

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PÚBLICA**

**PROYECTO
TERMINAL**



**IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA
DE COMUNICACIÓN SOBRE LA
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL
CÁNCER DE MAMA DIRIGIDA A MUJERES
DEL ÁREA RURAL DE IXMIQUILPAN,
HIDALGO**

RUBÍ PÉREZ RODRÍGUEZ

COMITÉ

Directora: Dra. Gabriela Torres Mejía
Asesora: Mtra. Angélica Ángeles Llerenas
Asesor: Dr. Inti Barrientos

MARZO 2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	4
MARCO TEÓRICO.....	8
Diagnóstico situacional.....	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
JUSTIFICACIÓN.....	34
OBJETIVO GENERAL.....	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
Etapa 1: Planificación y desarrollo de la estrategia.....	36
Etapa 2: Desarrollo y pruebas preliminares. Conceptos, mensajes y materiales.....	40
Etapa 3. Evaluación inicial en mujeres de Ixmiquilpan. Grupo control e intervenido.....	41
Etapa 4. Ejecución de la intervención.....	42
Etapa 5. Evaluación final en ambos grupos.....	42
Etapa 6. Análisis cualitativo y cuantitativo.....	43
ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.....	44
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	45
APORTACIONES A LA SALUD PÚBLICA.....	45
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIÓN.....	56
RECOMENDACIONES.....	56
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	64

INTRODUCCIÓN

En México, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por procesos tumorales en mujeres mayores de 25 años. La mortalidad y el número de casos se han incrementado paulatinamente. La mayoría de los casos de cáncer de mama se detectan en etapas avanzadas y un porcentaje mucho menor de mujeres de 50 a 69 años han reportado haberse hecho una mastografía en el último año.

La detección oportuna de cáncer de mama mediante la mastografía permite tener acceso a tratamiento y por lo tanto ser curable; lo cual estará en función del acceso, uso de los servicios de salud y del conocimiento que las mujeres tienen en relación a estos procedimientos. Las acciones deben orientarse hacia la eficiencia y calidad de los programas, priorizando grupos de mayor riesgo y con mayor impacto de los beneficios.

Con base en la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento oportuno se puede disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad. Aunque se han implementado estrategias de prevención estas no han sido suficientes, de tal forma que el número de casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios, como es el caso de México, continúa en aumento.

Aunado a lo anterior, en nuestro país ésta enfermedad afecta tanto a mujeres de ingresos altos como a mujeres menos favorecidas económicamente, aunque éstas últimas enfrentan una doble carga: un elevado riesgo de contraer y morir no sólo por cáncer de mama sino también de cáncer cervicouterino. El cáncer de mama se presenta en menor medida en población rural en comparación con las mujeres de zonas urbanas, sin embargo, la mortalidad es mayor en las primeras.

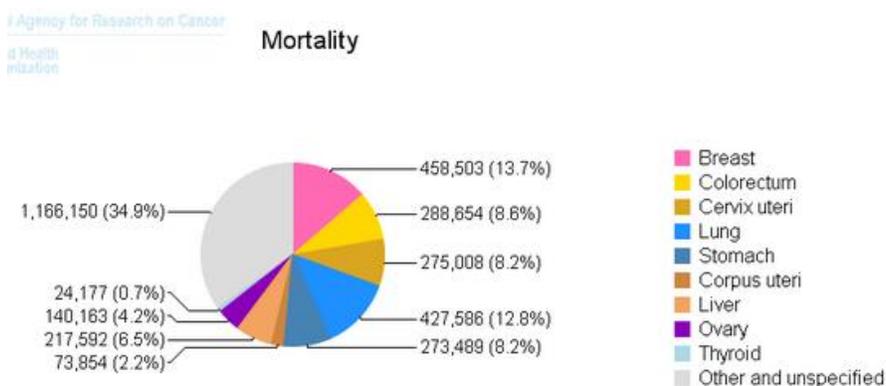
Por lo anterior se determinó realizar una intervención educativa con base en una estrategia de comunicación para mujeres de Ixmiquilpan, Hidalgo, previo a esta intervención se realizó un diagnóstico situacional de la población.

Este diagnóstico servirá como base para desarrollar la estrategia de comunicación para la intervención.

ANTECEDENTES

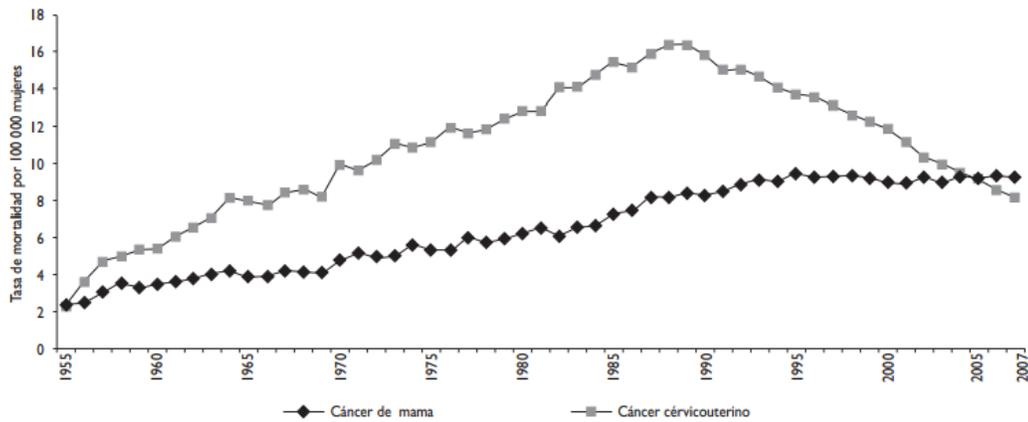
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo. En el mundo, 460 mil mujeres fallecen cada año por esta enfermedad. En el 2008, 13.7% del total de muertes ocurridas correspondió a cáncer de mama¹ (Figura1).

Figura1. Mortalidad por cáncer en el mundo para todas las edades.



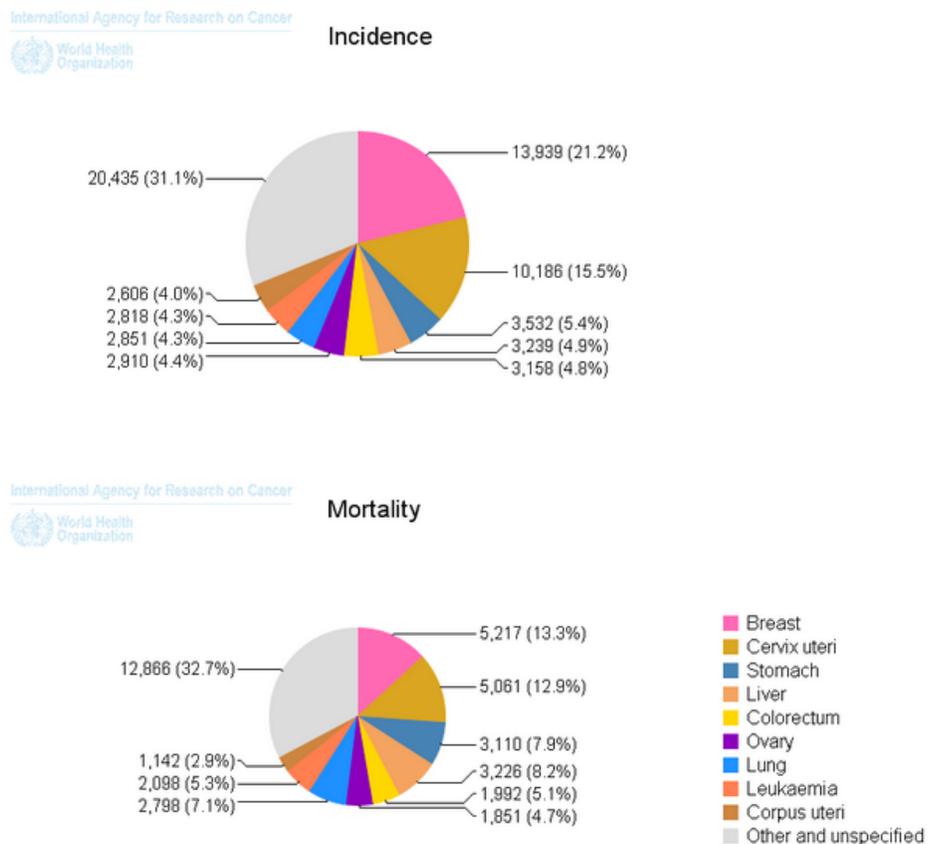
A pesar de que en países con ingresos altos se reporta una incidencia global de 22.9 por 100 000 habitantes que es mayor a otros países, los fallecimientos se presentan en mayor medida en países con ingresos bajos y medios como México², en donde el cáncer de mama corresponde a la primera causa de muertes por tumores malignos y a la segunda causa de muerte después de diabetes en mujeres de 30 a 54 años. En nuestro país, el cáncer de mama es un importante problema de salud pública ya que con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado paulatinamente. En 2006, la tasa de mortalidad de esta enfermedad superó a la de cáncer cervicouterino³ (Figura2).

Figura2. Mortalidad por cáncer de mama y cáncer cervicouterino, tasa por 100 000 mujeres ajustada por edad. México, 1955-2007



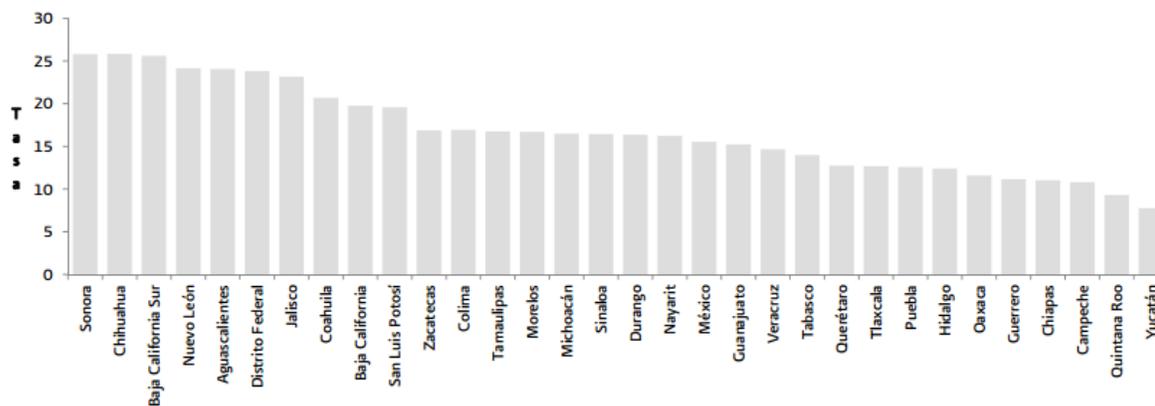
La incidencia y mortalidad estimada estandarizada por edad en México es de 21.2 y 13.3 por 100,000 habitantes, respectivamente⁴ (Figura3).

Figura3. Incidencia y mortalidad del cáncer en México para todas las edades



El 90% de los casos de cáncer de mama se detectan en etapas avanzadas⁵ y en promedio sólo 22% de mujeres de 50 a 69 años han reportado haberse hecho una mastografía en el último año⁶. En Hidalgo, la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer de mama se sitúa por debajo de la media nacional⁷ (Figura4).

Figura 4. Mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa, 2008.



* Tasa por 100 mil mujeres de 25 y más años de edad

++ Tasa nacional 16.7

Fuente: SSA/SINAIS. Base de datos de defunciones 2008 Información final

La Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2011, recomienda para la detección oportuna la autoexploración, el examen clínico de las mamas por personal capacitado a partir de los 25 años y la mastografía para la identificación en fase preclínica. En el caso del diagnóstico se realizará valoración clínica, estudios de imagen y en caso de requerirlo biopsia. Para el tratamiento dependiendo del caso se recomienda la cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y tratamiento biológico⁸.

Con base en la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento oportuno se puede disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad. Aunque se han implementado estrategias de prevención estas no han sido suficientes, de tal forma que el número de casos de cáncer de mama que se dan en los países de ingresos bajos y medios continúa en aumento². Las bajas tasas de supervivencia observadas en estos países se pueden explicar por la falta de programas de detección precoz, pero también por la falta de servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento oportunos⁹. En comparación con Estados Unidos, Japón y Europa, las tasas de supervivencia en Sudamérica, en promedio son menores al 20%¹⁰. Esta diferencia podría atribuirse a que las mujeres acuden a los servicios de salud en etapas avanzadas de la enfermedad. En México, únicamente entre el 5 y 10% de los casos se detecta en etapas tempranas.¹¹

De acuerdo a la Secretaría de Salud del estado de Hidalgo, el cáncer de mama reporta una tasa de mortalidad de 8.1 por cada 100, 000 mujeres mayores de 25 años.¹² Durante 2010 se reportaron 89 casos de cáncer de mama. A pesar de que

se identifica que los distintos tipos de cáncer son la tercera causa de muerte, en las hidalguenses el de mama es el de mayor frecuencia¹².

La detección oportuna de cáncer de mama mediante la mastografía permite tener acceso a tratamiento y por lo tanto ser curable; lo cual estará en función del acceso, uso de los servicios de salud y del conocimiento que las mujeres tienen en relación a estos procedimientos¹³. Las acciones deben orientarse hacia la eficiencia y calidad de los programas, priorizando grupos de mayor riesgo y con mayor impacto de los beneficios⁷.

Investigaciones realizadas acerca de la opinión que tienen las mujeres respecto al acceso y atención que reciben ante un diagnóstico de cáncer, coinciden en que una atención integral debería incluir elementos relacionados con la transferencia de la información y los mecanismos de comunicación, con la calidad y calidez en la atención así como en la cantidad de recursos humanos e infraestructura con los que cuenta una unidad médica¹³⁻¹⁵. Llevar a cabo la cuantificación de estos elementos podría representar una herramienta útil para diseñar estrategias que ayuden a mejorar el estado de salud de las mujeres mexicanas¹⁶.

Durante el proceso de atención de las pacientes que acuden, por ejemplo, a la realización de la mastografía, no todo depende de ellas, existen ciertos factores que influyen en la toma de decisiones de la mujer, estos pueden ser barreras sociales, económicas, de género, legales, barreras de información o funcionales que pueden reducir la posibilidad de que una mujer acuda a realizarse la mastografía¹³; además de poder identificar el nivel de conocimientos y percepciones de las mujeres que pudieran determinar que la paciente acuda en etapas tempranas o tardías. Por ejemplo, mujeres de escasos recursos o de zonas rurales pueden mostrar bajo conocimiento respecto de los procedimientos necesarios para realizarse la mastografía, aunado a la escasa o nula información, al bajo nivel educativo, económico, a creencias o tabúes que están en torno a la enfermedad, que pueden hacer que este grupo de mujeres acudan en menor medida a los servicios de salud en comparación con las mujeres que radican en zonas urbanas y que cuentan con algún tipo de seguridad social, acceso a la información o bien con alguna característica que hace que acudan a la realización de la mastografía.^{2,17,18}

Aunado a lo anterior esta enfermedad afecta tanto a mujeres de ingresos altos como a mujeres menos favorecidas económicamente, aunque estas últimas enfrentan una doble carga: un elevado riesgo de contraer y morir no sólo por cáncer de mama sino también de cáncer cervicouterino.⁵ Esta enfermedad se presenta en menor medida en población rural en comparación con las mujeres de zonas urbanas, sin embargo, la mortalidad es mayor en las primeras¹⁹.

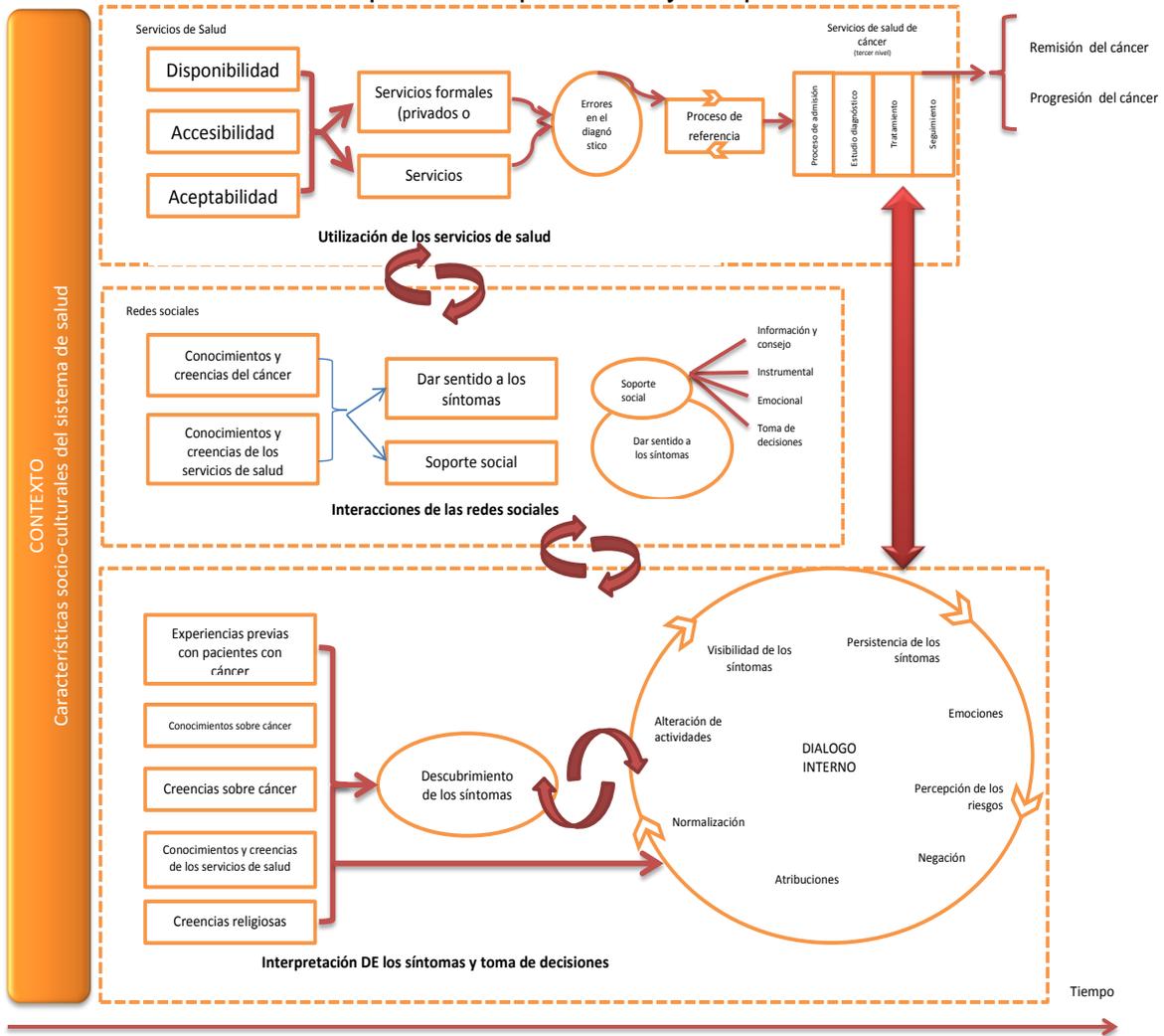
MARCO TEÓRICO

En México, la incidencia de cáncer de mama se ha incrementado en forma progresiva durante los últimos 30 años.²⁰ Aproximadamente a 50% de las mujeres mexicanas se les detecta tardíamente esta enfermedad, ya que son diagnosticadas en etapas avanzadas (estadios III y IV), cuando las alternativas de tratamiento brindan bajas expectativas de curación.²⁰ Pero ¿qué influye en que las mujeres acudan a los servicios de salud a realizarse el diagnóstico oportuno? A continuación se explican los factores involucrados en la detección de cáncer que hasta el momento se tienen documentados.

