

## SALUD PUBLICA

---

# Análisis Cualitativo Sobre el Cumplimiento con Mamografía de Cernimiento de Mujeres de Edad Mediana en Puerto Rico

MELBA SANCHEZ AYENDEZ, PhD; ANA LUISA DAVILA, PhD; MARTA BUSTILLO, PhD;  
CRUZ MARIA NAZARIO, PhD; MARIA CELESTE LARRIUZ, MSc; GRETCHEN MARTÍNEZ-PAZ, MPH

---

La utilización de la mamografía de cernimiento es un asunto crítico en la detección temprana del cáncer de mama. Sin embargo, está siendo subutilizada por diversos sectores, particularmente mujeres de moderados recursos económicos. El objetivo de este estudio fue utilizar el método de investigación conocido como grupo focal para indagar sobre los obstáculos para hacerse una mamografía de cernimiento entre mujeres de recursos económicos moderados y de 40 a 64 años de edad en Puerto Rico un vez tenían un referido médico. Las mujeres participantes tenían conocimiento de lo que es un autoexamen, un examen clínico y una mamografía y de que estas pruebas ayudan a detectar el cáncer de mama. No obstante, no existe un conocimiento adecuado sobre

las guías sobre mamogramas de cernimiento. Actitudes en torno al dolor o molestia que produce el mamograma y miedo a un diagnóstico de cáncer de mama fueron las razones personales que más se mencionaron en la discusión de los grupos focales para el incumplimiento con el referido para las mamografías. En cuanto a las barreras externas o sistémicas, las razones más prevalentes fueron el costo del mamograma, la transportación y los factores negativos asociados con la percepción de la relación médico paciente.

*Palabras clave:* Cumplimiento con mamografías, Obstáculos para mamogramas, Mujeres de nivel socioeconómico bajo, Puerto Rico, Grupos focales

---

La utilización de la mamografía de cernimiento es un asunto crítico en la detección temprana del cáncer de mama. Sin embargo, está siendo subutilizada por diversos sectores, particularmente mujeres de moderados recursos económicos. En 1997 los Institutos Nacionales de la Salud del Gobierno Federal de los Estados Unidos (NIH) hicieron pública su Aseveración de Consenso en cuanto al cernimiento para cáncer de mama en mujeres de 40 a 49 años y de 50 a 64 años de edad. (1) Para las de la primera categoría de edad, el mamograma de cernimiento era opcional y dependía de los factores de riesgo presentados por la mujer. Se hacía énfasis en la comunicación entre el médico o la médica y la paciente y

el asesoramiento de parte del profesional de la salud hacia su paciente. Para las mujeres de 50 a 64 años de edad las recomendaciones eran mucho más específicas: un mamograma de cernimiento todos los años indistintamente de los factores de riesgo. La investigación en la que se basa este artículo va encaminada a analizar los patrones de cumplimiento con mamografías de cernimiento de acuerdo a estos criterios de NIH para 1997.

A pesar de la evidencia científica sobre lo necesario de los mamogramas y de que la práctica ha ido en aumento durante los últimos cinco años, las investigaciones indican que el cumplimiento ha sido más lento entre mujeres de escasos recursos económicos, mayores de 50 años y de grupos minoritarios (2,3). Entre los factores que promueven la utilización del mamograma están los siguientes: recomendación o referido de un médico, conocimiento de los criterios vigentes para mamografías de cernimiento, creencia en la utilidad del mamograma como medida de detección temprana y para poder proveer una cura a tiempo, nivel socioeconómico alto y edad menor de los 50 años (4-12).

Una encuesta de mujeres de 65 años y más residentes de Puerto Rico llevada a cabo por Sánchez Ayéndez,

---

De la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

*Estudio financiado por the USD Department of Defense Breast Cancer Research Program, Grant No. DAMD17-9919359 "Mammography compliance among low-income middle aged women in Puerto Rico"*

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. Tel. (787) 758-2525 Ext. 2958 y 2933.

Suárez-Pérez y Oliver-Vázquez (10) encontró que el factor principal para el cumplimiento con mamografía de cernimiento era el referido del médico. Otros factores estadísticamente importantes fueron: haber recibido información sobre el cáncer de mama de parte de un profesional de la salud después de la menopausia y haber visitado un ginecólogo.

### Metodología

El método de investigación utilizado fue el de grupo focal. Esta técnica se utilizó con el propósito de obtener datos cualitativos sobre los factores que son predictores del cumplimiento de la mamografía de cernimiento entre las mujeres de 40 a 64 años de edad y nivel socioeconómico bajo una vez tienen un referido del médico. El grupo focal es una técnica de investigación cualitativa que se utiliza para indagar sobre las características socioculturales y los procesos psicológicos que determinan la conducta de la gente. En la discusión propiciada en el grupo focal se exploran ideas y opiniones sobre un tema en particular (13,14) que ayudan a clarificar variables de investigación importantes.

La estrategia investigativa de los grupos focales de mujeres se llevó a cabo con el objetivo principal de recopilar información sobre factores que pueden afectar el cumplimiento con la mamografía de cernimiento entre mujeres de 40 a 64 años de edad y bajo nivel socioeconómico luego de haber recibido un referido del médico. Mediante esta técnica se querían obtener datos sobre los siguientes aspectos: conocimientos y actitudes con respecto al cáncer de mama y la mamografía de cernimiento, datos sobre la información que proporcionan los médicos a la paciente durante la visita, percepción de la relación médico-paciente, las pruebas de cernimiento de cáncer de mama hechas o recomendadas por los médicos (especialmente la mamografía), conocimiento sobre servicios existentes de mamografía y barreras para hacerse una mamografía.

Los resultados del análisis de estos grupos focales que se discuten en este artículo fueron utilizados para el diseño de un cuestionario social y culturalmente sensitivo en el cual se evaluarán los factores que afectan el cumplimiento de la mamografía de cernimiento de la población de mujeres de edad mediana y bajo nivel socioeconómico. Como parte del análisis también se evaluó el vocabulario apropiado para adaptarlo a las preguntas del cuestionario.

