

SALUD PÚBLICA

Factores Relacionados con el Uso del Mamograma de Cernimiento en Mujeres de Edad Mediana en Puerto Rico

MELBA SÁNCHEZ-AYÉNDEZ, PhD*; CRUZ MARÍA NAZARIO, PhD*; ANA LUISA DÁVILA, PhD*;
LETICIA FERNÁNDEZ-GARROTE, MD, PhD†; JOHAN HERNÁNDEZ-SANTIAGO, MPH‡

La mamografía como método de detección temprana continúa siendo un asunto de relevancia en la promoción de la salud ya que está siendo subutilizada por mujeres de ingreso económico bajo. A pesar de la evidencia a favor de la detección temprana del cáncer de mama utilizando este procedimiento, la investigación indica que la aceptación del mismo por mujeres de escasos recursos económicos y las mayores de 50 años ha sido lenta. Este artículo versa sobre los factores que afectan la decisión de mujeres entre las edades de 40 a 64 años y escasos recursos económicos en Puerto Rico para hacerse una mamografía de cernimiento una vez han recibido el referido de su médico. Aunque el análisis multivariado demostró que

sólo la edad, el trabajar fuera del hogar y hacerse el autoexamen de las mamas aumentan significativamente la probabilidad de que las mujeres de edad mediana e ingreso socioeconómico bajo cumplieran con el referido y se hicieran la mamografía, no obstante, los hallazgos señalan que factores como conocimientos sobre la enfermedad y prácticas de detección temprana, percepción satisfactoria de la relación médico-paciente y que el médico practique un examen clínico de la mama influyen con el cumplimiento del referido para el mamograma.

Palabras clave: Mamografía, Mujeres de edad mediana, Latina.

La mamografía como método de detección temprana continúa siendo un asunto de vital relevancia en la promoción de la salud ya que está siendo subutilizada por mujeres de ingreso económico bajo. A pesar de la evidencia científica contundente a favor de la detección temprana del cáncer de mama utilizando este procedimiento y de que la utilización del mismo ha incrementado en los últimos años, la investigación indica que la aceptación del mismo por mujeres de escasos recursos económicos y las mayores de 50 años ha sido lenta. (1-3). Dolan (4) encontró que las mujeres de ingreso económico bajo eran las que menos se hacían el mamograma entre las mujeres que recibían un referido médico para ello. De acuerdo al Informe *Healthy People*

2010, más de una tercera parte de las mujeres de ascendencia latinoamericana en los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) no se hacen el mamograma (5). Ciertos factores han sido asociados con el cumplimiento con la mamografía de cernimiento, tales como: recomendación o referido médico, conocimientos de las guías para mamografía de cernimiento, creencia en que el cáncer puede curarse o de que es beneficioso cumplir con las prácticas de detección temprana, motivación, estatus económico alto, no pertenecer a un grupo minoritario y tener menos de 50 años (3, 6-12). El más importante de estos factores ha demostrado ser el referido médico (7, 13).

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento del año 2000 (*The Behavioral Risk Factor Surveillance System*) (14) encontró que el porcentaje de mujeres de 50 años o más en EE.UU. que se había hecho una mamografía en 1998 fue de 73.7% para las estadounidenses de raza blanca, 76.1% para las afroamericanas y 63.5% para las de ascendencia hispana. Para las mujeres residentes en Puerto Rico, el porcentaje fue menor; 61.8%. Un estudio hecho en Puerto Rico sobre las prácticas de detección temprana de mujeres de 60 años o más encontró que el factor más importante para el cumplimiento con la mamografía de cernimiento era el referido médico (13). Otro factor importante fue haber

*De la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. †del Instituto Nacional de Oncología, La Habana, Cuba y del ‡Proyecto Cumplimiento con Mamografías de Cernimiento en Mujeres de Edad Mediana en Puerto Rico. Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico San Juan, Puerto Rico.

Esta investigación fue subvencionada por The Department of Defense Breast Cancer Research Program, U.S. Army Medical Research Command, Grant DAMD17-99-1-9359

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

recibido información de parte de un proveedor de la salud después de la menopausia. Se hace imperativo comprender qué factores afectan la decisión de las mujeres de cumplir con el referido para el mamograma e incorporar éstos en los programas de promoción de la salud de cáncer de mama.

Este artículo versa sobre los factores que afectan la decisión de mujeres entre las edades de 40 a 64 años en Puerto Rico de hacerse una mamografía de cernimiento una vez han recibido el referido de su médico o médica. Se utilizaron las Guías de *The National Institutes on Health* (NIH) de 1997 ya que fueron las que requería la agencia financiadora. Estas indicaban que para mujeres entre 50 a 64 años era imperativo hacerse una mamografía de cernimiento cada año y que para aquéllas entre 40 y 49 era una decisión entre la mujer y su médico y de acuerdo a factores de riesgo (15).

Métodos

Las mujeres que participaron en el estudio tenían entre 40 a 64 años de edad, tenían un nivel socioeconómico bajo y habían recibido un referido para mamografía de cernimiento posterior al primero de enero de 1998. Estas mujeres eran usuarias de dos centros de salud en Puerto Rico; uno en el área metropolitana de San Juan y el otro en un área no metropolitana de la zona costera del noreste de Puerto Rico. Los expedientes médicos de las mujeres que acudían a ambos centros de salud fueron revisados y 230 mujeres resultaron elegibles de acuerdo a los criterios de elegibilidad. Estos criterios fueron: edad (entre 40 y 64 años de edad a la fecha de recibir el referido para mamograma) y tiempo del referido (después de enero del 1998).

El instrumento que se utilizó en el estudio de las mujeres fue diseñado utilizando cuestionarios de otros estudios llevados a cabo en Puerto Rico sobre prácticas de detección temprana de cáncer de mama y creencias y actitudes sobre el cáncer de mama. También se utilizaron grupos focales para incorporar factores relacionados con el grupo de edad y nivel socioeconómico en cuestión tales como vocabulario e issues pertinentes a problemas de acceso a servicios de salud relacionados con realidades socioeconómicas.

Características sociodemográficas de las participantes. La distribución geográfica de las 185 participantes que completaron la entrevista fue balanceada; 50.3% residía en el área metropolitana de San Juan y 49.7% no vivía en una área metropolitana. La mediana de edad fue de 52 años y el grupo de edad con mayor frecuencia (9.2%) fue 57 años en el análisis de la variable no agrupada. Con relación al nivel de escolaridad,

18.9% (35) de las mujeres entrevistadas había completado la escuela superior, mientras que 21.1% tenía algún grado universitario. El nivel agrupado de escolaridad con mayor frecuencia fue séptimo a noveno grado (25.9%) seguido por primero a sexto grado (24.9%). Sólo cinco (2.7%) mujeres indicaron que nunca habían asistido a la escuela. La mayoría de las participantes (50.8%) era casada y 38.9% había estado casada por lo menos alguna vez mientras que 10.3% de las participantes nunca se había casado. La mayoría de las participantes (95.6%) indicó tener al menos un hijo. Cerca de tres cuartas partes de las entrevistadas indicó que no trabajaba fuera de su hogar. Sólo 28.6% de las mujeres trabajaba al momento de la entrevista.