Factores que influyen en la detección de cáncer de mama

Existen factores individuales y de los proveedores que podrían estar involucrados en la prevención, detección y diagnóstico de cáncer de mama. Diversos estudios se han enfocado en investigar los factores individuales que pudieran estar asociados a la detección de cáncer de mama en mujeres, la mayoría de ellos señala que las características sociodemográficas (como edad, estado civil, etnicidad, escolaridad)²¹⁻²⁴, los conocimientos (información) y creencias (mitos) de las mujeres en relación con el cáncer de mama^{22,24-26}, las características de los signos y síntomas que presentan las pacientes, podrían determinar su asistencia a los servicios de salud^{27,28}. También existen factores asociados a los proveedores de la salud entre los que destacan la infraestructura, los procesos administrativos, la calidad de la atención, errores médicos en el diagnóstico y el tiempo de traslado de la paciente a los servicios de salud, también conocida como oportunidad en la atención.^{22,28} Asociado a ambos factores (individuales y de los proveedores) se encuentra el nivel socioeconómico (NSE), ya que se cree que está relacionado con el acceso a los servicios de salud y a los conocimientos de la mujer sobre el cáncer de mama. Otros factores que se asocian al NSE y por tanto podrían influir sobre el retraso en la atención a través del acceso, son el pertenecer a un grupo étnico y residir en áreas rurales (Cuadro1).^{21,22,24,28}

Cuadro1. Modelo de campo de búsqueda de ayuda para los síntomas de mama.



Fuente: Unger K, Infante C. Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behaviour. Social science & medicine, 72:1096-1104. 2011

Existen estudios en los que se han documentado factores que probablemente influyen en que una paciente acuda a los servicios de salud tales como la falta de prácticas de detección oportuna, la falta de utilización de servicios de salud para la atención de otras enfermedades, la ausencia de un médico de cabecera y la desconfianza en los médicos y en el sistema de salud en general.^{21,24,28}

Entre los obstáculos que se han encontrado en la atención del cáncer en países en vías de desarrollo como lo es México están: la falta de conocimientos y conciencia de la población general en relación con el cáncer, las barreras socio-culturales, los problemas organizacionales de los servicios de salud, la insuficiencia de recursos, y la baja calidad de la atención en los servicios públicos y privados que frecuenta la población sin un empleo formal, que usualmente

cuenta con ingresos bajos y que en muchas ocasiones carece de estabilidad económica y protección estatal.^{29,30}

Se ha documentado la importancia de la realización de investigaciones que identifiquen factores modificables sobre los cuales se puedan dirigir los esfuerzos de políticas y programas de atención oportuna que ayuden a mejorar la calidad de vida de las mujeres. Por lo cual es necesario diseñar intervenciones en la población que realmente tengan un impacto sobre el acceso a los servicios de salud.

En varios países se han estudiado en forma específica los conocimientos que tienen las mujeres sobre el cáncer de mama.^{3,31,32} Estos conocimientos están basados en la información que reciben, tanto del medio en el que se desenvuelven como los servicios de salud a los que acuden; ésta información que se les proporciona puede promover percepciones distintas por parte de la mujer o de su familia, debido a que probablemente no promueven acciones concretas de las mujeres, además de que pudieran provocar miedo a la revisión del médico o profesional de la salud; por lo que la información en salud debe atender aspectos sociales, culturales y también características de los proveedores para incidir en la búsqueda de atención oportuna.^{3,31,32}

Información en salud

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española, la **información** es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje. También la define como la adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.³³

El concepto de información es entendido de diferentes maneras, con diferentes significados. Está ligado con conceptos como los de entropía, probabilidad, control, significado, estado cognitivo, y se lo usa en diferentes disciplinas tales como la física, la teoría de la comunicación, la informática, la psicología, la semántica y la lógica. A pesar de estas diferencias, existe un elemento común. La información se da siempre en relación con sistemas y sus interacciones.³⁴

El proceso humano a través del cual se transmiten ideas, opiniones, puntos de vista de un emisor a un receptor, sin que medie la interacción social, la interinfluencia y la retroalimentación se considera **transmisión de información**.³⁴

En el proceso de transmisión de información, existe un **emisor** que codifica y emite el mensaje y un **receptor** que decodifica y comprende el mensaje transmitido.³⁴

Existen diversos tipos de información tales como de interés interno como externo, de carácter puntual, de acuerdo a la actividad que la genera.³⁵

La forma en que se presenta la información es tan importante como la información misma.³⁶

Los derechos humanos y los imperativos éticos exigen que los individuos deban ser tratados con dignidad y capacitados para tomar decisiones informadas.³⁶

Como se sabe, la salud pública se apoya de la tecnología para difundir información a la población sobre problemas de salud, en este caso de cáncer de mama. Esta información debe estar sustentada por expertos, estudios científicos, datos epidemiológicos y poblacionales, por consenso o investigación, por medio de foros o normas; sin llegar a sobre-informar a los individuos. Se requiere que el especialista difunda la información con un lenguaje acorde a la población a la que se dirige la campaña, ya que lo que se busca es que la decisión que tome la paciente sea la adecuada para su situación.³⁶

Existen diversas herramientas para la divulgación de información médico-sanitaria en México como folletos, guías, hojas informativas, manuales, páginas web que publican la Secretaría de Salud y diversas organizaciones.³² De acuerdo a la literatura,^{32,36} los mecanismos que se usan en la redacción y presentación de estos materiales educativos sobre salud deben estar condicionados por los intereses de la población a la que va dirigida, el lenguaje que usan, el contenido y los conceptos que se manejan.³² Sus objetivos son servir de mecanismo de transmisión de información que puede contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población y así evitar la aparición o la extensión de enfermedades, proporcionar información sobre la detección oportuna, tratamiento y autocuidado, contrarrestar los efectos nocivos de factores de riesgo y también reforzar la información verbal proporcionada a los pacientes en las consultas por los médicos.³⁷

Problemas derivados de la mala elaboración de materiales de comunicación

Se ha documentado que pueden surgir problemas en la redacción y presentación de estos materiales, debido principalmente a que la información puede no ser precisa, provocando que puedan ser difíciles de entender para mujeres en condición de pobreza o de zonas rurales, ya que la interpretación de la información puede ser entendida de manera distinta de acuerdo al nivel socioeconómico, a factores culturales y geográficos. Provocando que los objetivos para los que fueron diseñados estos materiales, no se cumplan.^{32,37,38}

Kanaga y cols, concluyeron que las mujeres de zonas rurales llegan tardíamente a la detección de cáncer de mama cuando se les compara con las mujeres de zonas urbanas; los autores sugieren que las mujeres de zonas urbanas pueden encontrarse en contacto con campañas de comunicación de los servicios de salud e internet que permite la detección temprana de la enfermedad en estadios tempranos de la enfermedad.³⁹

Por ello, para mejorar la comunicación entre las pacientes y los profesionales de la salud, diversos estudios han señalado la importancia de diseñar la información de acuerdo a las características de la población.⁴⁰

Como se ha mostrado anteriormente, las intervenciones con herramientas de comunicación específicas para la población objetivo han tenido diversos resultados. Pese a que los recursos en comunicación que están orientados al consumidor siguen creciendo, su uso eficaz requiere conocimientos y habilidades en áreas que van desde el conocimiento de terminología médica hasta la información de las zonas a las que van dirigidos.⁴¹ De esto depende el éxito de las intervenciones.

Comunicación para la salud

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común información, ideas, emociones y habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”⁴². En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, ya que a través de una participación activa de la comunidad se logra fomentar el autocuidado de la salud.⁴³

La comunicación para la salud es “el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar”⁴⁴. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.⁴⁵ El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la conciencia sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la obtención de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.⁴⁵

Para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios. Desde una perspectiva ecológica, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y son de causalidad recíproca con su entorno.⁴⁶

Muchas de las teorías sobre comportamiento, comunicación y educación en salud, medios de comunicación y mercadeo social son fundamentadas en la persuasión. Las teorías y modelos de la persuasión, también llamadas teorías de la conducta,

presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud lo mismo que de otras disciplinas.⁴⁷ La utilidad de las teorías y modelos desarrollados para el entendimiento de la conducta humana pueden ayudarnos a comprender la índole de los comportamientos de salud a los que se quiere llegar. Pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Adicionalmente, pueden ayudarnos a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo.⁴⁸

Existen diversas definiciones de la persuasión o comunicación persuasiva. El tema en común en estas definiciones es que la persuasión “implica un esfuerzo consciente de influir en los pensamientos o acciones de un receptor”.⁴⁹ Una definición de la comunicación persuasiva es su inclusividad, Miller la define como: “cualquier mensaje que es destinado a moldear, reforzar o cambiar las respuestas del otro u otros”.⁵⁰

Cuando se realiza una campaña de salud, se investigan teorías que puedan orientar la planificación, implementación y evaluación de las campañas de salud, que ayuden a maximizar la fuerza de los mensajes y provocar la respuesta deseada en la población objetivo.⁵¹

La promoción de prevención y diagnóstico del cáncer, por lo general constituye un mensaje persuasivo llamado apelación al miedo que, para ser efectivo al máximo, debe reconocer la gravedad de la amenaza, la susceptibilidad de los miembros de la población a esa amenaza, una eficaz respuesta a la amenaza y actitudes demostradas en la población en el sentido de que son capaces de participar en el comportamiento sugerido.^{51,52}

Janis y Feshbach activaron el interés científico en utilizar el miedo (o “apelación al miedo”) para promover el cambio de comportamiento en el año 1953.⁵⁰ Invocar el miedo pueden definirse en términos de su contenido, o por la reacción que se generan a partir de la audiencia.⁵³

Los estudios de apelación al miedo han abordado la mayoría de problemas de salud pública, centrándose en una amplia variedad de temas de salud desde la prevención de salud/enfermedad, promoción de comportamientos como el uso de preservativos para prevenir el VIH/SIDA, dejar de fumar, reducción del consumo de alcohol durante la conducción, la promoción del uso de hilo dental para la higiene dental, seguridad en áreas de trabajo, utilización de protector solar para prevenir el cáncer de piel, autoexploración, mastografía, ejercicio, promoción de la salud, etc.⁵⁴

Prentice y col, estudiaron en 196 estudiantes universitarias de Oxford, mensajes de apelación al miedo sobre cáncer de mama y otros sobre las ventajas de la exploración mamaria y la prevención. Concluyeron que los mensajes que apelan al

miedo de forma fatal, fueron más exitosos que los que dieron la información de ventajas de la prevención y autoexploración del cáncer de mama.⁵⁵

Otro estudio que utilizó esta teoría fue el de Tonani y col, en el que se buscó evaluar el grado de riesgo para la aparición de cáncer, contemplando los factores de riesgo pertinentes a cada tipo, así como la presencia y las características de la persuasión en la comunicación para su prevención y detección precoz, por medio de la observación en 110 habitantes de un barrio de Sao Paulo. Se observó el aumento de conocimiento sobre cáncer; sin embargo éste no consiguió mantenerse por largos períodos, además de la inexistencia de refuerzo. Se consideró a la persuasión una estrategia útil para disminuir esos riesgos y de incentivo y manutención de comportamientos preventivos, adoptándose en todo su proceso.⁵⁶

El modelo de proceso paralelo extendido (MPPE), es una de las estrategias persuasivas que tratan de producir decisiones particulares de salud e influir en los comportamientos ante la presentación de un mensaje que está cargado emocionalmente. Tales estrategias pueden usar el razonamiento y basar su mensaje en apelaciones racionales y/o emocionales. La comunicación persuasiva también utiliza comúnmente “tácticas de miedo”, para elevar el nivel de activación de los pacientes y hacer que se sientan más susceptibles a riesgos específicos. La mayoría de la publicidad masiva es persuasiva. Se ha propuesto que las personas, cuando se les presenta un mensaje de riesgo, incurren en dos procesos de evaluación⁵⁷:

- En primer lugar, se perciben si son susceptibles a una amenaza identificada y si la amenaza es grave (susceptibilidad percibida es el grado en que uno siente un riesgo en particular ante una amenaza a la salud. Gravedad percibida es el grado en que uno cree que la amenaza es seria o perjudicial). Si la amenaza se percibe como algo trivial o irrelevante, por lo general, se ignora tanto el mensaje de riesgo como la acción recomendada.⁵⁸
- En segundo lugar, si la gente cree que son susceptibles a una amenaza grave y su nivel de miedo aumenta, están motivados para evaluar si la acción recomendada puede reducir esa amenaza (es decir, la eficacia de respuesta) y si se puede realizar la acción recomendada (es decir, la auto-eficacia). ¿Cuándo se sienten capaces de tomar medidas, van a controlar el riesgo en consecuencia? (por ejemplo, “estoy en riesgo de tener cáncer de mama pero sé que soy capaz de cuidarme contra la enfermedad). Sin embargo, cuando dudan de su capacidad, minimizan la amenaza, quizá por barreras personales, sociales o físicas, por lo que se centran en el control de su miedo (por ejemplo, “estoy en riesgo de tener cáncer de mama, pero no creo que cuidándome de los factores de riesgo pueda evitar la enfermedad). También entran en un estado de negación o ponerse a la defensiva (por ejemplo, “estoy sana, no tengo que pensar en el cáncer”). En resumen, la percepción de amenaza (es decir, percepción de la

susceptibilidad y gravedad) motiva a la acción. La eficacia percibida determina si los individuos controlan el peligro y hacen cambios en su comportamiento o controlan su miedo a través de los mecanismos de defensa psicológicos⁵⁸ (Cuadro2).

Cuadro2. Modelo Paralelo de Proceso extendido (MPPE). Sinopsis de las principales construcciones del modelo.

Concepto	Sub-concepto	Ejemplo	Estrategias potenciales
Amenaza (peligro/daño)	Susceptibilidad	¿Estoy en riesgo de tener cáncer de mama?	Hacer hincapié en la gravedad de la amenaza y la susceptibilidad del público a la amenaza
	Severidad (magnitud o gravedad)	¿El cáncer de mama es una amenaza grave para mi salud?	Los mensajes deben enfatizar o ilustrar la forma en que el riesgo para la salud se produce en las personas que son demográficamente similares al público objetivo
Eficacia	Eficacia de respuesta (eficacia percibida en evitar la amenaza)	¿La exploración clínica de las mama evitará que desarrolle cáncer de mama?	Hacer hincapié en que la acción recomendada funciona y es eficaz en evitar la amenaza o disminuir las posibilidades de amenaza a la salud
	Autoeficacia (capacidad percibida de realizar el comportamiento recomendado)	¿Puedo realizarme la exploración clínica de las mamas?	Logros de rendimiento, es decir si el comportamiento se lleva a cabo en la población de forma simbólica.