Se seleccionaron dos áreas geográficas (metropolitana y no metropolitana) para obtener las mujeres participantes en los grupos focales. En el área metropolitana las participantes fueron reclutadas en un centro de salud ubicado en el núcleo de la ciudad. El lugar seleccionado

para el área no-metropolitana fue en el área costera del noreste de Puerto Rico. Se llevaron a cabo cuatro grupos focales con un máximo de 7 personas por grupo. Los criterios de elegibilidad para los grupos focales de mujeres fueron los siguientes:

- tener de 40 a 64 años de edad
- nivel socioeconómico bajo
- participación voluntaria
- usuaria del centro de salud

Los grupos focales de las mujeres fueron divididos por área geográfica y, dentro de cada área, las sesiones se dividieron por grupo de edad: mujeres de 40 a 49 años y mujeres de 50 a 64 años. La composición final de los grupos focales de las mujeres fue la siguiente:

- un grupo de mujeres de 40-49 años en área metropolitana
- un grupo de mujeres de 50-64 años en área metropolitana
- un grupo de mujeres de 40-49 años en área no-metropolitana un grupo de mujeres de 50-64 años en área no-metropolitana

El objetivo y metodología de este estudio fue explicado a los directores de los centros de salud que accedieron a cooperar con el equipo de investigación. El reclutamiento fue llevado a cabo por las enfermeras de los centros. A todas las mujeres que accedieron a participar se les dio seguimiento a través de llamadas telefónicas. También se reclutaron participantes el día de la sesión en el mismo centro de salud para completar el número mínimo requerido.

Los diferentes centros fueron visitados antes de cada sesión para seleccionar un lugar adecuado que garantizara poca o ninguna interrupción de las sesiones, la continuidad del proceso y una adecuada interacción social. Se utilizaron preguntas abiertas para promover el diálogo. La anotadora designada del equipo de investigación tuvo a su cargo anotar observaciones pertinentes a la comunicación no verbal. La observadora tenía a su cargo la anotación de los principales temas que surgían de la discusión. Las anotaciones fueron comparadas más tarde con la conversación grabada. Las sesiones duraron entre 60 a 75 minutos aproximadamente. El análisis de la discusión de los grupos focales se centró en las siguientes preguntas guías:

#### 1. Cáncer de mama:

- ¿Alguna de ustedes debería preocuparse por el cáncer?
- ¿Y por el cáncer de las mamas?

- ¿En quién piensan cuando hablamos de cáncer de las mamas?
  - ¿Cómo podemos saber que alguien tiene cáncer del seno?
2. Mamografías:
- ¿Qué es lo primero que les viene a la mente cuando yo digo mamografía?
  - ¿Qué les hace sentir?
  - ¿Cuántas veces debe ir una mujer a hacerse una mamografía?, ¿Una es suficiente? ¿Cuán seguido?
  - ¿Qué tiene que hacer una mujer para hacerse una mamografía?
  - ¿Cuándo ya no es necesario hacerse una mamografía?
    - a. Aquéllas que se han hecho una mamografía:
      - ¿Por qué se la hicieron?
      - ¿Puede contarnos un poco cómo fue?
      - ¿Se acuerda qué le dijeron antes de hacérsela por primera vez?
      - ¿Hubo algo en esa experiencia que le haría pensar dos veces antes de hacerse otra?
      - ¿Le ha recomendado a otra mujer que se haga una mamografía?, ¿qué le dijo?, ¿qué pasó?, ¿se la hizo?, ¿por qué no?
    - b. Aquéllas que no se han hecho una mamografía:
      - ¿Alguna vez su doctor o doctora le ha sugerido o recomendado una mamografía?
      - ¿Qué otras razones podría tener una mujer para que no se haya hecho una mamografía?
3. ¿Hay algo que no hayamos conversado que sería importante decir sobre el tema?
4. ¿Tiene alguna sugerencia para nuestro estudio?

## Resultados

Un total de 24 mujeres participó en los grupos focales. De éstas, 11 eran del área metropolitana y 13 mujeres del área no-metropolitana. El 45.8% de las mujeres estaba entre el grupo de edad de 40-49 y el 54.2% entre 50-64 años. La mediana de edad de las mujeres fue de 52.21 años. En el área metropolitana, el 54.6% de las mujeres participantes pertenecía al grupo de edad de 50 a 64 años, mientras que en el área no-metropolitana este grupo de edad constituyó el 53.85%. El último grado completado se distribuyó desde cuarto grado hasta cuarto año de escuela superior, con dos participantes que obtuvieron otro grado académico. De las 24 participantes el 63% habían cursado menos de

cuarto año, el 29% completó el cuarto año y el 8% señaló haber obtenido otro grado académico superior.

El 50% de las participantes señaló que su estado civil actual era casada o que convivía consensualmente, mientras que 21.5% señaló estar divorciadas/separadas. El 91.3% de las participantes indicó que practicaba alguna religión. De éstas, el 60% mencionó la religión católica. El 75.8% de las participantes indicó haberse hecho una mamografía alguna vez en la vida. El año que se realizaron la mamografía fluctuó entre 1987 y 1999. Un 60% de las participantes se había hecho una mamografía durante el año anterior a la entrevista. El 67% eran del grupo de edad de 50 a 64 años. El 87.5% de las mujeres participantes indicó que no se hallaba trabajando al momento de la entrevista.

**Vocabulario utilizado.** No se observaron diferencias por edad en cuanto al vocabulario utilizado por las participantes para hablar sobre el cáncer de mama ni tampoco por centro de salud. Se observó que las participantes hablaban de seno y no de mama. Este hallazgo es cónsono con el estudio de Sánchez Ayéndez (15) sobre creencias y conocimientos del cáncer de mama en mujeres de 65 años o más en Puerto Rico. Las mujeres utilizaron diversos vocablos para las mamas, entre ellos: seno, pecho, mama y tetas. Se mencionó que desde que las niñas comenzaban a crecer, a las mamas se le llamaba por «toconcitos» o «tetis» pero no por el nombre mama y que este eufemismo sobre la anatomía del cuerpo femenino era una razón por la cual las mujeres no estaban tan pendientes de las enfermedades de la mama. Una participante se expresó de la siguiente forma:

“El problema de esto es educación, o sea el origen de toda esta situación de las mujeres y los problemas es la educación o sea cómo se enfoca a yo entender mi cuerpo antes de que salgan los senos y cómo me van a enseñar. O sea, que no le hablemos las tetis, los toconcitos, los como se llame...”

