en cuanto a esto.

*“Una vez una me asustó porque dijo que casi no tenía pechos y entonces dijo que la lastimaron mucho al ponerla, no sé en qué se ponen, dicen que estirar y yo dije ay yo tampoco tengo, ahora seguro me van a hacer a saber qué. Sí, uno siempre tiene temor de lo que cuentan ya han pasado por esas cosas” (NU7-40).*

*“Sí me dolió y me agarró como un aire, lo único que me agarró cuando ella me dobló, así duré como dos días como tiesa en la espalda” (NU1-53).*

*“Traumática, desde la primera hasta la última todas son traumáticas. Porque sí me duele mucho, porque la mama es grande, entonces aplastarla es como comprimirla, es muy complicado y siempre me genera mucho dolor, pero la última vez, particularmente la última vez fue un mamógrafo nuevo que hay en la clínica de Guadalupe y la doctora me puso en posiciones como de ballet, o sea, yo no podía sostener la respiración, sostener la posición, y terminé con problemas, de ahí pasé directo a emergencias porque me tuvieron que inyectar y de todo, me dejó en una posición tanto rato que al final me hice una contractura muscular terrible, la posición que tuve que adquirir nunca me había pasado eso, eso me pasó la última vez y ya no quiero ir, pero igual yo sé que tengo que ir” (U8-49).*

*“Es algo extraño, pero hay una percepción negativa con respecto a la mamografía, es un correo de brujas, yo no la puedo comprender, pero sí la hay” (U16-56).*

Acá se observa como las representaciones sociales donde se hallan insertadas las creencias y percepciones constituyen una modalidad particular del conocimiento, gracias al cual las personas hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Ribeiro-Accioly, Féres-Carneiro y Magalhães, 2017).

*“Bueno, la primera vez estaba muy asustada porque mis compañeras me habían dicho que le majaban a uno el pecho, que se lo dejaban como una tortilla, que era muy doloroso y que uno tenía que meter todo el pecho y, además, como la primera vez es como el pudor, verdad, uno siempre, aunque sea una mujer pelarse el pecho no es fácil, ninguna parte del cuerpo, yo creo que esas cuestiones que tenemos las mujeres, esa represión. (U6-58)*

Otro elemento que surge con respecto a la práctica de la mamografía y que fue expuesto en la categoría “Experiencia de autocuidado” es que al realizar los exámenes de chequeo, según la experiencia que se tenga del sistema de salud con respecto a la accesibilidad a las citas, determinará la elección de acogerse al sistema público o privado o bien, de no asistir.

Lo anterior es importante de recalcar puesto que la educación mantiene una relación intrínseca con la salud en la accesibilidad a los servicios, así que aquellos grupos poblacionales con bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja. (Schneider J, Pizzinato A, Calderon M (2015). Pues los ingresos económicos y la disposición de los horarios laborales limitan dicha accesibilidad.

*“Lo hago en forma privada, más que todo por las citas que son más rápidas” (U17-60).*

*“En la Solón Núñez la primera, sí tengo que sacarla de nuevo, cuesta mucho sacar esa cita ahí, he ido como 3 o 4 veces a las 4 de la mañana a sacarla, pero no hay campo [...] no había campo en enero, entonces*

*ahorita vamos a ver en vacaciones, ahorita de julio, a ver si la voy a volver a ir a sacar, porque me da miedo que me haya salido así, es que yo tengo como una pelotilla aquí, pero la he tenido siempre y talvez por eso, digo yo que me salió alterada, pero a mí no me duele ni me pica y nunca pasa de ahí siempre está ahí, desde pequeñita la he tenido, desde que estaba pequeña” (NU1-53).*

La accesibilidad definida como el encuentro entre los sujetos y los servicios (Comes, 2006) incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva, pues las representaciones, discursos y prácticas de la población sobre la accesibilidad al examen mamográfico, podrían ser considerados a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad.

*“...en lo privado la accesibilidad que tiene uno, porque uno nada más llama y pide una cita, en el seguro social la espera es más larga y yo soy muy impaciente y mi tiempo es muy, esta así como todo programado, como agenda, verdad, entonces nunca, desde que me la empecé a hacer, bueno, primero que nada, mi ginecólogo fuera de la caja, aunque trabaja en la caja, está fuera de la caja y, segundo, si yo puedo pagar quién me la haga y tener el mamógrafo adecuado para que no me duela, por ejemplo, que es uno de los grandes cuentos de las mujeres, que duele mucho el mamógrafo, que no es como el que yo uso, digamos, que se baja con el pie, dice que ese duele mucho, entonces yo prefiero el mío y usualmente me lo hago en dos clínicas nada más” (U6-58).*

*“En la privada sí, siempre me lo he hecho en lo privado. Porque el tiempo para los exámenes en el público uno no puede definir la fecha ni la regularidad, entonces el problema de la adjudicación de citas, básicamente por eso” (U9-60).*

Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población, en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población y dan como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (Comes, 2006).

*“En la caja va uno y duran un año en darle el resultado, entonces cuando voy al privado me lo hago y como dos días después, no mentira, es el Papanicolaou que dura más, la mamografía en el mismo día se lo dan a uno, es para prevención, porque con la Caja cuando a uno le dan el resultado si hubo un cáncer ya seguro llega y esta uno muerto” (U12-58).*

*“Porque como hay tanta gente lo tienen muy restringido, entonces le digo yo ok, está bien, no hay problema, no me precisa y va con tiempo, verdad, entonces venía dentro de 8 días y dentro de 8 días fui y sí me recomendaron que me la dieran, entonces la tengo en octubre, pero yo dije si no me la dan, si tengo que pelearme, porque realmente pago bastante de seguro todos los meses y no soy una persona que va el seguro porque le da la gana, porque necesita incapacitarse, cuando uno va al seguro es porque realmente lo necesita, entonces siento que tengo el derecho de exigir, tal vez porque yo no voy a llegar a pelearme, porque no lo atienden, yo siempre he dicho que nosotros tenemos la mejor seguridad a la par de otros países entonces siempre agradezco todo pese a todas las deficiencias que tiene la salud. Siempre le he dicho a mis amigas y hasta mi mamá que si estuvieran en otro país agradecerían lo que tuvieran, yo nunca he estado en otro país, pero si tengo relación con amigas de otros países” (U3-48).*

Cuando un servicio define su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios.

Es por ello que en el siguiente cuadro 6, se concreta los hallazgos positivos y negativos a considerar en las participantes con respecto a la experiencia de la mamografía. Estos aspectos son cruciales para la conformación de la creencia.

**Cuadro 5.** Principales hallazgos sobre categoría experiencia de mamografía.



Fuente. Elaboración propia. 2019.

#### 4.1.2.9. Categoría: Hábitos sobre mamografía

Con respecto a la presencia de hábito en la realización de la mamografía, ésta suele iniciarse a edades muy tempranas y muchas de las participantes la realizan para complementar la información asociada a su chequeo ginecológico, aquellas que practican anualmente el examen suelen acompañarlo de ultrasonido de mamas.

*“Bueno yo vengo haciéndome las mamografías desde los 40 años, básicamente anual, muy raras veces he pasado dos años sin hacerme y se hace complementariamente el ultrasonido de mamas, es lo que me hago complementariamente, nada más, la mamografía y el ultrasonido de mamas y la revisión esa que se hace uno verdad, lo normal” (U9-60).*

*“Una vez al año desde que cumplí 45 años y desde hace 5 años me la hago la mamografía con ultrasonido” (U17-60).*

Por otra parte, no todas las participantes que se realizan la mamografía mencionan un hábito, sino que esta se volvió necesaria dada la cercanía con la menopausia.

*“Así como hacerse chequeos de mamografía, no mucho, como el año pasado que empecé con calores y cosas menopáusicas fue que me hice un chequeo general, nunca me lo había hecho” (NU11-51).*

En cuanto a la categoría hábitos de mamografía, los hábitos se generan en paralelo a los chequeos ginecológicos. Algunas de las participantes, tanto de escolaridad secundaria como universitaria, coinciden en que la realización de la mamografía no está necesariamente dentro de un hábito de autocuidado, sino que es producto de la cercanía con la menopausia, lo que propicia las visitas ginecológicas y, por ende, los estudios de mamografía.

*“Mi ginecólogo, digamos, yo sé que tengo que hacérmela y, aparte, mi ginecólogo siempre, digamos que cada 6 meses que voy tengo que llevar la mamografía, entonces cada seis meses le llevo la mamografía que me corresponde ese año, digamos” (U2-52).*

*“Así como hacerse chequeos de mamografía, no mucho, como el año pasado que empecé con calores y cosas menopaúsicas fue que me hice un chequeo general nunca me lo había hecho” (NU11-51).*

Uno de los elementos presentes es el característico del modelo médico hegemónico, donde el rol de la persona convertida en paciente también es parte de un modelo clásico e histórico de atención médica, lo cual dificulta la adquisición de hábitos, pues la adquisición de saberes del modelo biomédico y los saberes que tienen las mujeres son diferentes y esto determina las prácticas de cuidado de la salud y su posterior incorporación a la vida familiar.

Castillo et al. (2014) concluye que la utilización de la mamografía como prueba de tamizaje por las mujeres de Cartagena no alcanza los niveles esperados. Dada la necesidad de aumentar la detección temprana y el tratamiento oportuno, es muy importante aumentar el empoderamiento de las mujeres acerca de su propia salud y una herramienta muy importante es la sensibilización, información y educación que estas mujeres puedan recibir de los profesionales sanitarios.

En contraposición a lo anterior, otras participantes mencionaron contar con información sobre la frecuencia y la forma de acceder al examen, mostrando autonomía con respecto al cuidado de la salud.

*“No, en lo absoluto, porque ya yo tengo fijado que para la fecha de mi cumpleaños voy y lo hago, hago los chequeos tal vez porque tengo el hábito” (U9-60).*

*“Sí, he tenido algunas ocasiones en que me dicen que no me estrese, que cómo voy a estar tan estresada por hacérmelo cada dos años, entonces no me lo mandan, es cuando he ido a hacérmelo por aparte y sí me lo hago cada dos años, no me interesa si me dicen que sí o que no, que la radiación es muy alta, por lo menos he escuchado un programa en España que decía que era cada 4 años, que se daba cada dos años. En cada país es diferente, pero yo no he escuchado nada como, he buscado información, pero no he escuchado que diga como sí la radiación es demasiado alta, y yo prefiero entonces revisarla la verdad” (U8-49).*

Es importante recalcar que, si bien no existe un método para determinar quién va a desarrollar cáncer de mama en algún momento de su vida y así tomar acción para evitar la enfermedad, si es posible detectarla en estadios tempranos. Es por ello que la

mamografía permite aumentar tanto la sobrevivencia como la calidad de vida en las mujeres que han sido diagnosticadas de forma precoz.