Fuente: OMS. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies.2012

Para que una organización pueda diseñar y poner en práctica programas efectivos de comunicación para la salud, que den lugar a un cambio de conductas positivo, es necesario disponer de una metodología que sirva de orientación en la creación y ejecución de dichos programas. Ello facilita el trabajo en equipo cuando todos los miembros utilizan el mismo marco de referencia y la misma metodología para aplicarla a nuevas personas y nuevas situaciones.⁵⁹ En tal sentido, para la práctica de la comunicación en salud se propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico, Estrategia, Intervención, Monitoreo y Evaluación”, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados.⁶⁰

Uso de historietas como herramienta de comunicación

Una de las herramientas usadas en los últimos años en campañas de comunicación en salud en países como España y Estados Unidos y que han sido recomendadas como estrategia de promoción de la salud, es el uso de revistas o comics sobre salud dirigidos a diversas audiencias; estos han sido utilizados desde 1930 en los Estados Unidos y el mundo.⁶¹ Como ejemplo se puede destacar la revista *True Comics*, cuyo primer número, aparecido en abril de 1941, se estrenó, junto con otras historietas, con la dedicada a la fiebre amarilla y al doctor Walter Reed y sus colegas³⁸ (Figura 5). Se han documentado varias ventajas en la implementación de estos materiales, entre ellas el diseño que permite trascender en el individuo debido a que se siente identificado con las imágenes, el contexto social en el que se desarrolla y las dificultades a las que probablemente se enfrenta⁶²; también permiten aportar información por parte del trabajador de la salud que pudiera influir en la decisión que tome el paciente; de igual forma son apropiados para comunicar aspectos emocionales de causa y efecto; pueden ser leídos por grupos de la población con bajo alfabetismo; son simples, accesibles y adaptables al entorno; un dato importante es que se ha documentado el aumento significativo del conocimiento sobre la enfermedad que se esté tratando en él en personas que leen el comic en comparación con la población a quien no se le ha facilitado el material; por último una ventaja importante es que cada comic o historieta es leído en promedio por 7.5 personas.⁶³

Figura 5. "Yellow Jack". *True Comics*, 1941, 1: 37-43



Esta herramienta ha sido recientemente reconocida como una forma de literatura. Green y Myers describen cómo puede ser usada una historia de forma creativa como un camino para aprender y enseñar acerca de la enfermedad; por lo que pueden ser relatos efectivos que describan la experiencia del paciente, el paso a través de los servicios de salud y da una idea sobre las dificultades que pudiera tener la paciente en el contexto en el que se desarrolla y lo complejo de su enfermedad.⁶⁴

A lo largo de los últimos años, las iniciativas de utilización de la historieta como herramienta para la divulgación médico-sanitaria, han ido en aumento. Su formato motiva visualmente al destinatario estimulando la lectura, posibilita comunicar contenidos y analizar experiencias personales, imposibles de ser abordadas por otras vías; y facilita la asimilación de lo que se pretende transmitir, pues permite al lector proyectarse en las historias narradas.⁶⁵

Lo que distingue a la historieta de los materiales antes citados es que, la función comunicativa se realiza principalmente a través de la narración. Narrar es el acto de habla por excelencia de este género, ya que sus elementos constitutivos -narrador, acción, personajes, tiempo y espacio- dotan al texto de un gran potencial informativo. Al relatar, en un determinado período de tiempo, hechos vividos por personajes, con los cuales el lector pueda identificarse fácilmente.³⁷

Los lectores de las historietas pueden hacer uso de ellas con objeto de:

- Obtener datos básicos y consejos fundamentales sobre determinadas situaciones de riesgo para su salud o enfermedades (por ejemplo, información sobre su origen, forma de transmisión), modalidades de tratamiento, cuidados personales y servicios sanitarios.
- Recibir ideas básicas de carácter general que les faciliten la comunicación con su médico sobre sus problemas y posibles repercusiones sobre su salud.³⁷

Como antecedente sobre historietas con contenido sobre cáncer de mama se tiene la historieta ***Un día como hoy (el cáncer de mama entró en casa)***, editada por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) en conjunto con Pfizer, publicada en 2008, cuyo objetivo fue dar a conocer cómo se enfrentan las pacientes y las personas que les rodean a esta enfermedad⁶⁶ (Figura6). O, en lengua inglesa, el de *Cancer Vixen*, historieta dirigida a “un público específico de la moda consciente, ricos, mujeres urbanitas a principios y mediados de la edad adulta” como lo describen sus autores Green y Myers⁶⁴. También se han tratados otros temas como la adaptación del cómic *¿Hablamos? Infórmate y comparte lo que sabes sobre el VIH*, dirigido a los inmigrantes y editado en 14 idiomas por el Ministerio de Sanidad de España. Y a ello habría que sumarle la organización de diversos concursos como el de *CardioCOMIC (2009)*, el primer concurso de cómics sobre investigación y

enfermedades cardiovasculares a iniciativa del *Centro de Investigación Cardiovascular* (CSIC-ICCC) de Barcelona.³⁷

Figura6. Portada de la historieta *Un día como hoy*, editada por las Sociedad Española de Senología y Pfizer

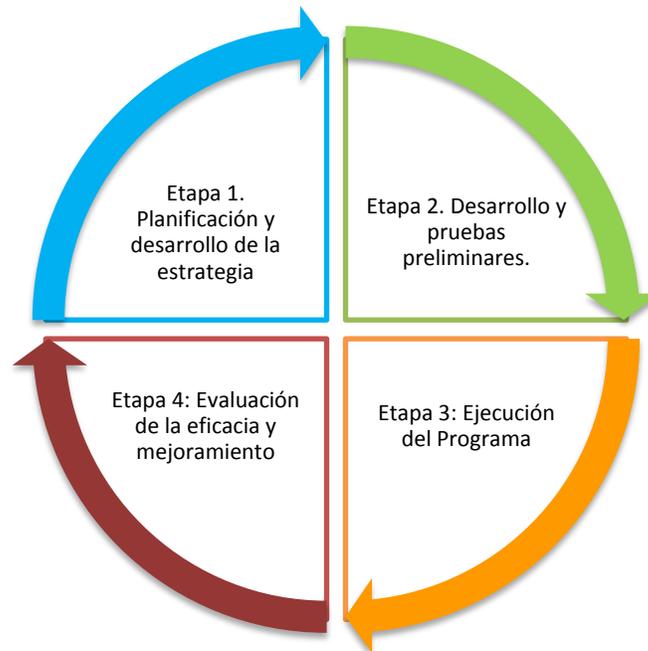


Bases teóricas para el diseño de una intervención

Comunicación en salud

De acuerdo a la guía de planeación del *pink book-Making Health Communication Programs Work* se identifican cuatro etapas a seguir para llevar a cabo una intervención de salud eficiente y efectiva en la población con base en la comunicación en salud, las cuales se describen a continuación⁶⁷ (Figura7):

Figura7. Modelo de comunicación en salud



Etapa 1: Planificación y desarrollo de la estrategia

Durante la etapa 1 se crea el plan que proporcionará la base para el programa. Identifica cómo se puede utilizar la comunicación para hacer frente a un problema de salud y la audiencia deseada. Se utiliza la investigación del consumidor para diseñar una estrategia y objetivos de la comunicación. Posteriormente se realiza la redacción de planes de comunicación, incluyendo actividades, encuestas tanto iniciales como de evaluación de resultados.⁶⁷

Etapa 2: Desarrollo y pruebas preliminares. Conceptos, mensajes y materiales

En la etapa 2 se desarrolla el mensaje y se explora con el público objetivo, utilizando métodos de investigación cualitativa. Obteniendo finalmente mensajes relevantes y significativos, actividades previstas y materiales elaborados que deben ser piloteados en una población similar al objetivo.⁶⁷

Etapa 3: Ejecución del Programa

En ésta, se presentará totalmente el programa desarrollado para la población objetivo. Es de vital importancia evaluar la reacción de la audiencia ante el programa y así determinar si se necesitan ajustes.⁶⁷

Etapa 4: Evaluación de la eficacia y mejoramiento

En la Etapa 4, se evaluará el programa utilizando los métodos de evaluación de resultados que se hayan previsto en la etapa 1. Al final de esta etapa, se tendrá un

programa de comunicación partiendo de la salud de la población, haciendo mejoras al programa lo que permite aumentar la eficacia futura.⁶⁷

Para fines del presente estudio se realizarán de la etapa 1 a la 3, debido a que se llevará a cabo una evaluación de proceso y no de resultado, teniendo en cuenta que se quiere aumentar el conocimiento de la población bajo estudio.

Marketing social en salud

Como parte de las bases teóricas para la intervención, tomaremos también el marketing social en salud que es una disciplina que posee un gran potencial de aplicación en el campo de la salud pública. A través de su diseño estratégico, pretende promover y reforzar hábitos y estilos de vida saludables con un enfoque anticipatorio, novedoso y diferente.⁶⁸

El *marketing social* en salud busca generar información motivadora y a la vez atractiva, orientada hacia los distintos grupos de la población; con el objetivo de promover la adopción de hábitos para el beneficio de la salud individual y colectiva, particularmente en el mediano y largo plazo, a través de la modificación de comportamientos con el fin de que las personas generen cambios en conocimientos, actitudes, creencias e intereses.⁶⁸

Comunicación en salud y marketing social, en combinación con otras disciplinas, permiten implementar estrategias en diferentes temas de promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Este enfoque está apoyado en la participación y la labor comunitaria, y debe realizarse con pequeños segmentos de la población; lo que permite ejercer un mejor control en las intervenciones educativas y brindar mayores posibilidades de éxito para los individuos, las comunidades y las instituciones de salud.^{69,70}

Según la Asociación Americana de Marketing: “El marketing es el proceso de planear y ejecutar la concepción, la fijación de precios, la promoción y la distribución de ideas, bienes y servicios para crear intercambios que satisfagan los objetivos individuales y organizacionales.”⁷¹

Para el Instituto Británico de Marketing es: “el proceso responsable de identificar, anticipar y satisfacer las necesidades y requerimientos del consumidor”.⁷¹

Las premisas básicas de la mercadotecnia son:

- Identificar las necesidades y deseos de los clientes potenciales.
- Satisfacer estas necesidades.
- Realizar el intercambio con el beneficio para el vendedor y el comprador.⁷¹

La Mercadotecnia Social o marketing social nace en 1971, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman se dieron cuenta que los mismos principios de la mercadotecnia

que se usan para vender productos tangibles al mercado, se pueden usar para “vender” ideas, actitudes y comportamientos.⁷²

Philip Kotler define a la Mercadotecnia Social como: “el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la población objetivo a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad.”⁷²

Alan Andersen en 1995, señala que la Mercadotecnia Social es la aplicación de las tecnologías de la mercadotecnia comercial para el análisis, planeación, ejecución y evaluación de los programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la población objetivo tratando de mejorar su bienestar personal y el de su comunidad.⁷³

La mercadotecnia social va más allá del diseño y realización de una mera campaña publicitaria, en ella se debe establecer un plan, diseñar una estrategia y utilizar las herramientas de la mercadotecnia comercial tales como: la investigación de mercado, aplicación de mezcla de las P’s, implementación y evaluación.^{73,74}

El propósito de la mercadotecnia social es crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario. Las estrategias de mercadotecnia social se dirigen hacia las personas que desean o necesitan cambiar o mejorar un comportamiento, o cuyo comportamiento pone en riesgo su calidad de vida, bienestar y seguridad individual o colectiva e intentan influenciarlas para aceptar, adoptar, modificar o abandonar una conducta determinada.⁷⁴

El concepto de mercadotecnia social se traduce en la aplicación y mezcla de las 4 P’s: Producto, Precio, Plaza y Promoción; para generar el cambio voluntario de comportamientos.⁷⁵

Producto: Es el comportamiento deseado y los beneficios asociados a éste; servicios y productos que apoyen o faciliten este cambio, cuenta con tres niveles:

- Producto básico: beneficio del comportamiento
- Producto deseado: comportamiento específico promovido.
- Producto aumentado: objetos tangibles y servicios asociados que agregan valor al producto.⁷⁵

Precio: Es el costo personal en la aceptación del nuevo comportamiento, puede ser económico, pero en la mayoría de los casos es intangible, psicológico, emocional o de tiempo. El precio comprende el costo de adoptar el nuevo comportamiento. Puede ser monetario o no monetario. El precio monetario está asociado con el costo de servicios o de objetos tangibles que van a mano con la campaña. El costo no monetario no es tangible pero es de gran importancia para

el público objetivo; es su tiempo, energía, riesgos, pérdidas y otros esfuerzos que tienen que experimentar para poder alcanzar el cambio.^{69,70,72,75}

Plaza: Es el lugar donde la audiencia objetivo acude y realiza prácticas específicas o el espacio en el que podrá aprender la nueva conducta y los servicios asociados a ésta. El lugar representa la ubicación física donde se promoverá la conducta deseada o donde el público objetivo realizará o podrá adquirir los objetos tangibles o servicios necesarios para realizar el comportamiento deseado. La ubicación debe de ser lo más cerca y lo más llamativa posible, debe de tener horario accesible y ayudar a disminuir el costo del cambio.^{69,70,72,75}

Promoción: Consiste en el uso integrado de estrategias de comunicación (publicidad, relaciones públicas, abogacía en medios, etc.) así como en elaborar y definir los mensajes a transmitir y los canales de distribución.

- *Mensaje:* Que se va a decir y en qué tono para influenciar a los grupos objetivos para que aprendan, crean, cambien el comportamiento y adopten la conducta deseada.
- *Canales:* Dónde se difundirán él o los mensajes.^{69,70,72,75}

La Mercadotecnia Social en Salud en el campo de la Promoción de la Salud:

- Apoya las intervenciones de educación para la salud en el manejo de riesgos personales, en el desarrollo de aptitudes, capacidades y competencias de la salud.
- Estimula e influencia a la opinión pública y promueve la abogacía para fortalecer la acción comunitaria y crea políticas públicas saludables.
- Promueve la creación de redes de apoyo social para el desarrollo de entornos favorables a la salud.⁶⁷

En el presente trabajo se utilizó como base teórica la comunicación en salud y el marketing social en salud, ambos han sido modificados para fines de esta intervención, en el caso de marketing social se ha utilizado una P (promoción), la cual se ha agregado a comunicación en salud.

Diagnóstico situacional

Como parte del estudio LAEDIBRACA, durante el mes de julio de 2012 se realizaron 7 entrevistas a mujeres de la comunidad de Ixmiquilpan, Hidalgo; las cuales acudieron al Hospital Regional del Valle del Mezquital a realizarse la mastografía o consulta médica por otra causa. Usando metodología cualitativa en estas entrevistas se les cuestionó acerca de conocimientos generales sobre cáncer de mama, apreciaciones sobre los servicios de salud, así como mitos y creencias entorno a la mastografía y al cáncer de mama.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 35 minutos, las mujeres entrevistadas son de dos comunidades diferentes: Fithzi (colonia de Ixmiquilpan) y los Recuerdos. La media de edad fue de 51 años. Todas iniciaron la primaria pero no la terminaron, dos de ellas son amas de casa y reciben apoyo económico por parte de sus hijos o su pareja; una de ellas reportó ser separada.

Todas son originarias del Estado de Hidalgo, tienen hijos y desempeñan trabajos de medio tiempo cuando requieren recursos económicos.

En las entrevistas se pudo corroborar la falta de información que tienen las pacientes sobre la enfermedad:

¿Sabe usted por qué da cáncer de mama?, ¿sabe si a los hombres les da?

El cáncer de mama les da a todos, no importa la edad; aunque dicen por ahí que sólo les da a las mujeres porque no dan leche a sus niños y pus ni modo que a los hombres les dé si no dan leche [...]¹

Se pudo observar que a pesar de que las tres reportan que no creen que haya falta de información, ninguna tiene el conocimiento sobre los procedimientos de detección del cáncer de mama. Además como provienen de diferentes comunidades, identificaron diferentes problemáticas en cada una:

En el Fithzi hace falta que les den platicas a los hombres sobre el cáncer, yo he visto que muchas mujeres no van a su centro porque el marido no las deja, prefieren dejarse al último o pues ni van. A veces les da miedo; un pariente me dijo que mejor ni fuera a hacerme el estudio (mastografía), que tal que me decían que es cáncer, yo que tu mejor ni enterarme, así me dijo... Y pues mejor fui.²

Yo creo que hace falta fuerza de voluntad, luego les digo a mis vecinas que vayan cuando esta por la colonia y pues ni quieren. Es que a veces piensan que el aparato (mastógrafo) les va a dar cáncer; una personita me dijo que a lo mejor no tenía cáncer y con eso de las placas ya te daba, que mejor no.*

A veces uno quiere ir, no se crea; luego yo quiero ir a hacérmela y pues no tengo dinero. Así como va ir uno si no hay; cuando vengo es porque junte mis centavos,

¹ Entrevista núm 2.

² Entrevista núm 1.

tengo que trabajar para tener para los pasajes. Mi pueblo queda a más de una hora, agarro tres microbuses de ida y tres de regreso, y pues se lleva uno su dinero.³

Todas identifican la importancia de detectar a tiempo la enfermedad, como lo dijo una de las entrevistadas:

Entre más temprano te la detecten, pues tienes más oportunidad de vivir; yo pienso que es importante ir a los exámenes para que te den tus medicinas para que se te quite el cáncer, porque a veces ya llegan tarde y pues se mueren rápido [...]

Dos de las entrevistadas refirieron haber acudido de inmediato al médico en cuanto se percataron de cambios en sus senos. La otra se realizó la mastografía porque su médico se lo indico. Ninguna de ellas pagó los servicios de la mastografía, sólo los gastos del traslado de su casa al hospital y viceversa.

En cuanto al trato que les dio el personal médico, todas refirieron que han sido tratadas bien y que no tienen ninguna queja del servicio, aunque si mencionaron que a veces el tiempo de espera es más de una hora, todas aseguran que “prefieren esperar y no regresar otro día porque gastarían pasajes”.

Además todas refieren que antes de hacerse la mastografía tenían temor por los mitos que hay sobre el mastógrafo, pero concluyeron que una vez hecho el estudio “no sintieron que fuera doloroso y que se lo volverían a hacer”.