En cuanto a los síntomas y efectos del cáncer de mama las participantes utilizaron el siguiente vocabulario para hacer referencia a los crecimientos en el tejido mamario:

- quistecitos, quistes
- pelotitas, pelotas, bolitas
- masitas, masitas de quistes
- glándula maligna o benigna
- granulitos, granitos

También hubo algunas que utilizaron el término nódulo. Las participantes hicieron referencia a síntomas pre nódulos, tales como:

- endurecimiento
- hinchazón

- dolor
- molestia

En las ocasiones en que se mencionó el concepto de metástasis se refirieron a que “el cáncer se riega por todo el cuerpo” o se usó el vocablo “metastasia”. Hubo una participante que habló de que sino se sacaba “el quiste de raíz podía volver a crecer”. Algunas mujeres hablaron de otras enfermedades relacionadas con las mamas como mastitis y fibrosis o “fibrocitis”.

Las participantes utilizaron ciertos términos relacionados con las pruebas de detección temprana. Hablaron de “palparse el seno” cuando se referían al autoexamen y “examen que hace el médico” para el examen clínico. En cuanto a la mamografía, los vocablos que coloquialmente se usaron fueron:

- examen del seno
- placa del seno
- la prueba del seno

También hicieron referencia al procedimiento *per se* de la mamografía: “aplastan el seno”, “pillan a uno” y “dejan a uno pillao”. Las participantes hicieron referencia a otras pruebas relacionadas con la detección del cáncer de mama. Utilizaron las palabras sonomamografía y biopsia. También una mencionó que antes de la “operación” (biopsia) le “localizaron la pelota con un alambre”.

En cuanto a los procedimientos utilizados para el tratamiento de la enfermedad, no utilizaron el término mastectomía. Las siguientes expresiones hicieron referencia a este procedimiento quirúrgico:

- extirpar o amputar el seno
- extracción del seno
- extirpación radical
- cuerpo mutilado

Las participantes también mencionaron otros tratamientos utilizados para combatir el cáncer de mama una vez detectado; específicamente hablaron de y utilizaron el vocablo quimioterapia. Una de las participantes utilizó la frase “quemar células cancerosas”.

### Conocimientos Sobre el Cáncer de Mama.

*Definición.* Las participantes perciben el cáncer como un desorden a nivel celular. La siguiente aseveración recoge la visión sobre la enfermedad: “El cáncer es un desorden de células, o sea son células que se dividen y se multiplican. En realidad médicamente, pues se dividen.”

*Factores de riesgo y factores de protección.* Las participantes mencionaron una serie de factores de riesgo

que se pueden clasificar en áreas principales: golpes o traumas a la mama, historial familiar y circunstancias personales. Hubo comentarios entre quienes creían que los golpes en los senos o el mantenerse los senos apretados aumenta el riesgo de cáncer en los senos. Una mujer se expresó así: “... eso le aguanta la circulación de la sangre a la persona y podría ayudar en algo para uno tener algo malo, porque el cáncer se puede formar de cualquier golpe que uno se dé y se le coagule la sangre y se quede ahí esa sangre coagulada...”. Otras mujeres mencionaron que los *brassieres* apretados podían causar cáncer de mama. Sin embargo, ninguna mujer expresó preocupación de que el procedimiento de apretar fuertemente las mamas durante la mamografía pudiera causar algún trauma o cáncer. Entre las circunstancias personales como factor de riesgo mencionaron no haber tenido hijos, no lactar, histerectomías, fumar cigarrillos y uso de hormonas. En cuanto a esto último dijeron: “Porque es recomendable, siempre dicen que después de los 40 años se supone que toda mujer y máximamente si la mujer ya no tiene útero, como en el caso mío que ya no tengo ni útero ni ovario, pues y tomo hormonas desde que tenía 38 años, pues es recomendable porque no a todas las mujeres le va muy bien. Hay un por ciento que no es muy alto de, vamos a suponer un 5% de las mujeres que toman hormonas tiende a darles granitos y cosas en las mamas y debido a eso es que los médicos recomiendan que una vez al año se haga una mamografía.”

El tener hijos y lactarlos fue mencionado como un factor de protección al riesgo de contraer la enfermedad. Una mujer dijo: “Yo tengo 12 muchachos y yo creo que de tanto darle el pecho yo nunca voy a padecer (de cáncer de mama)...” Las mujeres expresaron su convicción de que existe una relación entre el fumar y el cáncer de mama. Indistintamente de que la falta de verificación o evidencia de que este factor no esté relacionado, fue uno de los factores de riesgo mencionados en las sesiones.

*Síntomas.* En las discusiones afloraron elementos de detección y su relación con el dolor además de las consecuencias que puede acarrear la enfermedad. En cuanto al dolor, tres participantes expresaron:

“Dicen que el cáncer y que no duele”

“Lo que pasa es que dicen que cuando viene a doler y a molestar es porque ya está regado por todo el cuerpo.”

“El cáncer dicen que a lo primero no duele pero cuando ya está en sus últimas etapas que está regado por todos lados ya es un dolor que tú no lo puedes aguantar, me dicen a mí.”

Algunos comentarios giraron en torno a *secreciones*:

“Mi situación fue,... tenía cosa y no me gustaba a ir a nada de eso y todavía, pues entonces yo me apreté en el tiempito que tenía el ciclo menstrual y pues

entonces yo me apreté (seno) y yo me vi ahí ese líquido brown y me dije “¡Ay, tengo cáncer!”. Para mí era sangre pues entonces vine donde el doctor y le dije mire me está pasando esto y entonces él me dice: ¿Tu nunca te la has hecho?”. (mamografía).

*Pruebas de detección temprana.* Las mujeres mencionaron el examen clínico, el autoexamen y la mamografía como pruebas para detectar cáncer de mama. En cuanto al examen clínico, algunas mencionaron: “...el médico me toca...” También indicaron que la función de la mamografía es una de *detección*:

“Es un estudio de los senos que es recomendable que nosotros nos lo hagamos por lo menos creo que dos veces al año y es el estudio que va a detectar si hay una glándula maligna o benigna o cualquier deformación o algo que haya en los senos.

Las mujeres participantes mencionaron el autoexamen de mama como método de detección: “Y también palpándonos”.

