

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN



TÍTULO DEL PROYECTO

**DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA:
COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE
USO DE MASTOGRAFÍA**

POR
C.D. NORMA GUADALUPE GARCÍA MORALES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

DICIEMBRE, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA:
COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE
MASTOGRAFÍA**

POR

C.D. NORMA GUADALUPE GARCÍA MORALES

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. S.P. ANA MARÍA SALINAS MARTÍNEZ

DICIEMBRE, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA:
COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE
MASTOGRAFÍA**

POR

C.D. NORMA GUADALUPE GARCÍA MORALES

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**CODIRECTOR DE TESIS
DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER**

DICIEMBRE, 2015

DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA:
COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE MASTOGRAFÍA

Aprobación de tesis:

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Secretario

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Vocal

Dr. en CS Esteban Gilberto Ramos Peña
Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis **APROBÓ** la tesis “**DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA: COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE MASTOGRAFÍA**”, presentada por **C.D. Norma Guadalupe García Morales**. Con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, N.L. a ____ de _____ del 2015

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Presidente

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Secretaria

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Vocal



Dr. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DE LA U.A.N.L.
P R E S E N T E

Nos permitimos comunicar a Usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada **DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA: COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE MASTOGRAFÍA**, presentada por **C.D.Norma Guadalupe García Morales**. Con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, le enviamos un cordial saludo.

Atentamente,

“Alere Flammam Veritatis”

Monterrey, N.L. a ____ de _____ del 2015

Dra. S.P. Ana María Salinas Martínez
Directora

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Codirector

AGRADECIMIENTOS

“...Pon todo lo que hagas en manos del Señor, y tus planes tendrán éxito.” Proverbios 16:3

Le agradezco a Dios por ponerme en este camino y permitirme culminar esta etapa de mi vida, por ser mi guía y fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.

A mi familia, mis padres por su confianza y creer siempre en mí, mis hermanos que están al pendiente de mis hijas y mis avances, mis sobrinos que con sus ocurrencias me mantienen relajada y alegre, mi tía Vita que siempre está al pendiente de nosotras y apoya en todo en la casa; a mi esposo por su apoyo incondicional y mis hijas por comprender el tiempo que requirió este proyecto y disculpar mi ausencia durante las estancias.

A los Doctores Héctor Villarreal, Miguel Quiroga y Dra. Alma Serrano que me invitaron y motivaron a participar en esta maestría, gracias por empujarme a tomar la decisión y la oportunidad de seguir creciendo académicamente.

A mi directora tesis y gran maestra, la Dra. Ana María Salinas. Gracias por todas sus enseñanzas, por dirigirme durante todo este aprendizaje, por su paciencia y dedicación; en verdad estoy muy agradecida por todo lo que me ha permitido aprender de usted. Espero algún día tener la oportunidad de compensar su confianza y trabajo.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la gran oportunidad que me brindó al ser becaria de su programa de posgrado, y a la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FASPyN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) por contribuir en mi formación; a ambas instituciones les agradezco su apoyo y confianza al brindarme la oportunidad de realizar estancias de investigación tanto en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de Cuernavaca y en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), en España. No tengo palabras para expresar mi gratitud, sin el apoyo de ustedes no habría sido posible crecer en mi formación profesional, gracias por ayudarme a culminar no uno, sino muchos de mis sueños al realizar esta maestría.

Igualmente deseo agradecer la valiosa colaboración de la Dra. Rebeca Thelma Martínez y el Dr. José Guadalupe Sánchez, de los Centros Universitarios, UANL, el Dr. Armando Leal Martínez y Dra. Cintia Serna González, Clínica Hospital ISSSTE Constitución, la Dra. Laura H. de la Garza Salinas, de Delegación Regional Nuevo León, IMSS y el Dr. José Manuel Ramírez, de la Secretaría de Salud. Sin su apoyo no hubiera sido posible culminar el presente trabajo; personas como ustedes, con el espíritu de cooperación demostrado, son las que coadyuvan a la buena imagen de estas instituciones, y el fomento de actividades de investigación. A todos ellos, reiteramos nuestro más profundo agradecimiento.

Aprovecho para agradecer a cada uno de los maestros que impartieron sesiones en la maestría, por compartir su conocimiento y experiencia, y que contribuyeron en mi

crecimiento académico y personal; así como a la Dra. Gabriela Torres del INSP y el Prof. Ubaldo Cuesta y Profa. Sandra Gaspar de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM por permitirme trabajar con ellos durante las estancias. En verdad aprecio mucho todo lo que aportaron a mi formación.

A todos los que me acompañaron a lo largo de estos dos años y esas personas que fueron como ángeles durante mi camino, mi más sincero agradecimiento.

Dios los bendiga!

Norma García

DEDICATORIA

*A mis hijas Sahian y Mitchel,
simplemente sin ustedes nada sería posible...
Gracias a su cariño, comprensión y apoyo
he logrado culminar esta etapa de mi vida;
son la luz que ilumina mi camino y
la fuerza que me mantiene firme cada día.
Sabiendo que jamás encontraré la forma de
compensar su constante apoyo y confianza,
espero que comprendan que mis sueños, esfuerzos y
logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.*

Con todo mi amor

Su mamá.

RESUMEN

C.D. Norma Guadalupe García Morales
Universidad Autónoma de Nuevo León
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Julio de 2015

Título del Estudio: DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA:
COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE
USO DE MASTOGRAFÍA.

Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública
Número de páginas: 82

Propósito y Método del Estudio: Evaluar el efecto de mensajes contruidos con tres niveles de amenaza (alta, media y baja) y dos niveles de autoeficacia (alta y baja), en reacciones emocionales, componentes cognitivos y disposición hacia el uso de mastografía. Se trató de un estudio controlado aleatorizado 3 x 2 (amenaza alta [AA], neutra [AN] y baja [AB]; y autoeficacia alta [AE] y baja [BE]), lo cual dio como resultados 6 tipos de mensajes: AA-AE (n=274), AA-BE (n=224), AN-AE (n=205), AN-BE (n=183), AB-AE (n=280) y AB-BE (n=209). Lo anterior, en mujeres sin diagnóstico actual o previo de cáncer de mama, ovario o útero; acompañantes de usuarios de unidades del primer nivel de atención del IMSS, ISSSTE, HU, Facultades UANL del campus salud, Centros de Salud, Centros Universitarios y lugares públicos. Se midió preocupación, miedo, tranquilidad y esperanza; percepción de riesgo, gravedad, autoeficacia; e intención de uso de mastografía, entre otras variables. Se utilizó chi² o Kruskal-Wallis para comparaciones intergrupo; y prueba de McNemar o Wilcoxon, para aquellas intragrupo; y regresión multivariada logística binaria.

Contribuciones y Conclusiones: El mensaje configurado con amenaza alta generó con mayor frecuencia reacciones de miedo, preocupación o angustia ($p < 0.0001$), y aquel con autoeficacia alta, reacciones de esperanza, ánimo, tranquilidad, alivio y fortaleza ($p < 0.0001$). Lo anterior, era necesario verificar antes de analizar el efecto de la comunicación de riesgo. Ningún mensaje provocó cambio de percepción de riesgo; y todos redujeron el nivel de percepción de gravedad del cáncer de mama. Todos los mensajes, con excepción del AB-BE, aumentaron el promedio del nivel de autoeficacia, independiente de la edad. Los mensajes configurados con eficacia alta (AA-AE, AN-AE y AB-AE), incrementaron el promedio del nivel de eficacia; solo el AN-AE fue independiente de la edad. En mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía, todos los mensajes lograron cambiar la disposición hacia el uso de mastografía; además, la autoeficacia alta aumentó 1.5 veces las posibilidades de disposición a realizarse el estudio (IC95% 1.3, 1.7), independiente de la configuración del mensaje, percepción de riesgo, severidad y eficacia de la mastografía, edad, escolaridad y seguridad social. Los resultados ratificaron la importancia de selección del contenido de un mensaje capaz de maximizar factores determinantes de la intención tal como la autoeficacia, y también la intención misma de uso de mastografía sin distinción de edad. En este sentido, el AN-AE cumplió con dichos atributos.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

TABLA DE CONTENIDO

| Contenido | Página No. |
|---|-----------------------|
| CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES..... | 1 |
| 1. ANTECEDENTES | 1 |
| 1.1 Introducción..... | 1 |
| 1.1.2 Mastografía de tamizaje vs diagnóstica..... | 2 |
| 1.1.3 Prevalencia de uso de mastografía..... | 4 |
| 1.1.4 Persuasión como medio para promover el uso de mastografía..... | 4 |
| 1.1.5 La persuasión de mensajes con base en miedo..... | 7 |
| 1.1.6 La persuasión a través símbolos | 9 |
| 1.1.7 La edad y personalidad como factores confusores en la efectividad del mensaje | 9 |
| 1.2 Marco teórico | 10 |
| 1.2.1 Teoría motivación de protección de la salud (MPS) | 10 |
| 1.2.2 Teoría de procesamiento doble y paralelo en situación de crisis | 11 |
| 1.2.3 Modelo de actitud y percepción de riesgo (Risk Perception Attitude Framework)..... | 12 |
| 1.2.4 Modelo transteórico (MTT)..... | 14 |
| 1.3 Estudios relacionados, comunicación de riesgo e intención o uso de detección oportuna de cáncer de mama (autoexamen o mastografía) | 16 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 20 |
| 3. JUSTIFICACIÓN..... | 21 |
| CAPÍTULO 2. HIPÓTESIS | 23 |
| CAPÍTULO 3. OBJETIVOS..... | 24 |
| 3.1 Objetivo general | 24 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 24 |
| CAPÍTULO 4. MATERIAL Y MÉTODOS | 25 |
| 4.1 Diseño de estudio. | 25 |
| 4.2 Temporalidad..... | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3 Ubicación espacial..... | 25 |
| 4.4 Población blanco. | 25 |
| 4.5 Unidad de observación | 25 |
| 4.6 Población estudio. | 25 |
| 4.7 Cálculo tamaño de muestra | 26 |
| 4.8 Técnica muestral..... | 26 |
| 4.9 Variables..... | 26 |
| 4.10 Procedimientos | 35 |
| 4.10.1 Reclutamiento y aleatorización | 35 |
| 4.10.2 Diseño de la configuración del mensaje..... | 37 |
| 4.10.3 Estandarización de procedimientos | 37 |
| 4.10.4 Medición basal, previa a la exposición del mensaje..... | 38 |
| 4.10.5 Medición final, posterior a la exposición del mensaje | 38 |
| 4.11 Instrumentos de medición | 40 |
| 4.11.1 Redacción de ítems | 40 |
| 4.12 Plan de análisis | 42 |
| 4.13 Consideraciones éticas | 43 |
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS | 44 |
| 5.1 Perfil sociodemográfico..... | 44 |
| 5.2 Antecedentes personales y familiares de conductas preventivas | 45 |
| 5.3 Comorbilidad: diabetes, hipertensión y colesterol elevado..... | 46 |
| 5.4 Antecedente de Menopausia..... | 47 |
| 5.5 Antecedente o síntoma actual de enfermedad de mama..... | 47 |
| 5.6 Normatividad subjetiva | 48 |
| 5.7 Perfil cognitivo | 48 |
| 5.8 Efecto de la configuración del mensaje..... | 49 |
| 5.8.1. Reacciones emocionales según configuración de mensaje..... | 49 |
| 5.8.2 Cambio de percepción de riesgo de padecer cáncer de mama | 51 |
| 5.8.3 Cambio de percepción de autoeficacia | 52 |
| 5.8.4 Cambio de percepción de eficacia de la mastografía | 53 |
| 5.8.5 Cambio de percepción de severidad del cáncer de mama | 55 |

| | |
|--|-----------|
| 5.8.6 Cambio de intención de uso de mastografía, mujeres sin intención inicial de realizarse el estudio (n=386)..... | 56 |
| CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN | 58 |
| CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES..... | 63 |
| CAPITULO 8. REFERENCIAS..... | 65 |
| ANEXOS | 71 |
| Anexo A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 71 |
| Anexo B. MENSAJES | 72 |
| Anexo C. CUESTIONARIO | 78 |
| RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO..... | 80 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| Figura No. | Nombre de Figura | Página No. |
|-----------------------|--|-----------------------|
| 1 | Componentes del modelo de protección de la salud con procesamiento doble y paralelo en situación de crisis | 12 |
| 2 | Componentes del modelo transteórico | 16 |
| 3 | Mapa conceptual de variables del estudio | 27 |
| 4 | Distribución de la colección de datos acorde con etapa de disposición al uso de mastografía (n=1,375) | 36 |
| 5 | Flujograma de procedimientos | 39 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Tabla No. | Nombre de la Tabla | Página No. |
|----------------------|--|-----------------------|
| 1 | Componentes del modelo de actitud y percepción de riesgo | 13 |
| 2 | Descripción de la medición de variables del estudio | 28 |
| 3 | Perfil sociodemográfico de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375) | 44 |
| 4 | Índice de personalidad de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375) | 45 |
| 5 | Antecedente de conducta preventiva personal sobre el uso de mastografía y Papanicolaou (n=1,375) | 46 |
| 6 | Antecedente familiar sobre el uso de mastografía y cáncer de mama familiar (norma subjetiva) (n=1,375) | 46 |
| 7 | Comorbilidad de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375) | 47 |
| 8 | Antecedente o enfermedad actual de mama de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375) | 48 |
| 9 | Reacciones emocionales negativas, según configuración de mensaje (n=1,375) | 50 |
| 10 | Reacciones emocionales positivas, según configuración de mensaje (n=1,375) | 50 |
| 11 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de percepción de riesgo con base en comparación inter e intragrupo (n=1,375) | 51 |
| 12 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de autoeficacia con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375) | 52 |
| 13 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de autoeficacia con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375) | 53 |

| Tabla No. | Nombre de la Tabla | Página No. |
|----------------------|--|-----------------------|
| 14 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de eficacia con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375) | 54 |
| 15 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de eficacia con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375) | 54 |
| 16 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de severidad con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375) | 55 |
| 17 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de severidad con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375) | 56 |
| 18 | Efecto de la configuración del mensaje en cambio de intención de uso de mastografía con base en comparación inter e intragrupo, mujeres sin intención inicial de realizarse el estudio (n=386) | 57 |