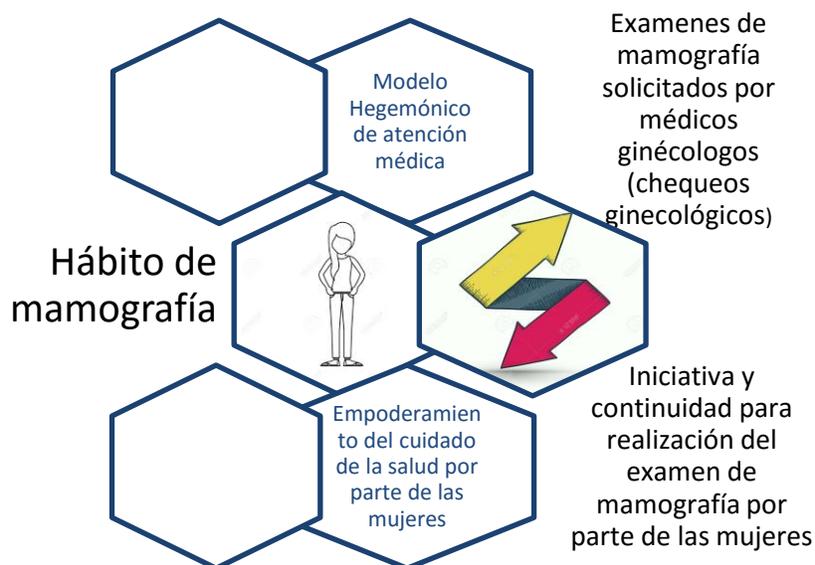
De ahí la importancia, partiendo de las recomendaciones internacionales, tales como United State Preventive Service Task Force (USPSTF, 2009), y las nacionales, (Dirección Garantía Acceso Servicios de Salud, 2014), la frecuencia para realizarse la mamografía es de cada dos años, después de los 45 años.

Con respecto a la escolaridad no hubo una diferencia en las respuestas de las participantes de ambos grupos, se nota que conocen del examen de mamografía por la cercanía a la menopausia y los chequeos ginecológicos, sin embargo la influencia del personal de la salud para llevar a cabo el examen, continúa siendo fundamental. Esto remite a dos ideas: la primera es la importancia del profesional de la salud para incentivar la educación y la segunda idea es que esta educación conlleve a la autonomía del cuidado. Esto sin duda repercute en los estilos de vida, pues como patrones de comportamiento presentan factores internos: pensamientos, emociones, conocimientos, y los externos: condiciones familiares, sociales (Escobar & Pico, 2013) que pueden generar hábitos saludables, adquiridos en un pensamiento autónomo del cuidado.

La figura 5, expresa las condiciones halladas en la adquisición de hábitos de mamografía, el modelo hegemónico de atención médica, determina el enfoque de las prácticas de cuidado de la salud, por lo que resulta relevante para la adquisición del hábito de realizarse la mamografía, y también otros estudios para el cuidado de la salud.

Al educar en salud, se favorece al empoderamiento del cuidado de la salud y así la incorporación de hábitos, dentro de los cuales vincula la asistencia periódica a la mamografía.

**Figura 5.** Condiciones halladas en la adquisición de hábitos de mamografía.



Fuente. Elaboración propia, 2019.

#### 4.1.2.10. Categoría: Creencias sobre mamografía

Las creencias que se derivan de la mamografía enfatizan cuatro ideas, la primera es la creencia relacionada con la radiación empleada durante el examen, la cual es favorable, dado que muchas de las participantes desconocen la cantidad de radiación administrada, consideran que esta no les hará daño.

*“Me imagino que son dosis muy pequeñas de radiación” (U13-52).*

*“Yo sé que hay una radiación que va a ser invasiva y que también sé que esa radiación podría acelerar tal vez el proceso cancerígeno, tal vez una mitosis muy acelerada y producir un cáncer, pero al final de cuentas, es un mal necesario” (U12-58).*

La radiación que se aplica al realizar la mamografía no genera una creencia que limite la realización al examen. En cuanto a las participantes universitarias, muchas de ellas conocen los riesgos de someterse al examen de mamografía, sin embargo, conocen también que el beneficio supera al riesgo. Las participantes de secundaria no

cuestionaron sobre el uso de la radiación, pues no lo habían considerado, a pesar de la carencia de información.

*“Sí sé de la radiación, busqué hace un rato atrás, decía que entre más nuevo era el mamógrafo, menos radiación emitía, lo que era poca en verdad, entonces no era como justo en el momento que había escuchado que era cada 4 años en España, entonces ahí fue cuando me metí a buscar y vi que la radiación era realmente poca, que no se justificaba, que era mejor los beneficios y podía no tener versus la radiación que se podía generar, verdad” (U8-49).*

*“Eso sí, siempre lo he pensado y más bien muy contenta con el cambio, yo soy hipotiroidea, yo tengo tiroiditis Hashimoto que ahora le protegen a uno desde hace unos pocos años para acá la tiroides, verdad, que era una práctica que no se daba antes, pero sí, claro que me preocupa cada vez que me lo hago porque son tantas las irradiaciones de tantas diferentes fuentes que esa es una más, más directa que otras” (U9-60).*

Es un hecho conocido que la exposición a altas dosis de radiación aumenta la incidencia de cáncer de mama (Yaffe, 2011). Sin embargo, no hay evidencia científica de ninguna mujer que haya desarrollado un cáncer de mama radioinducido como resultado de la realización de mamografías. Se trata de un riesgo teórico basado en modelos matemáticos que nunca han sido comprobados en la práctica clínica. Según estos modelos, en una población de 100 000 mujeres sometidas al *screening* mamográfico desde los 40 años hasta los 74 años ocurrirían 86 cánceres inducidos por la radiación (1 cada 1163 mujeres estudiadas durante 34 años).

*“La única inquietud que tenía era esa será que algo pasa en la maquina los rayos, pero tengo más de 12 años cada 3 en la Caja, en la Clínica de Guadalupe” (U15-62).*

*“He escuchado, he oído comentarios, tal vez, no sé si en la tele, de gente que he escuchado que a veces dice nombres, para que me la voy a hacer si de todos modos los rayos que le ingresan a uno le pueden afectar otros órganos o, digamos, le aplastan ahí o le pueden hacer sí, sí he escuchado” (U2-52).*

A pesar de la poca existencia de información sobre el uso de la radiación en la mamografía, no se ha propiciado en el imaginario colectivo una limitante de acceso,

debido a la práctica frecuente de este estudio y su relación con la aparición de cáncer, lo cual pudiera cohibir a las participantes a asistir.

Una segunda idea se relaciona con el dolor que se experimenta al momento de realizar la mamografía, muchas veces aunado a lo que se exponía en la categoría “Experiencia sobre mamografía”.

Los factores de riesgo de dolor están representados por la sensibilidad de las mamas en el día de la prueba, por la expectativa de dolor y por el estado de tensión de la mujer, por la conducta y la actitud del personal de salud y por la posibilidad de intervenir activamente durante la maniobra de compresión. A todo esto hay que añadir el recuerdo de la experiencia: en la mayoría de las mujeres, después de algún tiempo el recuerdo del dolor es diferente a lo relatado durante o después de la mamografía, generalmente es distorsionado y comporta una memoria del dolor más grande de cuanto realmente se ha percibido (Bruyninckx et al., 1999, como se citó en Pacifici, 2016).

*“Yo tengo un seno pequeño, entonces, a la hora de montar el seno en el aparato y que aprete es un poco incómodo. La primera vez uno tiene una sensación de que va a molestar, que va a doler, porque la gente que se lo ha hecho te dice eso, que es un proceso doloroso, yo diría que es un proceso molesto pero doloroso es exagerar” (U17-60).*

Por lo general, los factores más decisivos parecen ser, en parte, la expectativa de dolor y, en parte, la participación activa, seguidos por la conducta y la actitud del profesional y la sensibilidad individual (Yılmaz, 2010).

*“Es que yo solo me lo puedo imaginar de cómo me lo han contado las chiquillas de que duele y que le jalen a uno el pezón o el pellejo, esperemos que no me vaya a doler tanto porque yo sí soy miedosa” (NU7-40).*

*“Me imaginé que me iba a doler más, pero eso fue como un imaginario, lo hice y me dolió entonces, pero he escuchado compañeras que tienen unas mamas más pequeñas y dicen exactamente lo mismo. Entonces sé que no es por tamaño, sé que no es por densidad de las mamas, pero yo si me hubiese imaginado que por grande dolían más, tenía que hacérmelo” (U8-49).*

*“... tengo la impresión de que muchas mujeres se quejan demasiado, sí hay incomodidad y dolor, pero me parece exagerado, normalmente hay un*

*poco de incomodidad, pero los beneficios son importantes, es como la sensación de presión” (U18-58).*

Con respecto a la categoría “Creencias sobre mamografía”, el dolor al momento de realizársela y el miedo al escuchar de otras mujeres la experiencia dolorosa es otra de las barreras que puede limitar la accesibilidad al estudio de la mamografía. Al ser una experiencia la condición de escolaridad no hace que se perciban diferencias entre el grupo 1 y 2.