En ambos lugares utilizados para las sesiones de grupos focales, las mujeres reconocieron que la mamografía es el mejor método para detectar el cáncer de mama. De forma explícita lo manifiestan las siguientes participantes cuando dijeron:

“...Pero uno se la debe de hacer (mamografía) porque es muy importante. Es el único medio que uno puede tener para saber si tiene algo, si a uno se le va a reproducir, que Dios no lo quiera, o si algo que lo investiguen y averiguar porque las cosas a tiempo tiene remedio...”

“Bueno, en una mamografía detectan el cáncer en los senos y si está empezando tenemos la oportunidad de que nos puedan ayudar y nos sanan o nos mejoran por un tiempo indefinido”

“Así con la mano no porque es mejor con la mamografía. Porque con la mamografía tú tienes más oportunidad de saber por dentro todo lo que tú tienes y te pueden ver pero con la mano no es válido.”

De forma menos explícita, otras comentaron:

“...La mamografía no previene pero ayuda porque si no nos hacemos la mamografía cómo vamos a saber si tenemos o no tenemos, porque a mí me lo dijo un médico y siempre me lo han dicho...”

“El médico generalista (recomienda) uno todos los años. Por lo menos a mí, me manda a hacer una evaluación completa, todo, todo, y entre todas esas evaluaciones, incluyendo riñones, orina y azúcar y corazón y todo eso, te incluye el Pap y la mamografía...”

“No previene, ella (mamografía) detecta”.

Sin embargo, no faltaron participantes que mencionaron las posibles fallas de la mamografía:

“Yo escuché en una ocasión que a una señora le

hicieron la mamografía pero que debajo de la axila no tomaron cuenta y ahí era que tenía el cáncer y siempre falleció, después se dieron cuenta porque era debajo.” También algunas reconocieron que hay otras pruebas para la detección temprana, además de la mamografía:

“...No; yo me hice primero la mamografía y aparentemente se veía algo y, entonces él (médico), para estar más seguro me mandó hacer entonces el sonograma...”

## La Mamografía

Los conocimientos que expresaron las participantes sobre la mamografía giraron en torno a su utilidad, regularidad y edad base para hacérsela. Las siguientes citas de las participantes giran en torno a la utilidad de la mamografía:

“No, no; a mí me gusta. Hay que hacérsela (mamografía) porque uno no sabe.”

“...Hay que estar chequeándose...Salí con algo en la mamografía y como dice ella me mandaron hacer un sonograma ... Yo diría que ya más o menos si la persona sabe a que edad uno debe hacerse la mamografía pues uno debe de ir ya que es una cosa que uno por una prueba de sangre uno sabe muchas enfermedades que uno tenga pero por una prueba de sangre uno no sabe si tiene un cáncer en un seno, es igual lo vaginal. Creo yo que en la sangre no sale nada del seno”.

Otras indicaron la necesidad de hacerse la mamografía para el objetivo de detección:

“En los centros comunales, en ginecología, Centro Médico, aquí mismo, en las escuelas para las niñas que se vayan orientando desde pequeñitas que eso (la mamografía) hay que hacérselo”.

“No, no yo estoy casi convencida porque yo sé que tengo que hacérmela,...Porque ...hay que sacar tiempo para eso (la mamografía)...”.

Algunas de las participantes que sabían sobre los factores que pueden influir como preventivos de la enfermedad no dejaron de reconocer la necesidad de cumplir con el mamograma. Una mujer que había lactado reconoció la importancia de hacerse la mamografía: “El médico me dice que no es necesario y si no me lo da [referido para la mamografía] yo voy a donde otro. Yo tengo 12 muchachos y yo creo que de tanto darle el pecho yo nunca voy a padecer, pero hay que hacérsela (mamografía).”

**Regularidad.** Las participantes demostraron menos uniformidad en cuanto al conocimiento sobre la regularidad con que debe hacerse la mamografía:

“Todos los años”.

“Lo recomendable para una persona que este bien es

una vez al año, si te detectan algo creo que es cada 6 meses”

“O sea, que el que no tiene problemas puede ser anual y si tiene algún problema es más seguido.”

“Es un estudio de los senos que es recomendable que nosotros nos lo hagamos por lo menos creo que 2 veces al año y es el estudio que va a detectar si hay una glándula maligna o benigna o cualquier deformación o algo que haya en los senos.”

“Bueno a mí [el médico] me dijo que era cada 2 años, porque a mí ya hace un poquito más de un año que me la hicieron mi mamografía y lo que me dijo fue eso que ahora es cada 2 años.”

“...a mí no preocupa nada, pues trato de cuidarme de la diabetes, la mamografía me la hago anual...”

**Edad.** Las expresiones en torno a la edad a la que debe comenzarse a hacerse la mamografía fueron dispares:

“Yo me enteré que al tú cumplir tus 50 años”,

“...y de un tiempo para acá yo estoy escuchando que ya nos es de los 40 para arriba que cualquier muchacha, cualquier persona joven está propensa...”

“Bueno a mí siempre me han dicho de los 35 en adelante. De 35 a 40.”

“Yo diría que mientras más joven...”

“Yo lo he oído en la televisión, en las noticias hay una parte de salud de las Farmacias XXX y ahí yo he oído que las mujeres de 40 años o 50 en adelante deben hacerse la mamografía anualmente”.

“Pues yo diría que sería mejor más temprano como cuando uno venga a los 40 años quien sabe lo que tenga uno en ese lapso de tiempo; es mejor más temprano”

“De los 25 a 30 ya debería las personas chequearse porque después, 10 años más uno no sabe lo que hay mientras más temprano yo diría que es mucho mejor porque cualquier cosa se puede detectar a tiempo.”

“...desde que uno tiene los 40 y uno tiene que empezar, porque aunque uno se sienta joven ya la cosa no es lo mismo.

**Moderadora:** ¿Qué han escuchado sobre cuándo es la primera vez que uno se debe hacer una mamografía?

“Cuando hay molestia”

“A los 40”

“A los 35”

**Percepción de la mamografía.** Las participantes expresaron que el procedimiento de la mamografía dolían y que aplastaban los senos. Las expresiones variaron desde poco dolor a un dolor fuerte. Ejemplo de esto son los siguientes comentarios:

“No la mamografía no; si duele un poco porque te

aprietan, duele, ahora dicen que vienen unas máquinas que no tienen que apretar, ¿es verdad?