Sólo una de ellas reportó que faltó a su cita para realizarse la mastografía:

Si falte una vez, pero es que yo tuve la culpa, en ese tiempo trabaja en una pastelería y pues se me olvidó decirle a mi patrón que tenía que faltar, cuando le avisé me dijo que no había quien se quedara, así que ya no fui porque imagínese quedarse sin trabajo [...]*

Aunque ninguna tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, si han tenido conocidos (amigos, vecinos, familiares políticos) que han tenido la enfermedad y han muerto a causa de ella:

Yo no tengo familiares que se me hayan muerto por eso, pero si una amiga, que apenas hace tres meses falleció por el cáncer... varias veces le dije que se hiciera estudios, pero ya ve la mujer siempre se deja al último, primero pone siempre a la familia. Me duele mucho como verá, pobrecita tenía mi misma edad (43 años) le quitaron el seno, pero pues ya no aguantó, dicen que se le fue a la cabeza. Y lo peor es que su mamá es mi comadre y pobrecita hace un mes también se le murió su nuera por lo mismo, pero ella ya ni se quiso atender [...]*

Un dato muy importante es que ninguna de ellas sabe que es el Fondo de Protección para gastos catastróficos, aunque todas mencionaron tener Seguro Popular y pertenecer al Programa Oportunidades; Y claro está que tampoco sabían que el tratamiento de cáncer de mama es gratuito.

³ Entrevista núm 3.

La información con la que cuentan proviene de los servicios de salud o de otras mujeres con la enfermedad o que han pasado por ella, ya que mencionaron que por lo general “el doctor no les dice claramente lo que les pasa”.

Conclusiones

Gracias a estas entrevistas se pudo constatar no sólo la falta de información que tienen las mujeres de esta zona, sino también los problemas que inciden en que ellas se realicen la mastografía, como la falta de recursos económicos, barreras sociales (machismo) y culturales, como creencias o mitos que rodean al examen clínico y la mastografía.

Es importante destacar la influencia que tienen no sólo los servicios de salud, sino la familia y red social en la que se desenvuelve la mujer para que asista a los servicios de salud.

Aunque saben que es importante detectarse a tiempo la enfermedad, no tienen claro porque les realizan los estudios de detección ni los procedimientos a los que las someten. Creen que la información con la que cuentan es suficiente pero esto no se observa cuando se realizaron las entrevistas, ya que ninguna sabe para qué sirve la mastografía o que es el examen clínico.

Con las entrevistas realizadas, se constató la falta de información sobre cáncer de mama, por lo que se realizaron guías de entrevistas para conocer los gustos y opiniones de las mujeres acerca de utilizar diferentes medios para dar información sobre cáncer de mama, así como las apreciaciones generales sobre la importancia de dar la información en un formato agradable para ellas.

Entrevistas a mujeres, voceros y sacerdotes.

De acuerdo a la información recabada en las primeras entrevistas, se realizaron guías de entrevistas con el objetivo de conocer lo que leen las mujeres, como les gustaría la información sobre temas de salud, además de conocer su opinión acerca de utilizar las novelitas como el libro vaquero, para dar información sobre cáncer de mama.

Durante el mes de febrero se llevaron a cabo 38 entrevistas individuales, de las cuales 30 se realizaron a mujeres, 5 a voceros de la comunidad y 3 a sacerdotes, todos ellos pobladores del municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo los días 8, 9 y 10 de febrero del año en curso.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo mediante una guía semi-estructurada y fueron piloteadas en 5 puestos de periódicos, a 2 mujeres y a un sacerdote de Cuernavaca, Morelos.

También se realizó una observación no participativa de los cinco puestos de periódicos de Ixmiquilpan.

Las entrevistas a mujeres tuvieron una duración promedio de 25 minutos. Todas son originarias de Ixmiquilpan y sus edades van de los 23 a los 65 años, sólo dos mujeres reportaron no saber leer ni escribir. En general, la mayoría de las entrevistadas reportó comprar periódicos, revistas o novelitas al menos una vez al mes. Entre lo que más compran se encuentran revistas del espectáculo (Tv novelas, Tv notas) y revistas de bordados o manualidades. Un número menor refiere haber comprado novelitas; por lo general sus parejas o familiares son los consumidores de estos materiales.

La mayoría de las mujeres que han leído novelitas no les agradan los colores, las imágenes o dibujos, así como la presentación. Refieren que son anticuados y que preferirían actuales y reales.

En la pregunta “¿le gustaría leer historias de salud en estas novelitas?”, todas están de acuerdo en la ventaja de obtener no sólo información, sino también motivación para acudir a los servicios de salud.

Cuando se les cuestionó acerca de “¿cómo harían el material para dar esta información?”, la mayoría preferiría una revista, con imágenes grandes y en algunos casos reales. Todas coincidieron en la importancia de los colores para llamar la atención del público y así acercar a la comunidad con los problemas de salud que los afectan; además de que consideran que las historias reales impactarían más a los lectores que alguna historia ficticia y que el número de hojas sea en promedio de cincuenta, ya que “*se necesita desarrollar la historia de manera lógica y creativa*”.⁴

Creer importante dar temas como el cáncer de mama en un formato agradable, accesible y fácil de entender, ya que lo perciben como un problema grave de salud y que “*si no se trata a tiempo la muerte es segura*”.⁵

Ninguna de ellas reportó que alguna vez se haya visto información sobre cáncer de mama en novelitas o algún tipo de historia impresa en Ixmiquilpan o en algún otro lugar.

Por último algunas de ellas refieren haberse hecho la mastografía, pero sin saber para qué sirve:

¿Qué le dijeron los doctores cuando le dieron los resultados?

Pos me dijeron que no tenía nada, que dentro de dos años me tocaba. Pero yo tengo la duda señorita, ahí ¿que se ve o qué?, porque no explican los doctores y no te dan medicina o algo. Yo como que ya no tengo ganas de hacérmelo de nuevo, no vaya a ser que me haga daño. Fíjese que dicen que te da el aparato... Pos ese cáncer, eso me dijo una señora, que mejor ya no hay que hacérselo. Yo pos no sé, pero pos por lo menos deberían informar los doctores sobre eso, porque pos nada más llega uno y te dicen, quiétese la ropa y pos da pena, y luego te lo hacen de mala gana [...]⁶

⁴ Entrevista número 17

⁵ Entrevista número 21

⁶ Entrevista número 3

Es importante señalar la importancia de la información, ya que a pesar de que muchas de ellas refieren haberse realizado la mastografía, un número menor sabe para qué sirve el estudio.

Crean que la idea de dar información en un formato agradable y fácil de entender haría que varias de ellas se cuidaran y acudieran a los servicios de salud a realizarse la mastografía:

Sería bueno que hicieran estas revistas que piensan hacer, y pues que sean accesibles también. Para que todas las mujeres de aquí pues sepamos qué nos pasa y a donde ir cuando nos enfermamos [...]⁷

Entrevistas a sacerdotes de la comunidad

Por otro lado se realizaron tres entrevistas a sacerdotes de las parroquias de San Miguel Arcángel, Santiago Apóstol (el Nith) y San Nicolás Tolentino.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos. Se les cuestionó sobre sus opiniones acerca de utilizar revistas o novelitas para dar información sobre cáncer de mama a las mujeres de las localidades donde se encuentran sus parroquias.

En promedio los párrocos llevan 4 años ejerciendo sus actividades en la comunidad. Las misas tienen diferentes horarios dependiendo de la comunidad en la que se encuentren.

La Parroquia de San Miguel Arcángel es la principal y su párroco es el más conocido del municipio de Ixmiquilpan, de acuerdo con entrevistas realizadas a mujeres. Todas refirieron conocer al sacerdote, ya que “los domingos se acostumbra a que la mayor parte de la comunidad asiste a misa de medio día”.

La mayoría de sus feligreses son mujeres adultas y en menor medida hombres en edad productiva. Los tres sacerdotes leen materiales distintos de su profesión, como lo refirió el padre Cenen:

A mí me gusta leer sobre historia. Siempre he sido aficionado a la historia ya sea de México o de cualquier país. Tengo muchos libros sobre eso. Me gusta mucho leer sobre sus independencias, tradiciones o cultura. Se me hace demasiado interesante [...]⁸

Cuando se les realizó la pregunta “¿ha comprado revistas, periódicos, novelas?” dos de los sacerdotes respondieron que compran periódicos de vez en cuando y que prefieren los libros. Sólo uno refirió que compra todos los días periódicos y en algunas ocasiones revistas. Ninguno ha comprado novelitas, ya que “no les llaman

⁷ Entrevista número 13

⁸ Entrevista al sacerdote Cenen Cid

la atención”; las han visto en los puestos de periódicos, pero nunca las han hojeado o comprado.

Por otro lado se les pidió su opinión de cómo realizar materiales sobre temas de salud que pudieran leer sus feligresas. Todos concordaron que lo llamativo es una forma de que las mujeres se sientan atraídas al material que se les presenta:

Pues pudiera ser... definitivamente lo audiovisual ahorita está de moda, la gente le va más a...más que leer un libro o un artículo, que nada más de verlo te cansa, ósea ya no la quieres leer. Que fueran algunos dibujos atrayentes para la familia. En estos dibujos atrayentes con un lenguaje sencillo, para mí sería la clave, la imagen impactante y el lenguaje entendible, el lenguaje sencillo. Decimos nosotros a veces que por que Juan Gabriel tuvo tanto éxito si sus canciones no dicen nada, ósea con una frase que tiene que ver con la vida y tan sencilla se queda grabada, eso es exitoso, más que darle muchos contenidos.⁹

Los tres concordaron en que las imágenes e historias reales llamarían más la atención de sus feligresas y que ante todo el lenguaje sencillo debe utilizarse para la comprensión del contenido del material; Además de que consideran el número de hojas muy importante:

Pues yo creo que sería algo sencillo. La gente de aquí no es está acostumbrada a leer y la que lo hace es porque está en la escuela o raramente porque les gusta, pero son raros los casos. Aquí se le tiene que dar a la gente incentivos para que lean. Y luego leen pero sin entender que es lo que están leyendo. Por ahí no va la cosa, se deben hacer las cosas bien. Por eso le digo que sencillo es mejor. Por otra cosa, hace usted un material bonito, con mucha información, pero de nada te va a servir eso, si a la gente le aburre el contenido, no sirve. Se deben hacer cosas atendiendo a como es la gente de aquí y le digo que aquí no leen.⁹

Ninguno recuerda haber visto campañas de la secretaria de salud con estos materiales en la comunidad, de hecho los tres mencionaron que se han presentado personas que estafan a la comunidad y que argumentan “que pueden saber si tiene cáncer una persona o no”:

Pues yo he visto muy pocas, porque seguido me viene gente a ofrecirme ese servicio aquí a la parroquia, pero yo a veces no confío mucho en eso, en esos estudios. A veces son estudios, como se dice... piratas. Vienen -mire que una campaña- y andan en todas las parroquias y me dicen –nada más queremos que nos den un salón y donde conectarnos- y pues ya nosotros andamos avisando en todas las parroquias para que asistan, que el cáncer de mama, que esto y que el otro. Pero yo esos estudios que te despachan en cinco minutos y te dicen si tienes cáncer o si no tienes, como que nos les confío para nada. Nomás por poner un pie en una plancha, una mano acá. Yo tengo mis dudas. Y eso es lo que ha venido aquí. Y claro te explican todo, yo estaba cayendo en el juego. Hasta que un día dije- no manchen, ya me tiene hartos- y los mande a volar. Y ya no quise yo prestarme a eso, porque se valen de uno para engañar a la gente, por andar avisado en las misas y todo esto y ahí llevando a la gente. Y es que la gente se cree de todo. Mire usted ponga aquí su pie, como una planchita de esas de bascula y ahí ya va a marcar si tiene cáncer o no tiene cáncer. Yo los mandé a volar. Seguido nos llegan a nosotros este tipo de gente, charlatana.⁸

⁹ Entrevista al sacerdote Ricardo Flores

Todos reconocieron la importancia de dar información sobre temas de salud, pero en especial de cáncer de mama, en un material sencillo y entendible:

Si, sería algo bueno, para que la gente ya no caiga en el juego de los charlatanes y se desengañen sobre lo que es el cáncer de mama y que es lo que deben hacer cuando se les ha detectado la enfermedad. Una cosa es que acudas a hacerte un estudio, luego te detecten algo y ya después digas, bueno ya lo tengo ahora que tengo o debo hacer. Si creo que es una muy buena idea.¹⁰

Entrevistas a voceros

Se realizaron cinco entrevistas a voceros del municipio de Ixmiquilpan, en los siguientes sitios:

- Centro de Ixmiquilpan
- Mercado de Ixmiquilpan
- Pie de carretera Ixmiquilpan-Actopan

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 30 minutos. Tienen un promedio de 45 años. Todos los entrevistados llevan más de siete años en sus respectivos puestos. Y tienen horarios amplios para la venta de sus productos. Cuatro de ellos venden todo tipo de mercancía y uno sólo periódicos y novelitas. Todos venden en mayor número periódicos con clientes del sexo masculino y sólo uno reportó vender más revistas con mujeres.

Cuatro de ellos venden novelitas y uno no. Refieren que este material ya no se vende como antes:

Usted ¿vende novelitas como el libro semanal, el libro vaquero?

Sí, pero casi no se venden, la sentimental ya dejó de salir. Casi no vendo. Mire ahorita nada más tengo dos y con estas ya llevo como quince días, ya casi no la piden.¹¹

Todos coinciden con que los hombres son los que consumen más estos materiales (novelitas y periódicos); también mencionaron que la venta a la quincena de novelitas es de cinco aproximadamente.

Creer que la falta de actualización de la novela en cuanto a material, historias e imágenes ha propiciado que la gente deje de comprarlas. Además de que el formato les parece demasiado pequeño y poco útil.

Reconocen que es importante dar información sobre temas de salud en estos materiales, pero coinciden en que cambiarían el formato a uno más grande y más llamativo.

¹⁰ Entrevista sacerdote Victor Castillo

¹¹ Entrevista a vocero 1

Guía de observación

Se realizó observación no participativa de los cinco puestos de periódicos de la comunidad de Ixmiquilpan, Hidalgo. Con el objetivo de reconocer y describir el contexto y comportamiento relacionados con la compra de material de lectura de las mujeres.

En promedio se observó que el 85% de personas que llegan al puesto de periódicos a comprar son hombres en edad productiva, consumen periódicos (94%) en mayor número y en algunos casos revistas (6%).

Las mujeres se presentaron a los puestos de periódicos en un porcentaje mucho menor (15%). Se pudo constatar que las mujeres que llegaban al puesto, preguntaban por periódico para envolver cosas (30%) o revistas para las tareas de sus hijos (20%). La mayoría compra revistas (50%).¹²

Conclusión

Las mujeres entrevistadas reconocen las ventajas de obtener no sólo información, sino también motivación para acudir a los servicios de salud, en un formato agradable como revistas o novelitas; aunque cambiarían ciertos aspectos de la novelita como es el tamaño, todas coinciden con que las imágenes sean impactantes y de casos reales. Coincidieron en la importancia de los colores para llamar la atención del público y así acercar a la comunidad con los problemas de salud que los afectan.

Creer importante dar temas como el cáncer de mama en un formato agradable, accesible y fácil de entender, ya que lo perciben como un problema grave de salud.

Como se ha mencionado ninguna de ellas reportó que alguna vez se haya visto información sobre cáncer de mama en novelitas o algún tipo de historia impresa en Ixmiquilpan o en algún otro lugar.

Recomendaciones basadas en el diagnóstico

Es necesario el uso de herramientas de comunicación que faciliten la comprensión de la información sobre cáncer de mama. Con estas entrevistas se pudo constatar que las mujeres prefieren que la información sea sencilla, el contenido llamativo y reconocen la falta de estos materiales para prevenir la enfermedad y salvar a otras mujeres que aún no se han detectado cáncer de mama.

Es importante desarrollar materiales de comunicación en los cuales se tomen en cuenta las opiniones de las mujeres que ya se han descrito.

¹² Guías de observación 1-5

Se ha mencionado la relevancia de desarrollar la información de acuerdo a la población blanco para prevenir la enfermedad, por lo cual se debe realizar un material que sea accesible y que cuente con información de la Secretaria de Salud y de experiencias previas de pacientes que tengan o hayan tenido la enfermedad, haciéndola lo más sencilla posible para lograr que las mujeres perciban las ventajas de la mastografía y acudan a los servicios de salud a realizársela.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres en zonas urbanas y con mejor nivel educativo pueden estar en constante contacto con campañas de los servicios de salud en la radio y la televisión, además perciben los beneficios de la prevención, tienen temor a la enfermedad y recurren con mayor frecuencia a medios de comunicación como el internet para obtener información acerca del cáncer de mama³⁶; las mujeres que acuden en mayor medida a realizarse la mastografía tienen seguridad social y visitan regularmente los servicios de salud⁷⁶; sin embargo las mujeres que viven en zonas rurales tienen menor acceso a la información en comparación con las mujeres que viven en zonas urbanas, lo que puede representar un determinante social de inequidad respecto del acceso a la atención, en un mundo globalizado en donde las mujeres de escasos recursos y que viven en zonas marginadas se ven en desventaja de contar con recursos, por un lado para acudir a los centros de atención y por otro lado la falta de infraestructura, que les permita tener acceso a servicios de calidad en el proceso de atención, para prevenir no sólo el cáncer de mama sino cualquier otra enfermedad y en su caso acudir a la detección en etapas tempranas.^{15,36} Enfocándonos en la información a la que debería tener acceso una mujer para acceder a los servicios de prevención, específicamente para la realización de la mastografía, ésta debe atender aspectos sociales y los estereotipos culturales como el machismo, ya que se cree que “la mujer no se puede dar el lujo de enfermar”.³ Otro factor que influye en la decisión de las mujeres es que se asocia el cáncer de mama y la muerte, esto proviene esencialmente de la falta de información y de un proceso emocional influenciado por la sociedad en la que se desarrollan las mujeres, por lo que varios estudios recomiendan la necesidad de programas e información en salud sensibles con el contexto cognitivo y afectivo de mujeres de bajos recursos.⁷⁷

Las mujeres y la población en general, que cuentan con acceso a información, es posible que tengan mayor poder de decisión en relación a su capacidad para la toma de decisiones informadas y elegir lo que les conviene en relación a la salud en general. Desafortunadamente, la falta de acceso a la información puede tener como efecto que las mujeres de zonas rurales acudan en menor medida a los servicios de salud, por lo que se requiere de estrategias en comunicación que informen a las pacientes la importancia de ir a los servicios de salud, así como evitar la mala percepción del examen clínico de mama, de los miedos y creencias erróneas que se dan en torno a la mastografía. Con base en lo anterior, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿La campaña de comunicación permitirá aumentar el conocimiento y cambiar las percepciones erróneas de las pacientes acerca del cáncer de mama?