*“Es como de las cavernas [refiriéndose a la mamografía] no [risas], espantoso, no hay otro método que lo aplaste, es incómodo, doloroso, prefiero otra cosa, una placa todos mis conocidos les duele un montón y el cáncer mama es silencioso” (U16-56).*

*“Bueno, la primera vez estaba muy asustada porque mis compañeras me habían dicho que le majaban a uno el pecho, que se lo dejaban como una tortilla, que era muy doloroso y que uno tenía que meter todo el pecho y, además, como la primera vez es como el pudor, verdad, uno siempre, aunque sea una mujer, pelarse el pecho no es fácil, ninguna parte del cuerpo yo creo que esas cuestiones que tenemos las mujeres, esa represión. Porque incluso tuve una compañera que murió de cáncer de pecho, que le estalló el cáncer y ella nunca fue a hacerse la mamografía porque ella decía pelarme una teta, entonces sí, es como ese sustillo, el primer sustillo y todo lo que te dicen las amigas que te va a doler y que te majan la teresa y que te la ponen como una tortilla y que aquí y que allá. No, en realidad aparte del pudor no tuve otro, digamos, como primera vez en mi vida que me pelaba los pechos delante de otra mujer no tuve ningún otro problema” (U6-58).*

*“Con el cual hablaba al respecto con toda familiaridad, me decía que era traumático porque a uno le aplastaban el pecho y sí, entonces ya fui, digamos, prejuiciada, probablemente eso contribuyó a que no fuera tanto el trauma, pero sí, en el Asembis sí me sentí muy muy mal, muy maltratada.” (U10-50).*

*“Las primeras sí porque sí me ha generado dolor y sí quedaba con molestias, supongo que es más como un proceso de concientización en saber que lo tengo que hacer, entonces lo hago, pero las primeras sí porque sí me quedaba bien molesta, o sea, quedaba incluso al día siguiente por la noche sentía molestias de compresión” (U8-49).*

Giraldo (2009) en su estudio menciona que adicionalmente imaginan los procedimientos como dolorosos, creándose además representaciones sobre el cáncer de mama en las mujeres del estudio, fueron bastante tenebrosas y denotaron enorme temor a la pérdida, a la mutilación, al dolor y la muerte, esto conlleva a la apatía por la realización.

*“Que a uno le agarraban y le majaban el busto, algunas eran más decentes entonces decían busto, ya le majan a uno el busto, entonces lo dejan presionado y ahí es donde tal vez uno siente el dolor, después como eso jala, adonde ella presiona, ella como que jala, después queda uno como adolorido, como de atrás para adelante” (NU5- 45).*

En contraposición a lo anterior, otras participantes manifestaron el concepto dolor como una condición que se exagera por parte de las mujeres, creando un imaginario adecuado.

*“...tengo la impresión de que muchas mujeres se quejan demasiado si hay incomodidad y dolor pero me parece exagerado normalmente hay un poco de incomodidad pero los beneficios son importantes, es como la sensación de presión”. (U18-58)*

*““Súper bien y las muchachas súper tranquilas, es que te tocan tu pecho y entran en tu cuerpo y uno siente como cierta pena, pero igual es como ir al ginecólogo no te queda más y además para mí el pecho es como una parte tan bonita y tan femenina que no debería causar pena. Cuando yo di de mamar a mis hijos nunca me dio pena darles de mamar, pero ya ir uno ahí que lo toquen, por más que las muchachas sean cuidadosas, siempre te tocan, entonces sí, como esa penilla normal, pero no en realidad, ya después de eso ya uno se habitúa, ya sabe a lo que va, ya sabe que no duele porque eso del dolor y que te aplastan la tereza te da mucho miedo, ya sabes que no te duele y vas tranquila” (U6-58).*

*“Nada que ver ahí, vieras que ahí es agradable el asunto porque no te duele ni nada, te tratan bien, es que en los hospitales, aparte de que es feo, las personas que trabajan ahí, algunas no todas, verdad, no sé qué será que tienen un modo que lo tratan a uno como a la patada, entonces ahí obviamente uno está pagando y el trato ahí la gente es muy amable, muy empática y muy cuidadosa también” (U2-52).*

*“Un poco de molestia, pero uno asume esa molestia por el bien de uno. Siento que es un poquito incómodo, pero siempre hay una bondad en el trato” (U14-63).*

La tercera idea se relaciona con la tecnología, existe el supuesto de que a mayor tecnología del equipo de mamografía, menor sensación dolorosa durante la exploración. Los datos disponibles en la literatura indican que un 75% de las mujeres consideran la mamografía como una experiencia dolorosa y que están convencidas de que el dolor es una norma más que una excepción. La fuerza de compresión aplicada es un factor controlable, posiblemente con la participación activa de la mujer: parece que la oportunidad de controlar la compresión, informando cuando empiece a provocar dolor, pueda reducir el riesgo de dolor un 65% (Pacifci, 2016).

*“La única inquietud que tenía era esa será que algo pasa en la maquina los rayos, pero tengo más de 12 años, cada 3 en la Caja en la Clínica de Guadalupe” (U15-62).*

*“Bueno lo que todas nos quejamos es la grosería del examen, verdad, porque es un examen muy grosero a nivel físico, ese es básicamente, que le da a uno una pereza por lo doloroso que es y lo molesto que es, ya debería haber otro tipo de tecnología menos invasiva”(U9-60).*

*“Sí. me llamó mucho la atención que al principio dice la tecnología, la parte del equipo sí es como muy importante a la hora de minimizar el riesgo de dolor que pareciera ser como que hay otros equipos que pueden producir dolor. Sinceramente no conozco ningún otro equipo más que en donde yo me lo hago, pero a mí me han dicho que la Caja, como compañeras, amigas, que la Caja tiene equipos muy viejos, muy pesados y maltratan mucho, sin embargo, yo sé que se han traído mamógrafos nuevos, lo que pasa es como yo no uso el servicio de la Caja yo no sé, pero digamos, estoy hablando que yo tengo 58 años, es decir hace 18 años que digamos aproximadamente me hice la primera mamografía, que ese era el mito que estaba alrededor de la mamografía, que era doloroso, que las máquinas eran muy pesadas, que te hacían el pecho como una tortilla, entonces yo mejor corrí al privado y llamé y pregunté, creo que tienen dos nombres los mamógrafos” (U6-58).*

*“Me decía la muchacha, no, es que nosotros tenemos un equipo así y así y yo opte por el equipo, el dolor no me gusta, yo creo que a nadie, pero me imagino que la Caja ahora tiene mejores equipos”(U6-58).*



cuidado así como de las creencias, lo que conlleva a la influencia en la accesibilidad a los servicios de mamografía.

En este sentido, el grado de escolaridad permite identificar la relación entre la adquisición de información y la percepción sobre el proceso salud-enfermedad que expresaron las participantes: aquellas con escolaridad universitaria mencionan que estar saludable abarca dimensiones como la física, social, psicológica, espiritual; mientras que en las participantes con escolaridad secundaria la dimensión física es la que prevalece, donde estar saludable es la ausencia de dolor o malestar.

Cuando se vincula la escolaridad en las categorías, se logran identificar además elementos facilitadores o de barrera para acudir a la realización del estudio mamográfico, pues el tipo de ocupación que desempeñan las participantes y los ingresos económicos producto del mismo facilitan un camino a la conformación de entornos saludables, pues implica la disposición de tiempo, el ajuste de los horarios para las citas, así como el costo de un estudio, convirtiéndose en factores que influyen en las decisiones de acción y adquisición de hábitos.

Por otra parte, la educación determina cambios en las relaciones de género, que permite que las mujeres puedan tomar decisiones en forma más autónoma respecto a diversos aspectos que atañen a su salud y al control sobre su propio cuerpo, tales como decidir cuándo acudir a los servicios de salud y en este aspecto, el acudir a realizarse el examen de mamografía

Con respecto a las creencias alrededor del examen mamográfico, es necesario considerar previamente que una creencia surge por la interacción de tres componentes básicos: la información, que se refiere a la cantidad y calidad de conocimientos que poseen las participantes, en este caso, el estudio de mamografía, además del conocimiento de autocuidado, esta información puede estar o no derivada de estereotipos.

Otro componente es el campo de la representación, que es la estructura y organización con la que, a partir de un mínimo de información, se constituye un espacio figurativo significativamente articulado, esto quiere decir que el conocimiento y las opiniones recibidas se articulan en la mente de la persona; y la tercera es la actitud, que expresa la orientación (de acción) general, positiva o negativa frente al objeto de representación (Jodelet, 1984), en este caso, el estudio de mamografía, pues una actitud

lleva inherentemente una carga axiológica; en las ideas, convicciones, temores y sentimientos que ponderan los valores (Glazman, 2005, como se citó en Ramos y Choque, 2007).

Dado que el objetivo de esta investigación es comprender el acceso al examen de mamografía desde la influencia de las creencias, es posible identificar en los datos aquellas ideas y pensamientos que expresan una actitud a las convicciones que la persona posee acerca de la práctica mamográfica y que permite identificar las creencias.

A ejemplo de lo anterior, dentro del marco de información que las participantes expresaron sobre la mamografía, se reafirmó que el temor o miedo con respecto al dolor, en la ejecución del examen, refuerza en el campo de representación de la creencia un motivo de distanciamiento e indisposición de las participantes a la realización del estudio.

Esto es manifestado en la actitud negativa y la divulgación entre las mujeres, lo que facilita el imaginario de que el proceso de realización del examen y de compresión de la mama siempre es doloroso. Como se analiza en la literatura, muchas veces el dolor puede derivarse por inflamación o aumento de la sensibilidad en las mamas el día de la prueba o por la tensión que implica el procedimiento, además de imaginar procesos dolorosos creándose imaginarios relacionados con el cáncer de mama.

Además, siguiendo la creencia sobre el dolor, en las expresiones de algunas de las participantes se denota que su experiencia al dolor fue mínima en comparación con lo que habían escuchado. Esto lo asociaron a la tecnología del equipo de mamografía, pues sugieren que entre más novedoso sea el equipo, menor sensación del dolor. Lo anterior resulta relevante, pues sugiere la presencia de una segunda creencia al examen de mamografía, la cual facilita una representación del estudio menos dolorosa, incidiendo en la apertura a su realización.

Inclusive, se exponen dos creencias con relación al dolor que facilitan la comprensión en el acceso al examen: la primera crea una barrera de acceso y la segunda lo facilita, pues la tecnología del equipo mamográfico incide en que las participantes tengan una mayor confianza en el proceso diagnóstico y en la disminución de dolor.

Otras experiencias sobre la realización del examen de mamografía en las participantes identifican como favorable el trato recibido por la profesional en salud que realiza el estudio, expresando más comodidad y confianza con una profesional de la salud mujer.

Esto conlleva a replantearse los esquemas de información sobre el cuidado de la salud que se transmitieron inicialmente desde el contexto familiar están permeados de conductas patriarcales que podrían incidir como barrera a la realización de la mamografía o si se trata solamente de una preferencia por la sororidad femenina en el momento de mitigar el dolor. Ambas situaciones conllevan el análisis de la influencia de la educación en la salud, desde la familia, pues implica comportamientos y prácticas a lo largo de la vida.

Así mismo, el conocimiento del cáncer de mama responde a las creencias desde la educación en salud, pues las explicaciones sobre las enfermedades no son exclusivas de los profesionales de la salud, sino que, en el contexto cotidiano, las personas se exponen a concepciones para explicar enfermedades desde lo científico hasta lo mágico-religioso.