“Porque me decían que apretaba [mamografía] y como a mí, cuando yo tenía como 25 años a mí me salieron glándulas y me las operaron, me las sacaron. Pues yo tenía miedo de que, como decían que apretaban pues me van apretar mucho pero que me la hice y en sí no me dolió, y me la hice porque me di una caída y me di [en los senos] y entonces me dolía y según me dolía y me la hice y salí con algo en la mamografía y ... me mandaron hacer un sonograma”

“Me dolía [mamografía] desde el punto de vista y más cuando me exprimieron. Como yo dije, ¡no me vuelvo a hacer una cosa de esa!. ¡Yo creo que me tienen que llevar arrestada!”

“Y aquélla (la técnica) me cogió y me hizo pa'quí y pa'llá y exprime (mamografía) y cuando me hizo como una tostadora yo dije ¡aquí fue! Porque tú sabes, me apretó y me molestó, para mí surgió incómodo y voy a decir más, terminé adolorida. Tuve una mala experiencia”

“Yo duré como una semana con dolor en los senos. No podía casi ni ponerme «brassiere» tenía que dejarlos sueltos ahí”

Además de la utilidad de la mamografía, la mujeres participantes en los grupos focales mencionaron el dolor como motivación para hacerse la prueba de detección temprana. Síntomas como el dolor en el seno ayudan en la construcción de una actitud que no sólo lleva al cumplimiento de la orden sino que hace que la mujer busque el referido:

“Se la puede hacer (mamografía), pero es más motivada de que tú te sientes un dolor como me lo sentía yo que si me acostaba de lado me sentía la molestia y si me acostaba boca bajo también. Pues yo dije, ¡pero bueno y qué es lo que me siento, qué tengo!, y de una vez pues yo vine aquí y le dije al médico lo que yo me sentía. Saqué mi cita médica y le dije lo que me sentía y él de una vez me refirió y cuando me la hicieron pues de una vez hallaron eso. Me seguí dando el tratamiento y cuando llegó la hora de operarme pues me mandaron a Centro Médico a operarme. Me sacaron los tres quistes esos que eran una masa que podían convertirse en un cáncer.”

**Barreras.** Las razones expresadas por las mujeres como barreras para hacerse la mamografía se dividieron en barreras personales y barreras sistémicas o externas. La barreras personales se clasificaron como aquéllas que emanaban de la mujer (e.g., creencias, miedos, características sociodemográficas, responsabilidades familiares) y las externas como las resultantes del sistema

de prestación de servicios de salud (e.g., acceso, costo, tiempo de espera en la consulta). El análisis de las barreras reveló resultados similares en los diversos grupos focales.

*Barreras personales:* miedo, temor y pudor. El miedo a las inconveniencias causadas por el procedimiento de la mamografía y el temor a un diagnóstico de cáncer fueron las actitudes más evidentes identificadas como barreras personales.

Las participantes expresaron miedo a la mamografía *per se*:

“A veces nosotras tenemos miedo de hacernos estas pruebas; no solamente la mamografía al igual que el Papanicolao, por muchos mitos que a veces existen y entonces como que a uno le da un poquito de temor a uno. Yo tuve la experiencia con una tía que da la casualidad que murió de cáncer del seno. Ahora mismo tengo una amiga que sentía una pequeña molestia en este pecho y se hizo una prueba y tiene unos granulitos; de hecho, ya se le tuvo que abrir parte del seno por aquí para prontamente estirparlo, le están dando la quimioterapia y la ha frustrado porque ha tenido que dejar su trabajo”.

También mencionaron miedo al dolor que puede causar el procedimiento:

“Porque me decían que apretaba y como a mí, cuando yo tenía como 25 años a mí me salieron glándulas y me las operaron, me las sacaron. Pues yo tenía miedo de que, como decían que apretaban, pues me van apretar mucho pero que me la hice y en si no me dolió tanto..”

“Por miedo al dolor (de la mamografía) pero a lo último me decidí a ir.”

“Por temores a las molestias” (asociadas con la mamografía).

En otras mujeres el malestar o dolor que produce la mamografía puede inhibir la repetición del procedimiento en próximas ocasiones: “De hecho me inhibe mucho [el dolor/malestar] volver a la segunda (mamografía)”. Nadie mencionó miedo a la radiación como un factor inhibitorio al cumplimiento de un referido para una mamografía.

En ciertas ocasiones, el *temor* de las participantes a hacerse una mamografía se expresó en términos de temor al diagnóstico de cáncer y el tiempo de espera con la duda sobre el resultado. Las siguientes expresiones ejemplifican esto:

“Yo sentí temor porque, una era que nunca me la había hecho entonces en lo que tú te haces la prueba, el personal te trata muy bien te pone la máquina, pero después tú te quedas pensando, ¿cómo habré salido? Pero pone a uno en tensión hacérsela.”

“Hacérsela y esperar el resultado. Porque uno tiene un poquito de temor de que cuando tú vayas a tu

médico y te diga ¿Te hiciste la prueba? Mira los resultados y te diga Aquí tienes esto y hay que hacer esto otro. Ahí, tú te paniqueas; no es fácil, porque por más guapo que se sea, uno con una enfermedad...”

“Porque ella dice que tiene miedo, por si sale con algo. Yo le digo, pero todavía tú estas a tiempo. Tú tienes 3 niños y si yo estoy enferma y tú con tus 3 niños, si no soy yo, eres tú. ¿quien los va a cuidar? Tiene que cuidarse para cuidar sus niños.”

Algunas mujeres comentaron que la exposición del cuerpo y el que tuvieran que tocarle los senos resultaba incómodo para su *pudor*, vergüenza y esto podía convertirse en barreras para llevar a cabo la prueba. Algunos ejemplos son:

“... Porque la salud de uno es primero. Uno tiene que, aunque uno sienta vergüenza, pero si es por la salud de uno, y como eso es de un momento nada más, y a veces después uno ni ve más la cara de esos doctores”.

“No (me hago la mamografía) por vergüenza”.