LISTA DE SÍMBOLOS

| SIGLAS | DESCRIPCIÓN |
|---------------|---|
| APR | Risk Perception Attitude Framework |
| MTT | Modelo Transteórico |
| MPS | Teoría Motivación de Protección de la Salud |
| AA | Amenaza Alta |
| AN | Amenaza Neutra |
| AB | Amenaza Baja |
| AE | Alta Eficacia |
| BE | Baja Eficacia |
| PANAS | Positive and Negative Affect Schedule |

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El cáncer de mama es sin duda alguna, un problema relevante de salud pública. A nivel mundial, la incidencia mostró un aumento global del 3% entre 1980 y 2010. Asimismo, la mortalidad por cáncer de mama cambió de 250,000 defunciones en 1980 a 425,000 en 2010 con una tasa anual de incremento de 1.8% (1). En nuestro país, las estadísticas muestran también un ascenso continuo en el número de decesos entre 1980 y 2005, pasando de 5.6 fallecimientos por cada 100,000 en 1979, a 10.1 por cada 100,000 en 2006; y en ese mismo año se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en la mujer (2-4), siendo una de las principales razones el diagnóstico en etapas tardías de la enfermedad. Evidentemente, la piedra angular para combatir el cáncer de mama sigue siendo la promoción del diagnóstico temprano a través del tamizaje con mastografía. Para ello, se requiere de estrategias de comunicación persuasiva.

El Instituto Nacional del Cáncer Estadounidense y los Centros de Prevención y Control de Enfermedades señala que *persuadir*, implica informar e influenciar directamente en la audiencia para tomar decisiones de salud correctas, aunque el mensaje no siempre logra los resultados deseados (5). La reacción de la población a un mensaje de riesgo, puede ir desde el silencio absoluto hasta expresiones de rechazo y enojo. Así, se debe considerar la modulación del nivel de amenaza y la percepción de capacidad para cumplir con la

conducta recomendada, esto último conocido como *autoeficacia*. La construcción de mensajes implica entonces, la selección de contenido técnicamente correcto y, la evaluación del grado de comprensión y aceptación del mismo. Sin olvidar, la potencial influencia de aspectos psicosociales y culturales entorno a la comunicación del mensaje.

El desarrollo de un programa de comunicación en salud se puede dividir en cuatro fases:

- 1) Desarrollo y prueba de conceptos, mensajes y materiales
- 2) Planeación y desarrollo de estrategias
- 3) Implementación del Programa
- 4) Evaluación de la efectividad.

El presente estudio se centró en la fase de desarrollo y prueba de conceptos, mensajes y materiales; y comparó el efecto de mensajes contruidos con tres niveles de amenaza (alta, media y baja) y dos niveles de autoeficacia (alta y baja), en tipo de reacción emocional e intención de iniciar el uso de dicho estudio. La finalidad, generar un precedente que pueda fortalecer el impacto de futuras campañas de promoción de detección temprana del cáncer de mama.

1.1.2 Mastografía de tamizaje vs diagnóstica

La mastografía es un estudio radiológico que permite detectar el cáncer de mama en etapa temprana, aún a tamaño de tumor no palpable mediante examen clínico. Las imágenes se pueden imprimir en blanco y negro o almacenar en dispositivo electrónico (mastografía digital). El estudio es seguro; usualmente se requieren 5,000 rads para que una radiación represente riesgo y, una mujer que desde los 40 y hasta los 90 años recibe mastografías anuales, alcanza a registrar en total de 20 a 40 rads. Aproximadamente

tarda 20 minutos en tomarse y para algunas mujeres puede resultar algo molesto, por la compresión ejercida sobre la mama durante el procedimiento. La Sociedad Norteamericana contra el Cáncer, recomienda realizarse la mastografía de tamizaje una vez al año a partir de los 40 años de edad; y hasta que el estado de salud lo permita, es decir, la edad no es razón única para suspender esta conducta de prevención secundaria (6). En México, la Norma Oficial Mexicana señala debe realizarse cada dos años en mujeres aparentemente sanas entre 40 y 69 años de edad; en mayores solo por indicación médica (7).

El tamizaje plantea la detección precoz de la enfermedad e intenta evitar la progresión de la lesión biológica o enfermedad en pacientes que se hallan asintomáticas. Así, la diferencia entre una prueba *diagnóstica* y un *tamizaje*, es que en la primera se identifica una enfermedad ante la presencia de signos o síntomas referidos por la paciente o identificados en forma dirigida por un clínico. En cambio, una prueba de tamizaje, hace referencia a la identificación *presuntiva* de una enfermedad *no aparente*. Las estrategias de tamizaje varían de país a país. La más empleada es la oportunista, es decir, la búsqueda activa de enfermedad en la persona que está haciendo uso de servicios de salud por motivos distintos a la detección temprana del cáncer de mama (*case finding*) (8). En cambio, el tamizaje con base poblacional consiste de campañas dirigidas a grupos de población blanco de alcance regional o nacional; es una estrategia de búsqueda activa de enfermedad de carácter global con mayor potencial de cobertura (*screening*) (9). De hecho, mujeres en países con programas nacionales tienen 3.9 veces (Intervalo de Confianza 95% 2.2-6.7) más probabilidades de tener una mastografía en los últimos 3 años que aquellas de países con tamizaje oportunista (10).

1.1.3 Prevalencia de uso de mastografía

La prevalencia de uso de mastografía varía según la región. En Europa, se reporta 61.4% de mujeres mayores de 50 años con estudio en los últimos 3 años (10). Estados Unidos, ha registrado 73.7% en mujeres mayores de 40 con mastografía en los últimos 2 años; y plantea como meta incrementar dicha cifra a 81% para el año 2020 (11). En México, estadísticas recientes muestran que sólo 2 de cada 5 mexicanas, han acudido el año previo a realizarse un estudio de mastografía. En el norte del país, la prevalencia de mastografía en los últimos 2 años fue superior comparado con en el resto del país (Norte=39.7%; Centro=31.29%; Centro-occidente=29.3% y Sur-sureste=17.1%, $p \leq 0.001$). Así también, la prevalencia varió según disponibilidad de servicio médico: 13.6-15.3%, en mujeres sin prestación de servicios (población abierta); 13.8-20.1%, en mujeres con seguro popular; 31.6-38.3%, en mujeres con ISSSTE; y 20.3-39.1%, en mujeres con IMSS (12, 13).

1.1.4 Persuasión como medio para promover el uso de mastografía

El uso de mastografía está mediado por dos tipos de motivación: a) Extrínseco, la acción está motivada por agentes externos o vinculados a ellos, por ejemplo, evitar un sufrimiento a la familia; y b) Intrínseco, la actividad se realiza por interés propio, sin que exista la necesidad de razones ajenas, de aquí el reto de la comunicación en salud pública. Es importante entender los límites de la comunicación en salud, así se reconoce que *sí* puede: a) Incrementar el nivel de conocimiento y concientizar sobre un problema de salud, b) Influir sobre percepciones, creencias y actitudes que pueden cambiar normas socio-culturales, c) Estimular una acción, d) Demostrar o ilustrar habilidades saludables, e) Reforzar conocimiento, actitudes y conductas saludables, f) Mostrar el beneficio del

cambio de conducta, g) Incrementar la demanda de servicios de salud, h) Refutar mitos y conceptos erróneos, e i) Fortalecer lazos organizacionales. Mientras que la comunicación en salud, *no* puede: a) Subsancar atención para salud o problemas de acceso a los servicios de salud, b) Producir cambios sostenidos de conductas de salud, sin el apoyo de un programa paralelo de regulación o política establecida, y c) Ser efectiva por igual para todos los problemas de salud, por predisposición previa de la audiencia para con el tema o porque el asunto es controversial (5).

La función de un mensaje básicamente es hacerse presente en el momento en que la persona va a tomar una decisión para culminar en un comportamiento concreto; y hay ciertos pasos que se tienen que seguir para poder pasar de la persuasión a la acción deseada: a) Exposición al mensaje, b) Atención al mensaje, c) Percepción de relevancia personal del mensaje (sentir interés), d) Entendimiento del mensaje, e) Capacidad de pensar en el mensaje, f) Aceptación del cambio que solicita el mensaje, g) Capacidad de llevar a cabo lo que solicita el mensaje, h) Aceptación de la conducta en la vida personal, i) Decisión de actuar cuando recuerda el mensaje, j) Recepción de reforzamiento positivo y por último, k) Incorporación de la conducta a la vida diaria (hábito). Por otra parte, se dice que se debe identificar el mensaje principal en los primeros 10 segundos de exposición; en los siguientes 30 segundos, presentar el mensaje completo; y al cierre, resumir o repetir el mensaje principal (5).

El contenido de mensajes requiere de ciertas características necesarias para ser apropiados y efectivos (14):

1. Tener el objetivo claro y realista

2. Ser relevante
3. Ser original
4. Tener trascendencia, con demostración de beneficio del nuevo comportamiento en términos de bienestar físico, económico, psicológico o social
5. Ser claro, para que sea fácil de recordar
6. Tener precisión, con bases en evidencia científica traducida a lenguaje sencillo
7. Ser congruente entre el contenido visual y verbal
8. Tener lenguaje propio de la audiencia, sin modismos.

A su vez existen cinco criterios que deber ser tomados en cuenta, el mensaje deberá incluir un contenido (14):

1. Atractivo, para captar la atención a ser leído o escuchado
2. Entendible, para asegurar comprensión
3. Empático, para que la audiencia se vea reflejada en personajes, paisajes, barrios, etc.
4. Sin contenido que conlleve rechazo por la audiencia
5. Inductivo, es decir, invitar a la acción.

Existen otras recomendaciones generales para configurar mensajes, entre ellas la asignación de mayor carga positiva que negativa, es decir, con énfasis en solución del problema más que al problema en sí. La carga de humor funciona en mensajes simples, la gente puede recordar la broma pero no el contenido del mensaje; y el humor puede convertirse en irritante después de varias repeticiones. La carga de amenaza o miedo tiende a ser efectiva en gente que no es ansiosa por naturaleza y en buscadores de

sensaciones; y cuando la exposición al mensaje fue voluntario (por ejemplo, encontrarse casualmente con un folleto vs. ir obligado a una sesión). También, para que el mensaje sea efectivo, la audiencia debe sentirse vulnerable a la amenaza y acompañarse de soluciones fáciles de atender o soluciones efectivas (capaces de eliminar la amenaza); y la información en que se basa la amenaza debe ser ética, relevante y verosímil. Por último, es necesario evaluar los mensajes en términos de comprensión (¿Se entendió el mensaje? ¿Atrae? ¿Informa? ¿Motiva a actuar?), relevancia personal (¿Se identifica la persona con el contenido?, reacciones emocionales (¿El contenido provocó sensaciones incómodas?), preferencias (TV, radio, internet) e idealmente, duración del efecto (¿Qué tanto tiempo después se sigue recordando el mensaje?) (5).

1.1.5 La persuasión de mensajes con base en miedo

Un eje central en la comunicación en salud es la percepción de riesgo y la prevención del mismo (15). El miedo juega un papel importante en la forma en cómo los mensajes influyen en el público. Históricamente, ha sido conceptualizado como un estado afectivo que protege del peligro, o como un estado motivacional que guía a alejarse del mismo. La persuasión de mensajes con base en miedo hace referencia a contenidos que describen consecuencias no favorables que resultan de no atender las recomendaciones emitidas (16).