La mayoría de las participantes (81.6%) vivía acompañada. De las 151 participantes que vivían con otra persona, el 63.9% dijo que vivía con su esposo, marido o compañero, 62.3% con sus hijos, 29.1% con sus nietos, 24.0% con otro familiar y 12.6% con otra persona. Las fuentes de ingreso más mencionada (39.7%) fue el Seguro Social. Otras fuentes de ingreso importantes para las participantes fueron: el Programa de Asistencia Nutricional (32.8%), salario propio (32.2%) y salario del esposo o compañero (20.2%).

La mayoría de las participantes (85.2%) era beneficiaria del seguro de salud del gobierno de Puerto Rico para personas médico-indigentes. Dieciocho mujeres (9.7%) indicaron tener Medicare parte A y 16 (8.6%) tenían Medicare parte B. Cinco (2.7%) tenían el seguro salud CESCO y cuatro (2.2%) dijeron estar suscritas al Medicaid. Sólo una participante utilizaba *Blue Net* como seguro de salud. Por otro lado, 18 (9.7%) de las participantes indicaron que tenía otros seguros de salud diferentes a los antes mencionados.

Características de salud. Gran parte de las participantes no mencionó haber tenido síntomas relacionados con el cáncer de mama en los doce meses previos a la entrevista. Sólo un 13.6% de las participantes expresó haber sentido dolor o molestia en los senos en los últimos doce meses previos a la entrevista. Unas 20 mujeres (10.9%) afirmaron tener alguna masa en el seno, mientras que cuatro participantes (2.2%) indicaron haber tenido alguna secreción en el pezón. Ninguna de las participantes indicó haber sido diagnosticada con cáncer de mama. Una de las participantes dijo que había sido diagnosticada con cáncer pélvico. Una quinta parte de las entrevistadas contestó que algún familiar había padecido cáncer de seno. Entre los familiares mencionados se encuentran los siguientes: hermanas (27.0%), madres (10.8%) e hijas (2.7%).

La gran mayoría (93.0%) de las participantes indicó que había visitado al médico en los doce meses previos a la entrevista. El número de visitas al médico que las participantes mencionaron con más frecuencia fue menos

de una visita al mes (63.8%), seguido por el de una a cuatro visitas al mes (20.5%). La mayoría de las participantes consideró su salud como *regular* (47.6%) y 10.8% la consideró mala.

En este estudio también se evaluaron los factores relacionados con el acceso a los servicios de salud de las participantes. La mayor parte de las participantes se transportaba a las citas médicas en transportación pública (35.1%) o en su propio auto (34.1%). Dos terceras partes de las mujeres iban solas a las citas médicas. Los esposos eran los principales acompañantes para aquellas que iban acompañadas. Una barrera importante para no acudir a citas médicas es tener personas a su cargo. La mayoría de las participantes (61.6%) expresó que no tenía a nadie a su cuidado y el 26.5% de las participantes dijo que nunca tenía problemas para ir a las citas por esa razón en particular. Sin embargo para 14 mujeres, esta situación les acarrea problemas a veces para ir a las citas por no tener quien cuidara a las personas que tenían a su cargo. Para ocho de ellas esta situación siempre le ocasionaba problemas para ir a las citas.

Resultados

Conocimientos y prácticas de detección temprana. En el estudio se indagó si las participantes conocían los métodos de detección temprana para el cáncer de mama; especialmente si conocían el procedimiento de la mamografía. También se trató de obtener información sobre los métodos de detección temprana que las participantes utilizaban. La mayoría de las participantes (61.1%) indicó que la mamografía y el autoexamen (60.5%) eran formas de detectar el cáncer de mama. Una inmensa mayoría (84%) desconocía que el examen clínico es una forma para detectar el cáncer de mama. La figura 1 recoge esta información.

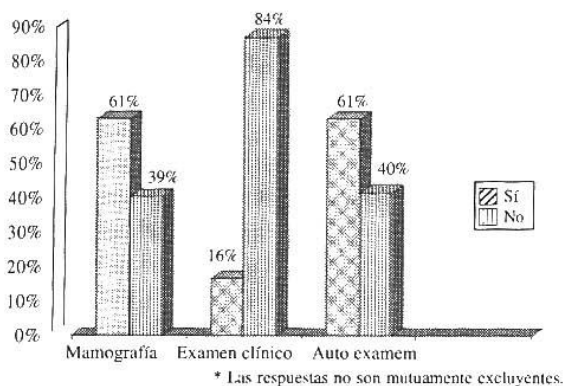


Figura 1. Conocimiento de prácticas de detección temprana del cáncer del seno (n=185)

La gran mayoría de las participantes (91.4%) dijo que se hacía el autoexamen de la mama. De las 169 participantes que afirmaron examinarse las mamas, sólo 17.2% indicó hacerlo una vez al mes. Las respuestas en cuanto a frecuencia fueron variadas: 42.0% lo hacía entre 2 y 5 veces al mes, 23.7% lo practicaba más de 11 veces al mes, y 7.1 lo hacía entre 6 y 10 veces al mes. Sólo 5.9% de las participantes indicó que no se hacía el autoexamen pero 77.8% de las mismas indicó que conocía el proceso para hacerlo.

Las participantes expresaron que el médico era la principal fuente de información sobre el cáncer de mama y la mamografía y autoexamen como prácticas de detección temprana. La tabla 1 ilustra las fuentes de información a través de las cuales las participantes dijeron haber aprendido a examinarse las mamas.

Tabla 1. Fuentes de información donde aprendieron a examinarse las mamas (n=185)

Fuente	Número	%
Médico	94	51.9
Televisión /radio	51	28.2
Material informativo	35	19.3
Enfermera	28	15.4
Charlas educativas	20	11.0
Algún familiar /vecina /amiga	12	6.6
Otro profesional de la salud	7	3.9
Nunca ha recibido información	4	2.2

* las respuestas no son mutuamente excluyentes.

La tabla 2 ilustra las fuentes de información que las participantes indicaron les habían provisto información sobre el cáncer de mama y la mamografía. Los médicos fueron los principales proveedores de información al igual

Tabla 2. Fuentes de información sobre cáncer de mama y mamografía (n = 185)

Fuente	Cáncer de mama		Mamografía	
	Número	%	Número	%
Médico	102	55.1	126	68.1
Enfermera	12	6.5	15	8.1
Profesional de la salud	19	10.3	21	11.4
Radio	13	7.0	11	5.9
Televisión	77	41.6	47	25.4
Material de lectura (periódico, revista, libro)	73	39.5	34	18.4
Familiares	24	12.9	11	5.9
Amigas/ vecinas	19	10.3	13	7.0
Material informativo en centros de salud	28	15.1	18	9.7
Otras fuentes	4	2.2	0	0.0

que para el procedimiento de hacerse el autoexamen. La televisión superó a la radio como fuente de información y los materiales de lectura también fueron otra fuente mencionada. En términos generales, la gran mayoría de las participantes recibió la información sobre cáncer de mama de parte de un profesional de la salud, particularmente un médico; lo que indica la importancia de que estos profesionales de la salud participen en programas de difusión de conceptos correctos sobre el cáncer de mama.