- ¿La historieta que se implemente promoverán el empoderamiento de las mujeres, así como el autocuidado?

JUSTIFICACIÓN

Si bien en México no se ha usado la historieta como herramienta de comunicación sobre cáncer de mama para promover el uso de los servicios de salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, existe evidencia de la utilización de estrategias de comunicación, como son los trípticos que reparte la Secretaría de Salud en diversas unidades de salud sobre el cáncer de mama; aunque no existen reportes acerca de la evaluación sobre su efecto en el incremento del conocimiento en la población de mujeres.

Como ya se ha mencionado, las estrategias de comunicación son herramientas útiles en la difusión de información, debido a que toman en cuenta los factores sociales y culturales en los que se desenvuelve la población objetivo. Es necesario contar con intervenciones en las que se evalúen el uso de estas herramientas, conocer su éxito en el aumento de conocimiento sobre la enfermedad y la aceptación de la población de estos materiales.

En México es necesario realizar intervenciones de comunicación en las mujeres, debido al aumento alarmante de cáncer de mama en los últimos años en mujeres de diversos estratos sociales; sobre todo en aquellas que viven en zonas rurales las cuales tienen el riesgo no sólo de ésta enfermedad sino de cáncer cervicouterino.

Por lo cual este trabajo se justifica por la necesidad de contar con información que sea entendible, confiable y relevante para la prevención, detección y control de cáncer de mama dirigida a todas aquellas mujeres que vivan en el municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de una estrategia de comunicación sobre el conocimiento de la prevención y detección de cáncer de mama en mujeres del área rural de Ixmiquilpan, Hidalgo, con el objeto de promover la revisión periódica de las mamas por personal capacitado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las percepciones de las mujeres de Ixmiquilpan, acerca del uso de diferentes medios de comunicación, para transmitir información sobre cáncer de mama
- Desarrollar la estrategia de comunicación sobre cáncer de mama en mujeres del área rural de Ixmiquilpan, Hidalgo.
- Elaborar e implementar el material de comunicación sobre prevención y detección oportuna de cáncer mamario.
- Evaluar el conocimiento pre y post intervención de la estrategia de comunicación.
- Evaluar el impacto de la historieta en la decisión de realizarse una mastografía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Una vez realizado el diagnóstico situacional, se procedió a diseñar la intervención, con la cual las mujeres tengan acceso a información confiable, entendible y que promueva el autocuidado.

Bases para diseñar una intervención de comunicación

Para fines del presente estudio se realizarán de la etapa 1 a la 3 del modelo de comunicación en salud, debido al objetivo planteado en el que se realizará una evaluación de proceso (aumento del conocimiento sobre la prevención, detección y control del cáncer de mama).

Etapa 1: Planificación y desarrollo de la estrategia.

De acuerdo a la bibliografía revisada, existen diversas estrategias que se han documentado y que han demostrado ser exitosas. Tomando en cuenta la población en la que se quiere incidir, el tipo de información que se quiere dar a conocer y los recursos con los que se cuenta, se decidió hacer una intervención educativa basada en comunicación en salud en la teoría de persuasión de apelación al miedo, utilizando como herramienta de comunicación a la historieta, debido a que como ya se ha mencionado, existen diversas ventajas en la utilización de historietas para temas de salud, entre las cuales está la posibilidad de comunicar contenidos y analizar experiencias personales imposibles de ser abordadas por otras vías, su formato motiva visualmente al destinatario, estimulando la lectura; y facilita la asimilación de lo que se pretende transmitir, pues permite al lector proyectarse en las historias narradas.

Por lo que se diseñaron entrevistas semi-estructuradas para su posterior implementación, con el objeto de conocer qué es lo que compran las mujeres para leer, las opiniones en torno a la utilización de revistas o historietas para dar información sobre cáncer de mama, así como las apreciaciones generales sobre la importancia de facilitar la información en un formato agradable, para que las mujeres asistan a los servicios de salud, todas ellas se realizaron a personajes clave. También se llevó a cabo observación no participativa de los cinco locales de periódicos de la comunidad. Estas entrevistas se implementaron en el mes de febrero del 2013; se llevaron a cabo treinta y ocho entrevistas, de las cuales tres se hicieron a sacerdotes de las cinco parroquias que se encuentran en Ixmiquilpan, cinco a voceros (tres mujeres y dos hombres) que se encuentran en los alrededores del municipio y treinta a mujeres de los 23 a los 65 años que radican en Ixmiquilpan, Hidalgo.

Anteriormente se ha trabajado en Hidalgo, en especial en el Hospital Regional del Valle del Mezquital en donde se han realizado investigaciones en salud pública por parte del INSP y que se encuentra en la zona conurbada de Ixmiquilpan. Por lo que por cuestiones de oportunidad y recursos se decidió implementar esta

intervención en la comunidad de Ixmiquilpan, el cual está localizado en la región Valle del Mezquital, en la parte poniente del estado de Hidalgo.

Diseño de la intervención. Se realizará un ensayo comunitario experimental basado en una intervención educativa. Se seleccionaran 3 grupos de mujeres, uno como **grupo intervenido con el folleto de la Secretaría de Salud**, las cuales serán mujeres de 25 a 69 años de Ixmiquilpan, Hidalgo; otro **grupo intervenido con la historieta del presente trabajo** y otro como **grupo control**, mujeres de 25 a 69 años que vivan en Ixmiquilpan, Hidalgo al momento de realizar la intervención (Cuadro3).

Hipótesis: las mujeres en el brazo de la intervención del comic tendrán un nivel de conocimiento igual o mayor, (26%) en comparación con el grupo intervenido con el folleto de la Secretaría de Salud.

Tamaño de la muestra. Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa stata, con el comando *sampsi* para la estimación de la muestra por diferencia de proporciones, obteniendo lo siguiente:

De acuerdo a la prueba de hipótesis (H_0): la proporción de la población uno es igual a la proporción de la población dos. La proporción de la población uno es de 0.44, y se quiere aumentar esto a 0.70 que es la proporción de la población dos.

Supuestos:

$$\alpha = 0.0500 \text{ (a dos lados)}$$

$$\text{potencia} = 0.8000$$

$$p_1 = 0.4400$$

$$p_2 = 0.7000$$

$$n_2/n_1 = 1.00$$

El tamaño de la muestra necesario es de 64 mujeres.

$$n_1 = 64$$

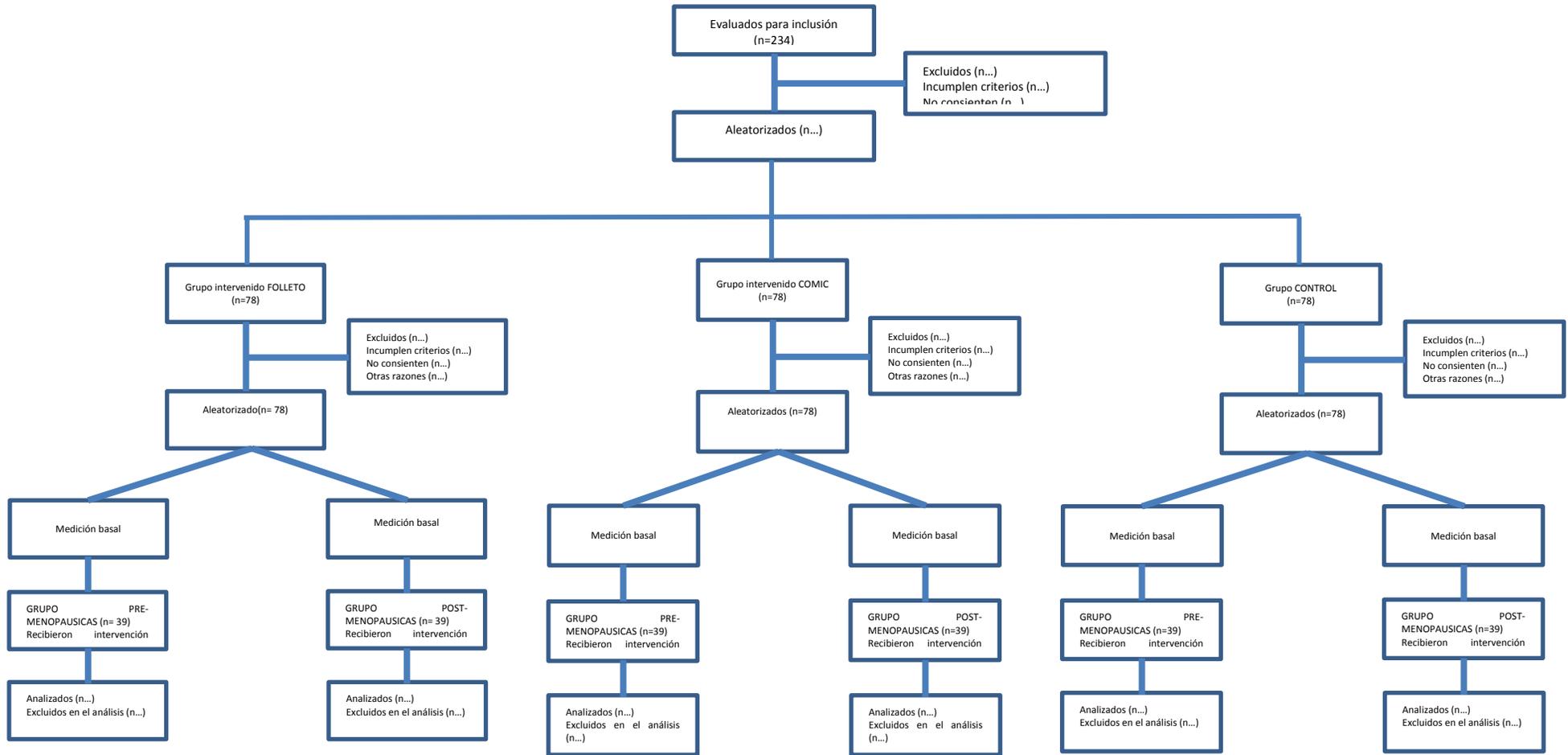
$$n_2 = 64$$

La proporción 0.44 se obtuvo por medio del promedio de lo que han reportado varios estudios realizados en varios países, sobre conocimiento basal (prevención, riesgos, autoexploración, diagnóstico y tratamiento) de cáncer de mama en mujeres de diferentes edades y estrato socioeconómico.⁷⁸⁻⁸⁵ En el presente trabajo se quiere aumentar este número a 0.70, tomando en cuenta el nivel de significancia estadística. De acuerdo al resultado antes mencionado se obtiene que el tamaño de la muestra sea de 64 sujetos, es decir 64 mujeres; calculando el 20% de pérdidas se obtiene una muestra total de 78 mujeres.

La diferencia de proporciones se aplica en diseños de investigación en los que se estudia a dos grupos de individuos a quienes se mide una variable cualitativa. La variable tiene una escala compuesta de modalidades y se dispone de información sobre la frecuencia de individuos en cada modalidad, tanto para un grupo como para el otro. La variable cualitativa medida en ambos grupos se puede resumir en forma de proporciones. Por lo anterior, se dispone de dos proporciones que

pueden ser comparadas para averiguar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellas.⁸⁶

Cuadro3. Diseño de la intervención educativa



Unidad de análisis: Mujeres de 25 a 69 años de edad.

Criterios de inclusión.

Consentimiento verbal de las mujeres a participar

Mujeres de 25 a 69 años de edad

Mujeres que radiquen en Ixmiquilpan, al momento del estudio

Criterios de exclusión.

Mujeres que hayan padecido la enfermedad

Mujeres que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama

Mujeres que hayan participado en algún programa preventivo de la enfermedad

Variables de estudio:

Variable independiente; intervención educativa.

Variables dependientes; el conocimiento en prevención, diagnóstico y control del cáncer de mama.

Etapa 2: Desarrollo y pruebas preliminares. Conceptos, mensajes y materiales

En esta etapa se desarrolló la intervención con base a las treinta y ocho entrevistas realizadas en el mes de febrero. La historieta contiene información de las guías de práctica clínica y la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

La intervención se basa en la teoría de persuasión, en específico de apelación al miedo (fear appeal), debido al mensaje que contiene la historieta. Además de sus múltiples ventajas (mencionadas anteriormente), investigaciones muestran que esta teoría tiende a ser más efectiva cuando la exposición al mensaje es voluntaria (recibir un folleto en lugar de la asistencia obligatoria a un programa de prevención de cáncer de mama).⁶¹

En esta etapa se agregará una parte del marketing social que es la **promoción** que consiste en el uso integrado de estrategias de comunicación (publicidad, relaciones públicas, abogacía en medios, etc.) así como en elaborar y definir los mensajes a transmitir y los canales de distribución.

- **Mensaje:** En esta parte se utilizará la teoría de apelación al miedo, en donde los mensajes de la historieta crearán conciencia por medio del miedo a la enfermedad (Anexo 1).
- **Canales:** El canal será la historieta, en donde además de la información se tendrán imágenes alusivas a comportamientos reportados por las mujeres de la comunidad.

Con respecto al objetivo del estudio (revisión periódica de las mamas por personal capacitado), la teoría y la investigación sugieren que para ser máximamente convincente, los textos destinados para persuadir a las mujeres a participar en la revisión de las mamas, deben incorporar mensajes diseñados para convencer a las mujeres de que el cáncer de mama es una amenaza significativa y personalmente relevante. Los mensajes utilizados en el presente trabajo, indican que el diagnóstico oportuno puede reducir al mínimo esa amenaza y que la mujer es capaz de superar cualquier barrera para realizarse la detección a tiempo del cáncer de mama.⁸⁷

Instrumento de medición

El instrumento fue auto aplicable y diseñado para este estudio. El cuestionario consta de diez preguntas, las cuales consisten en conocimientos generales sobre cáncer de mama (autoexploración, examen clínico y mastografía). Siete preguntas son politómicas y tres son abiertas; el mismo cuestionario se les aplicó al terminar la intervención. (Anexo2)

Piloteo del instrumento

Los instrumentos utilizados para la recolección de información, fueron piloteados en 10 mujeres con características similares a las mujeres del municipio de Ixmiquilpan.

Todas ellas contestaron un cuestionario antes y después de la intervención. Tres de ellas revisaron el folleto de la secretaría de salud, cuatro la historieta que se elaboró en este trabajo y a tres de ellas no se les facilitó ningún material.

Con el piloteo se pudo ajustar el instrumento para su implementación en la comunidad de Ixmiquilpan.

Folleto de la secretaría de salud

Este material está diseñado por la Secretaría de Salud del sexenio pasado (2006-2012), cuenta con información sobre la mastografía y un apartado sobre la exploración clínica de las mamas y la autoexploración. (Anexo 3)

Materiales de difusión

Para la convocatoria de las mujeres en la comunidad se utilizaron carteles (Anexo 4), los cuales fueron colocados en puntos estratégicos de Ixmiquilpan. También se hizo la invitación a la intervención en la misa de domingo, gracias a la ayuda del párroco de la comunidad.

Etapa 3. Evaluación inicial en mujeres de Ixmiquilpan. Grupos control e intervenidos.

Inicialmente se tenía calculado un tamaño de muestra para la intervención de 234 mujeres, pero debido a la falta de asistencia los días de la intervención, se ajustó a una muestra de 114 mujeres.