Específicamente una amenaza alta puede originar una respuesta defensiva de negación y parálisis (la persona no actúa), lo cual permite controlar el miedo pero no el daño. Una amenaza baja tampoco necesariamente es efectiva, en realidad, se requiere de cierto nivel de ansiedad para motivar el cambio hacia una conducta deseable. Así, algunos

estudios muestran que entre mayor sea el nivel de amenaza, mayor será la probabilidad de la intención, pero otros, muestran que es más efectivo el nivel de amenaza bajo. Incluso, se ha propuesto una respuesta en forma de U, en donde los niveles moderados de amenaza son los más efectivos (17).

Un estudio de metaanálisis reciente con 98 estudios de persuasión con base en miedo, muestra evidencia sobre el resultado de la interacción entre nivel alto de amenaza, nivel alto de autoeficacia y mayor intención de actuar; y demuestra que nivel alto de amenaza y nivel bajo de autoeficacia, se asocia con incremento de respuestas de adaptación errónea (18). La percepción de riesgo baja puede deberse a dos motivos, la persona nunca se ha enfrentado al riesgo o el mensaje es irrelevante, incongruente y con falta de alternativas de solución.

El fallo de mensajes amenazadores en producir efecto positivo no está en la utilización de la amenaza en sí, sino en que ésta se acompaña de argumentaciones irrelevantes, exageradas, incongruentes, moralistas, contrarias a las creencias locales o experiencia propias; o no aportan alternativas viables para evitar el riesgo. En la mayoría de estos casos, la presentación amenazante cumpliría su primer cometido de captar la atención del sujeto, sin embargo, el análisis posterior de la información lleva al rechazo y minimización del riesgo por el intento de manipulación. Por ello, la amenaza para la salud nunca debería ir en solitario, la comunicación debe acompañarse de una respuesta eficaz para reducirla o eliminarla, fácilmente ejecutable (15).

1.1.6 La persuasión a través símbolos

El moño rosa constituye uno de los símbolos más ampliamente conocidos y particularmente en el mes de octubre. Tiene la ventaja que el listón evita el uso de imágenes de tumor, dolor y efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama. Su uso se generaliza en múltiples productos para concientizar la existencia del cáncer de mama, sin embargo no es explícita la invitación al uso de mastografía para detección temprana. Además, emite mensajes con significados mixtos tales como fortaleza, esperanza, responsabilidad, empatía y permiso para debatir sobre la enfermedad, entre otros. Algunas voces manifiestan que el moño rosa es infantil y que la sobreexposición produce sobresaturación visual con consecuente pérdida de reacción emocional e intelectual (19).

1.1.7 La edad y personalidad como factores confusores en la efectividad del mensaje

La edad de la audiencia a la que se dirige una campaña podría influir en la aceptación o el rechazo de la misma. En mensajes diseñados para presentar consecuencias negativas de una conducta no deseada, la amenaza se convierte en el elemento persuasivo y su efectividad difiere, entre otras variables, en función de la edad a quien va dirigida. Así, los mensajes de alto miedo, parecen ser más efectivos en audiencias de mayor edad, perdiendo eficacia en las audiencias jóvenes (17, 20). También, la ansiedad – rasgo parece estar relacionada con la efectividad de los mensajes; las personas no ansiosas responderían mejor ante mensajes de alto miedo (21, 22).

1.2 Marco teórico

La comunicación en salud comienza a desarrollarse académicamente en los años 70. Su sustento teórico se nutre de múltiples disciplinas, entre ellas la psicología social, la promoción en salud y la mercadotecnia; y hay una sostenida tendencia a aplicar el rigor científico en la planificación de las acciones comunicativas, con el afán de avanzar en intervenciones basadas en la evidencia. No hay una teoría única que domine la comunicación en salud porque varía según el tipo de problema de salud, la audiencia y el contexto cultural. Muchos programas combinan teorías para lograr el máximo impacto. A continuación se mencionan los modelos teóricos más afines a la comunicación de riesgo:

- a. Teoría de motivación de protección de la salud
- b. Teoría del doble procesamiento paralelo en situación de crisis
- c. Modelo de actitud y percepción de riesgo (APR) (Risk Perception Attitude o RPA framework)
- d. Modelo transteórico (MTT)

1.2.1 Teoría motivación de protección de la salud (MPS)

Esta teoría fue propuesta originalmente en 1975 por Rogers y sustenta que el miedo es un factor determinante en la motivación hacia conductas de protección. La teoría postula que el resultado de persuasiones con base en miedo depende de la magnitud de las consecuencias negativas del evento, de la probabilidad de que ocurra el evento, y el nivel de percepción de la eficacia de la respuesta protectora. Así, supone que la acción tomada en respuesta al miedo generado depende de la interacción entre la severidad y la vulnerabilidad de padecer una enfermedad (por ejemplo cáncer de mama); y de los

beneficios de la acción (por ejemplo uso de mastografía) (16, 23). A lo anterior, se suma la expectativa de que realizando la conducta deseada, la amenaza se elimina y por tanto, se controla el daño (eficacia de la respuesta); y la capacidad percibida de poder cumplir (autoeficacia). El resultado final, es un afrontamiento efectivo con control del miedo (*coping*).

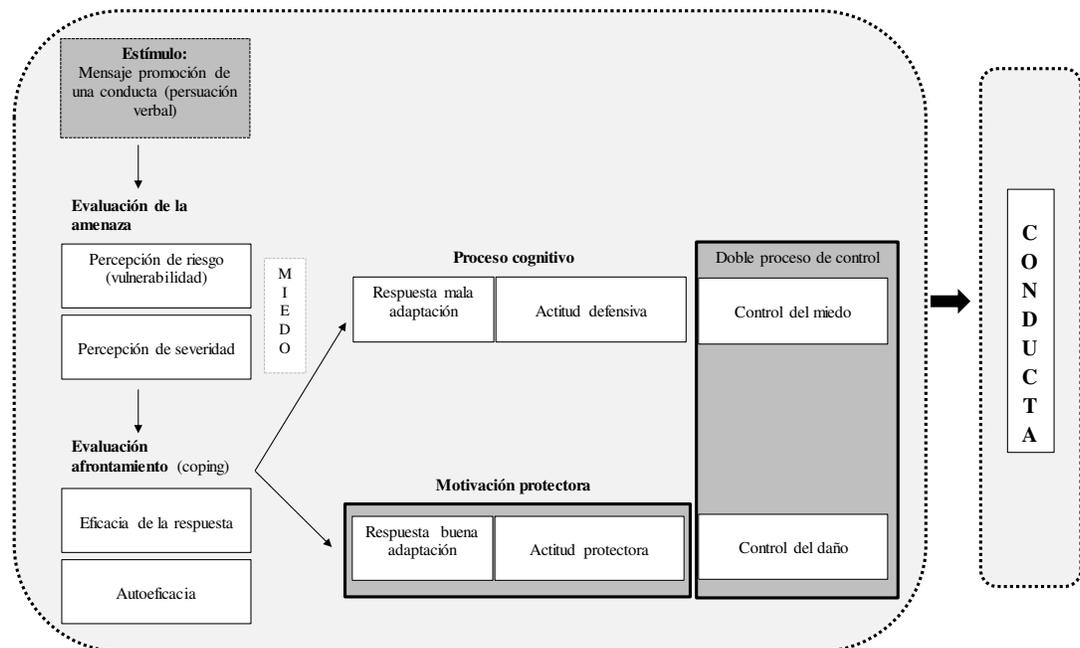
La comunicación en salud debe tener presente que un mensaje altamente amenazante debe ser acompañado de información relacionada con la efectividad de una conducta preventiva para producir afrontamiento positivo; y no medios de adaptación erróneos tales como negación, desesperanza, fatalismo; y pensamientos de alternativas no reales que actúan como mecanismos de defensa. Así, si la persona piensa que podrá afrontar una amenaza, no importa que tan alto sea el nivel de peligro, las intenciones de actuar estarán presentes. Por el contrario, si no se siente capaz, a medida que el nivel de peligro se eleva, las intenciones de actuar disminuirán con efecto boomerang (en lugar de dejar de tomar, toman más o fuman más, dejan de ir a mastografía) El MPS ha sido aplicado en diferentes enfermedades incluyendo cáncer de mama (16, 23, 24).

1.2.2 Teoría de procesamiento doble y paralelo en situación de crisis

Este modelo propone la existencia de un doble proceso de control en el curso de las acciones con el fin de evitar el peligro (control del daño) o con el fin de controlar la emoción de miedo cuando esta es excesiva (control del miedo). El control del miedo es conceptualizado como un curso de acciones defensivas que se inician cuando la severidad del daño tiene un valor mínimo, a partir del cual se produce una motivación defensiva. Mientras que el control del daño es conceptualizado como un curso de

acciones que se inician cuando la eficacia de la respuesta tiene un valor mínimo que sobrepasa al del miedo, a partir del cual empieza a predominar una motivación protectora sobre la motivación defensiva (Figura 1) (25, 26).

Figura 1. Componentes del modelo de protección de la salud con procesamiento doble y paralelo en situación de crisis



1.2.3 Modelo de actitud y percepción de riesgo (Risk Perception Attitude Framework)

Este modelo tiene sus bases en modelos conductuales de apelación al miedo y postula que cuando la percepción de riesgo es baja, la persona depende de la eficacia sentida para decidir ejecutar una conducta deseada; y que cuando el riesgo percibido es alto, la eficacia toma una importancia adicional, porque los niveles altos de amenaza no solo actúan como factores motivadores sino también como agentes de ansiedad, lo cual puede

resultar contraproducente (si la persona se siente ansiosa y susceptible, preferirá mejor no pensar en la enfermedad). La confianza en uno mismo y la expectativa de resultados positivos tras haber cumplido con la conducta deseada, motiva a plantear metas realistas, perseverar en caso de adversidad y reestructurar el entorno social. A pesar de su similitud con el modelo conductual de apelación al miedo, el modelo de actitud y percepción de riesgo se enfoca en cómo la percepción de riesgo motiva a la persona a actuar. Fue desarrollado para identificar grupos blanco a quién dirigir campañas de promoción a la salud. Así, plantea la integración de cuatro grupos con base en la percepción de riesgo y autoeficacia (Tabla 1); el grupo respondedor y el proactivo, es buscador de conocimiento y posee alta motivación a permanecer saludable. En cambio el evasor y el indiferente, posee poco deseo de aprender y poca motivación al cambio (22, 27-29).

Este modelo ha sido probado por Turner y col (30), quienes demostraron que los respondedores utilizaban más conductas protectoras (por ejemplo, uso de bloqueador solar) para evitar cáncer de la piel en comparación a los evasores; y los individuos proactivos presentaron más intenciones en contraste con los indiferentes.

Tabla 1. Componentes del modelo de actitud y percepción de riesgo

| | Eficacia | |
|-----------------------------|-----------------|-------------|
| Percepción de riesgo | Alta | Baja |
| Alto | Respondedora | Evasiva |
| Bajo | Proactiva | Indiferente |

1.2.4 Modelo transteórico (MTT)

Este modelo explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco constructos: etapas, balance decisorio, autoeficacia, tentación y procesos de cambio (Figura 2). Este modelo propone que el cumplimiento con una conducta progresa a través de 5 etapas de disposición al cambio, precontemplación (desconoce el problema; ni siquiera se considera el cambio), contemplación (está considerando la conducta), preparación (comienza a dar los primeros pasos para la conducta), acción (cumplimiento con la conducta, adherencia a corto plazo), y mantenimiento (recumplimiento con la conducta, readherencia, adherencia a largo plazo). Algunos autores mencionan la fase de recaída, cuando la acción se ha iniciado pero no se mantiene.

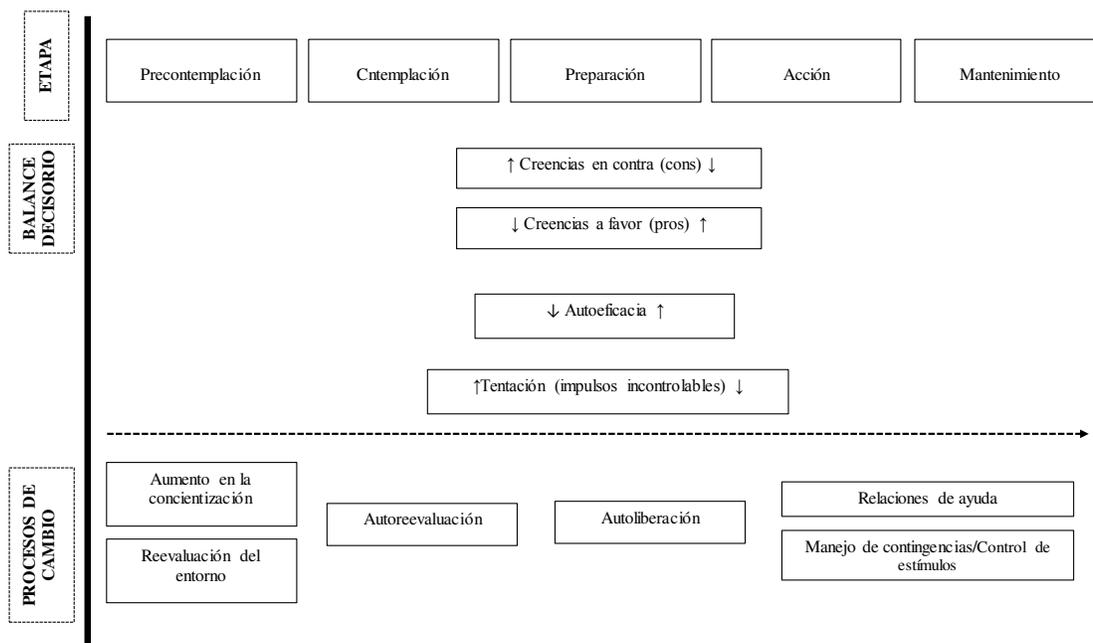
La importancia del MTT radica en crear mensajes que empaten la intención de la audiencia para realizar el cambio. Por ejemplo, no es factible esperar que el público que nunca ha oído hablar del problema (etapa de precontemplación) inmediatamente cambie. En cambio, una meta más real sería la mayor conciencia, lo cual deberá facilitar el avance a la siguiente etapa de conducta (contemplación). De hecho, la percepción de riesgo y de severidad, son clave para dejar la etapa de precontemplación; y las estrategias de afrontamiento y autoeficacia, son necesarias en todas las etapas.