*Barreras sistémicas.* Las principales barreras sistémicas que entorpecen la utilización óptima de la mamografía como estrategia de detección temprana del cáncer en los senos fueron: factores económicos, transportación y aspectos relacionados con la relación profesional de la salud y paciente. Las barreras económicas que dilatan el uso del referido para una mamografía parecen variar por centro de salud. En uno de los centros, el desembolso en el momento del examen se reportó que era 35 a 40 dólares, mientras que en el otro las participantes informaron un desembolso por mamografía de 55 centavos a tres dólares si se tenía la tarjeta de la Reforma de Salud.

Las participantes de uno de los centros utilizados informaron cómo ellas confrontan *barreras económicas* por el costo del procedimiento para completar el referido. Aún cuando el costo del procedimiento es reducido, particularmente si se hacen la mamografía en el centro radiológico sugerido por el personal del centro, el desembolso de 40 dólares puede significar una cantidad onerosa para el presupuesto familiar. Una mujer comentó que tuvo el referido por dos meses antes de hacérsela porque: “Uno a veces no tiene los \$40; uno tiene que esperar juntarlos, por lo menos yo que no tengo trabajo ahora mismo”. Otra reaccionó de la siguiente manera cuando escuchó a otra entrevistada decir cómo ella se hizo la primera mamografía y todas las subsiguientes sin costo ni deducible alguno a través de un programa particular (al que se refirió como “Prevención de Cáncer”) y dijo:

“¡Mira, y yo pagando 40 dólares! En el otro mes me dieron este referido que me la tengo que hacer otra

vez y por no tener los \$40 no me la he podido hacer. ¿Tiene el número de teléfono para llamar?”

Las participantes del otro centro no mencionaron dificultades económicas que impidieran o retrasaran el uso de un referido para la mamografía. Las entrevistadas indicaron que a través del plan del Gobierno se pagaba un deducible de cincuenta centavos a tres dólares pero que había quien no pagaba nada. Hubo una mujer de 40 a 49 años quien dijo que ella buscaba hacerse una mamografía cada seis meses. Su médico le daba un referido si tenía dolor, y éstas estaban cubiertas por su plan.

Las participantes de ambos centros mencionaron que en ocasiones los costos indirectos involucrados con el cumplimiento de un referido pueden dilatar o impedir que el mismo se complete en el tiempo esperado. Entre estos están la *distancia* y el *costo de transportación*. Traslarse al centro radiológico para cumplir un referido de mamografía no significaba una barrera para las entrevistadas del centro localizado en el área metropolitana aunque sí reconocieron que la distancia y la transportación serían impedimentos para otras mujeres que se atienden allí. Las entrevistadas del centro localizado en un área no metropolitana mencionaron que para ciertas mujeres en su área “el factor distancia” le impediría cumplir el referido si la persona no tiene los recursos económicos para costearse la transportación o quién la transporte.

“Aquí llega una población que necesariamente no puede, puede ser que yo tenga unos..., como le explico...55 centavos me cuesta venir de mi casa (...) Sigue siendo el factor dinero (...) es una población relativamente muy alta de personas mayores que apenas... y muchas no reciben seguro social.... Pero tampoco otras personas no tienen ni quien los traiga, ...no hay guaguas que las vayan a buscar a esas personas a sus casas. Si la persona no tiene un vecino o una guagua que vaya hasta el sector donde vive, (...) que la pueda traer hasta el pueblo... Ya enviarla más fuera de esta área [refiriéndose al centro de radiología para la mamografía] sería ya una persona que tiene un recurso de un familiar, o un vecino que le haga el favor, o que ella económicamente pueda.. y eso no es la situación de la mayoría de las mujeres”.

Las participantes de ambos centros indicaron que para que ciertas mujeres puedan cumplir con el referido tienen que faltar al trabajo o buscar quien les cuide lo hijos o nietos mientras ellas se atienden y esto es un impedimento. También mencionaron que a las mujeres enfermas se les hace difícil movilizarse en guagua y caminar hasta los centros donde se hacen los mamogramas; según ellas estos centros a veces quedan lejos. De hecho, ubicar una clínica de mamografía en el mismo centro de salud fue una de las recomendaciones dadas para aumentar el acceso al

cernimiento por mamografía de las mujeres.

El costo del deducible no necesariamente puede resultar oneroso por sí sólo pero acompañado de otros costos pudieran impedir el cumplimiento a tiempo de un referido, particularmente si la mujer no siente ningún síntoma. Algunas de las entrevistadas, particularmente entre las jóvenes (40-49 años), indicaron que una mujer podría no hacerse una mamografía, aún teniendo el referido, cuando tuviera otros referidos que también debía hacerse (e.g., sonograma vaginal) y que «compiten» por recursos extraordinarios en un mismo presupuesto limitado.

Otras barreras relacionadas con el trato de los proveedores de servicio pueden considerarse como sistémicas ya que el proveedor de servicios es un elemento del sistema de prestación de servicios de salud. Una situación que pudiera convertirse en barrera impidiendo el cumplimiento adecuado de un referido lo es el grado de satisfacción con el *manejo recibido durante el mamograma*. Esto es crítico especialmente si se busca minimizar las barreras para el uso regular y sostenido de la mamografía como estrategia de cernimiento. Las mujeres expresaron su desagrado por cómo algunas técnicas o algunos técnicos apretaban excesivamente los senos durante el examen. Algunas reportaron cómo le habían salido varios moretones en los senos y cómo habían pasado varios días adoloridas luego del cernimiento.

“Lo único malo con esos estudio es que aplastan demasiado. Yo duré como una semana con dolor en los senos, sabe. No podía casi ni ponerme “brassiere”, tenía que dejarlos sueltos ahí (senos).

Las participantes opinan que existe *poca comunicación y orientación de parte de los profesionales de salud* sobre la mamografía como estrategia de cernimiento. Esta deficiencia actúa como barrera sistémica ya que impide el establecimiento de un hábito sostenido en el uso de las mamografías como estrategias de cernimiento. Muy pocas mujeres en el grupo se habían hecho la mamografía por motivo de prevención secundaria. Aún entre las mujeres de 50 a 64 años para quienes las recomendaciones de cernimiento de NIH del año 1997 son anuales para mujeres asintomáticas, las discusiones de grupo revelaron que las mujeres entendían que habían sido referidas a una mamografía por algún síntoma que ellas habían manifestado o que la médica/médico había detectado. No obstante en uno de los centros, una mujer de 50 a 65 años indicó que el médico le explicó para qué era el examen cuando le envió la primera vez a hacérselo:

“Sí, como no. Pues para detectar si hay algo. Ya últimamente como que lo hacen como una rutina”.