Durante esta etapa se realizó la intervención en el teatro municipal de Ixmiquilpan los días 24, 25 y 26 de enero del presente año, se les explicó a las mujeres que asistieron sobre el proyecto de investigación mediante la breve lectura de la carta de

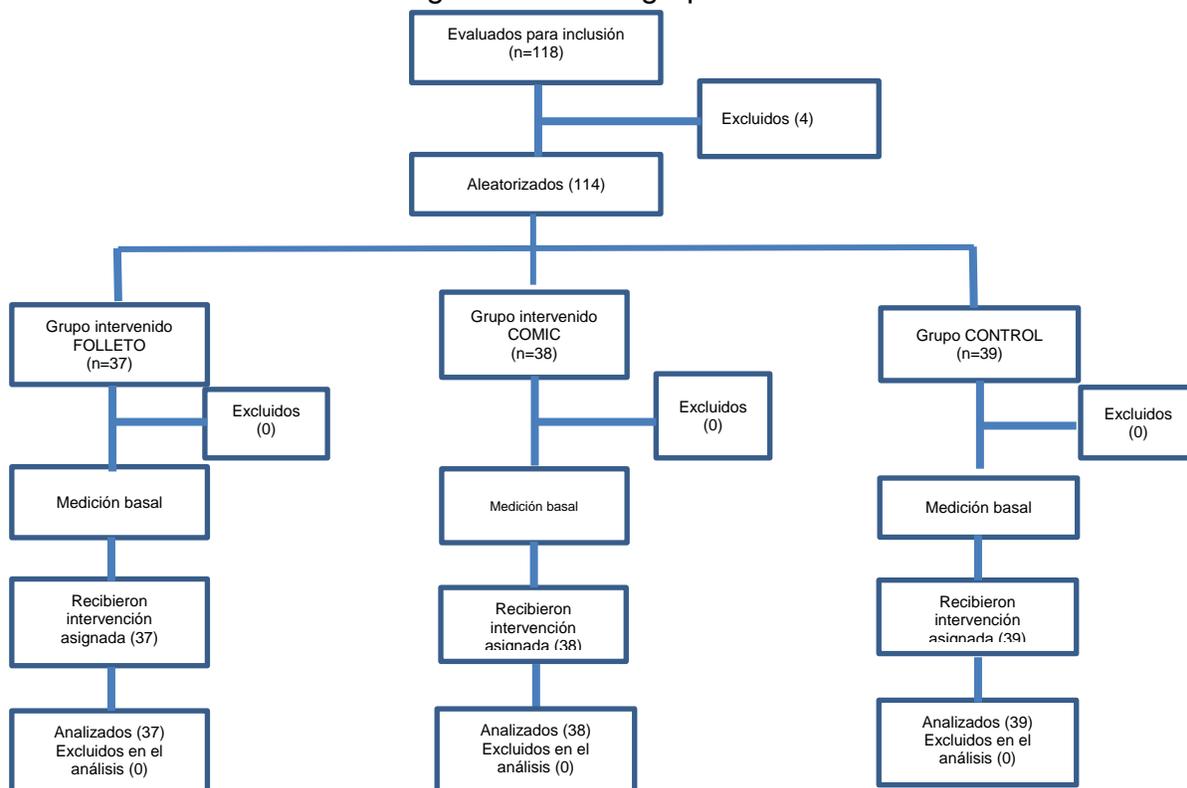
consentimiento informado. Posteriormente se les preguntó su edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, si habían tenido la enfermedad o participado anteriormente en algún programa de prevención de cáncer de mama y finalmente si radicaban en Ixmiquilpan; siendo excluidas cuatro mujeres por no contar con la edad requerida en los criterios de inclusión (25 a 69 años) y haber participado con anterioridad en algún programa de prevención de cáncer de mama.

Una vez aclarado estos criterios, se procedió a separar a las mujeres por grupos (control, intervenido con comic e intervenido con folleto). Todas ellas respondieron un cuestionario con una duración de 10 minutos.

Etapa 4. Ejecución de la intervención.

Se dividió la muestra de 114 mujeres en tres grupos, el primero con 37 mujeres asignado como grupo intervenido con el folleto, 38 como grupo intervenido con la historieta y 39 como el grupo control (Cuadro4). Se llevó a cabo la intervención educativa al grupo control con las actividades establecidas en la carta descriptiva (Anexo 5).

Cuadro4. Asignación de los grupos de intervención



Etapa 5. Evaluación final en los grupos.

La evaluación final de los tres grupos se realizó con el mismo cuestionario inicial, una vez que las mujeres terminaron de revisar y leer los materiales sobre cáncer de mama (historieta y folleto), se les recogió el material asignado y se les dio un receso de 10 minutos. Al regresar del receso se les aplicó el cuestionario final. Terminada la sesión sobre cáncer cervicouterino al grupo control, se le entregó el mismo cuestionario inicial.

El comic y folleto sobre cáncer de mama se les entregó a todas las participantes de los tres grupos, una vez terminado el cuestionario final.

Etapa 6. Análisis cualitativo y cuantitativo

Análisis cualitativo

En cuanto a las variables cualitativas o respuesta a preguntas abiertas, la información se analizó en una matriz, la cual podrá ofrecer información respecto a los conocimientos u opiniones de las participantes.

Análisis cuantitativo

En el análisis cuantitativo se crearon tres bases, una para el grupo control, otra para el grupo intervenido con el comic y otra para el grupo intervenido con el folleto de la Secretaría de Salud, los tres con las mismas variables y su respectiva medición inicial (pre-test) y de seguimiento (post-test).

Para la utilización de las variables que así lo permitieron, se procedió a su codificación para su análisis. Además se llevó a cabo la realización de histogramas para las preguntas politómicas con la medición basal de todos los participantes.

En el análisis de la variable edad, se utilizó estadística descriptiva: promedios, desviación estándar y porcentajes. Además se realizó una comparación en la distribución de las edades en los tres grupos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

A cada medición realizada (pre-test y post-test) se calcularon promedios en las variables continuas y proporciones en las variables categóricas. Para la comparación entre el conocimiento pre-test y post test se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) de dos vías, ya que es una prueba estadística que permite comparar 3 o más grupos en dos condiciones, esto permitió comparar a un mismo individuo en el estado pre y post test. Se usó el post hoc de Bonferroni para calcular el valor de p para estimar la diferencia sobre el mismo grupo entre el estado basal y post intervención; todo esto efectuado en el programa de análisis estadístico Graph Pad PRISM.

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

1. Legal

El artículo 4o de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos señala que toda persona tiene derecho a la protección a la salud y este es uno de los propósitos principales de la intervención, al buscar mejorar la salud de las mujeres con cáncer de mama mediante la realización de la mastografía; este objetivo se llevará a cabo mediante la historieta que se ha desarrollado en esta intervención.

2. Política

Las políticas en salud, como política social, se caracterizan por enfocarse en la reducción y eliminación de las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades. Por ello la presente intervención busca que las mujeres de zonas rurales accedan a la información para prevenir, detectar y controlar el cáncer de mama, mediante el uso de una herramienta de comunicación.

3. Económica

Algunos estudios han mostrado el costo-utilidad de las intervenciones con historietas que contienen información sobre el cáncer de mama, es decir el valor real de los efectos en la población a la que ha afectado la intervención y expresado por medio de medidas subjetivas, es decir, beneficios percibidos por el mismo individuo. Se contará con un presupuesto obtenido del Instituto Nacional de Salud Pública, para poder llevar a cabo la intervención en las mujeres que acepten participar.

4. Organizacional

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) tiene como metas la prevención y el control de enfermedades que se podrán lograr con la intervención propuesta. Los recursos humanos, materiales y financieros serán aportados por el INSP y no representan una inversión a largo plazo. Los jefes de proyecto estarán comprometidos a aportar el conocimiento técnico e insumos necesarios. Esta intervención podrá realizarse a cualquier mujer que acepte participar en el proyecto.

5. Sociocultural

La intervención toma en cuenta los valores, creencias y actitudes de la comunidad, el contenido del material de comunicación fue desarrollado mediante el diagnóstico situacional de la comunidad por medio de entrevistas de actores clave, por lo que habrá aceptación general. Es lo suficientemente flexible para adaptarse a grupos culturales.

6. Ética

La salud es un derecho, por lo que es importante la adquisición de conocimientos para tomar decisiones razonadas por las mujeres participantes en la intervención, para hacer uso de los servicios de salud, de la mastografía y así prevenir la enfermedad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para fines de esta investigación es indispensable obtener una carta de consentimiento informado con el objetivo de que las entrevistadas conozcan los objetivos de la investigación, autoricen la realización de la intervención y tengan conocimiento de con quién dirigirse en el caso de que el proceso les genere alguna duda. (Anexo 5)

Se mantendrá una actitud de objetividad profesional, respeto e individualidad, no se emitirán juicios de valor sobre las condiciones sociales, económicas, culturales o de salud que presenten las personas en la intervención.

La información otorgada por las participantes, será considerada confidencial para cualquier persona ajena a la investigación.

Los materiales usados en los grupos intervenidos (comic y folleto de la secretaría de salud), serán entregados a todas las participantes una vez terminada la intervención. A su vez, los materiales serán entregados a las mujeres excluidas del estudio por no contar con los criterios de inclusión.

APORTACIONES A LA SALUD PÚBLICA

A pesar de que en México los programas preventivos y de diagnóstico del cáncer de mama han tomado relevancia en los últimos años, esto no ha sido suficiente.

La importancia en salud pública ha crecido debido del aumento alarmante de la incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer de mama no sólo en el mundo sino también en México. En nuestro país el uso de herramientas de comunicación, como es el caso de la historieta, para mejorar la calidad de información de las mujeres no ha sido estudiado. El uso exitoso de esta herramienta para informar y sensibilizar a la mujer sobre el cuidado de su salud ha sido probado en varios países.

Esta intervención atiende a esta necesidad de elevar el conocimiento sobre la enfermedad y con ello poder evitar que más mujeres mueran, detectando la enfermedad a tiempo. Además de que puede usarse para futuras intervenciones y poderse adaptar a diferentes poblaciones.

RESULTADOS

Se presentan los resultados organizados según el instrumento que los generó. Se incluye en cada apartado el resultado del análisis comparativo entre grupos y de la evaluación previa y posterior.

Caracterización de los participantes de la intervención

En la intervención participaron 114 mujeres de 25 a 69 años (se excluyeron a cuatro participantes por no contar con la edad requerida en el estudio y haber estado en un programa de prevención de cáncer de mama), pertenecientes a la comunidad de Ixmiquilpan, Hidalgo. En la tabla 1 se puede observar la media de edad por grupo de intervención, siendo la media general de la intervención de 46 años.

El promedio de edad de los grupos es muy parecida, siendo para el grupo control de 46 años, para el grupo intervenido con el comic de 47 años y finalmente para el grupo intervenido con el folleto de 45 años. Las edades oscilan entre los 25 y 67 años.

Tabla 1. Promedio de edad de los grupos intervenidos y control.

Grupo	Promedio de edad (años)	Desviación estándar	N	Edad mínima (años)	Edad máxima (años)
Control	46	11.8	39	27	64
Intervenido comic	47	13.02	38	26	67
Intervenido folleto	45	10.3	37	25	65

Estas variables mostraron distribución normal (prueba Kolmogorov-Smirnov) para cada grupo obteniendo un valor de $p > 0.05$.

A continuación en la Tabla 2 se muestra el promedio de respuestas correctas por pregunta, antes y después de la intervención, separadas por grupo intervenido. También el resultado de la prueba de ANOVA, que evaluó la diferencia entre los promedios de ambas mediciones por grupo intervenido. Se observa que hubo cambio en la pregunta *¿Con que frecuencia considera usted que es necesario que las mujeres se revisen ellas mismas los senos (autoexploración)?* con respecto de la medición basal a la final en el grupo intervenido por el comic, con un valor de significancia de $p < 0.001$ ($t = 8.831$) y un promedio de respuestas correctas del pre al pos test de 47.7%.

En ambos grupo intervenidos (comic y folleto) en la pregunta *¿Sabe usted cada cuando un médico o enfermera debe revisarle los senos (mamas) con la mano en busca de bolitas (examen clínico)?*, hubo un aumento significativo ($p < 0.001$ y $p < 0.01$, respectivamente), siendo mayor en el grupo intervenido por el comic ($t = 4.619$).

Se observó un cambio significativo ($p < 0.001$) en la pregunta *¿Piensa usted que a su edad es necesario que le hagan el examen clínico de las mamas?*, en el grupo al que se le aplicó el comic, con un valor de t de 3.745. En cambio en la pregunta *¿Sabe usted*

que es la mastografía? El aumento significativo ($p < 0.05$) se observa en el grupo intervenido con el folleto con un valor de t de 2.695.

El cambio en la pregunta *¿Sabe usted a qué edad debe realizarse la primera mastografía?*, fue significativo ($p < 0.001$) en ambos grupos (comic y folleto) con valores de t de 6.6 y 6.7, respectivamente. También se observó en los dos grupos un cambio significativo ($p < 0.001$) de la medición basal a la final, en la pregunta *¿Sabe usted con qué frecuencia debe realizarse la mastografía?* Con valores de t de 6.1 para el comic y 5.8 para el folleto.

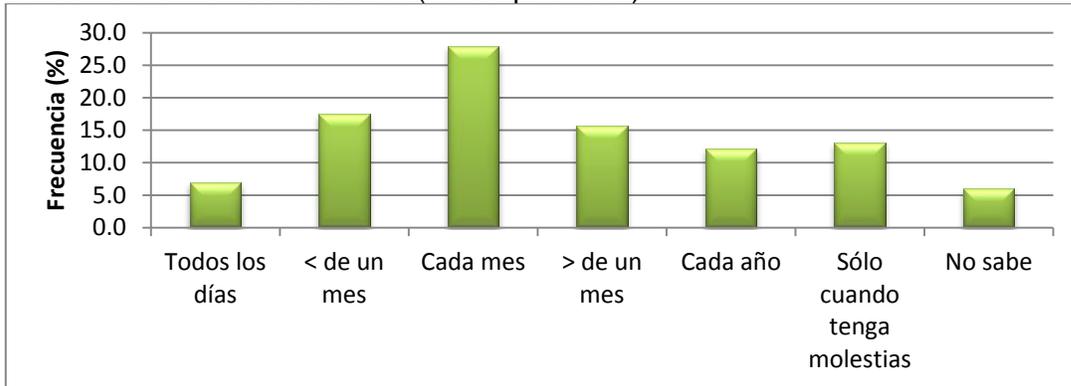
Tabla 2. Comparación por pregunta de las evaluaciones de conocimientos previa y posterior a la intervención, entre los grupos.

Pregunta	GRUPO CONTROL					GRUPO INTERVENIDO COMIC					GRUPO INTERVENIDO FOLLETO				
	N (%) de mujeres que acertaron pre-test	N (%) de mujeres que acertaron post-test	p	IC	t	N (%) de mujeres que acertaron pre-test	N (%) de mujeres que acertaron pre-test	p	IC	t	N (%) de mujeres que acertaron pre-test	N (%) de mujeres que acertaron pre-test	p	IC	t
En su opinión ¿es necesario que las mujeres se revisen los senos?	32 (82.5%)	32 (82.5%)	P > 0.05	-0.2358 to 0.2358	0	32 (84%)	36 (95%)	P > 0.05	-0.0546 to 0.4231	1.874	33 (89%)	36 (97%)	P > 0.05	-0.07993 to 0.4043	1.628
¿Con que frecuencia considera usted que es necesario que las mujeres se revisen ellas mismas los senos (autoexploración)?	12 (30.7%)	12 (30.7%)	P > 0.05	-0.1356 to 0.1356	0	10 (26.3%)	28 (74%)	P<0.001	0.3363 to 0.6111	8.381	10 (27%)	10 (27%)	P > 0.05	-0.1392 to 0.1392	0
¿Sabe usted cada cuando un médico o enfermera debe revisarle los senos (mamas) con la mano en busca de bolitas (examen clínico)?	11 (28.2%)	11 (28.2%)	P > 0.05	-0.2051 to 0.2051	0	12 (31.5%)	29 (76%)	P<0.001	0.1870 to 0.6025	4.619	12 (30.7%)	23 (62%)	P<0.01	0.0867 to 0.5078	3.433
¿Piensa usted que a su edad es necesario que le hagan el examen clínico de las mamas?	18 (46.1%)	18 (46.1%)	P > 0.05	-0.1517 to 0.1517	0	22 (57.9%)	31 (82%)	P<0.001	0.0831 to 0.3906	3.745	17 (45.9%)	17 (45.9%)	P > 0.05	-0.1558 to 0.1558	0
¿Sabe usted que es la mastografía?	27 (69.2%)	21 (69.2%)	P > 0.05	-0.1187 to 0.1187	0	25 (65.8%)	25 (65.8%)	P > 0.05	-0.1203 to 0.1203	0	26 (70%)	31 (84%)	P < 0.05	0.0132 to 0.2570	2.695
¿Sabe usted a qué edad debe realizarse la	12 (31%)	12 (31%)	P > 0.05	-0.1908 to	0	11 (29%)	28 (74%)	P<0.001	0.3331 to	6.62	10 (27%)	26 (70%)	P<0.001	0.3447 to	6.709

primera mastografía?				0.1908					0.7196					0.7364	
¿Sabe usted con qué frecuencia debe realizarse la mastografía?	10 (25.6%)	10 (25.6%)	P > 0.05	-0.1614 to 0.2127	0.33 32	11 (29%)	29 (76%)	P<0.00 1	0.2842 to 0.6632	6.076	9 (24.3%)	27 (71%)	P<0.001	0.2674 to 0.6515	5.815

Haciendo uso de la medición basal de toda la muestra (114 mujeres), 28% de las participantes refirieron que la autoexploración debe realizarse cada mes, mientras que 13.2% mencionó que sólo se revisaría los senos cuando presenten molestias (Gráfico1).

Gráfico1. ¿Con que frecuencia, considera usted, que es necesario que las mujeres se revisen ellas mismas los senos (autoexploración)?



En cuanto a la frecuencia en la que se deben revisar los senos por un médico o enfermera (examen clínico), 30.1% contestó que deben realizarle el examen clínico cada mes, mientras que 14% no sabe cada cuando se debe realizar esta técnica (Gráfico2).

Gráfica2. Sabe usted, ¿cada cuando un médico o enfermera debe revisarle los senos (mamas) con la mano en busca de bolitas (examen clínico)?



Por otro lado, 36% refirió que la mastografía debe realizarse de los 36 a los 45 años, 19% consideró realizársela antes de los 35 años, 8.8% después de tener el primer hijo, 5.4% refirió que al iniciar vida sexual activa y 4.5% al casarse (Gráfico3).

Grafico3. Sabe usted, ¿a qué edad debe realizarse la mastografía?



De acuerdo a la medición basal, 35% de las mujeres considera que la mastografía debe realizarse cada dos años, 27% refirió que cada año, 16.7% no sabe cada cuando realizarla y 13.2% contestó que se debe realizar sólo cuando se presenten molestias.

Grafico4. Sabe usted, ¿con que frecuencia debe realizarse la mastografía?



Resultados del análisis cualitativo

Al inicio de la intervención, es decir en la medición basal, algunas de las mujeres refirieron no saber que es la mastografía. De acuerdo a las preguntas abiertas la mayoría de las mujeres tienen una noción de lo que es el estudio:

Para usted, ¿Qué es la mastografía?