En la entrevista también se consideraron otros aspectos importantes de la detección temprana de cáncer de mama relacionados con los referidos y citas que las participantes recibieron para hacerse la mamografía. Los factores evaluados fueron los siguientes: la especialidad del médico y la información y la orientación sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana que el médico le brindó a las participantes. La tabla 3 resume las variables relacionadas con la visita al médico en que las participantes recibieron el último referido para hacerse la mamografía.

Tabla 3. Variables relacionadas con la última visita al médico donde recibió el referido para la mamografía (n =185)

Variable	Número	%
Especialidad del médico		
Generalista	141	76.2
Ginecólogo(a)	23	12.4
Internista	2	1.1
Otra especialidad	3	1.6
No sabe	16	8.6
Recibió información sobre cáncer de mama		
No	144	77.8
Sí	40	21.6
No recuerda	1	0.5
Recibió información sobre formas detección temprana cáncer mama		
No	126	68.1
Sí	59	31.9
Recibió instrucciones para examinarse las mamas		
No	111	60.0
Sí	74	40.0
El médico le hizo un examen de las mamas		
No	113	61.1
Sí	70	37.8
El médico le explicó las razones para referido para una mamografía		
No	100	54.1
Sí	85	45.9
El médico le explicó la frecuencia para hacerse la mamografía		
No	113	61.1
Sí	72	38.9

*Otras incluye: cirujano general, fisiatra, cardiólogo

Una mayoría de las participantes (76.2%) indicó que el médico que le dió el último referido para hacerse la mamografía era un médico generalista. La mayoría de las mujeres participantes indicó que el médico que les dio el último referido no les dio explicación sobre el cáncer de mama o las maneras de detección temprana. Sólo 21.6% de las participantes señaló que recibieron información sobre el cáncer de mama del médico que le dio el último referido. La gran mayoría de las participantes (77.8%) no recibió información sobre cáncer de mama al recibir su último referido. Sólo 31.9% de las mujeres (59) reportó haber recibido información sobre las maneras de detectar a tiempo el cáncer de mama del médico que le dio el referido. Así mismo, 40.0% de las participantes indicó que el médico le explicó el proceso del auto examen. En cuanto al examen clínico, sólo 37.8% de las participantes señaló que el médico le examinó las mamas. Dado que todas estas mujeres tenían más de 40 años de edad, esta proporción revela una tasa de cumplimiento con las guías de NIH muy baja por parte de los médicos que recomendaron un referido para mamografía de cernimiento a las participantes. Con relación a la mamografía, 45.9% de las participantes indicó que el médico le explicó las razones por las cuales le dio el referido para hacerse la mamografía y una proporción considerada (61.9%) afirmó que el médico le explicó la frecuencia con que debía de hacerse la mamografía.

Último referido y cumplimiento de la mamografía. Este estudio pretendía evaluar los factores que explican los patrones de referido de mamografía de cernimiento de los médicos según la percepción de las mujeres e identificar los factores que explican el cumplimiento con la mamografía de cernimiento en las mujeres de 40-64 años de ingreso socioeconómico bajo una vez han recibido el referido médico. Con el propósito de lograr estos objetivos se consideraron los siguientes aspectos: percepción de la participante sobre la razón por la cual el médico le dio el último referido para una mamografía de cernimiento, cumplimiento con el referido y las razones para no cumplir con el mismo. La tabla 4 ilustra las razones que, según la opinión de las participantes, tuvieron los médicos para recomendarle el último referido y el cumplimiento con el mismo.

La mayor parte de las participantes indicó que fue el médico quien les recomendó hacerse el mamograma. Las razones por las que el médico recomendó la prueba, según las participantes, fueron ya bien por rutina (51.9%) o porque la mujer presentaba algún síntoma o molestia (11.4%). No obstante, 31.4% de las 185 participantes señaló que el médico les dio el referido por que ellas lo pidieron. Una vez recibieron el referido para la mamografía, un 60.5% de las mujeres se hizo la mamografía en comparación con 37.3% que aceptó no habérselo hecho. Las 71

Tabla 4. Razones para razón del referido del médico y cumplimiento con mamografía (n=185)

Variable	Número	%
Razón para el referido		
El médico se lo recomendó por rutina	96	51.9
La participante pidió el referido aunque no tenía síntomas	36	19.5
La participante pidió el referido porque tenía algún síntoma o molestia	22	11.9
El médico se lo recomendó por que tenía algún síntoma o molestia	21	11.4
Otra razón	8	4.3
Cumplió con el referido para la mamografía		
Sí	112	60.5
No	69	37.3

participantes que no cumplieron con el referido para la mamografía ofrecieron varias razones para no hacerse la prueba. Estas razones aparecen en la tabla 5. Las

Tabla 5. Razón principal de las participantes para no haberse hecho la mamografía (n = 71)

Razón	Número	%
Económica	<i>(17)</i>	<i>(28.2)</i>
No tenía el dinero en ese momento	15	21.1
El plan médico no la cubre	2	7.1
Inherente al sistema de salud	<i>(15)</i>	<i>(21.1)</i>
Está esperando la cita	10	14.1
Problemas con el referido	2	2.8
Problemas con el plan médico	1	1.4
Equipo dañado	2	2.8
Personal	<i>(10)</i>	<i>(14)</i>
No tenía quien cuidara persona a su cargo	2	2.8
Problemas con la transportación	1	1.4
Problemas personales y familiares	7	9.8
Percepción del procedimiento	<i>(5)</i>	<i>(7)</i>
Doloroso	3	4.2
Doloroso	1	1.4
No tenía síntomas y no es necesario	1	1.4
Actitudes	<i>(24)</i>	<i>(33.2)</i>
Descuido / Olvido / Vagancia / Dejatez	13	18.3
No lo creyó necesario	6	8.5
Extravió el referido	4	5.0
No encontró el lugar	1	1.4

* Mutuamente excluyentes

respuestas de las participantes para el incumplimiento con el referido para la mamografía fueron agrupadas en cinco categorías en término de razones: económicas, inherentes al sistema de salud, personales, de percepción del proceso y de actitudes.