La *relación médico-paciente* puede ser una barrera ya que si no existe comunicación adecuada puede inhibir la práctica correcta del mamograma como método de



detección temprana. No hubo diferencias por edad en cuanto a relación médico-paciente. Sin embargo las participantes de uno de los centros se quejaron mucho más de los médicos que las del otro. La mayoría de las mujeres se quejó de que los médicos no eran comunicativos. Unas se refirieron a que "(los médicos) no hablaban":

"Ellos ni hablan."

*Moderadora:* ¿Y a ustedes les gustaría que le hablaran?

"Claro".

"Sí, sería bueno para uno irse más tranquilo, no estaría demás."

*Moderadora:* ¿Qué otra cosa debemos decirle a los médicos?

"Que se preocupen más porque hay gente que nada más hacen la receta y ni le miran la cara."

"Explicarle más al paciente las enfermedades nuevas"

"Hablar más".

Hubo mujeres que expresaron que los médicos no les habían hablado sobre la importancia de la mamografía:

*Moderadora:* "¿Ningún médico le había dicho antes de la mamografía?"

"No; sí me ha dicho no me acuerdo".

*Moderadora:* ¿Alguna vez el doctor le ha sugerido que se haga la mamografía?

"No".

Algunas participantes también manifestaron que los médicos no les informaban sobre los resultados del mamograma. Otro aspecto sobre la falta de comunicación con la paciente, en particular sobre las mamografías, es que los médicos no preguntan sobre cuándo la mujer se hizo el último mamograma.

"También en cuanto al doctor, que el doctor le pregunte cuándo fue su última mamografía, porque no te preguntan.."

También se señaló que cuando el médico dice que no va a dar un referido para una mamografía no explica por qué; esto lo dijo una mujer entre 40-49 años de edad.

"Yo se lo he pedido al médico, pero él me ha dicho que no es necesario"

*Moderadora:* ¿Porqué no es necesario?¿Qué le dice el médico?

"No dice nada".

Una de las participantes señaló que era la enfermera y no el médico quien le explicaba el resultado de la mamografía: "Fíjate, aquella enfermera me explicó hasta me enseñó, mira está aquí.(nódulo)." Inclusive una mujer de 50-64 años señaló que los médicos no ofrecen información so-

bre la edad y los mamogramas:

*Moderadora:* "Hablando de eso, en términos de los médicos, ustedes se sienten que les han contestado todas las preguntas sobre la mamografía, que les han contestados todas las inquietudes que ustedes tienen o todavía habría algo más que ustedes entienden que se debería orientar más".

"Yo quiero preguntarle a qué edad una mujer se debe empezar hacer la mamografía"

*Moderadora:* Eso no se lo han contestado entonces.

"No"

Algunas participantes expresaron que los médicos no hacían el examen clínico. Esto sucedió con las participantes de uno de los centros.

*Moderadora:* ¿Y el examen de los senos? ¿Aquí se lo hacen regularmente: el que el médico le hace (examen clínico)?

"No, el médico no lo hace.."

Otras quejas relacionadas con los médicos además de la falta de comunicación giraron en torno al trato poco amable por parte del proveedor de servicios: "Hay doctores que son bien ásperos." Hubo algunas mujeres que se quejaron de la impersonalidad en la relación médico paciente: "Que se preocupen más porque hay gente que nada más hacen la receta y ni le miran la cara." El estudio antes mencionado sobre creencias y conocimientos del cáncer de mama en mujeres de 65 años y más en Puerto Rico encontró algo similar para las mujeres de edad mayor (15) y lo relacionó con el valor del personalismo en la cultura puertorriqueña donde una relación basada o meramente en la pericia del proveedor o la proveedora de servicios no es suficiente para las pacientes de edad mayor. Se espera que los proveedores y proveedoras de servicios de salud, sobre todo los doctores o las doctoras establezcan una relación de confianza con su pacientes donde el individualismo de cada paciente se haga notar en la relación con su médico o médica.

Algunas participantes también señalaron que no sólo el médico era poco comunicativo con ellas sino también el técnico que hacía los mamogramas:

*Moderadora:* ¿Pero no le explicaron?

"No me explicó" (el técnico)

A pesar de las quejas, algunas participantes demostraron asertividad en la relación médico paciente. Una expresó:

"Bueno, uno tiene que decir al médico que uno está interesado en hacerse esa mamografía porque no se la ha hecho en tanto tiempo para que el médico le de el referido porque si uno va así solo no se la hacen. Tiene que decirse al médico: mire yo quiero usted me dé un referido porque me quiero hacer tal y tal cosa."

Otra indicó que no siempre le hace caso a su médico:  
“A mí mandaron hacerme el examen y yo no me he hecho na’. Él me dijo, usted tiene que hacérselo, y yo le dije, yo no tengo na’ doctor.”

Otra mujer comentó que ella cambió de médico porque él se negó a darle el referido para la mamografía que ella entendía que necesitaba hacerse. Dos participantes mencionaron que su médico explicaba los mamogramas. Una dijo:

“Cuando es voluntario me lo ponen en el récord, pero cuando él [médico] lo manda por algún dolo, sí. El me dice saliste bien y me explica”

Otra señaló que su médico está pendiente de los resultados:

*Moderadora:* ¿Y el doctor está pendiente de que regresen ustedes con los resultados?

“Sí. Después te mandan al ginecólogo; si ven algo te mandan para que el ginecólogo te vea.”

Una barrera sistémica es que las principales **fuentes de información** sobre mamografía reportadas por las participantes no fueron los centros de salud ni su personal sino la televisión, la radio y las vecinas o amigas.

La mayoría de las participantes indicó que las fuentes de información sobre el cáncer de mama y la necesidad de hacerse una mamografía era recibida a través de los medios de comunicación masiva: televisión y radio. Las mujeres señalaron programas específicos que habían escuchado o visto. La falta de comunicación y de orientación entre las usuarias y los proveedores y las proveedoras de servicios sobre estas discrepancias donde no es la médica o el médico quien provee la información sobre una enfermedad específica y su detección temprana podría fomentar desconfianza entre las usuarias hacia los profesionales de la salud y convertirse en barreras. Los comentarios de una mujer (40 a 49 años) sobre este particular son reveladores:

“Hay mucha información en la prensa, hay un bombardeo terrible de información y todo, pero el médico, ¡ah el médico!, que sí no es necesario esta mamografía una vez al año. Yo tengo que pedir al otro médico que me envíe”.