Otro constructo del MTT es el balance decisorial que incluye un conjunto de creencias favorables (pros) y desfavorables (cons) hacia la conducta deseada; y se apoya en la premisa de avance a través de las etapas a medida que los cons son superados por los pros (31). La tentación se refiere a la urgencia por conservar la conducta no deseada puesto que la misma ofrece ganancias, por ejemplo, el fumar tranquiliza y el comer

disminuye la ansiedad. En cambio, la autoeficacia, como se ha mencionado previamente, es la confianza que una persona tiene de poder enfrentar una situación de riesgo. La autoeficacia ha demostrado ser un factor predictor altamente confiable de la progresión de una etapa a otra. De hecho, aumenta linealmente mientras los niveles de tentación disminuyen. Por último, los procesos de cambio son técnicas cognitivo-afectivas (por ejemplo, concientización, control de estímulos, relaciones de ayuda, entre otras), los cuales pueden ser utilizados para colaborar con el cambio de conducta; y constituyen un componente básico para diseño de programas de promoción a la salud.

El modelo MTT ha sido aplicado en conductas tales como uso de tabaco, alcohol, dieta, ejercicio, lactancia, sexo seguro y pérdida de peso. En 1992, Rakowski y col adaptaron el MTT para predecir exitosamente el uso de mastografía (32-35). Precisamente, Otero y col (31), analizaron la validez de la medida de balance decisional y uso de mastografía en población multilingüe y multiétnica entre 40 y 74 años del estado de California (latinas, chinas, filipinas, áfrico americanas y raza blanca). Los autores lograron demostrar que a mayor balance positivo, mayor nivel de etapa de disposición al cambio, y por tanto, mayor posibilidad de uso de mastografía.

Figura 2. Componentes del modelo transteórico



1.3 Estudios relacionados, comunicación de riesgo e intención o uso de detección oportuna de cáncer de mama (autoexamen o mastografía)

Siero y col (36), realizaron una maniobra experimental con base poblacional 2 x 2 con base en amenaza de riesgo (alta vs. baja) y percepción de severidad del cáncer de mama (alta vs. baja); además, contaron con un 5º grupo que no recibió información (grupo control). Las participantes fueron mujeres entre 35 y 70 años de dos comunidades que recibieron aleatoriamente 1 de 4 mensajes presentados en folletos; una tercera comunidad, no recibió mensajes. La maniobra consistió en inducir nivel de amenaza alta: *“1 en 14 mujeres está destinada a desarrollar cáncer de mama, por tanto cualquier mujer está en riesgo de tener cáncer y ¡Ud. puede ser una de ellas!. Debe ir al doctor”* y de amenaza baja: *“1 en 14 mujeres está destinada a desarrollar cáncer de mama, por eso debe ir al doctor”*. Así también, nivel de severidad alta: *“El cáncer de mama es una*

enfermedad grave de la que se puede morir, contrario al cáncer de útero donde el 90 a 95% se recupera... Se puede decir que la mitad de las mujeres que sufren cáncer de mama, mueren a causa de ello” y de severidad baja: “Si el cáncer de mama se detecta a tiempo puede ser curado a diferencia del cáncer de pulmón donde el 90% muere... Se puede decir que casi la mitad de las mujeres que sufren cáncer de mama, se recupera”.

A todas se les preguntó sobre la intención y práctica de autoexamen de mama, antes y un mes después de la exposición al mensaje. Todas las mujeres mejoraron en la intención y/o práctica de autoexamen, independiente del mensaje construido con base en miedo y gravedad. Es decir, no hubo diferencia entre niveles de amenaza y percepción de la gravedad de la enfermedad un mes después de la exposición; solo en comparación al grupo control.

Jones y Owen (17) refirieron la existencia de campañas de promoción de tamizaje para cáncer de mama en Australia, en su mayoría con nivel de persuasión con base en miedo moderado; y su éxito ha sido variado. En el año 2000, se lanzó una campaña con panorámicos mostrando mujeres jóvenes que dejaban al descubierto la cicatriz de una mastectomía, a pesar de que tales imágenes podían generar innecesariamente niveles altos de temor e impacto negativo en la intención y uso de mastografía. Así, dichos autores desarrollaron un estudio experimental con aleatorización en dos bloques, jóvenes <50 años (n=88) y adultas ≥ 50 años (n=61) (sin distinguir antecedente de uso de mastografía o etapa de disposición al cambio de conducta). En el primer grupo, se manipularon 2 condiciones de amenaza mostrando fotografía de joven sin exposición de cicatriz de mastectomía (nivel de amenaza bajo); y fotografía de joven con exposición de cicatriz de mastectomía (nivel de amenaza alto). De forma similar se procedió en el

segundo grupo, pero utilizando fotografías de mujeres en edad madura. En todas, se leyó el siguiente texto: *“Es un hecho que el riesgo en toda la vida para desarrollar cáncer, es 1 en 11; y el mayor factor de riesgo es la edad. Su mejor protección es la detección temprana. En todas las mujeres, el médico debe checar los senos cada año. En mujeres mayores de 50 años, se debe hacer una mastografía cada 2 años. La mamografía de tamizaje está disponible en toda Australia, en centros especiales que son parte del programa “Breast Screen Australia”. Si Ud. tiene más de 50 años, llame ahora al 13-20-50 para agendar una mamografía sin costo alguno”*. Se midieron reacciones emocionales tales como ansiedad, disgusto, horror, náuseas, repulsión, miedo, shock, tensión y malestar; y comprensión del contenido. Los resultados mostraron que el impacto del nivel de amenaza varió según la edad en términos de reacciones emocionales; entre 18 y 39 años, el mensaje con foto de joven mostrando cicatriz de mastografía (amenaza alta), ocasionó mayor puntaje promedio de ansiedad, disgusto, horror, náuseas, repulsión, miedo, shock, tensión y malestar ($p < 0.05$); mientras que en mujeres entre 40 y 49 años esa misma foto, provocó diferencias solo en 3 de 9 emociones (ansiedad, shock y repulsión); y en ≥ 50 años, las reacciones fueron similares para foto de mujer madura con cicatriz de mastectomía oculta o al descubierto (amenaza baja y alta, respectivamente). Lo anterior implicó precaución en diseño de mensajes con amenaza alta dirigidos a jóvenes, pues se pueden producir respuestas erróneas de proceso de información. En cuanto a claridad al mensaje, en todas las edades, se percibió mayor claridad con el mensaje de baja amenaza en contraste al de alta amenaza (1.3 vs. 1.1 puntos, $p = 0.04$). Por último, se comparó el nivel de intención entre niveles de amenaza de mensajes. En resumen, la variación de nivel de amenaza en la comunicación

no tuvo impacto en la intención de mastografía en mujeres ≥ 50 años. Pero en < 50 años, bajo nivel de eficacia y alta amenaza, sí redujo la intención.

Allen y col (37), diseñaron un estudio experimental para evaluar el impacto de comunicación en salud en uso de mastografía por mujeres de origen latino o afroamericano mayores de 40 años sin antecedente del estudio en el último año (47% nunca se habían hecho la mastografía y 53%, se encontraban en recaída, con o sin intención de uso del estudio), en un suburbio de Los Ángeles. La intervención se realizó vía telefónica, el contenido del mensaje estuvo sustentado en componentes tales como el miedo a averiguar tener cáncer y percepción de riesgo, entre otros. En quienes mostraban interés por el estudio, al término de la llamada se agendaba cita para mastografía; y faltando dos semanas para la fecha, se enviaba recordatorio con folleto promocional. El grupo de comparación también recibió llamada telefónica, pero únicamente para realizarse encuesta, sin mensaje para uso de mastografía. En todas, se midió la realización del estudio durante los siguientes 6 meses. El análisis multivariado mostró a la comunicación de salud como factor determinante de cambio hacia uso de mastografía ($p < 0.05$), así también la edad 40-49 años ($p = 0.05$) y el antecedente de mastografía ($p < 0.05$). Notoriamente, ni el miedo a averiguar tener cáncer o percepción de riesgo, influyó en la realización del estudio. Por otra parte, Menon y col (38), también en Estados Unidos, analizaron predictores de uso de mastografía mediante persuasión diseñada con base en componentes del MTT y MCS, además de edad e historia familiar de cáncer de mama. Se trató de un estudio aleatorizado con cuatro grupos, atención usual (no intervención), consejería telefónica, consejería vía correo y combinación teléfono y correo; a los 2 meses, se investigó sobre uso de mastografía (autoreporte); y

solo fueron elegibles mayores de 50 años, sin diagnóstico de cáncer de mama y sin mastografía en los últimos 15 meses. Los mensajes fueron elaborados en forma personalizada después de una evaluación inicial. Por ejemplo, si la participante no percibía el riesgo de padecer cáncer de mama, el mensaje especificaba que todas las mujeres estaban en riesgo de desarrollar la enfermedad y que la mastografía, era una forma de proteger la salud, pues detectaba el cáncer a tiempo. O bien, si manifestaba baja autoeficacia, el mensaje contenía información sobre dónde y cómo podía agendar una cita para realizarse el estudio. Los resultados mostraron que la disminución de percepción de barreras y el aumento de percepción de beneficios y autoeficacia, obtenido con la combinación de mensajes difundidos por teléfono y correo, influyó significativamente en cambiar las etapas de precontemplación y contemplación, en acción.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estadísticas recientes muestran que sólo 2 de cada 5 mexicanas, habían acudido a estudio de mastografía en el último año. Programas nacionales e internacionales en salud, fomentan la información como una premisa para la detección oportuna del cáncer de mama; y con frecuencia se hace uso de mensajes dirigidos a concientizar a la mujer con base en el riesgo de padecer cáncer de mama. Por otra parte, hay factores que afectan la efectividad de la comunicación en salud, entre ellos, la amenaza para la salud tiene un papel central.

Algunos estudios muestran que entre mayor sea el nivel de amenaza, mayor será la probabilidad de la intención, pero otros, muestran que es más efectivo el nivel de

amenaza bajo. Incluso, se ha propuesto una respuesta en forma de U, en donde los niveles moderados de amenaza son los más efectivos. Además, si la persona piensa que puede afrontar una amenaza, no importa que tan alto sea el nivel de peligro, las intenciones de actuar serán mayores. Por el contrario, si no se siente capaz de afrontar la amenaza, a medida que el nivel de peligro se eleva, las intenciones de actuar disminuyen con efecto boomerang. Sin olvidar, el efecto potencial de aspectos psicosociales y culturales entorno a la comunicación de un mensaje.

De aquí la importancia de realizar estudios de comunicación de riesgo en diferentes contextos regionales. En este sentido, se desconocía en México, el efecto de la amenaza de riesgo y eficacia del estudio de mastografía, por ello las preguntas de investigación: ¿Qué reacciones emocionales producen mensajes configurados con tres niveles de amenaza (alto, medio, bajo) y dos niveles de autoeficacia (alto y bajo) en población mexicana? y ¿La configuración de mensajes de riesgo con tres niveles de amenaza (alto, medio, bajo) y dos niveles de autoeficacia (alto y bajo), hace diferencia en la intención de uso de mastografía en población mexicana?

3. JUSTIFICACIÓN

La respuesta inicial ante un mensaje amenazante puede ser de dos tipos: (a) interés en el contenido y (b) defensiva/emocional, como miedo, ira o rechazo (15, 39). Si se generara una respuesta de interés, se lograría el objetivo de centrar los recursos del sujeto sobre la información, favoreciendo así la retención y la reflexión sobre la misma. Por el contrario, una respuesta defensiva de tipo emocional, se centraría en la emoción misma y

no en el contenido del mensaje. En la actualidad, la evidencia de la asociación entre nivel de amenaza de riesgo y conducta deseada es variable por la manifestación de mecanismos de defensa, entre otras causas. Por ejemplo, la ansiedad secundaria a la amenaza percibida, puede producir negación con efecto final contrario al planeado. Algunos autores coinciden en la eficacia de utilizar la amenaza de riesgo para incrementar la adherencia al mensaje bajo determinadas condiciones (15, 18).