Nos revisan las mamas con un aparato especial que se llama mastógrafo.¹³

Es un examen que hacen en caso de que tengamos alguna molestia en las mamas o también cuando estamos en edad de que nos lo hagan.¹⁴

¹³ Cuestionario número 17

A partir de un aparato llamado mastógrafo se observa la presencia de materia Cancerígena en los senos, así como su dimensión y localización.¹⁵

Es el único estudio que puede detectar quistes o tumores en las mamas.¹⁶

En cuanto a la importancia de revisarse los senos, un número pequeño de participantes refirieron que sólo se deben revisar cuando tengan alguna molestia u observen algo anormal:

En su opinión, ¿cree que es importante que las mujeres se revisen los senos?

No creo que tenemos que revisarnos a cada rato, eso sólo cuando ya nos duela.¹⁷

No es importante porque no sabemos que tenemos que sentir, yo e tocado mis cenos y siento siempre bolitas, por eso yo digo que mejor no hay que tocarnos.¹⁸

Mientras que la mayoría considera importante revisarse los senos:

Es importante revisarse para conocer nuestro cuerpo, por si hay cambios que no son normales.¹⁹

Si porque prevenimos o si la tenemos (la enfermedad) la detectamos a tiempo para tratamiento.²⁰

Sin embargo, dentro de este grupo algunas mencionaron que no saben cómo hacerlo o no saben que deben sentir para saber si tienen algo anormal:

Yo creo que es importante revisarse para prevenir la enfermedad, pero luego uno no sabe que se debe sentir.²¹

Si es importante, yo me e sentido pero todo se siente como bolitas.²²

Hubo opiniones divididas en las mujeres mayores de 40 años, ya que algunas consideran la necesidad inmediata de realizarse la mastografía:

Yo creo que me aria una mastografía, ya ahorita porque me dijeron que ya me toca por mi edad (45años).²³

¹⁴ Cuestionario número 25

¹⁵ Cuestionario número 42

¹⁶ Cuestionario número 68

¹⁷ Cuestionario número 2

¹⁸ Cuestionario número 94

¹⁹ Cuestionario número 56

²⁰ Cuestionario número 80

²¹ Cuestionario número 39

²² Cuestionario número 107

²³ Cuestionario número 5

Yo me la voy aplicar pasado mañana, ya tengo la cita el doctor del centro de salud me dio la orden.²⁴

Otras creen que es mejor hacerla cuando tengan molestias o cuando lleguen a la edad que les indique el médico:

Yo me la hago hasta que me duela algo, ya después voy²⁵

Creo que no tengo edad luego no te atienden porque no llevas orden, es mejor esperar a que te diga el doctor.²⁶

Un menor número reportó que no tiene el tiempo o los recursos para realizarse el examen:

A lo mejor dentro de un mes depende si tengo tiempo porque con los hijos la casa y el marido no da tiempo.²⁷

Pos me la hago cuando tenga tiempo y pos el dinero porque en veces hay tiempo pero no dinero y aunque quieramos.²⁸

Al terminar la intervención (medición final), la mayoría de las mujeres del grupo intervenido con el folleto refirieron saber que es la mastografía, mientras que en el grupo intervenido con el comic se mantuvieron las mujeres que reportaron no saber que es la mastografía:

Para usted, ¿Qué es la mastografía?

Es un estudio que realizan en los senos, con un aparato, para saber si tenemos algo anormal en las mamas.²⁹

A partir de una imagen de los senos se observa la presencia de materia cancerígena en los senos, así como su dimensión y localización.³⁰

En cuanto a la importancia de revisarse los senos, sólo se registró un pequeño aumento de mujeres que reportan que es importante realizarse esta técnica respecto a la medición basal.

Las participantes mayores de 40 años del grupo intervenido por el comic creen necesario realizarse una mastografía dentro de un período de tiempo menor a un

²⁴ Cuestionario número 39

²⁵ Cuestionario número 53

²⁶ Cuestionario número 84

²⁷ Cuestionario número 101

²⁸ Cuestionario número 114

²⁹ Cuestionario número 17

³⁰ Cuestionario número 42

mes, debido a que reportan la necesidad de prevenir el cáncer de mama y en caso de que tengan la enfermedad detectarla a tiempo:

Pues con todo lo que dice el folletito (comic), pues me la aria ya mañana, porque sino pues se puede uno morir.³¹

Dentro de quince días, para evitar morir de eso.³²

Yo digo que pasado mañana o la siguiente semana, voy a buscar tiempo para ir, pensé que no me tocaba, pero ya me toca.³³

En cuanto al grupo intervenido con el folleto un menor número con respecto al grupo intervenido con el comic, se realizarían la mastografía en un período menor a 3 meses.

A lo mejor dentro de unos meses.³⁴

Dentro de 6 meses, ya me toca pero tengo que tener tiempo.³⁵

DISCUSIÓN

Desde la medición basal se observa que más del 80 % de las mujeres participantes mencionan que es necesario revisarse los senos. Esto es indicativo que para las participantes es importante prevenir la enfermedad y que muestran disposición a ser revisadas. Después de las intervenciones no se observa un aumento significativo en este cuestionamiento ya que el valor de p para los 3 grupos es mayor a 0.05. Esto también fue reportado por Champion y Skinner, en su estudio mencionan que las mujeres obtienen información sobre la revisión de las mamas y del cáncer de mama en general, por parte de sus familiares, amigos y algunos medios, pero que esto no influye en la decisión de la mujer de realizarse el diagnóstico oportuno por medio de la mastografía.⁸⁸

La intervención con el cómic fue más exitosa que la de SSA en dar a conocer la frecuencia de la autoexploración y la edad para el examen de mamas por parte del médico ya que el folleto de la SSA no contiene tal información.

Para la frecuencia de la revisión de mamas por el personal médico, el cómic fue un poco más impactante que el de SSA, el cual también da a conocer ese dato. (cómic $p < 0.001$ y folleto SSA $p < 0.01$).

³¹ Cuestionario número 33

³² Cuestionario número 53

³³ Cuestionario número 72

³⁴ Cuestionario número 93

³⁵ Cuestionario número 104

En lo relacionado a la mastografía ambas intervenciones tuvieron igual impacto sobre las mujeres de sus respectivos grupos al tener iguales valores de significancia, pero con respecto a la definición de mastografía el folleto de SSA fue más exitoso ya que el cómic no contiene la definición de tal procedimiento por su propia naturaleza.

Es importante mencionar, que en la medición basal, las mujeres reportaron diversas opiniones respecto a la frecuencia de realizarse la autoexploración, siendo de interés que el 13.2% de las mujeres consideran que sólo se revisarían los senos si tienen molestias, observándose que después de la intervención este grupo de mujeres cambió su opinión sobre este tema. Esto también es reportado en otros estudios como el de Ogedegbe y cols, así como el de Laymian, los cuales concluyeron que las mujeres no se realizan la mastografía debido a que no presentan síntomas visibles, perciben su buena salud y tienen poco conocimiento sobre el cáncer de mama.^{89,90}

La frecuencia del examen clínico de las mamas reportada por las mujeres en la medición basal, varía desde cada mes, que es lo que especifica la norma mexicana sobre el cáncer de mama, hasta mujeres que no saben cada cuando el médico debe realizarles esta técnica; en contraste con la medición final en las que las mujeres del grupo intervenido con el comic, refirieron en mayor número, que se debe realizar esta técnica cada mes.

Por otro lado, en la medición inicial las participantes, en su mayoría refieren que se debe realizar la mastografía de los 36 a los 45 años, aunque hay que destacar que casi el 10% reporta que se realizarían este estudio cuando se casen o inicien vida sexual activa y 8.8% cuando tengan su primer hijo. Habiendo un cambio importante en la segunda medición, en la cual la mayoría de las mujeres de ambos grupos reportaron que la mastografía debe realizarse a partir de los 40 años. Inicialmente, 35% de las mujeres consideró que la mastografía debe realizarse cada dos años, 27% refirió que cada año; posteriormente ambos grupos, en su mayoría reportó que este estudio debe realizarse cada dos años.

En el análisis cualitativo, se pudo observar que las mujeres tienen una noción sobre lo que es la mastografía, cambiando su percepción de este estudio de la medición basal a la final, siendo mayor en el grupo intervenido por el folleto, debido a que este material cuenta con la definición dentro de su contenido. Las participantes de ambos grupo consideran importante revisarse los senos, no teniendo un cambio importante de su opinión de la medición basal a la final.

Por último, la opinión basal de las mujeres intervenidos por el comic respecto al tiempo en el que considerarían necesario realizarse una mastografía, cambió respecto a la medición final, ya que reportan querer realizarse la mastografía en

un lapso de tiempo menor a un mes, siendo diferente a los reportado por las mujeres del grupo intervenido por el folleto, las cuales reportaron querer realizarse la mastografía en un lapso de tiempo menor a 6 meses. Esto ha sido reportado en otros estudios, Champion y Huster investigaron el efecto de las intervenciones educativas en la adopción de la mastografía, sus resultados indicaron que las percepciones son afectadas positivamente al igual que las creencias relacionadas con ese procedimiento.⁹¹

CONCLUSIÓN

Diversos estudios han demostrado que el uso de herramientas en comunicación, como es el caso del comic, ayudan a mejorar la información y percepción de la enfermedad, pueden ser adaptados a diversas poblaciones y los recursos necesarios para su implementación son menores a otros materiales.

A pesar de la asistencia de las mujeres de Ixmiquilpan en la intervención, se pudo constatar que el análisis de los resultados muestra que los objetivos de la intervención fueron cumplidos. De acuerdo con las mediciones previa y posterior se puede afirmar que la intervención implementada consiguió modificar conocimientos sobre prevención y detección de cáncer de mama, siendo comparados con el folleto de la secretaría de salud.

Se pudo observar el cambio en la percepción del riesgo de la enfermedad en el grupo intervenido por el comic.

Esta intervención fue llevada a cabo en un población pequeña y por el tiempo que se tuvo entre las mediciones (inicial y final), es muy difícil conocer el impacto poblacional que puede tener, sin embargo, el incremento de los conocimientos se logró de una manera satisfactoria y puede quedar como una ventana abierta para mejorar el comic y su contenido.

RECOMENDACIONES

El uso de la historieta como medio de información sobre cáncer de mama, demostró ser eficaz para modificar conocimientos de sus participantes. Sin embargo, con la aplicación del mismo en la comunidad de Ixmiquilpan las recomendaciones que a continuación se mencionan podrían mejorar los efectos en aplicaciones futuras.

- Evaluar el impacto de la historieta a largo plazo, implementando una evaluación de conocimientos sobre cáncer de mama en las mujeres de la comunidad en los grupos que fueron intervenidos con el folleto y comic, varios meses después.
- Aumentar la participación de las mujeres en la intervención, en aplicaciones futuras.
- Aumentar la información y diálogos entre los personajes del comic, para que las mujeres se sientan identificadas con la historieta.
- Hacer uso de un experimento en el cual, sin que las mujeres tengan conocimiento del mismo, colocar ambos materiales (folleto y comic) en una sala de espera y observar que material leen más. Ya que como se reportó en el diagnóstico situacional, en las entrevistas a diversos personajes clave a las mujeres de Ixmiquilpan no les llama la atención leer comics, con ese experimento se comprobaría tal información.
- Se recomienda el uso de otros medios o herramientas de comunicación que se ajusten a las necesidades de la población y la evaluación de su implementación.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones con las que cuenta el estudio es la falta de cumplimiento del tamaño de la muestra. Como ya se ha mencionado, se hizo la intervención a menos del 50% de la muestra teórica. Esto ocurrió debido a que se hizo en época de clases cuando las mujeres tienen ocupaciones con sus hijos o trabajan. Inicialmente se había programado la intervención el 14,15 y 16 de diciembre de 2013, en período vacacional, pero por cuestiones administrativas y de recursos del municipio no se pudo hacer en estas fechas.

Por otro lado, inicialmente se tenía contemplada una historia más larga en el comic, en la cual se hacía uso de historias reportadas por mujeres de Ixmiquilpan que habían padecido la enfermedad, estas mujeres fueron entrevistadas con ese objetivo. Ya que como se reportó en el diagnóstico situacional, las mujeres de Ixmiquilpan querían historias reales, de mujeres que hayan sobrevivido a la enfermedad y su experiencia a través de los servicios de salud de Hidalgo. También contaba con información de la secretaría de salud, así como de la norma

oficial mexicana, pero debido a lo reducido de los recursos con lo que se contó para el presente trabajo se delimitó a lo que se presenta en este escrito. Por ello es posible que las mujeres no se hayan sentido identificadas con la historia como se propuso en el objetivo del trabajo y con ello probablemente se reduzca el impacto de la historieta.

Otra limitante es el tiempo transcurrido entre la medición inicial y final de los tres grupos, debido principalmente a la falta de tiempo y recursos.

Por último, la información del folleto sobre cáncer de mama está limitada solamente al tema de la mastografía, debido a que no se pudo conseguir un material que en su contenido tuviera la misma información que el comic.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS nota descriptiva No.297: Cáncer. Febrero de 2011[Consultado 2013 mayo]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Consultado el 7 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
3. Knaul F, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Mex* 2009; 51 (2):335-344.
4. GLOBOCAN 2008. Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide 2008. International Agency for Research on Cancer [Consultado 2012 mayo]; Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>
5. López L, Torres L, López M, Rueda C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pública Mex* 2001; 43(3):199-202
6. Instituto nacional de Salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006. Cuernavaca: INSP, 2007.
7. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención Y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Junio 2011 [Consultado 2013 julio] Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_TUMORES_MALIGNOS_MEX_2010.pdf
8. Norma Oficial Mexicana. NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México, 2011.
9. De la Vara E, Palacio L, Oropeza C, Hernández M, Lazcano E. Perfil epidemiológico de la mortalidad en el sureste de México, 1980-2008. México: INSP, 2011.
10. Puschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera S. 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. *Fam Pract*. [Research Support, N.I.H., Extramural]. 2010 Feb;27(1):85-92
11. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de Mama. México: SS, 2002
12. Secretaría de Salud. Estadísticas sobre cáncer cervicouterino y cáncer de mama. SS, 2010.
13. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):254-262
14. Unger K, Infante C. Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behavior. *Social Science & Medicine* 2011; 72:1096-1104
15. Unger K, Infante C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2009;51 Suppl 2:s270-85
16. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [monografía en internet]. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf. 2006.
17. López L, Suarez L, Torres L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):345-349
18. Knaul F, Bustreo F, Ha E, Langer A. Breast cancer: Why link early detection to reproductive health interventions in developing countries?. *Salud Pública Mex* 2009; 51(2):220-227
19. Howe H, Katterhagen G, Yates J, Lehnerr M. Urban-rural differences in the management of breast cancer. *Cancer causes and control* 1992; 3:533-539.
20. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R, Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: an Iranian study. *Public Health* 2005;119(10):885-91.
21. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany -- a population based study. *Br J Cancer* 2002;86(7):1034-40.

22. Cárdenas J, Sandoval F. Segunda Revisión del Consenso Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer Mamario. Colima, México 2005. Gamo 2006;5(S2):3-21.
23. Coates R, Bransfield D, Wesley M, Hankey B, Eley J, Greenberg R, et al. Differences between black and white women with breast cancer in time from symptom recognition to medical consultation. Black/White Cancer Survival Study Group. J Natl Cancer Inst 1992;84(12):938-50.
24. Ramirez A, Westcombe A, Burgess C, Sutton S, Littlejohns P, Richards M. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet 1999;353(9159):1127-31.
25. Lannin D, Mathews H, Mitchell J, Swanson M, Swanson F, Edwards M. Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. JAMA 1998;279(22):1801-7.
26. Samet J, Hunt W, Lerchen M, Goodwin J. Delay in seeking care for cancer symptoms: a population-based study of elderly New Mexicans. J Natl Cancer Inst 1988;80(6):432-8.
27. Burgess C, Ramirez A, Richards M, Love S. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? Br J Cancer 1998;77(8):1343-8.
28. Nosarti C, Crayford T, Roberts J, Elias E, McKenzie K, Davids S. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. Br J Cancer 2000; 82 (3): 742-8.
29. Anderson B, Shyyan R, Eniu A, Smith R, Yip C, Bese N, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 guidelines. Breast J 2006;12 (Suppl 1):S3-15.
30. Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F, Beltrán-Ortega A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. Salud Pública Mex 2009;51 supl 2:S263-S269
31. Thomas S, Fick A. Women's health. Part II: individual environmental and economic factors affecting adherence to recommended screening practices to breast cancer. J L State Med Soc 1995; 147(4): 149-155
32. Smith H, Gooding S, Brown R, Frew A. Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practice for patients with asthma. British Medical Journal 1998; 317:264-265.
33. Real Academia Española. Diccionarios de la Lengua [Página de internet] Disponible en: <http://rae.es/>
34. Navarro D, Pémberton F. "¿Comunicación o transmisión de información?". Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/19/
35. Martín M, Piñuel J, Gracia J. Teoría de la comunicación. Cuadernos de comunicación. 2ª edición 1982; 8.
36. Cecchi C. La place de l'information dans la décision en santé publique. Santé Publique. 2008; 20 (4): 387-394
37. Brown H, Ramchandani M, Gillow J, y Tsaloumas M. Are patient information leaf lets contributing to informed consent for cataract surgery? Journal of. Medical Ethics 2004; 30:218-220.
38. Mayor, B. La historieta como instrumento para la divulgación médico-sanitaria. Translation Journal. Volumen 17, No. 2 Abril 2013.
39. Kanaga K, Nithiya J, Noor M. Awareness of Breast Cancer and Screening Procedures Among Malaysian Women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011; 12
40. Barrio I, Simón P, Melguizo M, Molina A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34(2):153-165
41. Keselman A, Logan R, Arnott C, Leroy G, Zeng Q, Developing Informatics Tools and Strategies for Consumer-centered Health Communication. J Am Med Inform Assoc. 2008;15: 473– 483
42. Mendez J. "Aprendamos a consumir mensajes". España, Grupo Comunicar Ediciones. 2001
43. Galdón G. "Introducción a la Comunicación y a la Información". Barcelona, Editorial Ariel. 2001