De estas observaciones no se puede sopesar hasta qué punto estos son comportamientos comunes entre las mujeres de este grupo de edad. Sin embargo, de existir una estrategia de parte de los y las proveedoras de salud para adelantarse a este tipo de desinformación, se minimizaría la posibilidad de que ocurrieran. No obstante, también, hubo algunas participantes que señalaron que en los hospitales o centros de tratamiento y diagnóstico repartían información escrita y que en los centros a veces se ofrecían conferencias sobre el cáncer de mama. A pesar de expresar que los médicos eran poco comunicativos, hubo

algunas mujeres que indicaron que también recibían información de sus médicos.

Las participantes señalaron la necesidad de divulgar información sobre el cáncer de mama y pruebas de detección temprana en iglesias y centros comunales. También indicaron que era necesario se ofreciera información sobre recursos existentes en la comunidad para hacerse una mamografía.

## Conclusiones

Una desventaja de utilizar grupos focales es que sus resultados no pueden ser extrapolados a la población general aunque sí pueden serlo a poblaciones con características similares. Nuestros hallazgos indican que las mujeres participantes (40 a 64 años y de nivel socioeconómico bajo) perciben el cáncer de mama como un desorden de las células y que es una enfermedad asociada con el dolor. Esto último es preocupante ya que el cáncer de mama no siempre causa dolor, sobre todo en etapas tempranas. El no sentirse vulnerables porque no sienten dolor puede ser un obstáculo para hacerse un mamograma como prueba de detección temprana en aquellas mujeres en el grupo de edad 50 a 64 para quienes es un requisito anual.

Nuestros resultados también indican que la mayoría de la información que recibían las participantes en este estudio provenía de los medios masivos de comunicación. Estos canales de información son vías complementarias de difusión pero no pueden sustituir la confiabilidad y la efectividad de la comunicación que debe darse durante el encuentro médico-paciente. No obstante, este factor del impacto de los medios de comunicación masiva debe ser considerado por programas existentes de educación sobre cáncer de mama.

Las mujeres participantes tenían conocimiento de lo que es un autoexamen, un examen clínico y una mamografía y de que son pruebas que ayudan a detectar el cáncer de mama. No obstante, no existe un conocimiento adecuado sobre las guías de NIH de 1997 sobre mamogramas de cernimiento para mujeres de 40 a 49 años (opcional y depende de factores de riesgo) y 50 a 64 años (un mamograma todos los años indistintamente). Hay desconocimiento de cuándo es necesaria una mamografía de cernimiento para las de 40 a 49 años. Actitudes en torno al dolor o molestia que produce el mamograma y miedo a un diagnóstico de cáncer de mama fueron las razones personales que más surgieron en la discusión de los grupos focales para el incumplimiento con el referido para las mamografías. En cuanto a las barreras externas o sistémicas, las razones más prevalentes fueron el costo del mamograma, la transportación y los factores asociados

con la percepción de la relación médico paciente. Los profesionales de la salud, en particular los médicos y médicas, son percibidos como poco comunicativos. Sánchez Ayéndez y sus colaboradores encontraron lo mismo entre mujeres de 65 años o más en Puerto Rico (10,15). Las guías de NIH dicen que es esencial que las mujeres de 40 a 49 años hablen con sus doctores y doctoras y entonces se llegue a la decisión de si es o no necesario un mamograma de cernimiento. Esta percepción del médico o médica como poco comunicativo o poco comunicativa no es conducente a la dinámica que aspiran a desarrollar las guías de NIH (1). Nuestros resultados de barreras personales y externas también concuerdan con estudios llevados a cabo con mujeres de grupos minoritarios en los Estados Unidos (3,6,8,9,12) por lo que contribuyen al campo de conocimientos sobre obstáculos para el cumplimiento con mamografías de cernimiento en mujeres de minorías.

### Abstract

Screening mammogram utilization is a critical issue in early detection of breast cancer. However, it is underutilized by different sectors, particularly low-income women. The objective of this study was to utilize the method known as focus group to probe into obstacles to screening mammogram among low-income women in the ages 40 to 64 in Puerto Rico once they had a physician's referral. The women in the study had knowledge of breast self-examination, clinical breast exam and mammogram as tests to detect breast cancer. Yet, they had no adequate knowledge about current screening guidelines. Attitudes toward pain or discomfort related to the mammogram and fear of a breast cancer diagnosis were the personal reasons most often cited for non-compliance in the focus group discussions. In the case of external or systemic barriers, the most prevalent reasons offered were: cost of the mammogram, transportation, and negative factors associated to the doctor-patient relationship.

### Referencias

1. NIH Breast Cancer Screening for Women Ages 40-49. NIH Consensus Statement 1997 Jan 21-23; 15: 1-35.

2. 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. Public Health Report 1993; 108:605-624.
3. 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.
4. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. Cancer 1994;74(suppl):329-335
5. 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;1-3.
6. Lacey L. Cancer prevention and early detection practices for reaching undeserved urban, low-income Black women: Barriers and objectives. Cancer 1993; 72 (suppl):1078-1083.
7. National Cancer Institute. Breast Cancer Screening Consortium (NIH). 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
8. Rimer BK, Keintz MK, Kessler HB, Engstrom PF, Rosan JR. Why women resist screening mammography: patient-related barriers. Radiology 1989;69:249-355.
9. 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.
10. Sánchez-Ayéndez M, Suárez-Pérez E, Oliver-Vázquez M. Knowledge and beliefs of breast cancer among elderly Puerto Rican women. (USAMRMC Grant. No. DAMD17-94-J-4390).1997. III Annual Report: National Survey.
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. Basch CE Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Educ Quart. 1987; 14:411-418
14. Krueger, R. Focus group: a practical guide for applied research. Second edition. California:Sage Publications, 1994.
15. Sánchez-Ayéndez M, Oliver-Vázquez M, Suárez-Pérez E, Vélez Almodóvar H.. Conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama y prácticas de detección temprana en mujeres de edad avanzada en Puerto Rico. P R Health Sci J 1997; 16:265-270.