Las actitudes fueron la razón principal en términos de categoría para no hacerse la mamografía seguida por la categoría de razones económicas. Las mujeres aceptaron que el descuido, olvido, vagancia o dejatez y sentir que la mamografía no era necesaria fueron razones para no cumplir con el referido. Otras admitieron que habían extraviado el referido o no habían encontrado el lugar donde se hacía el procedimiento, lo que es indicativo también de la actitud hacia el mamograma. La razón principal individual que señalaron con mayor frecuencia las participantes para no cumplir con la mamografía fue de carácter económico, ya que el 21.1% dijo que no cumplió con la mamografía por no tener dinero para cubrir el costo de la prueba. Dos participantes indicaron tener otra razón de carácter económico para incumplir y fue que el plan médico no cubría la prueba. La segunda razón individual más frecuentemente mencionada para no cumplir con el referido para la mamografía fue descuido, vagancia o dejatez (18.3%). Es importante destacar que la tercera razón para no haber cumplido con el referido fue no haber recibido la cita para la mamografía, una razón dentro de las clasificadas como inherente al sistema de prestación de servicios de salud. Esto es más relevante aún ya que la inmensa mayoría de las entrevistadas era de bajo nivel socioeconómico y usuarias de la tarjeta de la salud del gobierno de Puerto Rico. La cuarta razón para no cumplir con la mamografía fue de carácter personal: problemas personales y familiares (9.8%). Es interesante señalar que la categoría que menos se mencionó como razón principal para no cumplir con el referido de la mamografía es la relacionada con la percepción del proceso; ya bien sea como doloroso, por tenerle miedo o por no considerarlo necesario si no se tenían síntomas.

De las 71 participantes que no cumplieron con el último referido para la mamografía, 35 indicaron que se habían hecho una mamografía alguna vez en su vida (49.9%) y 36 que jamás se habían hecho una mamografía (51.7%). De las 35 participantes que alguna vez en su vida se habían hecho una mamografía, once se habían hecho la mamografía hacía dos años, once se la habían hecho hacía cinco años, ocho hacía un año o menos y tres hacía cuatro años.

Treinta y seis participantes indicaron que nunca se han hecho una mamografía. A éstas se les se le preguntó sobre las razones para ello. Las respuestas de estas 36 participantes sobre por qué nunca se habían hecho una mamografía también fueron agrupadas en razones

económicas, del sistema, personales, de percepción del proceso y de actitudes. La tabla 6 ilustra la razón principal por la cual estas participantes no se han hecho nunca una mamografía.

Tabla 6. Razón principal para nunca haberse hecho una mamografía(n=36)

Razón	Número	%
Económica	(2)	(5.4)
No tenía el dinero	1	2.7
El plan médico no la cubre	1	2.7
Del sistema	(3)	(8.1)
Problemas con el referido	1	2.7
El médico no le recomendó la mamografía por su edad	1	2.7
No recibió orientación sobre el proceso de la prueba	1	2.7
Personal		
No tenía quien cuidara persona a su cargo	1	2.7
Percepción del procedimiento	(17)	(47)
No era necesario porque no tenía síntomas	10	27.8
Es doloroso	4	11.1
Miedo	3	8.3
Actitudes	(14)	(41.2)
No lo creyó necesario	9	25.0
Descuido / Olvido / Vagancia /Dejadez	4	13.8
Extravió el referido	1	2.7

La razón principal para no haberse hecho nunca una mamografía giró en torno a la percepción del procedimiento. Diez de estas 36 mujeres (27.8%) señalaron que la razón principal para nunca haberse hecho una mamografía fue porque no tenían síntoma y no lo consideraron necesario. La segunda razón estaba relacionada con las actitudes hacia la mamografía. Nueve participantes que nunca se han hecho una mamografía aceptaron que no lo creían necesario pero no indicaron que era por percibir que no tenían síntomas; en otras palabras la prueba no se percibía como algo necesario en términos de la salud.

Conocimientos sobre el cáncer de mama. Otro objetivo del estudio era determinar el conocimiento que tenían las participantes sobre el cáncer de mama. Con el propósito de recopilar esta información se utilizaron una serie de aseveraciones sobre conocimientos y creencias relacionadas con el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana, especialmente la mamografía ¹. La tabla 7 recoge las respuestas de las participantes.

¹ Se utilizó para esta selección de preguntas la escala de conocimientos sobre cáncer de mama desarrollada por Sánchez Ayéndez, Suárez-Pérez y Oliver Vázquez para mujeres de 65 años o más en Puerto Rico (13).

De estas aseveraciones, las A, B, F, H, I, L y P son ciertas y las aseveraciones C, E, F, J, K, M, N, O, y Q son

Tabla 7. Conocimiento sobre el cáncer de mama(n = 185)

Aseveraciones	Cierto Número (%)	Falso Número (%)	No Sé Número (%)
A. Un posible síntoma de cáncer del seno es que salga líquido del pezón.	131 (17.8)	33 (17.8)	21 (11.4)
B. Una masa (endurecimiento, nódulo, pelotita, bultito, glándulita) en el seno puede ser síntoma de cáncer del seno	140 (75.8)	42 (22.7)	3 (1.6)
C. Las mujeres que no tienen hijos tienen menos posibilidad de tener cáncer del seno.	46 (24.9)	110 (59.5)	29 (15.7)
D. Las mujeres de 40 años o más deben hacerse una mamografía cada año.	178 (96.2)	6 (3.2)	1 (0.5)
E. Golpear, magullar o lastimar el seno puede causar cáncer del seno.	119 (64.3)	36 (19.5)	30 (16.2)
F. Cuando la madre o la hermana ha tenido cáncer del seno, la mujer tiene más posibilidad de desarrollar este cáncer.	173 (93.5)	9 (4.9)	3 (1.6)
G. El cáncer del seno siempre da dolor.	77 (41.6)	79 (42.7)	29 (15.7)
H. Dolor, ardor o molestia en el seno o el pezón son posibles síntomas de cáncer del seno.	120 (64.9)	42 (22.7)	23 (12.4)
I. La mamografía (placa o rayos X de los senos) detecta o descubre el cáncer del seno en sus primeras etapas.	147 (79.5)	24 (13.0)	14 (8.6)
J. Las mujeres que tienen menos de 50 años, tienen más probabilidad de desarrollar cáncer de seno que las mayores de esa edad.	80 (43.2)	89 (48.1)	16 (8.6)
K. La mamografía (placa o rayos X de los senos) sólo es necesaria cuando la mujer siente molestia en los senos.	54 (29.2)	126 (68.1)	5 (2.7)
L. Las mujeres que fuman tienen mayor riesgo de cáncer del seno.	147 (79.5)	20 (10.8)	18 (9.7)
M. Las mujeres que tienen los hijos antes de los 30 tienen mayor riesgo de enfermarse de cáncer del seno.	48 (25.9)	95 (51.4)	42 (22.7)
N. Las mujeres con una dieta baja en grasa tienen más posibilidades de desarrollar cáncer del seno	38 (20.5)	129 (69.7)	18 (9.7)
O. El cáncer de seno siempre causa la muerte	86 (46.7)	93 (50.5)	5 (2.7)
P. La mamografía (placa o rayos X del seno) es la prueba más adecuada o eficiente para detectar (descubrir) el cáncer del seno.	163 (88.1)	18 (9.7)	4 (2.2)
Q. Las mujeres que lactan a sus hijos tienen más posibilidad de tener cáncer del seno.	31 (16.8)	137 (74.1)	17 (9.2)

falsas. La aseveración D (mamografía anual necesaria después de los 40 años) todavía está en debate en varios foros científicos. En términos generales, la mayoría de las participantes tiene un conocimiento adecuado sobre el cáncer de mama. No obstante, es interesante señalar que la mayoría de las participantes tiene la noción errónea de que magullar o golpear el seno (aseveración E) y fumar (aseveración L) pueden causar cáncer de mama. De igual manera, todavía no está claro para muchas que el riesgo de contraer la enfermedad aumenta después de los 50 (aseveración J).