Por tanto, no se trata de evitar información amenazante, sino de determinar cuáles son las condiciones bajo las que la amenaza ejerce un efecto positivo sobre la adherencia a las recomendaciones. En México no existía registro del efecto del nivel de amenaza en la comunicación de riesgo con estado afectivo e intención de uso de la mastografía, el estudio generó información que puede ser utilizada para fortalecer el impacto de futuras campañas de promoción de detección temprana del cáncer de mama, lo cual sin duda establece un precedente en nuestra región.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

Ha1. El porcentaje de mujeres con reacción de esperanza, ánimo o tranquilidad es superior en el mensaje configurado con eficacia/autoeficacia alta que en aquél con eficacia/autoeficacia baja (validación).

Ha2. El porcentaje de mujeres con reacción de miedo, preocupación o angustia es superior en el mensaje configurado con amenaza alta que en aquél con amenaza baja (validación).

Ha3. El 80% de mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía, tendrá la intención después de la exposición al mensaje de amenaza neutra y eficacia alta, en comparación con el 40% expuesta al mensaje con amenaza baja y eficacia baja.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el efecto de comunicación de riesgo estructurada con base en tres niveles de amenaza (alto, media y baja) y dos niveles de autoeficacia (alta y baja); en reacciones emocionales, componentes cognitivos; e intención de uso de mastografía.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Validación de la configuración del mensaje:

- a. Comparar después de la exposición al mensaje, las reacciones emocionales y/o de control del miedo.

3.2.2. Medición del efecto del mensaje, determinar cambio de:

- a. Percepción de riesgo, con base en comparación inter e intragrupo
- b. Índice de autoeficacia, con base en comparación inter e intragrupo
- c. Índice de eficacia, con base en comparación inter e intragrupo
- d. Índice de severidad, con base en comparación inter e intragrupo

3.2.3. En mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía:

- a. Determinar cambio de intención de uso de mastografía con base en comparación inter e intragrupo.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño de estudio. Se trató de un estudio experimental controlado aleatorizado 3 x 2 (amenaza alta [AA], neutra [AN] y baja [AB]; y autoeficacia alta [AE] y baja [BE]), lo cual dio como resultado 6 tipos de mensajes: AA-AE (n=274), AA-BE (n=224), AN-AE (n=205), AN-BE (n=183), AB-AE (n=280) y AB-BE (n=209).

4.2 Temporalidad. Septiembre 2014 - Mayo 2015

4.3 Ubicación espacial. Zona metropolitana de Monterrey

4.4 Población blanco. Mujeres entre 40 y 69 años

4.5 Unidad de observación. Mujer entre 40 y 69 años

4.6 Población estudio.

Criterios de inclusión.

- No antecedente personal de cáncer de mama
- Ser acompañante de paciente en diversas instituciones de salud
- Ser personal de base en diversas instituciones educativas

Criterios de exclusión.

- Menor de 40 o mayor de 70 años de edad
- Embarazo
- Antecedente personal de algún tipo de cáncer

Criterios de eliminación.

- Entrevistas inconclusas

4.7 Cálculo tamaño de muestra

Se empleó Epidat 3.1 (40) para el cálculo de tamaño de la muestra con base en H₃ *“El 80% de mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía, tendrá la intención después de la exposición al mensaje de amenaza neutra y eficacia alta, en comparación con el 40% expuesta al mensaje con amenaza baja y eficacia baja”*; nivel de confianza del 95% y potencia de 80%, $n= 28$ expuestas y 28 no expuestas; y se contó con 64 y 57, respectivamente.

4.8 Técnica muestral. No probabilística.

4.9 Variables

En la Figura 3 se muestra el mapa conceptual del proyecto. A continuación se describe con detalle a las variables de estudio (Tabla 2).

Figura 3. Mapa conceptual de variables del estudio

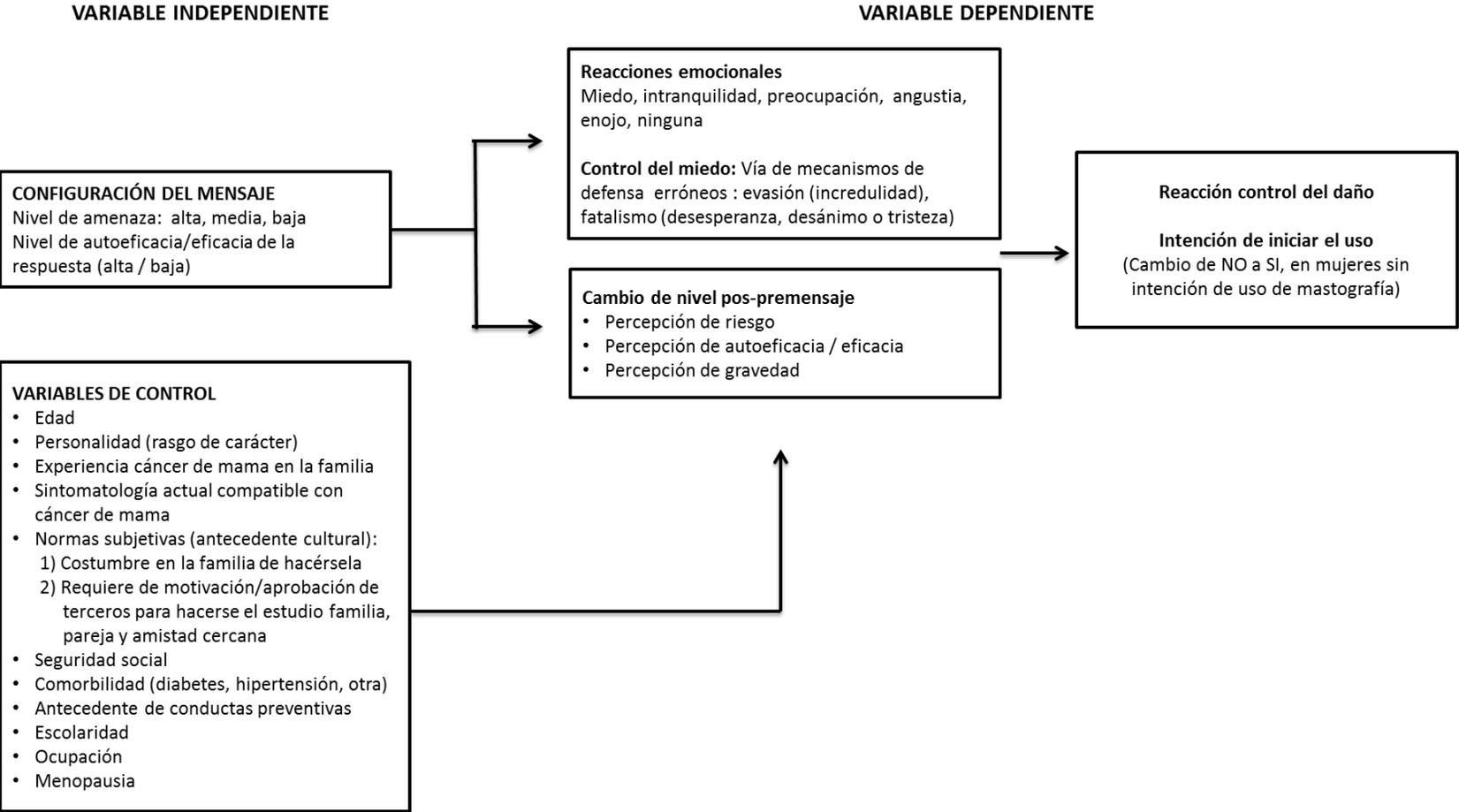


Tabla 2. Descripción de la medición de variables del estudio

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|--------------------------|------------------|---|--|--|
| Configuración de mensaje | Indep. | Configuración de mensaje con base en nivel de amenaza y nivel de eficacia/ autoeficacia | <p>Nivel de amenaza</p> <p>a. Alto <i>“Sabía Usted que a todas las mujeres nos puede dar cáncer de mama, y Usted puede ser 1 de ellas. El cáncer de mama es grave, puede llegar a perder la vida y causa mucho sufrimiento a la familia”</i>.</p> <p>b. Bajo: <i>“Sabía Usted que no a todas las mujeres nos da cáncer de mama y si se detecta a tiempo se puede curar”</i>.</p> <p>c. Neutro: <i>“Sabía Usted que a una de cada 8 mujeres le da cáncer de mama. El cáncer de mama es grave, pero si se detecta a tiempo se puede curar”</i></p> <p>Nivel de eficacia</p> <p>a. Alto: <i>“El cáncer de mama, si se detecta a tiempo se puede curar y la mamografía es la mejor manera de estar protegida --aunque no haya síntomas--, ya que detecta tumores que no se pueden sentir en un</i></p> | Ordinal: AA, AE AB, AE AN, AE AA, BE AB, BE AN, BE |

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|---|------------------|---|---|----------------------------------|
| | | | <p><i>examen médico”</i></p> <p>Bajo: <i>“El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, aunque se ha visto que la mamografía puede ayudar a detectar el cáncer a tiempo”.</i></p> <p>Nivel de autoeficacia</p> <p>a. Alto: <i>“La mamografía es segura y en el sector salud no cuesta. Está en Usted realizarla cada 1 ó 2 años. No se espere a tener síntomas”.</i></p> <p>b. Bajo: <i>“Mientras tanto, cuide su salud”.</i></p> | |
| Reacciones emocionales y de control del miedo | Dep. | <p>Reacciones emocionales (después de exposición a mensaje)</p> <p>Reacciones de control del miedo (después de exposición a mensaje)</p> | <p>Sentimiento provocado por el contenido del mensaje en términos de:</p> <p>a. Miedo b. Intranquilidad c. Preocupación d. Angustia e. Enojo</p> <p>Opciones de respuesta 1=Sí, mucho 2=Sí, más o menos 3=Sí, poco 4=No</p> <p>Control del miedo vía mecanismos de defensa erróneos:</p> <p>a. Evasión (incredulidad). En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? 1=Sí, mucho 2=Sí, más o menos 3=Sí,</p> | <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> |

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|------------------------|------------------|---|---|---|
| | | | poco 4=No b. Fatalismo (desesperanza, desánimo, tristeza). Opción de respuesta semántica diferencial Esperanza-desesperanza; Ánimo-desánimo; Tranquilidad-intranquilidad; alivio-enojo; Fortaleza-impotencia | |
| Percepción de riesgo | Dep. | Creencia de desarrollar cáncer de mama algún día | Diferencia pre-posmensaje en: a. Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama, 1=Ninguno, 2=Poco, 3=Medio, 4=Alto o muy alto | Ordinal |
| Percepción de eficacia | Dep. | Expectativa de que realizando la conducta deseada, la amenaza se elimina y por tanto, se controla el daño | Diferencia pre-posmensaje en opinión de eficacia de la mastografía: a. Es una pérdida de tiempo b. Permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo c. Es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama d. Solo es necesaria cuando hay síntomas Opciones de respuesta: 1=Mucho 2=Más o menos | Ordinal, post. continua después de construcción de índice |

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|---|------------------|---|---|---|
| | | | 3=Poco 4=No | |
| Percepción de autoeficacia | Dep. | Capacidad percibida de poder cumplir con una conducta deseada | <p>Diferencia pre-posmensaje en percepción de autoeficacia “<i>Qué tan capaz se siente de poder hacerse una mamografía</i>”</p> <p>a. A pesar de no tener síntomas</p> <p>b. A pesar de que el estudio puede ser molesto</p> <p>c. A pesar de que le puede dar pena</p> <p>d. A pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil</p> <p>Opciones de respuesta: 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No</p> | Ordinal, post. continua después de construcción de índice |
| Percepción de gravedad del cáncer de mama (Severidad) | Dep. | Creencia de la gravedad de cáncer de mama | <p>Diferencia pre-posmensaje en percepción de gravedad de cáncer de mama</p> <p>a. En general, cuántas mujeres se salvan de morir de cáncer de mama; 1=Ninguna 2=Algunas 3=Muchas 4=La mayoría (todas)</p> <p>b. En general, qué tan curable cree que es el cáncer de mama; 1=Nada 2=Poco 3=Más o menos 4=Mucho</p> | Ordinal, post. continua después de construcción de índice |