Luego, estas explicaciones derivarán en la actuación para acudir a un diagnóstico y posible tratamiento, es decir, se dispone a actuar de determinada manera. Es así como en los datos se observa como los conocimientos que poseen las participantes sobre cáncer de mama, así como la experiencia sobre la enfermedad, inciden en la percepción de riesgo y en la decisión de realizarse la mamografía.

Tal como lo afirma Valencia, (2007: 55) el conocimiento práctico, se nutre de conocimientos previos, de creencias, de tradiciones, de contextos ideológicos, que permiten a los sujetos actuar sobre el mundo.

Por otra parte, un aspecto importante y que se relaciona con la creencia sobre cáncer de mama es la ausencia de la exploración del cuerpo, pues esto disminuye las posibilidades de detección de cambios en el mismo, principalmente en las mamas, y que remite a plantearse nuevamente el tema de la educación familiar en el cuidado de la salud, además de la autonomía en el autocuidado, pues parte del que acudan a los servicios médicos para examinarse está condicionado por la influencia del sistema de salud, enfocado en la figura del médico remitente de solicitud de examen y pocas veces por la iniciativa de las usuarias.

*“...fue porque se me inflamaron los pechos y entonces el ginecólogo, creo que él me dijo ya cumpliste 40, ya vamos a hacer la primera mamografía” (U6-58).*

Algunas de las participantes permiten distinguir los signos de una posible lesión. Sin embargo, en la práctica cotidiana no está claro cómo aplicar esos conocimientos con el autocuidado de sus cuerpos, y esto repercute en las creencias sobre cáncer de mama. Acá se derivan dos razones para no explorarse: la primera es la carencia de información desde la familia, lo cual repercute en una resistencia a explorar sus cuerpos, y la segunda es el miedo a hallarse masas o “pelotitas” que puedan significar la presencia de una lesión cancerosa.

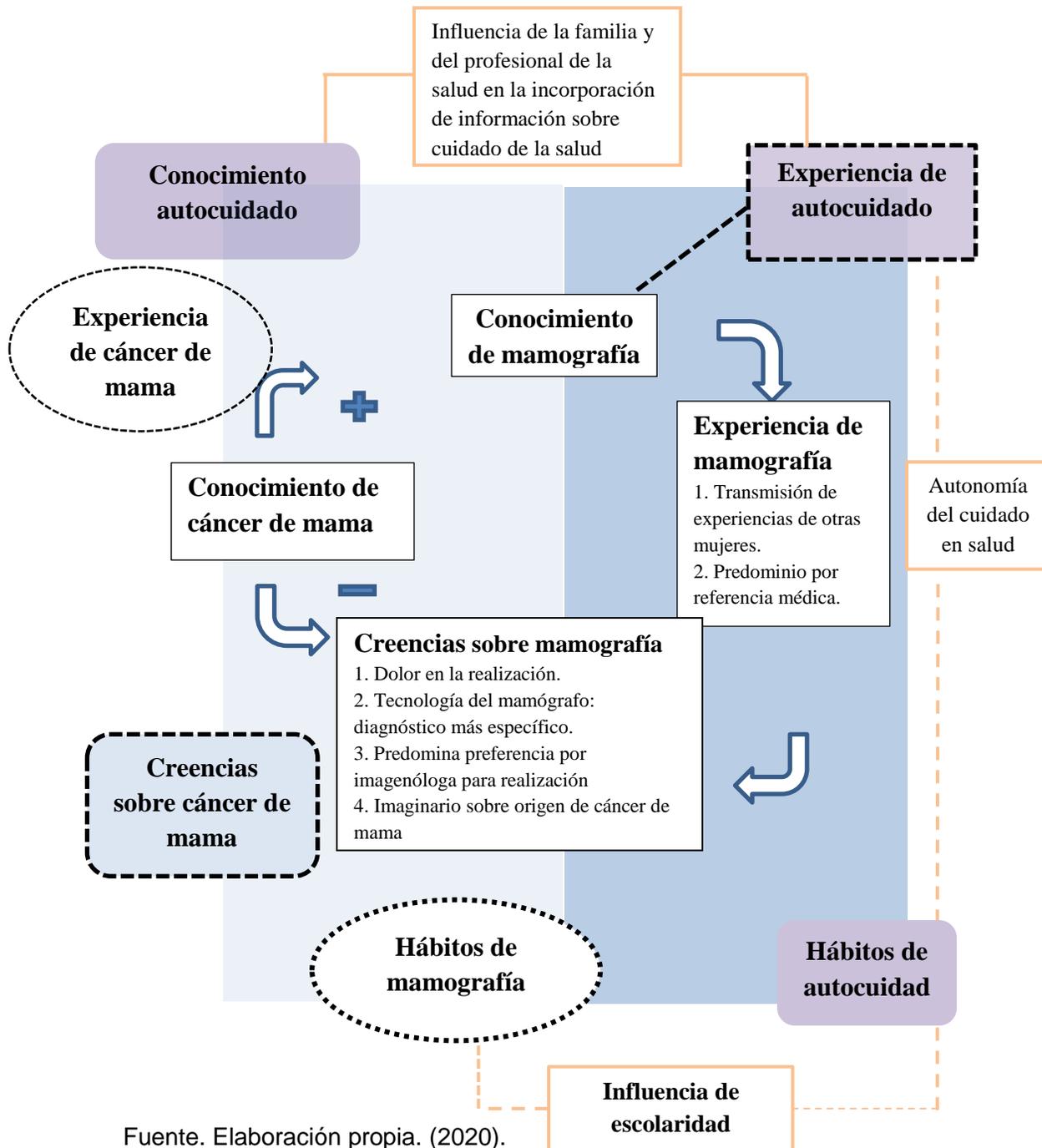
*“Bueno, no sé cómo me criaron a mí, porque ellas dicen que yo vivo en un tabú, yo ver otra mujer desnuda, no sé qué me daría de reacción, o verme yo mis partes hasta ese punto, nosotras entre mujeres nos contamos cosas y aquí es un vacilón, entonces una de ellas me preguntaba a mí que si yo me conozco mi cuerpo, que si yo me conozco mis partes yo le digo que no, está loca” (NU7-40).*

*“Sí, uno siente como las pelotitas, algunas en el lado derecho, por ejemplo, pero igual, cuando ya me ve el radiólogo después de la mamografía, ya yo le he preguntado que me palpe bien, y yo siento entonces él me dice que eso no es (se refiere a que no es cáncer) y ya me quedo más tranquila” (U2-52).*

En el cuadro 6 se sintetiza el abordaje de las categorías de análisis para hallar y describir las creencias a la mamografía.

En la categoría conocimiento de autocuidado expone la importancia de la influencia de la familia para adquirir las fortalezas del cuidado de la salud, que, aunado a la experiencia de autoconocimiento, nos puede llevar no solo a hábitos sino también a la autonomía del cuidado. Con respecto a la mamografía el conocimiento del cáncer de mama puede facilitar o no el conocimiento de mamografía y la experiencia de ésta, en la detección temprana de cáncer, por ende, si no es favorable desde la información que se obtiene del cáncer de mama como de la mamografía, así como de la experiencia que conlleva a las creencias.

**Cuadro 6.** Principales hallazgos de la reflexión teórica



Fuente. Elaboración propia. (2020).

Puesto que comprender el acceso al examen de mamografía nos llevó a plantearnos previamente la influencia de la creencia y describirla, es ahora cuando surge la interrogante ¿Cómo una creencia influye en la accesibilidad al examen? Es a continuación donde se intenta precisar esa influencia de la creencia con la accesibilidad aunado diferencias en los niveles de escolaridad

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) expone que los conocimientos y, por ende, la educación de las personas, se encuentran dentro de un proceso que conlleva diversos niveles: microsistema, mesosistema y macrosistema, esto determina no solo las creencias sino también los comportamientos sociales con respecto al autocuidado.

Si se analizan estos tres niveles propuestos, se hallará que en el primer nivel, microsistema, la influencia de la familia es fundamental. Es por esta razón que en aquellas participantes donde se careció de conocimiento y prácticas de cuidado de la salud a edades tempranas, la experiencia de autocuidarse será menor, sin embargo, no limita el cuidado de la salud, pero si lo retrasa, pues las personas deberán adquirir la información y el conocimiento conforme las experiencias de su entorno.

En el mesosistema, la socialización con amistades y compañeros (desde la escuela hasta la vida laboral) facilita en las participantes el intercambio de información sobre la experiencia de la realización de la mamografía y esto repercute, junto con el marco de información proveniente de la familia, en la percepción sobre el estudio, prevaleciendo una imagen negativa en cuanto al proceso de realización, porque enfatiza la creencia de lo doloroso, pero al mismo tiempo percibida como de realización necesaria para la detección temprana de cáncer.

Por otra parte, en el nivel intermedio, o mesosistema, el conocimiento sobre cáncer de mama ha sido ampliamente abordado desde la promoción y prevención de la salud por medio campañas de detección temprana de cáncer de mama e interactuando con el macrosistema (educación, políticas públicas entre otros), sin embargo, lo que se cuestiona al analizar los datos proporcionados por las participantes es si este mensaje de concientización es recibido en sintonía con el modelo médico hegemónico, lo cual se refleja en las participantes al mencionar que la mamografía es sugerida por el médico después de cierta edad.

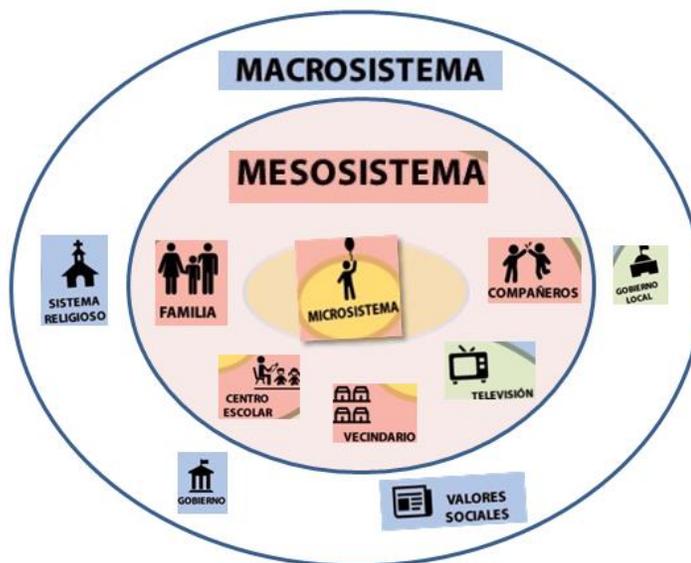
La usuaria del servicio de mamografía está también sujeta a un macrosistema donde la escasez de educación para la salud en edades tempranas facilita la formación

de creencias sobre el estudio de la mamografía y, aunado a ello, las creencias sobre cáncer de mama, lo cual provoca que la responsabilidad en la atención recaiga en el médico como promotor y conlleva la disminución de la participación autónoma de las mujeres en el cuidado de su salud.