Percepción de la relación médico-paciente. Un objetivo importante de este estudio era obtener información de la percepción de las participantes sobre la forma en que los médicos las tratan durante la visita y la satisfacción de ellas con la relación con su médico. La tabla 8 ilustra las respuestas sobre la percepción que las participantes tienen acerca de la relación con el médico o los médicos que habían visitado durante los últimos doce meses. Las mujeres que participaron en este estudio perciben la relación con su médico/a como una en la que los médicos

le atienden satisfactoriamente, le dan información sobre su salud y son atentos; o sea, la relación médico-paciente se percibe como adecuada. De manera similar, la mayoría de las participantes expresó estar satisfecha o muy satisfecha con la manera en que los médicos se comunican con ellas.

Análisis

El estudio recopiló información para evaluar la relación entre los factores o características de las mujeres participantes y el cumplimiento con el referido de la mamografía de cernimiento. La magnitud de la asociación fue evaluada usando la razón de los productos cruzados y la significancia estadística fue evaluada utilizando la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según fuera apropiado. La tabla 10 muestra la relación entre las características sociodemográficas de las mujeres participantes y el cumplimiento con el referido de la mamografía.

Tabla 8. Percepción de la relación médico-paciente (n =185)

Premisa	Siempre Número (%)	Nunca Número (%)
La mayoría de los médicos que la han atendido:		
escucha lo que usted tiene que decirle sobre cómo se siente?	129 (69.7)	56 (30.3)
le responde las preguntas que usted pueda tener sobre su salud o sobre cualquier tratamiento o medicina que le recetan?	141 (76.2)	44 (23.8)
le presta la atención que usted quisiera?	127 (68.6)	58 (31.4)
se preocupan por su salud?	129 (69.7)	56 (30.3)
le da información sobre los resultados de los exámenes que le mandan a hacer?	139 (75.1)	46 (24.9)
la mantiene al día sobre la información que tiene que ver con su salud?	127 (68.6)	58 (31.4)
son atentos?	145 (78.4)	40 (21.6)

Tabla 9. Niveles de satisfacción de las participantes sobre el trato que reciben de la mayoría de los médicos que visitan (n = 185)

Premisa	Niveles de satisfacción de las participantes			
	Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha	Nada satisfecha
¿Cuán satisfecha está usted con la manera en que la mayoría de los médicos le dicen las cosas?	53 (28.6%)	81 (43.8%)	45 (24.3%)	6 (3.2%)
¿Cuán satisfecha está usted con la manera en que la mayoría de los médicos la trata?	59 (31.9%)	85 (45.9%)	31 (16.8%)	10 (5.4%)

Tabla 10. Características sociodemográficas por cumplimiento de mamografía* (n=183)

Características Sociodemográficas	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Edad				
50-64 años	83 (65.4%)	44 (34.6%)	1.76	0.93-3.33
40-49 años	29 (51.8%)	27 (4.2%)		
Escolaridad				
Grado 12 más	45(62.5%)	27 (37.5%)	1.10	0.60-2.02
Grados 1-11	67 (60.4%)	44 (39.6%)		
Estado Civil				
Con compañero	61 (65.6%)	32 (34.4%)	1.46	0.80-2.65
Sin compañero	51 (56.7%)	39 (43.3%)		
Trabaja				
No	36(70.6%)	15 (29.4%)	1.77	0.88-3.54
Sí	76 (57.6%)	56 (42.4%)		

* Dos de las participantes no contestaron si se hicieron o no la mamografía.

Según se observa en esta tabla, las mujeres entre 50-64 años tienen una mayor probabilidad (OR = 1.76) de cumplir con el referido y hacerse la mamografía de cernimiento comparada con las mujeres de 40-49 años; contrario a lo establecido en investigaciones en los E.E. U.U. (3,6,7). Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (95 % CI: 0.93-3.33), la edad parece ser un factor importante en la acción de cumplir con el referido y hacerse la mamografía. En cuanto al estado civil, los resultados indican que las mujeres que tienen compañero tienen una

mayor probabilidad (OR 1.46) de hacerse la mamografía comparadas con las que no tienen compañero. Al evaluar si el trabajo fuera del hogar está relacionado con el cumplimiento con la mamografía se encontró que la proporción de mujeres participantes que no trabajaba y se hicieron la mamografía (71%) es mayor que la proporción de mujeres que trabajaba y se hicieron la mamografía (58%). Aunque las mujeres que no trabajan tienen una mayor probabilidad de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres que trabajan (OR =1.77), la diferencia no fue estadísticamente significativa (95 % CI: 0.88-.3.54). También es importante señalar que el no trabajar no implica que la participante no tenga otros compromisos en el hogar (i.e., cuidado de niños o de otras personas) que le limiten buscar trabajo fuera del hogar o cumplir con una cita médica. La tabla 11 muestra la relación entre los síntomas e historial familiar y el cumplimiento con el referido de la mamografía.

Tabla 11. Síntomas e historial familiar por cumplimiento de mamografía (n =182)

Historial personal y familiar	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Síntomas				
Sí	27 (65.9%)	14 (34.1%)	1.31	0.63-2.71
No	84 (59.6%)	84 (59.6%)		
Antecedente familiar				
No	91 (62.8%)	54 (37.2%)	1.43	0.69-2.97
Sí	20 (54.1%)	17 (45.9%)		

Las participantes que presentan algún síntoma relacionado con el cáncer de mama tienen una mayor probabilidad (OR=1.31) de cumplir con la mamografía que las mujeres que no presentan ningún síntoma. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa (95% CI: 0.63-2.71). Por otro lado, la proporción de mujeres que no tienen historial familiar de cáncer (62.8%) y cumplieron con la mamografía es mayor que la proporción de mujeres con historial familiar de cáncer (54.1%) y que cumplieron con la mamografía. Al evaluar la asociación entre el historial familiar de cáncer y el cumplimiento de la mamografía se encontró que las mujeres sin historial familiar de cáncer tienen una mayor probabilidad (OR=1.43) de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres con historial familiar de cáncer. Esto quizás se deba a que las mujeres con historial familiar de cáncer tengan sus reservas para cumplir con cualquier prueba de cernimiento por temor al resultado de estas pruebas y al diagnóstico de cáncer. La asociación entre estas variables no es significativa (95% CI: 0.69-2.97).