44. Ministerio de Salud del Perú. "Lineamientos de Política de Salud 2002-2012". Lima, Editorial MINSA. 2001
45. Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. 2005.[Revisado Agosto 2013]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
46. Organización Panamericana de la Salud (2001). *Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes* [En línea].
47. Donohew L, Sypher H, Bukoski W. *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
48. Maibach E, Parrott R. *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health practice*. California: Sage, Thousand Oaks.
49. Bettinghaus E, Cody M. *Persuasive communication*, 5th ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace; 1994.
50. Miller G. On being persuaded: some basic distinctions. In: Roloff ME, Miller GR, editors. *Persuasion: new direction in theory and research*. Beverly Hills, CA: Sage; 1980: 11-28.
51. Leventhal H. Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. 1980;5: 119–186
52. Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended process model, *Communication Monographs*, 59: 329–349.
53. Janis I, Feshbach S. Effects of fear-arousing communications. *J Abnorm Soc Psychol* 1953; 48: 78-92
54. Witte K, Allen M. A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior*. 27 (5): 591-615.
55. Prentice S, Floyd D, Flournoy J. Effects of persuasive message order on coping with breast cancer information. *Health education research*. 2001,16(1):81-84.
56. Tonani M, Campos E. Cancer risk and preventive behavior: Persuasion as an intervention strategy. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008,16(5):864-70.
57. Murray-Johnson L et al. Using the extended parallel process model to prevent noise-induced hearing loss among coal miners in Appalachia. *Health education & behavior*, 2004, 31(6):741–55.
58. Organización Mundial de la Salud. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies
59. Del Valle C. "Comunicar la Salud". Temuco Chile, Ediciones Universidad de la Frontera. 2003
60. Ministerio de Salud del Perú. "Planeamiento Estratégico de la Comunicación Educativa". Lima Perú. Editorial Decisión Gráfica. 2002
61. National Institutes of Health. Acres of science: the NIH moves to Bethesda. [Consultado el 25 de octubre de 2010] Disponible en: http://history.nih.gov/museum/education_health_ed.html.
62. Toroyan T, Reddy P. Participation of South African youth in the design and development of AIDS photocomics. *Quarterly of Community Health Education*. 2006; 25 (1-2): 149-163.
63. Milleliri J, Krentel A, Rey J. Sensitization about condom use in Gabon: Evaluation of the impact of a comic book. 2003; 13 (4):253-264
64. Green M, Myers K. Graphic medicine: use of comic in medical education and patient care. *BMJ*. 2010; 340: 574-577
65. Mayor M. El lenguaje del cómic a disposición de la divulgación médico-sanitaria: *Alzheimer. ¿Qué tiene el abuelo?* Reseña a: Boada, Mercè 2010. *Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*. 13(35):115-117. Disponible en: <http://www.familialzheimer.org/media/libros/que-tiene-el-abuelo/comic-que-tiene-el-abuelo.pdf>.
66. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, Pfizer. Un día como hoy (el cáncer de mama entró en casa). 2008. Disponible en: https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/dia_hoy_cancer_mama_entro_casa.html

67. U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. *Pink book-Making Health Communication Programs Work. Planners guide.*
68. Weinreich N. *What is social marketing?* Disponible en: <http://www.social-marketing.com/Whatis.html>
69. Kotler P, Roberto E. *Social marketing: Strategies for changing public behavior.* New York: Free Press.
70. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing* 35(3), 3–12.
71. Kerin R, Berkowitz E, Hartley S, Rudelius W. *Marketing.* 7a Edición. McGraw – Hill Interamericana
72. Kotler P, Roberto N, Lee N. *Social Marketing: Improving the Quality of Life.* 2da Edición (2004). SAGE Publications
73. Siegel M, Doner L. *Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change.* 2004. Jones and Bartlett Publishers
74. Kotler P, Lee N. *Social marketing: Influencing behaviors for good.* Thousand Oaks, CA. Sage Publications. 2008.
75. Tejada S, Thompson B, Coronado G, Martín. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Social Science & Medicine.* 2009; 68:832-839.
76. Haley E, Avery E, McMillan S. Developing Breast Health Messages for Women in Rural Populations. *The Journal of Consumer Affairs.* 2011; 45 (1):33-51
77. Sanches R, Dos Santos M. Cáncer de mama, pobreza y salud mental: respuesta emocional a la enfermedad en mujeres de camadas populares. *Rev Latino-am Enfermage.* 2007; 15.
78. Pineault R. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Masson, S.A. 1995. Capítulo 2: 45-47
79. Zeinomar N, Moslehi R. The Effectiveness of a Community-Based Breast Cancer Education Intervention in the New York State Capital Region. *J Canc Educ.* 2013 [Revisado 2013 julio] Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749424>
80. Guvenc I, Guvenc G, Tastan S, Akyuz A. Identifying Women's Knowledge about Risk Factors of Breast Cancer and Reasons for Having Mammography. *Asian Pacific J Cancer Prev;* 13: 4191-4197
81. Pérez I, Allen B, Ruiz S, Schiavon R, Cruz A, Hernández C, Lazcano E. Levels and correlates of knowledge about cancer risk factors among 13,293 public school students in Morelos, Mexico. *Prev Med.* 2004 Aug;39(2):286-99
82. Deng L, Na F, Wang J, Meng M, He H, Yang J, Jian Y, Wu J. Insufficient Screening Knowledge in Chinese Interns: A Survey in Ten Leading Medical Schools. *Asian Pacific J Cancer Prev;* 12: 2801-2806
83. Allam M, Elaziz A. Evaluation of the level of knowledge of Egyptian women of breast cancer and its risk factors. A crosssectionalstudy. *J PrevMedHyg* 2012; 53: 195-198
84. Yadollahie M, Simi A, Habibzadeh F, Ghashghaiee R, Karimi S, Behzadi P, Tadjzadeh G, Mozafari-Khah K, Salehi M, Firouzan L, Barazandeh S, Mohebi S, Rahimi A. Knowledge of and Attitudes toward Breast Self-Examination in Iranian Women: A Multi-Center Study. *Asian Pacific J Cancer Prev;* 12: 1917-1924
85. Avci I, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teachers knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing* 13 (2009) 94–101
86. Dos Santos I. *Epidemiología del cáncer: Principios y métodos.* Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer Lyon, Francia 1999. Capítulo 15: 353-359
87. Kline K, Mattson M. Breast Self-Examination Pamphlets: A Content Analysis Grounded in Fear Appeal Research. *HEALTH COMMUNICATION,* 12(1), 1–21.
88. Champion V, Skinner C. *The Health Belief Model. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass. 2008; 46-65.

89. Ogedegbe G, Cassells A, Robinson C. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97: 162-170.
90. Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 2007; 13: 1160-1169.
91. Journal. *La revue de santé de la Méditerranée orientale.* 2007; 13: 1160-1169.
92. Champion V, Huster G. Effect of interventions on stage of mammography adoption. *Journal of Behavioral Medicine.* 1995; 18 (2): 169–187.

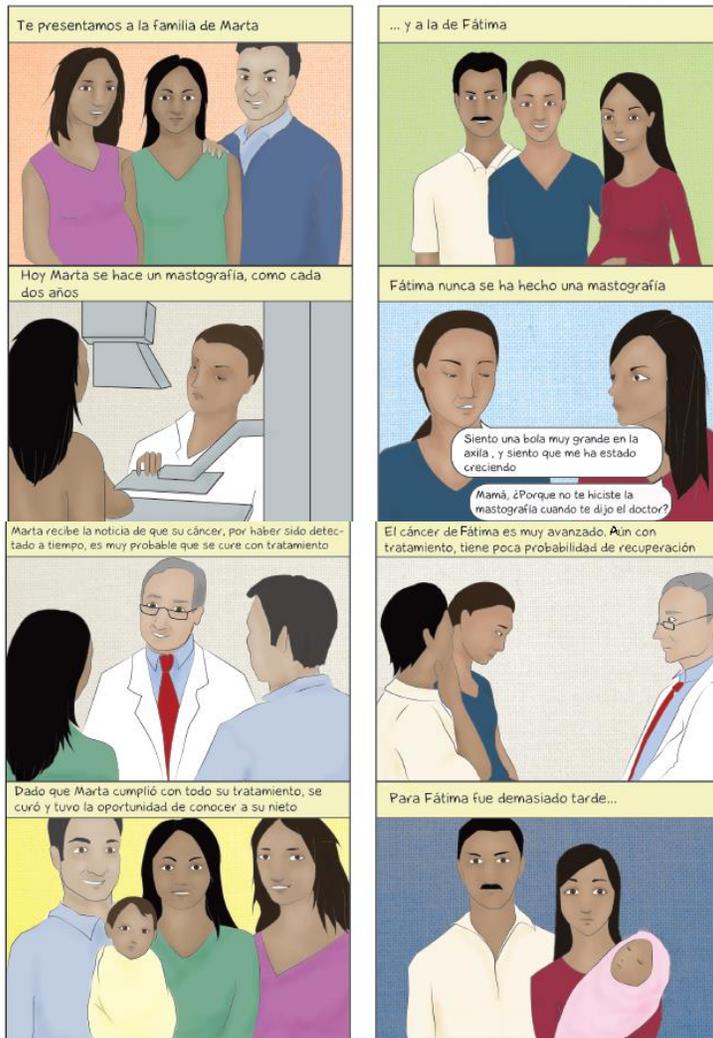
ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIETA

Portada



Contenido



ANEXO 3. FOLLETO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

¿Es dolorosa la mastografía?

No todas las mujeres sienten lo mismo, para algunas, resulta molesto y para otras es doloroso ya que los senos deben ser mantenidos firmemente en posición y comprimidos, para tomar una buena radiografía.

¿La mastografía previene el cáncer de mama?

No, este examen de mamas sólo ayuda a encontrarlo si está presente.

¿Cuándo tendré los resultados?

Una vez que se haya tomado la mastografía, el personal de salud le informará cómo recibirá sus resultados y aproximadamente cuánto tiempo tardarán, o en que forma se lo harán saber. Antes de salir, asegúrese de contar con esta información y no olvide dejar sus datos correctos de localización, para que la busquen en caso de tener que repetir la mastografía o hacer estudios adicionales.

¿Y si necesito tratamiento?

Le volveremos a citar para que acuda a una unidad médica correspondiente, donde personal especializado la atenderá, asegurándole que la atención será de calidad. Los tratamientos contra el cáncer de mama mejoran y se estudian constantemente. Como parte del proceso de atención, el tratamiento del cáncer de mama se proporciona de manera gratuita en la Secretaría de Salud a las mujeres sin seguridad social, especialmente si están inscritas al Seguro Popular.

Cinco pasos por la salud de tus mamas

- ▶ Hazte la mastografía
- ▶ Observa y toca tus mamas y reporta cualquier cambio a tu médico
- ▶ Solicita al médico la exploración clínica anual y que te informe sobre los factores de riesgo
- ▶ Consume agua, verduras y frutas
- ▶ Ejercita tu cuerpo y evita el sobre peso

HAGAMOS DE LA MASTOGRAFÍA... UNA OPORTUNIDAD DE VIDA

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva



¿Qué es?

- ▶ La mastografía es un examen radiográfico de las mamas; se realiza con un aparato llamado mastógrafo.
- ▶ Este examen ayuda a detectar el cáncer de mama en sus etapas iniciales, cuando aún no es posible que se pueda palpar por el médico o por usted misma.
- ▶ Existen dos tipos de mastografía:
 - La de detección que se dirige a mujeres sin síntomas o signos y está indicada en todas las mujeres de 40 a 69 años de edad.
 - La de diagnóstico que se realiza cuando la mujer tiene síntomas o signos de enfermedad en los pechos y debe efectuarse lo más pronto posible.

¿Por qué necesito una mastografía?

El cáncer de mama es la primera causa de enfermedad y muerte por un tumor maligno y cada vez es más frecuente en la mujer mexicana, a mayor edad mayor riesgo de enfermar. El examen radiológico puede ayudar a encontrar un tumor o boluta antes de que haya algún signo o síntoma. Si los cambios son encontrados en una etapa temprana, el cáncer es curable.

¿Todas las mujeres deben hacerse una mastografía?

El riesgo de enfermar de cáncer de mama aumenta en la medida que la mujer envejece.

Invitamos a todas las mujeres entre los 40 y 69 años de edad a la toma de su mastografía. Acuda a realizarse su examen radiológico aún cuando no tenga síntomas o algún cambio en sus senos. Solicite en su centro de salud una cita para la toma de su mastografía.



¿Dónde me harán la mastografía?

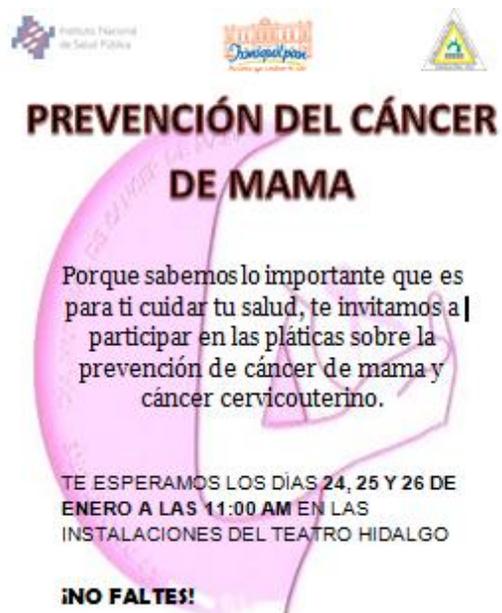
Se realiza en un hospital, centro de salud o unidad móvil donde se cuenta con mastógrafo. Por favor, el día de su cita toma un baño y no utilice desodorante, perfume, aceite, crema o talco en las axilas y en sus mamas, ya que, las partículas de estos productos pueden alterar los resultados del estudio y de preferencia, para su comodidad, ese día use ropa de dos piezas.

¿Qué ocurre durante la mastografía?

Este estudio se lleva a cabo en pocos minutos. Le darán una bata y le pedirán que se quite la ropa de la cintura para arriba, una vez que esté cómoda, el personal especializado para realizar este examen, le explicará cómo es la mastografía. La colocará de pie frente al mastógrafo y pondrá sus senos, uno a la vez, entre dos placas especiales, cada uno de sus senos será comprimido durante algunos segundos y la tomarán las radiografías, como se muestra en la fotografía.

Es importante que realice todas las preguntas que desee sobre la mastografía.

ANEXO 4. CARTEL DE DIFUSIÓN



ANEXO 5. CARTA DESCRIPTIVA SOBRE CÁNCER CERVICOUTERINO

Tema:		Prevención y detección del cáncer cervicouterino.					
Objetivo General		Describir el cáncer de mama, así como su prevención, detección y riesgos de la enfermedad.					
Sesión	Fecha	Duración	Objetivo	Actividades didácticas	Técnica dinámica	Recursos didácticos	Encargado
1	Enero	20 min	Identificar los riesgos del cáncer cervicouterino Describir el examen de detección	1.Lluvia de ideas sobre los riesgos del cáncer cervicouterino 2. Aclaración por parte del encargado de la plática, de los riesgos reales de la enfermedad 3.Exposición del examen de detección y de la prevención del cáncer 4.Comentarios finales y resolución de dudas	Platica-exposición	Computadora Cañón Cuestionarios Lápices	Enfermera del centro de salud de Ixmiquilpan

ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra.

Introducción/Objetivo:

Buenos días (tardes) El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un estudio titulado: "Implementación de una estrategia de comunicación sobre la prevención, detección y control del cáncer de mama en mujeres del área rural de Ixmiquilpan, Hidalgo". El objetivo del estudio es conocer si una historieta que se le mostrará, la cual habla sobre cáncer de mama, es del agrado de las mujeres de Ixmiquilpan, Hidalgo y si en su opinión es clara la información que ahí se menciona.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente:

- Responderá unas cuantas preguntas relacionadas con el cáncer de mama, antes y después de ver la historieta que se les proporcionará.
- Posteriormente se le entregará un material informativo sobre cáncer de mama o cáncer cervicouterino.

Beneficios: No existe beneficio directo para Usted por su participación en este estudio; sin embargo estará colaborando en la investigación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione en la entrevista será estrictamente confidencial; será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificada mediante un número y no por su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que Usted no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted. Podría ser que alguna de las preguntas que le hagamos la haga sentir un poco incómoda. Usted tiene el derecho de no contestar cualquier pregunta que le incomode. Usted no recibirá ningún pago por su participación en el estudio, ni implica gasto alguno para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Números a Contactar: Si tiene usted alguna pregunta o comentario con respecto al proyecto, por favor comuníquese de 9 de la mañana a 6 de la tarde con la Dra. Gabriela Torres Mejía, investigadora responsable del proyecto, al siguiente número de teléfono 01(777) 329-30-00 Ext. 3201ó 3203. O bien puede escribirle a la siguiente dirección: INSP, Av. Universidad 655, Cuernavaca, Morelos, 62508.

Si tiene Usted preguntas generales acerca de sus derechos como participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con la M.C. Angelica Ángeles Llerenas, Presidente del Comité de Ética en investigación del INSP al teléfono (777) 320-3000 Ext. 7424 entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo etica@correo.insp.mx

Le dejaremos una tarjeta con esta información.

¡Muchas gracias por su participación!