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|--|------------------|---|--|---|
| Intención de inicio uso de mastografía | Dep. | Intención de inicio de uso de mastografía (antes vs. después de exposición a mensaje) | a. Cambio de no a sí, en mujeres en etapa precontemplación: “ <i>Considera hacerse un estudio de mamografía este año</i> ” 1= Sí 2= No/No sabe | Nominal |
| Edad | Control | Edad | Años cumplidos Grupo de edad 40-49 años y 50-70 años | Continua y categórica |
| Personalidad (predominio de carácter) | Control | Autoconcepto de lo que la persona considera que predomina en su carácter | Escala modificada de afectación positiva y negativa (Positive and Negative Affect Schedule= PANAS): En general, se considera una persona 1. Fuerte 2. Desidiosa 3. Optimista 4. Preocupada 5. Decidida 6. Pesimista 7. Valiente 8. Miedosa 9. Precavida 10. Nerviosa Opciones de respuesta: 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada Puntaje afectivo positivo=Ítems 1, 3, 5, 7, 9. Puntaje afectivo negativo = Ítems 2, 4, 6, 8, 10; rango 5-20; a mayor puntaje mayor afecto positivo o negativo | Ordinal, post. continua después de construcción de índice |

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|---|-------------------------|---|--|---------------|
| Experiencia cáncer mama en la familia o amistad cercana | Control | Antecedente cáncer de mama | Antecedente cáncer de mama: <ul style="list-style-type: none"> - Madre - Hermana - Hija - Amistad cercana <p>Opciones de respuesta 1=Sí 2=No 3=No sabe</p> | Nominal |
| Sintomatología actual compatible con cáncer de mama | Control | Síntomas actuales relacionados con cáncer de mama | Actualmente, siente algo que le haga pensar en cáncer de mama? (pregunta abierta) | Nominal |
| Normas subjetivas (antecedentes culturales) | Control | Aprobación/desaprobación de la conducta por individuos referentes (familia, esposo, vecina, TV) | La decisión de tomarse una mastografía, qué tanto dependería: a. De lo que dijera la familia b. De lo que dijera el esposo (si lo tuviera) c. De lo que dijera la vecina o su mejor amiga d. De lo que dijeran en la TV <p>Opciones de respuesta 1=Mucho 2=Algo o poco 3=Nada</p> | Ordinal |
| | | Costumbre en la familia de hacerse mastografía | a. Su mamá se ha hecho (se hizo) alguna vez una mamografía b. Alguna hermana se ha hecho una mamografía c. Alguna hija se ha hecho una mamografía <p>Opciones de respuesta 1=Sí 2=No 3=No sabe</p> | Nominal |

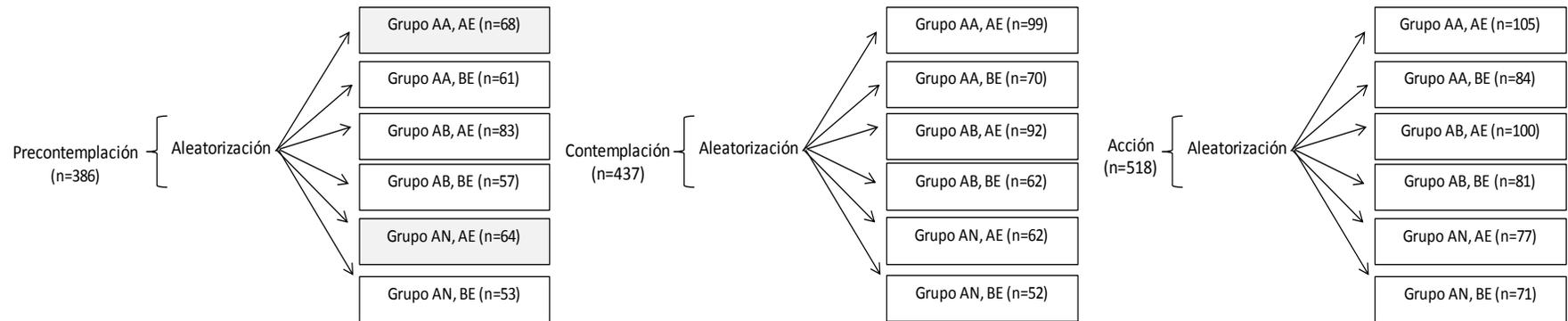
| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Escala |
|------------------------------|-------------------------|------------------------------|--|---|
| Escolaridad | Control | Escolaridad máxima | 1=Ninguna 2=Primaria 3=Secundaria 4=Preparatoria/técnica 5= Licenciatura/ posgrado | Ordinal |
| Ocupación | Control | Ocupación actual | 1=Empleada, 2=Autoempleada 3=Ama de casa 4=Jubilada/ pensionada 5=Desempleada 6=Estudiante | Nominal |
| Seguridad social | Control | | Cuenta con seguro médico a. IMSS b. ISSSTE c. Clínica UANL d. Seguro popular e. Otro Opciones de respuesta 1=Sí 2 =No | Nominal |
| Antecedente Papanicolau | Control | Antecedente Papanicolau | Se hace el Papanicolau en forma frecuente (por lo menos cada 2 años) Opciones de respuesta 1=Sí 2 =No | Nominal, post. continua después de construcción de índice |
| Comorbilidad | Control | Comorbilidad | Le han dicho que padece diabetes, presión alta o colesterol alto; 1=Sí 2 =No. En caso afirmativo, cada cuándo acude a control (en meses) | Nominal Continua |
| Menopausia | Control | Menopausia | Tiene más de 6 meses de no menstruar? 1=Sí 2=No 3=No sé acuerda 4=Antecedente de histerectomía | Nominal |

4.10 Procedimientos

4.10.1 Reclutamiento y aleatorización

Las mujeres se reclutaron en salas de espera de unidades de salud de primer nivel de atención de diversas instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Centros de Salud de la SSa, Centros de Salud Universitarios, Hospital Universitario). O bien, en áreas de trabajo de instituciones educativas (Facultad de Odontología, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Escuelas Primarias); y en lugares públicos (parques, gimnasios, mercados, etc.). Una vez verificados los criterios de selección, se extendió la invitación a participar en el estudio y se obtuvo el consentimiento informado (Anexo A). Se decidió distribuir la colección de datos acorde con etapas de conducta identificadas en el MTT (35), debido a que era necesario identificar mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía, ya fuera porque nunca se habían realizado el estudio o porque sí tenían el antecedente, pero el último estudio había sido realizado hace más de 2 años. En la Figura 4 se muestra cómo quedó establecida la colección de datos, acorde con etapa precontemplación, contemplación o acción.

Figura 4. Distribución de la colección de datos acorde con etapa de disposición al uso de mastografía (n=1,375).



Nota: No fue posible identificar la etapa en 34 personas encuestadas porque proporcionaron información ambigua.

Grupo, se refiere al tipo de mensaje, que resulta de la combinación del Nivel de Amenaza (3) + Nivel de Eficacia/Autoeficacia (2): AA=Amenaza Alta, AN=Amenaza Neutra, AB=Amenaza Baja; AE=Alta Eficacia y BE=Baja Eficacia.

Precontemplación= Sin mastografía o con mastografía realizada hace más de 2 años; y además, *sin* intención de solicitar una el próximo año.

Contemplación= Sin mastografía o con mastografía realizada hace más de 2 años; y además, *con* la intención de solicitar una el próximo año. Acción=

Mastografía vigente, es decir, último estudio realizado durante los últimos 2 años.

4.10.2 Diseño de la configuración del mensaje

Por razones éticas, no era posible manipular el contenido de los mensajes con información ficticia para la inducción de amenaza de riesgo. Así, se adoptaron frases previamente utilizadas por el sector salud en diversas campañas promocionales para detección temprana de cáncer de mama, las cuales varían en el énfasis de la posibilidad de desarrollar cáncer. O bien, de severidad de la enfermedad, eficacia de la mastografía e invitación a la acción. Así, se lograron conformar seis mensajes con tres niveles de amenaza y dos niveles de eficacia/autoeficacia (Anexo B). El contenido de todos ellos fue sometido a consenso de expertos en cáncer de mama y en salud pública. Asimismo, se pidió la opinión de mujeres de diversos sectores de la sociedad, en términos de lenguaje y comprensión. Se realizó prueba piloto para verificar claridad y facilidad de comprensión.

4.10.3 Estandarización de procedimientos

Se contó con la colaboración de 3 encuestadores, los cuales recibieron capacitación con respecto al contenido del cuestionario y técnica de entrevista; durante el trabajo de campo, fueron supervisados en forma periódica por el investigador principal para verificar estandarización de la colección de información. Se evitó el uso de bata blanca para evitar inducir respuestas deseables, es decir, respuestas no sinceras para “quedar bien” con un representante del área de la salud. Por otra parte, el esquema de aleatorización fue generado por computadora en bloques y en múltiplos de 6. Así, el encuestador no eligió voluntariamente el tipo de mensaje a utilizar o la secuencia de aplicación del mismo. Vale la pena mencionar que las participantes desconocieron la clasificación del mensaje (uniciego).

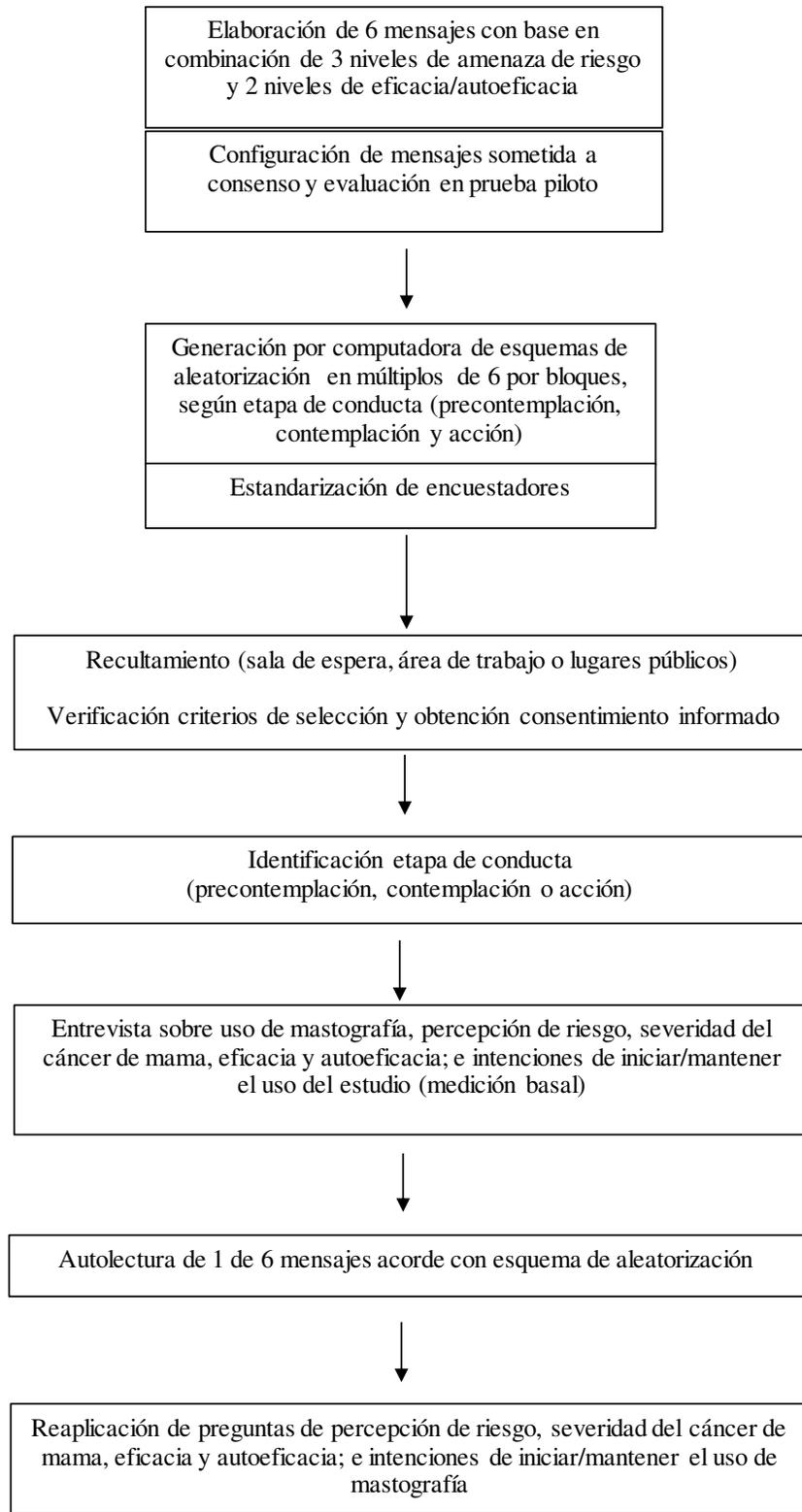
4.10.4 Medición basal, previa a la exposición del mensaje

En orden de inspirar confianza, se comenzó con un cuestionario corto sobre antecedente de uso de mastografía, percepción de riesgo, severidad del cáncer de mama, eficacia y autoeficacia para realizarse una mastografía; e intenciones de iniciar/mantener el uso de mastografía. Además, del perfil sociodemográfico (Anexo C). Posteriormente se solicitó a la entrevistada, dar lectura a 1 de 6 mensajes, por párrafos (Anexo B); al término de cada párrafo, el entrevistador recabó la opinión sobre sentimientos que evocaba el contenido del mismo. El tiempo aproximado de este proceso fue de 15 minutos.