La tabla 12 resume la información sobre la relación entre el conocimiento que tenían las participantes sobre los

Tabla 12. Conocimiento de formas para detectar cáncer de seno por cumplimiento de mamografía (n =183)

Formas detección temprana del cáncer de seno	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Mamografía				
Sí	75 (66.4%)	38 (33.6%)	1.76	0.96-3.24
No	37 (52.9%)	33 (47.1%)		
Examen Clínico				
Sí	16 (55.2%)	13 (44.8%)	0.74	0.33-1.66
No	96 (62.3%)	58 (37.7%)		
Autoexamen				
Sí	72 (65.5%)	38 (34.5%)	1.56	0.85-2.87
No	40 (54.8%)	33 (45.2%)		
Resumen				
Resumen	7(77.8%)	2 (22.2%)	3.94	0.63-24.73
Conoce 2 formas	45(66.2%)	23 (33.8%)	2.20	0.75-6.46
Conoce 1 forma	52 (58.4%)	37 (41.6%)	1.58	0.56-4.48
No conoce ninguna forma	8 (47.1%)	9 (52.9%)	1.00	0.26-3.85
OR m-h = 2.08 IC: 1.05-4.13 Chi2 t 3.39 p = 0.065				

métodos para detectar el cáncer de seno y el cumplimiento con el referido de la mamografía de cernimiento. Según se desprende de la tabla 12, no puede afirmarse que el conocimiento de alguno de los tres métodos para detectar el cáncer de mama está asociado significativamente con el cumplimiento de la mamografía. Aunque la proporción de mujeres que reconocen a la mamografía (66.4%) y al auto examen (65.5%) como métodos de detectar tempranamente el cáncer de mama es mayor en el grupo de participantes que cumplieron con la mamografía, la asociación no es estadísticamente significativa en ninguno de los casos. Por otro lado, la proporción de mujeres que no reconocen el examen clínico como método de detectar tempranamente el cáncer de mama y cumplieron con el referido para la mamografía es mayor que la proporción de mujeres que reconocen el examen clínico como método de detección y cumplieron con la mamografía. Sin embargo esta asociación tampoco es estadísticamente significativa (95% CI: .85-2.87). El análisis estratificado considerando el número de métodos conocidos refleja que la probabilidad de que las mujeres cumplan con la mamografía aumenta a medida que crece el número de métodos conocidos (OR = 1.58, 2.20-3.94) y la tendencia fue estadísticamente significativa (Chi2=4.40).

La tabla 13 refleja la relación entre el grado de conocimiento o la información sobre el cáncer de mama que recibieron las mujeres participantes a través de su médico y el cumplimiento con la mamografía. De acuerdo a esta Tabla, la proporción de mujeres que recibieron

Tabla 13. Variables sobre conducta médica en consulta por cumplimiento de mamografía (n =183)

Premisa <i>El médico ...</i>	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Le dio información sobre cáncer de seno				
Sí	25 (64.1%)	14 (35.9%)	1.17	0.56-2.44
No	87 (60.4%)	57 (39.6%)		
Le dio información sobre las maneras de detectar a tiempo el cáncer				
Sí	35 (61.4%)	22 (38.6%)	1.01	0.53-1.93
No	77 (61.1%)	49 (38.9%)		
Le enseñó el auto examen				
Sí	48 (66.7%)	24 (33.3%)	1.47	0.79-2.73
No	64 (57.7)	47 (42.3%)		
Le hizo un examen de los senos				
Sí	47 (69.1%)	21(30.9%)	1.72	0.91-3.24
No	65 (56.5%)	50 (43.5%)		
Le explicó las razones para darle un referido para una mamografía				
Sí	52 (61.9%)	32 (38.1%)	1.06	0.58-1.92
No	60 (60.6%)	39 (39.4%)		
Le explicó la frecuencia con que debe hacerse la mamografía				
Sí	75 (67.6%)	36 (32.4%)	1.97	1.07-3.63
No	37 (51.4%)	35 (48.6%)		
Resumen				
<i>El médico le dio:</i>				
Todas las indicaciones sobre cáncer del seno	10 (66.7%)	5 (33.3%)	1.69	0.50-5.70
Cinco de las indicaciones sobre cáncer del seno	11 (55.0%)	9 (45.0%)	1.03	0.36-2.95
Cuatro de las indicaciones sobre cáncer del seno	19 (79.2%)	5 (20.8%)	3.22	1.03-10.-02
Tres de las indicaciones sobre cáncer del seno	14 (82.4%)	3 (17.6%)	3.95	1.00-15.-54
Dos de las indicaciones sobre cáncer del seno	17 (48.6%)	18 (51.4%)	0.80	0.33-1.91
Una de las indicaciones sobre cáncer del seno	15 (62.5%)	9 (37.5%)	1.41	0.52-3.84
Ninguna de las indicaciones sobre cáncer del seno	26 (54.2%)	22 (45.8%)		

OR m-h = 2.64 IC 1.23-5.6

información a través de su médico sobre el cáncer de mama (64.1%) o sobre las maneras de detectar tempranamente el cáncer (61.4%) y cumplieron con la mamografía es mayor que la de aquellas que no recibieron la información y cumplieron con la prueba. Aunque la asociación no es significativa, el recibir información sobre el cáncer o sobre las formas de detección parece ser importante en el cumplimiento con la mamografía. De igual manera, se observó que las mujeres que reciben orientación sobre como practicarse el auto examen tienen una mayor probabilidad (OR =1.47) de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres que no reciben información. Se encontró un patrón similar en la relación entre el examen clínico de las mamas y el cumplimiento de la mamografía en donde se observó que las mujeres a las cuales el médico le hace el examen clínico de las mamas tienen una mayor probabilidad (OR =1.72) de cumplir con la mamografía comparada con las mujeres que no se hacen el examen clínico. Aunque no hay significancia estadística en la asociación (95% CI: 0.91-3.24), la práctica del examen clínico parece ser un factor importante en el cumplimiento con la mamografía. También se observó que la proporción de mujeres (61.9%) a las cuales el médico le explicó las razones para darle un referido para la mamografía y cumplieron con la mamografía es mayor que la proporción de mujeres (60.6%) que no recibieron la explicación y se hicieron la mamografía. En cuanto a la explicación por parte del médico sobre la frecuencia con que la mujer debe hacerse la mamografía y el cumplimiento con la mamografía, se encontró que las mujeres que recibieron una explicación sobre la frecuencia con que deben hacerse la mamografía tienen una mayor probabilidad (OR = 1.97) de cumplir con la mamografía comparada con las mujeres que no reciben la explicación. Esta asociación es estadísticamente significativa (95% CI: 1.07-3.63).