Aunado a ello, también lo anterior sugiere cuestionarse si la estructura del sistema de salud es adecuada a las necesidades de las usuarias con respecto a la mamografía y su vinculación con las creencias, minimizando las barreras que estas propician bajo un enfoque de accesibilidad cultural a los servicios de salud.

La figura 7, detalla la vinculación de las creencias a lo largo de los diversos contextos con respecto a la accesibilidad cultural de los servicios de salud, dándose la integración con los niveles del proceso de desarrollo humano según la teoría ecológica de Bronfenbrenner.

**Figura 7.** Ecología del desarrollo humano



Fuente. Elaboración propia, 2020.

Por otra parte, la accesibilidad al estudio de mamografía, concebido desde el macrosistema, repercute en lo administrativo u organizacional con respecto a la asignación de citas, influye en la adherencia, pues las participantes con el grado de

escolaridad universitaria tienen más posibilidades de acceder a citas que se ajusten a los horarios laborales por medio del sector privado, mientras que las participantes con grado de escolaridad secundaria, no poseen la facilidad para acceder a las citas, limitando su asistencia dado su horario laboral. Si bien existe el derecho a permisos por parte del empleador para asistir a las citas, muchas de ellas prefieren que no tenga que interferir con requerir estos permisos, lo cual, de una manera implícita, genera una barrera para la realización de la mamografía y, por ende, interfiere en la autonomía para cuidarse la salud.

Con respecto al acceso de los servicios de salud, Carracedo (2000) ofrece una mirada con enfoque social al analizarlo, pues el no uso de los servicios muestra la no adherencia a los mismos; es decir, sino identifica los servicios como el medio para satisfacer la necesidad de atención, no se establece un sentido de pertenencia.

Las políticas en salud están diseñadas para resolver los problemas generados en la población. En consecuencia, la intervención es una acción crucial que se enfoca en las necesidades de las mujeres y la necesidad de reforzar su autonomía en el cuidado de la salud. Es por esto que el papel del médico es clave para propiciar una forma de participación colectiva en la promoción de la salud y la construcción del conocimiento en conjunto, porque existen múltiples maneras de ver la realidad o las necesidades de las usuarias vinculados a factores culturales en el cuidado de la salud y esto conlleva a una apertura en la mujer para el autoconocimiento de su cuerpo y detectar aquellos cambios que se presentan.

Al finalizar el apartado de análisis, es importante mencionar que se derivan líneas de investigación muy interesantes en dos áreas: la primera es la accesibilidad a los estudios imagenológicos, pues es oportuno conocer cuáles son los conocimientos de los usuarios con respecto al cuidado de su salud y las creencias a estudios complementarios al diagnóstico clínico. La otra línea de investigación es con respecto a la percepción de autocuidado de la salud, las creencias y cáncer de mama, en mujeres diagnosticadas, que acuden al servicio de radioterapia como rama terapéutica de la imagenología. Ambas líneas de investigación en la accesibilidad y la respuesta de atención, se justifican no solo por la mejora en la atención al usuario y el aporte a la recuperación de la salud sino que desde la economía de costos, tanto en el en el tratamiento de cáncer de mama y otros cáncer, conlleva a la optimización de los recursos.

## **CAPITULO 5**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

Considerar las creencias para explorar las valoraciones, conocimientos y experiencias que las usuarias tienen sobre el estudio, contribuye a identificar los significados que las mujeres tienen sobre el examen, interviniendo en el acceso de los servicios de la salud y, por ende, interviniendo en un diagnóstico temprano.

Comprender la accesibilidad al servicio de mamografía permitió conocer que los servicios de salud están ligados a influencias sociales y culturales donde se originan las creencias y el grado de información de las usuarias, lo que propicia distintos modos de acercamiento y utilización del servicio.

Describir las creencias con respecto a la mamografía recalca que esta supone una expectativa de actuación, así como de conocimientos por parte de las personas participantes. La persona no se relaciona con la realidad sino con la representación mental que hace de ella. Esta es la razón por la cual es posible inferir las creencias a partir de la observación y los datos proporcionados.

Dentro de los factores que proporcionan la conformación de la creencia en mamografía está la educación en el cuidado de la salud dada por la familia, así como la escolaridad y la experiencia cercana al cáncer de mama, la cual permite identificar a la creencia y además como se concibe dentro del proceso salud enfermedad y su propio cuidado de la salud.

En el imaginario de muchas mujeres, la mamografía se ha convertido en un referente negativo, a pesar de que sirve para detectar precozmente el cáncer de mama.

Así, por ejemplo, el dolor al realizar la mamografía es la creencia central y se unifica con la tecnología, en el supuesto de que a mayor tecnología del equipo de mamografía, menor sensación dolorosa durante la exploración.

Aunado al hallazgo de las creencias, también el papel del médico como promotor de salud, al igual como se demostró en la categoría conocimiento de autocuidado, interviene en la accesibilidad a los servicios de mamografía, pues promueve conductas

de dependencia, o bien, facilitar la autonomía a las usuarias del servicio de mamografía, sin una relación jerarquizada entre el usuario y el profesional de la salud (De Pedro, 2007).

La adquisición de saberes del modelo biomédico y los saberes que tienen las mujeres son diferentes y esto determina las prácticas de cuidado de la salud y su posterior incorporación a la vida familiar.

Para el y la profesional en imagenología que trabaja en un servicio de mamografía el conocer las creencias como la dimensión del dolor durante el examen, la información previa y las prácticas de salud de las usuarias contribuye no solo a valorar la producción diagnóstica de las imágenes, sino que va más allá de lo biomédico para repercutir en el trato hacia las usuarias y en la educación en salud. Lo cual repercute en la apertura a la asistencia al examen de mamografía.

Cuando se estudia los perfiles de los problemas de salud en la mujer, es necesario considerar las diferencias educativas, pues tal como se analizó previamente, estas diferencias se traducen en una ventaja o no, al acceso de la mamografía, dado que han condicionado en muchos casos patrones diferentes de percepción de enfermedades y riesgos, además de que los tipos de trabajo en que se desempeñan las mujeres se encuentran condicionados con el tiempo laboral y tipos de salarios el facilitar tanto las prácticas de autocuidado como la asistencia de servicios de mamografía privados que pueden traducirse en perfiles diversos de demanda y atención.

Por otra parte, desde la mercadotecnia de la salud, el incursionar en este tipo de estudios, impacta sobre los esfuerzos para detectar tempranamente el cáncer de mama y, con ello, optimizar en etapas iniciales no solo la calidad de vida de las mujeres, sino que implica un menor costo al sistema de salud, puesto que los estadios más avanzados del cáncer de mama son los más complicados desde el punto de vista de la atención médica requerida.

A pesar de que está constatada la importancia del autocuidado, se percibe que este aún no es estimulado por los profesionales de la salud hacia las usuarias, sin embargo, el mayor reto es crear mecanismos en la dinámica de atención que fortalezca la autonomía de las usuarias a su cuidado de la salud.

El y la profesional en imagenología trasciende la rama técnica a discusiones, más amplias que abarcan la salud pública, para dar su aporte a grupos interdisciplinarios y la

respuesta a problemas de la salud que se reflejan en la cotidianidad de los servicios de imágenes médicas. En la época actual, el reto para generar aportes al sistema de salud, es no solo potenciar y exponer el alcance del quehacer profesional, sino que además llevar al diseño de investigaciones que demuestren problemas y sus posibles soluciones.

El desarrollo de esta investigación permitió generar habilidades para el enfoque cualitativo, proporcionando información que puede ser integrada a otros campos disciplinarios, lo cual abre a la participación de los profesionales de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica en estudios con metodologías poco abordadas, como la interdisciplinaria, confirmando una innovadora propuesta a la competencia profesional.

## **5.2. Recomendaciones**

La accesibilidad a los servicios de la salud, principalmente aquellos de detección temprana al cáncer con imágenes médicas, está sujeta a influencias culturales como las creencias, ocasionando distintos modos de acercamiento de la población, lo cual interviene en un diagnóstico temprano. Es por esto que se recomienda incentivar a la población estudiantil y académica del área de imagenología a desarrollar investigación cualitativa para profundizar en estos conocimientos.

Se recomienda a la Escuela de Tecnologías en Salud y a la carrera de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, ampliar la participación en las discusiones relacionadas con el proceso de autocuidado en el abordaje de los usuarios y usuarias a los servicios de imágenes médicas, generando una apertura en el diseño de programas educativos y promoción de la salud que den énfasis a la participación autónoma.

Se recomienda a la Universidad de Costa Rica, desde de la Escuela de Tecnologías en Salud y otras escuelas e institutos de investigación, a repensar el cuidado de la salud de los funcionarios y funcionarias que trabajan en la institución, e incorporar aportes académicos al trabajo interdisciplinario para el fortalecimiento de políticas públicas en salud sobre cáncer de mama, dados los índices de incidencia y mortalidad de la enfermedad.

Dentro del quehacer de profesional en Imagenología, se recomienda considerar en los servicios de mamografía un protocolo de atención enfocado en la educación o información previa al examen y la evacuación de dudas de las usuarias.

El éxito de la detección temprana minimiza los costos de tratamiento y el impacto social de las mujeres y su calidad de vida. Se recomienda que este tipo de investigaciones sean conocidas desde los gestores de mercadotecnia de la salud u instituciones relacionadas como insumos que faciliten los abordajes en la atención.