4.10.5 Medición final, posterior a la exposición del mensaje

Al terminar de recabar la opinión sobre los sentimientos que evocaba el contenido del mensaje, se reaplicaron preguntas sobre percepción de riesgo y de severidad del cáncer de mama, sobre la autoeficacia y eficacia de la mastografía; e intención de uso de mastografía. Este proceso tuvo una duración aproximada de 5 minutos. Al finalizar la entrevista, a todas las participantes se les invitó a hablar sobre la experiencia de la participación y se entregó folleto sobre cáncer de mama y medidas de detección temprana disponible en el sector salud. También, se les exhortó a usar la mastografía, según correspondiera. En la Figura 5 se esquematiza el flujograma de procedimientos.

Figura 5. Flujograma de procedimientos



4.11 Instrumentos de medición

El instrumento de medición consistió de un cuestionario a ser colectado a través de entrevista (Anexo B y C).

4.11.1 Redacción de ítems

Validez de contenido. En primera instancia, se identificaron en la literatura enunciados concernientes a constructos cognitivos de modelos conductuales aplicados en uso de mastografía. Así, con base en la literatura se generó un listado de reactivos organizados en los siguientes rubros a) Percepción de riesgo hacia cáncer de mama, b) Percepción de severidad del cáncer de mama, c) Creencias sobre la eficacia de la mastografía, d) Creencias de autoeficacia para uso de mastografía, f) Normatividad subjetiva (dependencia de aprobación/desaprobación de la conducta por individuos referentes) y g) tipo de reacciones emocionales y de control de miedo ante exposición de mensajes con amenaza de riesgo. Posteriormente, los ítems fueron sometidos a consenso de expertos con especial interés en validar el contenido de los mismos, además de su adecuación cultural y lingüística en la redacción; evitando ambigüedad y vocabulario técnico que no formara parte del lenguaje cotidiano. No obstante, se realizó prueba piloto para verificar su claridad y facilidad de comprensión.

Escala de respuesta. Se optó por simplificar los niveles de respuesta porque en estudios previos se había identificado la dificultad para entender la escala original de

Likert-5 puntos. Así se cuestionó en 2 etapas, en la 1ª la persona eligió en responder “No” (equivalente a total desacuerdo) o “Sí”. Posteriormente, el “Sí” se afina en términos de “Sí poco” (equivalente a algo de desacuerdo), “Sí más o menos” (equivalente a algo de acuerdo) y “Sí mucho” (equivalente a total acuerdo). El total acuerdo se encuentra codificado como 1; algo de acuerdo, como 2; algo de desacuerdo, como 3; y total desacuerdo, como 4. Las respuestas “no sé” o “depende” se codificaron como 2 (31). El puntaje se interpreta de la siguiente manera: A más alto mayor creencia de riesgo, severidad, creencias en contra de la eficacia y dependencia de opinión de terceros.

El cuestionario también contiene la escala modificada de afectación positiva y negativa (Positive and Negative Affect Schedule= PANAS) (41), con opciones en escala de Likert de 4 puntos (1=mucho, 4=nada); consistió de 5 ítems positivos (1, 3, 5, 7, 9) (alfa = 0.68) y 5 ítems negativos (2, 4, 6, 8, 10) (alfa = 0.62). A mayor puntaje mayor rasgo de personalidad positiva o negativa.

Se construyeron otros tres índices:

- Severidad, se construyó con 2 ítems (alfa =0.40 antes y después de la exposición al mensaje). El rango posible estuvo entre 2 y 6 puntos; a mayor puntaje mayor severidad percibida.
- Eficacia de la mastografía, se construyó con 4 ítems (alfa =0.41 antes y 0.52 después de la exposición al mensaje). El rango posible estuvo entre 4 y 12 puntos; a mayor puntaje mayor eficacia de respuesta percibida.

- Autoeficacia, se construyó con 4 ítems (alfa =0.87 antes y después de la exposición al mensaje). El rango posible estuvo entre 4 y 16 puntos; a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida.

4.12 Plan de análisis

Se utilizó estadística descriptiva. Se verificó el efecto de la configuración del mensaje en reacciones emocionales mediante la prueba de chi cuadrada para comparaciones intergrupo. La inducción de cambio en las variables categóricas tales como percepción de riesgo e intención de uso de mastografía, se analizó con la prueba de chi cuadrada para comparaciones intergrupo (entre los 6 tipos de mensaje de la medición basal y de la medición posterior a la exposición del mensaje), y con la prueba de McNemar para comparaciones intragrupo (análisis antes y después en cada configuración de mensaje). El control por edad se realizó mediante análisis de regresión logística bivariada, teniendo como variable independiente el tipo de mensaje, como variable dependiente, la percepción de riesgo, o bien, la intención de uso; y como variable confusora, el grupo de edad. La inducción de cambio en las variables no categóricas tales como autoeficacia, eficacia y severidad, se analizaron con base en la prueba de ANOVA para comparaciones intergrupo (entre los 6 tipos de mensaje de la medición basal y de la medición posterior a la exposición del mensaje); y con la prueba de Kruskal-Wallis para comparaciones intergrupo (entre los 6 tipos de mensaje de la medición pareada antes-después). Además, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparaciones intragrupo (análisis antes y después en cada configuración de mensaje). Lo anterior, de forma global y estratificada por grupo de edad.

4.13 Consideraciones éticas

El estudio se realizó con apego al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. También, se ajustó a las Normas Institucionales en Materia de Investigación Científica. La información se manejó de forma anónima y confidencial; y en todas las participantes se obtuvo el consentimiento informado (Anexo A). Cabe mencionar, que no se manipuló el contenido de los mensajes con información ficticia para la inducción de amenaza de riesgo. Para ello, se adoptaron frases previamente utilizadas en diversas campañas promocionales para detección temprana de cáncer de mama, las cuales varían en el énfasis de la posibilidad de desarrollar cáncer, severidad de la enfermedad, eficacia de la mastografía o invitación a realizarse la misma. Se consideró que no existió ningún riesgo potencial por la participación en el estudio; a aquellas que manifestaron miedo, angustia o preocupación después de la exposición del mensaje, se les reforzó la eficacia alta de la mastografía y se les explicó sobre alternativas para realizársela. A todas las mujeres se les entregó un folleto sobre medidas de detección temprana disponibles en el sector salud, así como también, se les exhortó a acudir a realizarse la mastografía, según correspondiera.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico

La edad media correspondió a 50 ± 7.5 años y fue equivalente entre tipos de mensaje ($p = 0.95$), predominó el estado civil con pareja, la zona de residencia metropolitana y acceso a servicio de seguridad social. Así también, la mitad de la población contó con educación media o superior y una tercera parte, era económicamente activa; no hubo diferencias entre tipos de mensaje ($p \geq 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375).

| | TIPO DE MENSAJE | | | | | | valor de p |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | |
| Edad (años) | 50.5±7.7 | 50.0±7.3 | 50.2±7.9 | 50.0±7.8 | 49.8±7.6 | 50.1±7.5 | 0.95 |
| Estado civil con pareja | 72.2% | 77.2% | 73.7% | 71.6% | 72.1% | 75.6% | 0.71 |
| Residencia en zona metropolitana | 94.8% | 96.4% | 91.1% | 92.3% | 91.0% | 93.8% | 0.13 |
| Escolaridad | | | | | | | 0.08 |
| Primaria | 25.9% | 22.9% | 25.9% | 16.9% | 23.2% | 20.1% | |
| Secundaria | 19.0% | 26.5% | 28.3% | 29.0% | 20.7% | 25.4% | |
| Preparatoria+ | 55.1% | 50.7% | 45.9% | 54.1% | 56.1% | 54.5% | |
| Económicamente activa | 37.0% | 37.1% | 45.4% | 39.9% | 47.5% | 43.1% | 0.08 |
| Seguridad Social, sí | 70.1% | 82.1% | 74.6% | 77.6% | 78.6% | 76.6% | 0.05 |

En cuanto a tipo de personalidad, en la positiva se registró un mínimo de 16.9 y un máximo de 17.5 puntos, en tanto en la negativa 12.4 y 13.1 puntos, respectivamente; y el resultado fue equivalente entre tipos de mensaje ($p = 0.238$, $p = 0.367$ respectivamente) (Tabla 4).

Tabla 4. Índice de personalidad de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375).

| TIPO DE MENSAJE | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | valor de p |
| Positiva (puntaje) | 17.4±2.9 | 17.5±2.5 | 17.2±2.5 | 16.9±2.7 | 17.1±2.9 | 17.0±2.8 | 0.24 |
| Negativa (puntaje) | 13.1±3.6 | 13.0±3.5 | 12.8±3.2 | 12.4±3.2 | 12.7±3.6 | 12.6±3.2 | 0.37 |

* A mayor puntaje más personalidad positiva o negativa (rango posible de 5 a 20 puntos).

5.2 Antecedentes personales y familiares de conductas preventivas

El 65.4% de las mujeres tenía el antecedente de uso personal de Papanicolaou y el 63.9% de uso de mastografía; no hubo diferencias por tipo de mensaje ($p = 0.713$ y $p = 0.803$, respectivamente) (Tabla 5). En tanto el uso familiar de mastografía, el 57.3% presentó este antecedente; y fue equivalente por tipo de mensaje ($p = 0.584$). Referente al antecedente familiar de cáncer de mama el 8.8% lo mencionó aunque resultó similar entre tipos de mensaje ($p = 0.418$) (Tabla 6).

Tabla 5. Antecedente de conducta preventiva personal sobre el uso de mastografía y Papanicolaou (n=1,375).

| | TIPO DE MENSAJE | | | | | | valor de p |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | |
| Uso Papanicolaou | 63.7% | 69.6% | 62.9% | 63.9% | 65.9% | 66.0% | 0.713 |
| Uso de Mastografía | 65.7% | 63.8% | 62.9% | 63.4% | 61.1% | 67.0% | 0.803 |

*Cuando menos una mastografía en su vida y Papanicolaou máximo dos años del último realizado.

Tabla 6. Antecedente familiar sobre el uso de mastografía y cáncer de mama familiar (norma subjetiva) (n=1,375).

| | TIPO DE MENSAJE | | | | | | valor de p |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | |
| Por lo menos un familiar usa mastografía | 58.8% | 60.7% | 46.9% | 56.6% | 61.4% | 57.9% | 0.584 |
| Por lo menos un familiar con cáncer de mama | 9.9% | 11.6% | 7.3% | 7.1% | 9.3% | 6.7% | 0.418 |

5.3 Comorbilidad: diabetes, hipertensión y colesterol elevado

El 17.9% de las mujeres tenía el antecedente de diagnóstico de diabetes, 24.4% de hipertensión y 19.5%, de hipercolesterolemia; no hubo diferencias por tipo de mensaje (p =0.203, p =0.693 y p = 0.407, respectivamente) (Tabla 7). Más del 96%

de las encuestadas con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, acuden a control regularmente.

Tabla 7. Comorbilidad de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375).

| | TIPO DE MENSAJE | | | | | | TOTAL (n=1375) | valor de p |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | | |
| Diabetes | 19.7% | 18.8% | 21.5% | 19.1% | 13.2% | 16.3% | 17.9% | 0.203 |
| Hipertensión | 26.3% | 25.4% | 25.9% | 25.7% | 21.4% | 22.0% | 24.4% | 0.693 |
| Colesterol elevado | 19.7% | 23.2% | 17.6% | 19.7% | 20.7% | 15.3% | 19.5% | 0.407 |

5.4 Antecedente de Menopausia

El 45.1% de las mujeres tenía el antecedente de menopausia y el 8.4% de histerectomía y, no hubo diferencias por tipo de mensaje ($p = 0.851$).

5.5 Antecedente o síntoma actual de enfermedad de mama.

El 12.2% de las mujeres admitió haber padecido alguna enfermedad de mama, en tanto, el 5.8% afirma algún síntoma actual; no hubo diferencias por tipo de mensaje ($p = 0.75$ y $p = 0.503$ respectivamente) (Tabla 8).

Tabla 8. Antecedente o enfermedad actual de mama de la población de estudio, según tipo de mensaje (n=1,375).

| | TIPO DE MENSAJE | | | | | | valor de p |
|--------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | |
| Antecedente enfermedad de mama | 13.5% | 12.1% | 12.3% | 8.8% | 12.0% | 13.5% | 0.75 |
| Síntoma actual de mama | 7.70% | 5.80% | 5.90% | 3.80% | 6.40% | 4.30% | 0.537 |

5.6 Normatividad subjetiva

Se registró un mínimo de 4 y un máximo de 12 puntos, lo cual coincidió con el rango posible (a mayor puntaje mayor dependencia de la opinión familiar, amistad o de la TV sobre el uso de la mastografía). Las mujeres que recibieron el mensaje AN-AE presentaron una media superior de dependencia en comparación a aquellas de los mensajes AN-BE y AB-AE (5.7 ± 2.4 vs. 4.9 ± 1.6 puntos, respectivamente, $p < 0.01$).