Las variables sobre el cumplimiento con los procedimientos clínicos durante la consulta también fueron agrupadas y evaluadas a través del análisis estratificado. Se creó una variable resumen (médico), que toma valores desde 0 hasta 6 según las prácticas llevadas a cabo por el médico en la última visita (i.e., le habló sobre el cáncer de seno, le explicó como detectarlo, le enseñó el auto examen, le examinó los senos, le explicó las razones del referido y la frecuencia de la mamografía). La variable tomó el valor 0 en el caso de que todas las respuestas de la mujer ante estas variables fueran negativas, el valor 1 cuando al menos una respuesta fue positiva y así sucesivamente hasta el valor 6 en que todas las respuestas fueron positivas. De acuerdo al análisis estratificado no hay una indicación clara de una tendencia en cuanto a modificar la prueba de acuerdo a la diferencia de los niveles de indicaciones otorgadas por el médico a las participantes.

La tabla 14 resume la relación entre las mujeres participantes que se practican el auto examen de las mamas y el cumplimiento de la mamografía. Según lo observado en la tabla 14, las mujeres que se hacen el auto examen de las mamas tienen una mayor probabilidad (OR 1.56) de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres que no se hacen el auto examen. Esta asociación no es estadísticamente significativa (IC 95%: 0.85-2.87).

Tabla 14. Practica el auto examen por cumplimiento de mamografía (n=183)

Practica el auto examen	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Sí	72 (65.5%)	38 (34.5%)	1.56	0.85-2.87
No	40 (54.8%)	33 (45.2%)		

La tabla 15 muestra la relación entre el conocimiento sobre el cáncer de mama y el cumplimiento de la mamografía. La proporción de mujeres que tenía un nivel más alto de conocimiento sobre el cáncer de mama y cumplieron con la mamografía (62.8%) es mayor que la proporción de mujeres con un nivel de conocimiento más bajo y cumplieron con la mamografía (56.8%). Esta asociación no es estadísticamente significativa.

Tabla 15. Conocimiento sobre el cáncer de mama por cumplimiento de mamografía (n=182)

Conocimiento	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
8 o más aseveraciones correctas	91 (62.8%)	54 (37.2%)	1.28	0.62-2.67
Menos de 8 aseveraciones correctas	21 (56.8%)	16 (43.2%)		

La tabla 16 resume la relación entre el acceso a servicios de salud y el cumplimiento con la mamografía. Según se observa en esta tabla, las mujeres que conocen sobre los lugares en donde se hacen mamografías tienen mayor probabilidad (OR 9.51) de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres que no tienen conocimiento de estos lugares. Esta asociación es estadísticamente significativa (IC 95%: 1.03-87.47). De igual manera, la proporción de mujeres que viven sola y cumplieron con la mamografía (69.7%) es mayor que la proporción de mujeres que viven con otra persona y cumplieron con la mamografía (59.3%). En la Tabla también se observa que las mujeres que no tienen a nadie a su cargo tienen una mayor probabilidad (OR 1.54) de cumplir con la mamografía comparadas con las mujeres que tienen a alguna persona

Tabla 16. Variables relacionadas al acceso de servicios de salud por cumplimiento de mamografía(n=183)

Variables	Mamografía		OR	95% CI
	Sí Núm. (%)	No Núm. (%)		
Conoce lugares donde se hacen mamografía				
Sí	107 (70.4%)	45 (29.6%)	9.51	1.03-87.47
No	1 (20.0%)	4 (80.0%)		
Vive con alguna persona				
No	23 (69.7%)	10 (80.0%)		0.70-3.55
Sí	89 (59.3%)	61 (40.7%)		
Tiene alguna persona a su cargo				
No	73 (59.3%)	39 (40.7%)	1.54	0.84-2.82
Sí	39 (69.7%)	32 (30.3%)		

a su cargo. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

En el análisis realizado, sólo la edad, trabajar fuera del hogar y practicar el autoexamen de las mamas ajustadas por las demás variables demostraron que aumentan significativamente la probabilidad de que la mujer cumpla con el referido y se haga la mamografía. La tabla 17 resume el análisis multivariado.

Tabla 17. Análisis multivariado por variables significativas

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Edad	.781	.376	4.310	1	.038	2.184	1.045	4.567
Trabaja	-.835	.398	4.401	1	.036	.434	.199	.947
Examino	.856	.508	2.838	1	.092	2.354	.869	6.375
Explifre	1.071	.570	3.524	1	.060	2.917	.954	8.922
Auto examen	.686	.346	3.931	1	.047	1.985	1.008	3.910
Médico			11.342	6	.078			
Médico(1)	1.648	1.086	2.302	1	.129	5.194	.618	43.631
Médico(2)	1.031	.901	1.309	1	.253	2.805	.479	16.410
Médico(3)	.180	.796	.051	1	.821	1.197	.252	5.695
Médico(4)	1.956	.971	4.057	1	.044	7.073	1.054	47.456
Médico(5)	1.267	.821	2.385	1	.123	3.552	.711	17.741
Constante	-1.615	.869	3.458	1	.063	.199		

Discusión y Conclusiones

El análisis multivariado demostró que sólo la edad, el trabajar fuera del hogar y hacerse el auto examen de las mamas aumentan significativamente la probabilidad de que

las mujeres de edad mediana e ingreso socioeconómico bajo en Puerto Rico cumplieran con el referido y se hicieran la mamografía. No obstante, los hallazgos señalan que ciertos factores influyeron en la decisión de cumplimiento con la mamografía de cernimiento. Estos factores son importantes para los programas de la promoción de la salud sobre el cáncer de mama. Uno de los factores que se observó del análisis que afecta el que las mujeres participantes se hicieran la mamografía fue el conocimiento sobre el cáncer de mama. Los resultados indicaron que un mayor conocimiento del cáncer de mama y de las prácticas de detección temprana aumenta la probabilidad de que las mujeres se hagan el mamograma. De manera similar, el saber dónde están ubicados los lugares donde se hace el procedimiento del mamograma fue un elemento que demostró ser significativo para hacerse la prueba.

La mayoría de las mujeres que participaron en este estudio indicó que sus médicos les explicaban sobre el cáncer de mama. Las mujeres que participaron en este estudio tienden a tener una percepción satisfactoria de la relación médico-paciente. Aparentemente, los hallazgos tienden a demostrar la importancia de la percepción adecuada de la relación médico-paciente para el cumplimiento con la mamografía. Se encontró una relación significativa entre aspectos del comportamiento del médico y el cumplimiento con la mamografía por la paciente. Hay una probabilidad mayor de que la mujer se haga la mamografía si el médico le explica sobre la frecuencia en que debe hacerse una mamografía, cómo hacerse el autoexamen y el por qué da un referido para un mamograma. Este aspecto de la relación médico-paciente aumenta los conocimientos de la mujer y puede incidir en el factor ya mencionado de que de la probabilidad de hacerse una mamografía aumenta con el conocimiento que tenga la mujer sobre el cáncer de mama y las prácticas de detección temprana. El estudio también indica que el hecho de que el médico le haga a una mujer el examen clínico de la mama aumenta la probabilidad de la mujer se haga la mamografía.