## REFERENCIAS

- Acevedo, D., Aguirre, D. (2006). Beneficios del screening y del seguimiento mamográfico en la mortalidad por cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 165-170. Recuperado de [http://www.mastologia.cl/pto\\_docente/016\\_scrnng\\_seg\\_mamgfc.pdf](http://www.mastologia.cl/pto_docente/016_scrnng_seg_mamgfc.pdf)
- Agudelo, M. (2013). Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. *Salud Colectiva*, 9(1), 79-90.
- Aguilar, M., Sánchez, N., Villar, M., Gómez, E., (2013). Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Nutr Hosp*. 28(5):1453-1457
- Aibar, L., Santalla, A., López, M., González, I., Calderón, M., Gallo, J. (2010). Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Elsevier doyma*, 38(4), 141-149.
- Alcántara, G. (2008). La definición de la salud de Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- Álvarez, L. (2009). Determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79.
- Alvarez, I., Durón, R., Medina, F., Gómez, S., Henríquez, O., Castro, E., Salgado, A., Fernández, D., Velásquez, L., Vásquez, P., Murillo, O., Cabrera, S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas en cáncer de mama y el autoexamen para detección temprana. *Revista Médica Honduras*. (85)
- American College of Radiology. (2009). American College of Radiology. Recuperado de <http://www.acr.org/About-Us/Media-Center/Position-Statements/Position-Statements-Folder/USPSTF-Mammography-Recommendations-Will-Result-in-Countless-Unnecessary-Breast-Cancer-Deaths>.
- Andreu, Y., Galdon, M., Durá, E., Carretero, S., Tuells, J. (2004). Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 11(3), 323-335.
- Araya, S. (2002). Representaciones Sociales, ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). *Cuaderno de ciencias sociales*, 127.

- Arenas, L., Jasso, J., Campos, R., (2011). Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*. 18: 42. DOI: 10.1177/1757975911422960
- Arredondo, F., Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de Servicios de Salud: Revisión y análisis. *Salud Pública*, 34, 36-49.
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, O., Ojea, A. (2007). *Fundamentos de salud pública*. La Plata, Argentina: Ed. Universidad Nacional de la Plata.
- Barrio, I., González, J., Padín L., Peral, P., Sánchez, I., Tarín E., (s/f). El estudio de casos. Métodos de investigación educativa, Universidad Autónoma de Madrid 3º Magisterio Educación Especial. Recuperado de [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est\\_Casos\\_doc.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf)
- Beauchamp, T., Childress, JF. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: Orxford University Press.
- Blanco, G., & Feldman, L. (2000, mayo/junio) Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. *Salud Pública de México*, 42(3), 217-225.
- Bonilla, M. (1988). *Factores que limitan la accesibilidad de los usuarios a la consulta externa especializada programada en un hospital regional de Costa Rica*. (Tesis de Maestría en Administración Pública). Universidad de Costa Rica.
- Breastcancer.(2016).Breastcancer.org. Recuperado de [http://www.breastcancer.org/tips/your\\_job](http://www.breastcancer.org/tips/your_job)
- Bronfenbrenner, U. (1987) La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós.
- Caballero, M., González, L., Nigenda, G. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex*, 51 supl 2, S254-S262.
- Cardenal, M., Cruzado, J., (2014). Estrategias de afrontamiento y malestar emocional en mujeres con resultados dudosos de su mamografía de cribado. *Psicooncología*. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47389. *Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid*.
- Carracedo, E. (2000). *Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y Adherencia*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Carvalho, A., Mesquita, E., Almeida, I., Figueiredo, Z. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en enfermería*, 23(2).

- Castellanos, P., Martínez, J., Mermet, P. (1998). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales*. Salud Pública. Madrid, España: Ed. Mcgraw Hill,
- Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Bol. Epidemiológico OPS*. 10(4).
- Castillo, I., Bello, L., Castillo, L., Moscote, G., Orozco, W., Velasco, E. y Visbal, M. (12 de 02 de 2014). Factores asociados al uso de mamografía en mujeres mayores de 50 años. Cartagena *Revista Ciencias de la Salud*, 183-193. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3077/2457>
- Castillo, E., Vásquez, M., (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-167. Recuperado de <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>
- Cátedra Medicina y Sociedad. (2017). Prácticas y Representaciones Sociales [Archivo de video]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=AqKWzKyW\\_Wo&list=WL](https://www.youtube.com/watch?v=AqKWzKyW_Wo&list=WL)
- Cid, M., Montes de Oca, R., Hernández, O. (2014) La familia en el cuidado de la salud. *Rev Méd Electrón* Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czernieck, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkiner, A. (2006). El concepto de Accesibilidad: La perspectiva relacional entre la población y servicios. Facultad de Psicología-UBA, *Anuario de Investigaciones*, XIV.
- Cruzado. J., Pérez, P., Olivera, H., Sanz, R., Hernández, V., Suarez, A., Mendoza, S. (2005). Necesidad de tratamiento psicológico en personas con riesgo de cáncer hereditario que inician consejo genético. Estudio de variables predictorias. *Psicooncología*, 2(2-3), 303-316.
- De Pedro. J, Sales. D. (2007). La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico? *Evidentia*. Recuperado de <http://www.indexf.com/evidentia/n16/366articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Diez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131): 127-143 doi: 10.4321/S0211-57352017000100008

- Dirección de Garantía de Servicios en Salud. (2014). Norma para la atención integral de personas con cáncer de mama. Recuperado de [http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2014/05/20/COMP\\_20\\_05\\_2014.pdf](http://www.imprentanacional.go.cr/pub/2014/05/20/COMP_20_05_2014.pdf)
- D'Orsi, C., Sickles, E., Mendelson, E. (2016). *BI-RADS: Sistema de informes y registro de datos de estudios por imágenes de la mama* (5 ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal SA.
- Durá, M, Pacheco. J. (2010). Estilo de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. *Reduca. Serie de trabajos de Fin de Master*.2.(1):680-695, ISSN:1989-5305.
- Durán, M. (1988). *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Cultura, Instituto de la Mujer, Serie Estudios, nº 12.
- Escobar, G., Sosa, C., Burgos, L. (2010). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Salud Publica Mex*, (52), 46-51.
- Escorcía, V., Villarreal, E., Vargas, E., Galicia, L., Martínez, L., Paredes, E., Ayala, S. (2013). Costo del proceso diagnóstico del cáncer de mama en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(2), 95-101. doi:10.4067/S0717-75262013000200005.
- Febles, G. (2014). Screening mamográfico del cáncer de mama, beneficios y controversias. *MÉD.UIS*. Uruguay. 27(1):51-8).
- Fehrman, P., Delgado, C., Fuentes, J., Hidalgo, A., Quintana, C., Yunge, W., Fernández, E., Duran, S. (2016). Asociación entre autopercepción de imagen corporal y patrones alimentarios en estudiantes de Nutrición y Dietética. *Nutr Hosp*. 649-654. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.274>
- Feldman, L., & Saputi, D. (2007). Roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social y salud en mujeres trabajadoras. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(29), 91-119.
- Gamboa, K., Gómez, R. (2015). *Estrategia de promoción de la salud para el fomento del envejecimiento activo en las personas adultas mayores que pertenecen a la red de cuidado del cantón de Parrita, 2013-2014*. (Tesis de Licenciatura en Promoción de la Salud). Universidad de Costa Rica.

- García, D. (2010). Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Cartas al editor. *Revista Médica Chile*; 138: 1463-1464
- Gascón,H; Onofre, J; Londoño, I; Alemán, X; Meza, R. (2014). El valor de la resonancia magnética de mama en pacientes con diagnóstico de cáncer. *Anales de Radiología México*;13:384-403.
- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Rev. Salud Pública*. 11 (4): 514-525.
- Godoy, C., Godoy, J. (2016). Representaciones Sociales acerca de los programas de tamizaje de cáncer ginecológico en mujeres ecuatorianas. Un estudio cualitativo desde la percepción de las usuarias de servicios de atención primaria de salud. Quito Ecuador. *Rev Esc Enferm USP*, 50(n.esp), 068-073
- Gomes. M, Tosoli. Oliveira, D & Sá, C. (2008). Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 122-129. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100019>
- Gómez, X., Sánchez, G. (1991). *Condicionantes medico sociales del proceso de atención en salud en dos comunidades del área rural de la provincia de Cartago*. (Memoria de la práctica dirigida para Licenciatura en Antropología Social)
- González, A., Fallas, Y. (2014). *Representaciones sociales sobre el amamantamiento y la lactancia materna, en un grupo de mujeres gestantes y su acompañante, que asisten al Curso de Preparación Integral para el embarazo, parto y postparto impartido en la Oficina de Bienestar y Salud de la Universidad de Costa Rica, II semestre 2013*. (Tesis de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica.
- González, R. et al (2006). *La observación participante*. Madrid, España: UNED.
- González Gavaldón, Blanca (1999). Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*, (12), .[fecha de Consulta 10 de Julio de 2020]. ISSN: 1134-3478. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=158/15801212>
- Gurdián, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. Colección: Investigación y desarrollo educativo regional (IDER). San José. Costa Rica: Agencia Española de Cooperación y Desarrollo Educativo Regional (AEIC).

- Guzmán, M.R.; Polanco, G.; Reynoso, K.M.; Maldonado, C.F. (2018). Género, Salud y Autocuidado en Académicas Universitarias. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 7(2), 1657-1680. doi: 10.17583
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México, D.F.: McGraw-HILL / Interamericana editores.
- Ibañez, R. (1986). Nuestra historia sin paredes: El programa Hospital sin Paredes: un proyecto de salud no agotado. Consultado en los documentos de la Asociación Regional de Salud comunitaria de San Ramón. San José, Costa Rica.
- International Agency for Research on Cancer. (2012). GLOBOCAN 2012. Recuperado de [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
- Jodelet, D. (1984). "Représentations sociales: un domaine en expansion". *Les représentations sociales*, París, Francia: Presses Universitaires de France.
- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Velázquez, E., Dorantes, J., Méndez, Ó. y Ávila-Burgos, L. (2009). El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 51.
- Knaul, F., López, L., Lazcano, E., Gómez, H., Romieu, I., Torres, G. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 51, 138-140.
- Kosir, M. (2018). *Cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.msmanuals.com/es-cr/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornosmamarios/c%C3>
- Llanos, A., Morera, M., Barber, P., Hernández, K., Xirinach, Y., Vargas, J. (2009). Factores relacionados con la utilización de los Servicios de Salud en Costa Rica. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 323- 335.
- Llauradó, G. (2013). La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. *Revista de Enfermería*.
- Lara, E., Torres, Y., Moreno, M. (2012). Actitudes y hábitos ante la prevención. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*. 20(1): 11-17.
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. DEBATE Recuperado de <http://scielo.sld.cu> 488.
- Lima R, A; Féres-C, T; Seixas M, A. (2017) Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio cualitativo en mujeres en el estado de

- Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol. 35, núm. 1, pp. 95-106. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
- Linares, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 94.
- Lostao, L. (2000). Factores predictores de la participación en un programa de «screening» de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables Sociodemográficas. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 92, 169-188.
- López. M, Polaino. A, Arranz. P.(1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*; 13 (10): 423-8.
- Madrigal, M., Miranda, M., Prado, R., Sandoval, A., Navarro, A & Sancho, L. (2015). Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 126-136. Recuperada de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292015000200126&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292015000200126&lng=en&tlng=es).
- Maita, F., Llanos, J., Panozo, V., Muñoz, L., Gutiérrez, C. y Zegarra. W. (2012). Valor diagnóstico de la ecografía y la mamografía en pacientes con neoplasias de mama del Hospital Obrero N°2 de la Caja Nacional de Salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 35(2), 59-61. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S101229662012000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662012000200003&lng=es&tlng=es).
- Maris, S. (2017). Construcción de indicadores de accesibilidad al sistema de salud sensibles a la cultura. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. (9) 2, pp. 1-15
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración. *Papers* 73, 127-152
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193.
- Marzo, M., Melús, E., Bellas, B. (2012). Recomendaciones para el cribado del cáncer de mama con mamografía en población de riesgo medio. *Atención Primaria*, 44(6), 366-367. Recuperado de

- pps.elsevier.es/watermark/ctl\_servlet?\_f=10&pident\_articulo=90140925&pident\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=27&ty=156&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v44n06a90140925pdf001.pdf
- Mejía, L. (2013). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1), S28-S36.
- Melguizo, E. y Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891>
- Meda, R, Torres, P, Cano, R, Vargas, R. (2004). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. En: *Revista Psicología y Salud*. Vol.14 N° 2: 205-214.
- Miraval. GA, Perea E, Suarez. S, Calderon. M, Hernandez. L, Escorza- A. (2014). Relación entre el IMC y la percepción en Universitarias Lima-Peru 2013. *Consensus* 19(2):91-100.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2018). Memoria Institucional 2014 – 2018. Recuperado de [https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/memorias/memoria\\_2014\\_2018/dpi\\_memoria%20\\_ministerio\\_salud\\_2014\\_2018\\_1.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria_2014_2018/dpi_memoria%20_ministerio_salud_2014_2018_1.pdf)
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (s.f.) Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. Recuperado de [www.ministeriodesalud.go.cr/sobre\\_ministerio/do/productos/IVB\\_Cont\\_May08\\_Dic08/Informe%20de%20Avance%20I%20Etapa%204B%200a1%2016-0908/Anexo%202%20Productos/Anexo%202.10/Anexo%202.10.1%20Avance%20del%20Modelo%20Conceptual%20y%20Estrategico.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/do/productos/IVB_Cont_May08_Dic08/Informe%20de%20Avance%20I%20Etapa%204B%200a1%2016-0908/Anexo%202%20Productos/Anexo%202.10/Anexo%202.10.1%20Avance%20del%20Modelo%20Conceptual%20y%20Estrategico.pdf)
- Mora, G., Rojas A.(2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Invest Educ Enferm*. 27(2):191-200.
- Moscovici, S.(1979) *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Cap. I. 2a. ed. Buenos Aires: Ed. Huemul, p. 27-44.
- Murillo, O. (2010). *Representación Social del virus del Papiloma en el cantón de Pococí y Tarrazú y su efecto sobre la salud sexual y reproductiva*. (Tesis sometida a consideración de la Comisión de Estudios de Posgrado en Estudios de la Sociedad

- y la Cultura para optar al grado de Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura). Universidad de Costa Rica.
- Nigenda, G., Caballero, M. y González, L., (2008). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oxaca. *Scientific Electronic Library Online*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a16.pdf>
- Nigenda, G., Caballero, M., Gonzalez, L., (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oxaca. *Supl Salud Pública*, México.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La sensibilización es el primer paso en la batalla contra el cáncer de mama. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 90(3), 157-244. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-030312/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Comisión sobre Determinantes sociales de la salud-Informe Final. Recuperado de <http://www.who.int/socialdeterminants/thecommission/finalreport/es/>
- Pacifici, S. (2016). Dosis, compresión y «riesgo de dolor» en mamografía. *Imagen Diagnóstica*.50-53. Recuperado de <http://www.elsevier.es/>
- Pancorbo, G. Espinosa, A. Cueto, M. (2011). Representaciones estereotípicas y expresión del prejuicio en el Perú: la mirada desde la pobreza. *Revista de Psicología* Vol. 29 (2), Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Patton, M (2007). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pérez, G. (2006). *Investigación cualitativa. Retos interrogantes. Métodos*. Madrid, España: La muralla.
- Pría, M. (2006). Diseño de una metodología para el análisis de la situación de salud municipal según condiciones de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400004&lng=es&tlng=es).

- Purnell, L y Paulanka , B. (2003) Transcultural health care. A culturally competent approach. Second Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company., 376 p.
- Quesada Hernández, R., & Lawrence Villalobos, A. (2007). Efectividad de la mamografía como método de screening en la prevención del cáncer de mama. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 81-88.
- Radiological Society of North América. (2015). RadiologyInfo.org. Recuperado de <http://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=mammo>
- Raffio,V. (16 de octubre de 2018). ¿Por qué la gente cree en las pseudociencias?. El Periódico. Recuperado de <https://www.elperiodico.com/es/ciencia/20181016/porque-gente-cree-pseudociencias-7092295>
- Ramírez, J. (2011). *Cómo diseñar una investigación académica* (1 ed.). Heredia, Costa Rica: Montes de María Editores.
- Ramos, M. Choque, R. (2007). La educación como determinante social de la salud en el Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud.
- Rance, J.,Salinas, S. (2001). Consentimiento informado. Investigando con ética: aportes para la reflexión acción. *PopulationConsultion*.
- Reales, L. (2015). Relación médico paciente como enlace humano trascendental en las organizaciones de salud. *Revista Venezolana de Salud Pública*. 3 (1): 45-49. Enero – Junio.
- Registro Nacional de Tumores. (2015). Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/incidencia>
- Reyes, G. (2009). El cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva. Bogotá. *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 45, núm. 1, enero-junio, pp. 203-223
- Ribeiro, A., Féres, T., Magalhães, A., (2017). Representaciones sociales del cáncer de mama, su etiología y tratamiento: un estudio cualitativo en mujeres en el estado de Río de Janeiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(1), 95-106. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3754>

- Riganti. (2018). Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. *Revista Argentina Salud Pública*. 9(37): 22-28
- Rodríguez, L.(2008). *Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva*. III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Setembro de 2008. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/228556015\\_Factores\\_Sociales\\_y\\_Culturales\\_Determinantes\\_en\\_Salud\\_La\\_Cultura\\_como\\_una\\_Fuerza\\_para\\_Incidir\\_en\\_Cambios\\_en\\_Políticas\\_de\\_Salud\\_Sexual\\_y\\_Reproductiva](https://www.researchgate.net/publication/228556015_Factores_Sociales_y_Culturales_Determinantes_en_Salud_La_Cultura_como_una_Fuerza_para_Incidir_en_Cambios_en_Políticas_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva)
- Ruiz, J. (2009): *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Sánchez, G., Laza, C., Estupiñán, C. y Estupiñán, L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 305-313. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci_arttext)
- Sánchez-Basurto, C., Sánchez, E. y Gerson, R. (2010). *Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria* (2da edición). México: Alfil.
- Sanmartín, R. (2005). *La observación participante*. Madrid, España: Alianza.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 103-122. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol16no1/contenido-sanmartin.html>
- Sardiñas, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria en salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, IIX(3).
- Sebastián, J, Manos, D, Bueno, M, Mateo.s N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*; 18 (2): 137-61.

- Simou, E., Foundoulakis, E., Kourlaba, G. & Maniadakis, N. (2010). Factors associated with the use of preventive services by women in Greece. *European Journal of Public Health*, 512-519. doi:10.1093/eurpub/ckq10
- Sociedad Americana del cáncer. (2015). Sociedad Americana del cáncer Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf>.
- Sociedad Americana del cáncer. (2014). American Cancer Society. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- Solano, K. (2013). *Análisis del acceso a los servicios públicos de salud de Costa Rica. El caso del área de Aserri, Clínica Mercedes Chacón Porras*. CCSS. (Tesis Programa de Estudios Posgrado en Salud Pública). Universidad de Costa Rica.
- Strauss, A., Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Suárez, P., Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20): 173- 198, Disponible en <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Taylor, S. y Bogdan, (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Torres, G., Knaul, F., Ortega, C., Magaña, L., Uscanga, S. Lazcano, E. (2011). *Detección temprana y manejo integral del cáncer de mama. Manual dirigido para personal de medicina y enfermería del primer nivel de atención*. Cuernavaca. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Valencia, S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En T. Rodríguez y M. L. García (Coordinadoras), *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. (pp. 51-88). México: Universidad de Guadalajara.
- Valles, M (2007). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vanegas, J. (2015). La conciencia de la salud como expresión del cuidado. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. vol. 20, núm. 2, julio-diciembre, pp. 9-10 Universidad de Caldas Manizales, Colombia

- World Health Organization. (2016). World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>
- Wiesner, C. (2007). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana Cancerología* 11(1), 13.
- Yaffe M , Mainprize J. (2011). Risk of Radiation-induced Breast Cancer from Mammographic Screening. *Radiology*; 258(1): 98-105. Yılmaz. M, Kıymaz Ö.(2010). Ansiedad y dolor asociado con los procesos de mamografía. *Journal Breast Health* 6:62.

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

CEC-I-04 AC

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”**

**Creencias sobre el examen de mamografía y su influencia en la accesibilidad a la detección temprana de cáncer de mama. Estudio de caso con mujeres que trabajan en la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, en el periodo de abril a julio 2018.**

Código (o número) de proyecto: \_\_\_\_\_

Nombre de el/la investigador/a principal: Karla Alarcón Quirós

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

#### **A. PROPÓSITO DEL PROYECTO**

El estudio que se hará es una investigación donde se obtendrá información de las creencias acerca de la mamografía y la relación de dichas creencias con la accesibilidad al examen de mamografía. El proyecto de investigación es realizado por Karla Alarcón Quirós estudiante que cursa la Licenciatura en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica de la Universidad de Costa Rica

El motivo del proyecto es conocer las creencias o información que facilita o no el acceso de las mujeres al servicio de mamografía. Se espera obtener como resultado la opinión de las mujeres sobre el tema mediante una breve consulta por parte de la investigadora.