Hay otros factores fuera de la relación médico-paciente que se resaltan en esta investigación y que deben considerarse en programas de promoción de la salud sobre el cáncer de mama, tales como conflicto de los múltiples roles y responsabilidades de las mujeres. El estudio indicó que las que no trabajan fuera del hogar tienen una mayor probabilidad de hacerse el mamograma que las que trabajan fuera del hogar. También aquellas que tienen familiares a su cargo tienen una menor probabilidad de hacerse un mamograma que las que no son las proveedoras de cuidado. Factores como horarios disponibles fuera de horas de trabajo y guarderías para menores (71.8% de quienes tenían que asumir responsabilidades de cuidado tenían a su

cargo un menor) surgen como posibles factores a considerar en la provisión de servicios.

En este estudio también se demuestra la importancia de las actitudes en el cumplimiento con la mamografía. Por un lado, se demostró que el hacerse el autoexamen de las mamas es significativo para el cumplimiento con la mamografía. Aquellas mujeres que practican el autoexamen tienen una mayor probabilidad de hacerse la mamografía. Esto probablemente tiene que ver con percepciones de la mujer sobre responsabilidad con su salud o percepciones de vulnerabilidad. El estudio indicó que la mayoría de las mujeres que no se había hecho nunca una mamografía indicó que el incumplimiento se debía a que no tenían síntomas o no lo veían como algo necesario. También se encontró que las mujeres que no tenían historial familiar de cáncer de mama indicaban una probabilidad mayor de hacerse el mamograma que las que tenían historial familiar. Esto puede estar relacionado con factores de miedo a un diagnóstico positivo. Sin embargo, se encontró que aquellas mujeres que manifestaban algún síntoma también indicaron una tendencia mayor a hacerse el mamograma que las que no tenían síntomas.

Los resultados no significativos obtenidos en casi todas las variables estudiadas pueden ser debidos al insuficiente tamaño de la muestra o a que ésta no es representativa de la población. Un diseño de casos y controles pudiera ser más adecuado.

Esta investigación, aunque no contundentemente, corrobora otras hechas en torno a factores relacionados con el uso del mamograma como prueba de cernimiento, tales como: conocimiento de las guías, creencia en que el cáncer detectado a tiempo puede ser curado y motivaciones personales(3, 6-8, 10-12). Añade a una nueva corriente de pensamiento que recalca que ya no es suficiente hacer énfasis en factores socioeconómicos, insatisfacción de los pacientes e inequidad de acceso a servicios para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud sino que otros factores como actitudes y motivaciones deben de ser considerados (16-20).

Abstract

Mammography for low-income women is an important intervention issue as it is still under utilized in these sectors. Despite evidence in favor of breast cancer screening with mammograms, research indicates that mammogram compliance among low-income females and women over 50 years of age has been slow. This article revolves around the factors that affect compliance with screening mammograms among low-income women ages 40 to 64 in Puerto Rico once they receive a referral from a physician. Although the multivariate analysis

demonstrated that only age, work outside of the home and performing breast self-exams significantly increased the probability for middle-aged, low-income women in Puerto Rico to comply with referrals and have mammograms, this research illustrated that certain factors such as knowledge about the disease and screening practices, a satisfactory perception of the patient-physician relationship, and the performance of a clinical breast exam by a physician influence mammogram compliance.

Referencias

1. Rakowski W, Rimer BK, Bryant SA. Integrating behavior and intention for the study of mammography: data from the 1990 Supplement to the National Health Interview Survey. *Pub Health Rep* 1993;108:605-624.
2. Rimer, BK. Audiences and messages for breast and cervical cancer screenings. *Wellness perspectives: research, theory and practice*. Centers for Disease Control and Prevention, 1995; 11(special issue):13-39.
3. Rimer BK, Keintz MK, Kessler HB, Engstrom PF, Rosan JR. Why women resist screening mammography: patient-related barriers. *Radiology* 1989;69:249-355.
4. Dolan NC, Rifles DR, McDermott MM, McGaghie WC. Adherence to screening mammography recommendations in a university general medicine clinic. *J Gen Intern Med* 1995;10: 299-306.
5. U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010 Report*. April 14, 2000 .
6. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. *Cancer* 1994;74(suppl):329-335.
7. Dawson DA, Thompson GB. Breast cancer risk factors and screening: United States. 1987. *Vital Health Statistics*. Department of Health and Human Services (DHHS) publication no. (PHS) 90-1500. Hyattsville, MD: US DHHS, 1990.
8. Lacey L. Cancer prevention and early detection practices for reaching under served urban, low-income black women: barriers and objectives. *Cancer* 1993; 72 (suppl):1078-1083.
9. National Cancer Institute. Breast Cancer Screening Consortium. Screening mammography: a missed clinical opportunity? Results of the NCI Breast Cancer Screening Consortium and National Health Interview Survey Studies. *JAMA* 1990;264:54-58
10. Urban N, Anderson GL, Peacock S. Mammography screening: how important is cost as a barrier to use? *Am J Public Health* 1994;84:50-55.
11. Vernon SW, Laville EA, Jackson GL. Participation in breast cancer screening programs: a review. *Soc Sci Med* 1990;30: 1107-1118.
12. Zapka JG, Stoddard A, Barth R, Constanza ME, Mas E. Breast cancer screening utilization by Latina community health center clients. *Health Educ Res* 1989;4:461-468.
13. Sánchez-Ayénde M, Suárez-Pérez, E, Oliver-Vázquez M. et al. Knowledge and beliefs of breast cancer among elderly women in Puerto Rico. *P R Health Sci J* 2001, 20:351-359.
14. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *MMWR* 29(ss-2); March 2000.
15. Christensen D. NCI Changes in mammogram policy for women in 40's. *Medical Tribune: Obstetrician & Gynecologist Edition* 4(5):1997.
16. Airhihenbuwa CO. Health promotion and disease prevention strategies for African Americans: a conceptual model. In: Braithwaite RL, Taylor SE (eds.). *Health issues in the Black community*. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1992.
17. Erwin DO, Spatz TS, Turturro CL. Development of an African-American role model intervention to increase breast self-examination and mammography. *J Cancer Educ* 1992;311-319.
18. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-258.
19. Mathews HF, Lannin DR, Mitchell JF. Coming to terms with advanced breast cancer: Black women's narratives from Eastern Carolina. *Soc Sci Med* 1994;38:789-800.
20. Wilcox L, Mosher W. Factors associated with obtaining health screening among women of reproductive age. *Public Health Rep* 1993;108:76-86.