## **B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Su participación en ésta investigación consiste en responder una serie de preguntas sobre lo que piensa acerca de la mamografía y la información que usted tiene, las preguntas irán enfocadas a creencias y datos sociodemográficos tales como: la edad, el lugar de procedencia, la escolaridad, y la ocupación además de las experiencias que tiene sobre el examen, los cuáles son requeridos para lograr el objetivo primordial del estudio. Usted podrá responder las preguntas y expresar su opinión sobre el tema, el tiempo dedicado a hacerlo será breve por medio de entrevista, que se ayudará con grabaciones con el fin de documentar todos los detalles, dichas grabaciones son completamente confidenciales, no serán mostradas en los resultados del estudio y sólo se utilizarán por la investigadora con la finalidad de enriquecer los datos proporcionados. Para devolver la información se procederá a contactarle para invitarla a la reunión de devolución de resultados donde además se realizará una charla con respecto al tema.

## **C. RIESGOS**

El estudio no presenta ningún riesgo físico para la persona pues solamente será requerida su opinión en torno al tema en estudio, podría sentir pérdida de privacidad e incomodidad al requerir datos como por ejemplo lugar de procedencia, escolaridad y la edad, sin embargo, estos datos serán manejados confidencialmente y nunca serán vinculados con su persona.

## **D. BENEFICIOS**

Como resultado de su participación en este estudio no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, la investigadora aprenderá más sobre las barreras o facilitadores a los que se enfrentan las mujeres al acceso de la mamografía y este conocimiento podrá utilizarse para beneficiar a otras personas en el futuro.

## **E. VOLUNTARIEDAD**

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a abandonar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiera.

## **F. CONFIDENCIALIDAD**

Para garantizar el estricto manejo y confidencialidad de la información se le asignará un código para evitar que su nombre quede relacionado de forma directa con los datos proporcionados. Así mismo, al momento de publicar los resultados se expresarán

mediante dicho código. Cualquier uso futuro de los resultados de la investigación será factible, siempre y cuando se mantenga el anonimato de la participante mediante el código, además, se incluirá la información sobre las personas que tendrán acceso a los registros para verificar procedimientos y datos de la investigación.

### **G. INFORMACIÓN**

Antes de dar su autorización para esta investigación usted debe haber hablado con Karla Alarcón Quirós, investigadora de este estudio y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a la estudiante Karla Alarcón Quirós al **teléfono 88379632**, ella es la investigadora del proyecto o bien al Dr. Horacio Chamizo García, director asesor del proyecto, en la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica al **teléfono 25118472** en el horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula de el/la investigador(a) que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

**Versión junio 2017**

Formulario aprobado en sesión ordinaria N° 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017.

**Anexo 2: Ficha de Identificación y Registro**



**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Tecnologías en Salud**  
**Licenciatura en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica**

**TS**

Escuela de  
**Tecnologías en Salud**

***Tesis: Creencias sobre el examen de mamografía y su influencia en la accesibilidad a la detección temprana de cáncer de mama. Estudio de caso con mujeres que trabajan en la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, en el periodo de abril a julio 2018.***

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO**

#	Código ID	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Localidad de residencia	Consentimiento (firma)	Observaciones
1								
2								
3								

**Fuente: Elaboración propia y los datos serán suministrados por las mujeres participantes.**

### Anexo 3: Guía de Cuaderno de Campo



**Universidad de Costa Rica**  
**Facultad de Medicina**  
**Escuela de Tecnologías en Salud**  
**Licenciatura en Imagenología Diagnóstica y Terapéutica**

TS

Escuela de  
Tecnologías en Salud

***Tesis: Creencias sobre el examen de mamografía y su influencia en la accesibilidad a la detección temprana de cáncer de mama. Estudio de caso con mujeres que trabajan en la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, en el periodo de abril a julio 2018.***

#### GUÍA DE CUADERNO DE CAMPO

##### I. GENERALIDADES

Código de la persona participante:	Día	Mes	Año	Hora Inicio	Hora Finalización	Tiempo de observación	# de observación
------------------------------------	-----	-----	-----	-------------	-------------------	-----------------------	------------------

##### II. MOTIVO DE LA OBSERVACIÓN

Recoger la información durante la aplicación de la técnica de entrevista a profundidad, tanto del ambiente físico y psicosocial donde se desarrollan dichas técnicas como de los gestos, comportamientos, comunicación y actitudes de las participantes en el estudio.

##### III. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO EN GENERAL

Ambiente o escenario de la observación en el que se aplica el instrumento:

Formas de interacción que se dan en la persona:

Motivación

Interacciones

Niveles de Empatía

Ubicación de la persona participante en escena:

##### IV. PROCESO SEGUIDO PASO A PASO

<b>Observaciones que se perciben en la persona participante, durante el proceso.</b>	<b>¿Qué gestos?</b>	
	<b>¿Qué comportamiento?</b>	
	<b>¿Qué tipo y cuál es la forma de comunicación?</b>	
	<b>Otras Observaciones</b>	

#### V. DESCRIPCIÓN DE LA PROPIA OBSERVACIÓN

<b>Actividad de la persona que dirige</b>	<b>¿Qué pensamientos y sentimientos tienen antes de iniciar la sesión?</b>	
	<b>¿Qué actitud asume frente a la persona?</b>	
	<b>¿Cómo se comunica con la participante?</b>	
<b>Actividad de las participantes</b>	<b>¿Qué hacen durante la entrevista?</b>	

#### VI. CONSIDERACIONES GENERALES / CONCLUSIONES

--	--	--	--

#### VII. OBSERVACIONES:

Fecha próxima visita	Hora	Acuerdos	Transcripción de algunas palabras importantes que se dieron en esa información:
----------------------	------	----------	---

**Fuente:** Elaboración propia y los datos serán suministrados por las mujeres participantes.

## Anexo 4: Guía de preguntas generadoras para la Entrevista a Profundidad



Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Tecnologías en Salud

Licenciatura en Imagenología Diagnóstica y  
Terapéutica

TS

Escuela de  
Tecnologías en Salud

*Tesis: Creencias sobre el examen de mamografía y su influencia en la accesibilidad a la detección temprana de cáncer de mama. Estudio de caso con mujeres que trabajan en la Universidad de Costa Rica, sede Rodrigo Facio, en el periodo de abril a julio 2018.*

Guía de preguntas generadoras para la Entrevista a Profundidad

### I. PRESENTACIÓN Y GENERALIDADES

<b>Saludo</b>	Se le agradece su disposición para asistir a esta cita. El motivo de la misma es que usted participe en una entrevista sobre algunos aspectos relacionados con la accesibilidad al examen de mamografía desde la influencia de las creencias, conocimientos y actitudes a dicho examen.	<b>Número de Entrevista</b>	<b>Fecha</b>
<b>Descripción de la actividad</b>	Esta entrevista tiene un tiempo comprendido entre 30 y 50 minutos, sin embargo, cuando	<b>Código de entrevistada</b>	

	<p>usted lo desee podemos tener un descanso. Así mismo, siéntase en libertad de si hay alguna pregunta que no desee contestar puede no hacerlo, o si hubiese alguna pregunta que no entendiera, puede solicitar que se le explique o reformule la pregunta, le recuerdo que no hay respuestas buenas o malas, pero si son un gran aporte para esta investigación.</p> <p>Esta entrevista es anónima y con confidencialidad absoluta y los datos que usted nos suministre son utilizados para fines académicos, y todo lo que conversemos hoy solo es de conocimiento de la investigadora de este estudio.</p> <p>También si usted así lo quisiera puede usar otro nombre o alias.</p>				
		<b>Número de sesión</b>			
		<b>Hora de Inicio</b>			
		<b>Hora de Finalización</b>			
		<b>Lugar de la entrevista</b>			
<b>Solicitud de Permisos</b>	<p>Como la información que usted nos brinde es tan importante, le solicito la autorización para grabar esta entrevista, esto con el objetivo de no perder detalle de lo que hoy conversemos.</p>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Formato</b>	
				<b>Audio</b>	
				<b>Video</b>	
				<b>Foto</b>	

	Como ya se mencionó en el Consentimiento informado que se leyó al inicio de este estudio, esta entrevista no tiene ningún riesgo para usted, sin embargo, puede agotarse o cansarse en el desarrollo de la misma. Así mismo, esta entrevista puede tardar más de una sesión, por lo que le solicitamos su colaboración de ser necesaria otra cita.	Si	No	Núm. Formula

## II. PREGUNTAS GENERADORAS

	OBSERVACIÓN
<p>¿Qué es para usted estar saludable?</p> <p>¿Qué le motiva a realizarse el examen; el médico o usted misma?</p> <p>¿Cómo impacta en usted la práctica o experiencia de cuidado de la salud en su familia?</p> <p>¿Cómo le motiva el personal de la salud a cuidarse su cuerpo?</p> <p>¿Cuál es su experiencia en el cuidado de su salud?</p> <p>¿Cuáles cambios hubo en su cuerpo que le motivaron a cuidar su salud?</p> <p>¿Qué actividades o acciones realiza para mejorar o mantener la salud?</p> <p>¿Cuáles acciones realiza su familia para</p>	

<p>mantenerse saludable?</p> <p>¿Cómo han sido los relatos sobre la mamografía en personas cercanas?</p> <p>¿Podría comentar como fue su experiencia en la realización del examen de mamografía?</p> <p>¿Cuáles diferencias considera entre realizar la mamografía en una clínica privada y en un hospital público? (tiempo de espera en citas)</p> <p>¿Hace cuánto te realizaste tu primera mamografía?</p> <p>¿Dentro de cuanto volverá a realizarse la mamografía?</p> <p>¿En su familia está el hábito de realizarse la mamografía?</p> <p>¿Considera que la realización de la mamografía implica dolor?</p> <p>Cuál es su opinión con la siguiente frase: “la radiación de la mamografía puede producir cáncer”</p> <p>¿Qué opina que la mamografía la realice un hombre?</p> <p>¿Cuáles síntomas indican sospecha de cáncer de mama?</p> <p>¿Cuáles exámenes conoce para diagnosticar cáncer de mama?</p> <p>¿Cuál es la experiencia familiar con cáncer de mama?</p> <p>¿Cómo afronta usted sus experiencias y conocimiento con respecto al cáncer de mama?</p>	
<p><b>Fuente:</b> Elaboración propia y los datos serán suministrados por las mujeres participantes.</p>	

**Le agradezco de antemano su participación en esta investigación y por los aportes brindados.**