5.7 Perfil cognitivo

El 28.4% no presentó la intención de uso de mastografía, es decir, se encontraba en etapa de precontemplación. El 38.4% percibió como nada o poco grave el cáncer de mama con base en la pregunta ¿cuántas mujeres en general se salvan de morir una vez hecho el diagnóstico de la enfermedad?; y el 31.6%, con base en la pregunta ¿qué tan curable cree que es la enfermedad?. El 41.7% percibió que tiene poco o ningún riesgo de padecer cáncer de mama en algún momento de la vida. La media de

autoeficacia fue de 11 ± 1.9 puntos (mínimo 4 y máximo de 12 puntos, lo cual coincidió con el rango posible; a mayor puntaje mayor autoeficacia) y la media de eficacia, 11.4 ± 1.1 puntos (mínimo 5 y máximo de 12 puntos, de un rango posible de 4 y 12, respectivamente. A mayor puntaje mayor eficacia).

5.8 Efecto de la configuración del mensaje

5.8.1. Reacciones emocionales según configuración de mensaje

Una mayor frecuencia de mujeres manifestó alta credibilidad al mensaje con configuración de amenaza alta (AA-AE, AA-BE) en comparación a aquel de amenaza neutra o baja (AN-AE, AN-BE, AB-AE, AB-BE $p < 0.0001$). También, fue superior el porcentaje de mujeres con reacción de miedo, preocupación o angustia ($p < 0.0001$). Esto último, tal como fue planteado en la hipótesis “*El porcentaje de mujeres con reacción de miedo, preocupación o angustia es superior en el mensaje configurado con amenaza alta que en aquél con amenaza baja (validación)*” (Tabla 9).

Por otro lado, los mensajes configurados con eficacia/autoeficacia alta (AA-AE, AN-AE, AB-AE), obtuvieron una credibilidad mayor que aquellos configurados con eficacia/ autoeficacia baja (AA-BE, AN-BE, AB-BE, $p < 0.0001$). A su vez, fue superior el porcentaje de mujeres con reacción de esperanza, ánimo o tranquilidad ($p < 0.0001$). Esto último concuerda con la hipótesis “*El porcentaje de mujeres con reacción de esperanza, ánimo o tranquilidad es superior en el mensaje configurado*

con *eficacia/autoeficacia alta* que en *aquél con eficacia/autoeficacia baja (validación)*” (Tabla 10).

Tabla 9. Reacciones emocionales negativas, según configuración de mensaje (n=1,375).

| TIPO DE MENSAJE | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | valor de p |
| Contenido de amenaza | | | | | | | |
| Muy creíble | 94.2% | 90.2% | 79.5% | 81.4% | 79.6% | 82.3% | <0.0001 |
| Reacción que provoca | | | | | | | |
| Miedo | 32.1% | 26.8% | 14.1% | 15.3% | 10.4% | 11.0% | <0.0001 |
| Preocupación | 48.5% | 39.3% | 29.8% | 31.1% | 22.1% | 21.1% | <0.0001 |
| Angustia | 37.2% | 31.2% | 20.5% | 18.0% | 13.6% | 12.0% | <0.0001 |
| Molestia-enojo | 9.9% | 6.7% | 2.9% | 4.9% | 3.6% | 2.9% | <0.02 |
| Tristeza | 37.0% | 42.4% | 22.0% | 23.1% | 21.4% | 15.8% | <0.0001 |

Tabla 10. Reacciones emocionales positivas, según configuración de mensaje (n=1,375)

| TIPO DE MENSAJE | | | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------|
| | AA-AE (n=274) | AA-BE (n=224) | AN-AE (n=205) | AN-BE (n=183) | AB-AE (n=280) | AB-BE (n=209) | valor de p |
| Contenido de eficacia mastografía | | | | | | | |
| Muy creíble | 94.5% | 69.6% | 84.9% | 65.6% | 88.9% | 62.0% | <0.0001 |
| Reacción que provoca | | | | | | | |
| Esperanza | 96.0% | 77.9% | 91.7% | 77.9% | 93.6% | 77.8% | <0.0001 |
| Ánimo | 92.0% | 71.7% | 89.8% | 74.2% | 91.0% | 70.2% | <0.0001 |
| Tranquilidad | 87.2% | 64.0% | 84.3% | 68.7% | 84.9% | 62.1% | <0.0001 |
| Alivio | 88.7% | 65.0% | 83.3% | 65.7% | 86.1% | 62.1% | <0.0001 |
| Fortaleza | 86.1% | 60.9% | 78.3% | 65.2% | 82.3% | 64.4% | <0.0001 |

5.8.2 Cambio de percepción de riesgo de padecer cáncer de mama

La comparación intragrupo, es decir, con control de la medición basal de la percepción de riesgo, mostró predominio de ausencia de efecto en todos los tipos de mensaje. La comparación intergrupo posterior a la exposición del mensaje, tampoco mostró diferencias por tipos de mensaje (Tabla 11). El resultado anterior se mantuvo aun controlando por grupo de edad (análisis de regresión logística bivariada).

Tabla 11. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de percepción de riesgo con base en comparación inter e intragrupo (n=1,375).

| PERCEPCIÓN DE RIESGO | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tipo de mensaje | Riesgo moderado y alto | | Cambio en nivel de percepción (resultado pareado antes y después) | | | |
| | ANTES de la exposición al mensaje | DESPUÉS de la exposición al mensaje | Efecto positivo ^a | Efecto contrario ^b | Sin efecto ^c | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | 59.1% | 57.3% | 12.8% | 14.6% | 72.6% | 0.644 |
| AA-BE | 57.1% | 59.8% | 13.8% | 11.2% | 75.0% | 0.504 |
| AN-AE | 59.5% | 58.5% | 10.7% | 11.7% | 77.6% | 0.883 |
| AN-BE | 50.8% | 51.9% | 15.3% | 14.2% | 70.5% | 0.892 |
| AB-AE | 63.2% | 59.6% | 11.1% | 14.6% | 74.3% | 0.289 |
| AB-BE | 56.9% | 59.8% | 15.8% | 12.9% | 71.3% | 0.519 |
| valor de p (intergrupo) | 0.188 | 0.585 | | | | |

^a Cambio de percepción de riesgo poco/nulo a moderado/alto después de exposición al mensaje

^b Cambio de percepción moderado/alto a poco/nulo después de exposición al mensaje

^c Se mantuvo en percepción previa

5.8.3 Cambio de percepción de autoeficacia

La comparación intragrupo, es decir, con control de la medición basal del índice de autoeficacia, mostró efecto positivo en todos los tipos de mensaje, excepto en la configuración AB-BE. La comparación intergrupo de la diferencia antes-después mostró al mensaje AN-AE con la mayor ganancia de autoeficacia (Tabla 12). El análisis estratificado por grupo de edad, señaló resultados similares en la comparación intragrupo, pero en la intergrupo, dejó de haber diferencias por tipo de mensaje (Tabla 13)

Tabla 12. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de autoeficacia con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375).

| Nivel de índice de autoeficacia (puntaje) | | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | ANTES de la exposición al mensaje | DESPUÉS de la exposición al mensaje | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | 11.3 ± 1.6 | 11.6 ± 1.1 | +0.4 ± 1.4 | 0.0001 |
| AA-BE | 11.1 ± 1.8 | 11.5 ± 1.5 | +0.3 ± 1.2 | 0.0001 |
| AN-AE | 10.6 ± 2.2 | 11.2 ± 1.8 | +0.6 ± 1.7 ^a | 0.0001 |
| AN-BE | 10.8 ± 2.1 | 11.1 ± 2.0 | +0.3 ± 1.4 | 0.0001 |
| AB-AE | 11.0 ± 2 | 11.4 ± 1.6 | +0.4 ± 1.7 | 0.0001 |
| AB-BE | 11.1 ± 1.7 | 11.3 ± 1.7 | +0.1 ± 1.5 | 0.173 |
| valor de p (intergrupo) | 0.003 | 0.005 | 0.05 | |

^a Prueba post-hoc: AN-AE > AB-BE, p =0.06

*Rango posible 4 a 12 puntos; a mayor puntaje, mayor autoeficacia.

Tabla 13. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de autoeficacia con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375).

| Nivel de índice de autoeficacia (puntaje) | | | | |
|---|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | Edad <50 años | | Edad 50 y más años | |
| | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | 0.5 ± 1.5 | 0.001 | 0.2 ± 1.3 | 0.036 |
| AA-BE | 0.3 ± 1.1 | 0.001 | 0.4 ± 1.3 | 0.005 |
| AN-AE | 0.7 ± 1.6 | 0.0001 | 0.5 ± 1.7 | 0.01 |
| AN-BE | 0.3 ± 1.2 | 0.01 | 0.4 ± 1.7 | 0.01 |
| AB-AE | 0.5 ± 1.9 | 0.0001 | 0.3 ± 1.5 | 0.01 |
| AB-BE | 0.2 ± 1.8 | 0.326 | 0.1 ± 1.2 | 0.363 |
| valor de p (intergrupo) | 0.144 | | 0.277 | |

5.8.4 Cambio de percepción de eficacia de la mastografía

La comparación intragrupo, es decir, con control de la medición basal del índice de eficacia, mostró efecto positivo en los mensajes con las configuraciones de alta eficacia/autoeficacia: AN-AE, AB-AE y AA-AE. La comparación intergrupo de la diferencia antes-después mostró al mensaje AN-AE con la mayor ganancia de eficacia (Tabla 14). En el análisis estratificado por grupo de edad, persistió la configuración AN-AE con la mayor ganancia de eficacia (Tabla 15).

Tabla 14. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de eficacia con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375).

| Nivel de índice de eficacia (puntaje) | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | ANTES de la exposición al mensaje | DESPUÉS de la exposición al mensaje | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | 11.5 ± 1.1 | 11.6 ± 1.0 | +0.1 ± 1.2 | 0.05 |
| AA-BE | 11.5 ± 1.0 | 11.5 ± 0.9 | 0.0 ± 0.9 | 0.683 |
| AN-AE | 11.2 ± 1.2 | 11.6 ± 1.0 | +0.4 ± 1.3 ^a | 0.0001 |
| AN-BE | 11.5 ± 1.0 | 11.5 ± 1.2 | 0.0 ± 1.1 | 0.337 |
| AB-AE | 11.5 ± 1.1 | 11.6 ± 1.0 | +0.1 ± 1.1 | 0.027 |
| AB-BE | 11.5 ± 1.0 | 11.5 ± 1.1 | 0.1 ± 1.2 | 0.632 |
| valor de p (intergrupo) | 0.041 | 0.824 | 0.001 | |

^a Prueba post-hoc: AN-AE >AA-BE, p <0.02

*Rango posible 4 a 12 puntos; a mayor puntaje, mayor eficacia.

Tabla 15. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de eficacia con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375).

| Nivel de índice de eficacia (puntaje) | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | Edad <50 años | | Edad 50 y más años | |
| | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | +0.2 ± 1.1 | 0.02 | +0.1 ± 1.4 | 0.521 |
| AA-BE | 0.0 ± 1.0 | 0.941 | +0.1 ± 0.8 | 0.409 |
| AN-AE | +0.4 ± 1.3 | 0.002 | +0.4 ± 1.2 | 0.004 |
| AN-BE | 0.0 ± 1.2 | 0.700 | +0.1 ± 1.0 | 0.241 |
| AB-AE | 0.0 ± 1.2 | 0.839 | +0.3 ± 1.1 | 0.002 |
| AB-BE | +0.1 ± 1.3 | 0.202 | -0.1 ± 1.1 | 0.916 |
| valor de p (intergrupo) | 0.009 | | 0.05 | |

5.8.5 Cambio de percepción de severidad del cáncer de mama

La comparación intragrupo, es decir, con control de la medición basal de la percepción de severidad, registró reducción del nivel de severidad en todos los tipos de mensaje. La comparación intergrupo de la diferencia antes-después no mostró diferencias por tipo de mensaje (Tabla 16). El resultado anterior fue independiente del grupo de edad (análisis de regresión logística bivariada) (Tabla 17).

Tabla 16. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de severidad con base en comparación inter e intragrupo* (n=1,375).

| Nivel de índice de severidad (puntaje) | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | ANTES de la exposición al mensaje | DESPUÉS de la exposición al mensaje | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | 3.7 ± 1.2 | 3.0 ± 1.2 | -0.7 ± 1.1 | 0.0001 |
| AA-BE | 3.9 ± 1.2 | 3.4 ± 1.2 | -0.5 ± 1.2 | 0.0001 |
| AN-AE | 3.7 ± 1.2 | 3.0 ± 1.1 | -0.6 ± 1.1 | 0.0001 |
| AN-BE | 3.6 ± 1.1 | 3.0 ± 1.0 | -0.6 ± 1.1 | 0.0001 |
| AB-AE | 3.7 ± 1.2 | 3.2 ± 1.2 | -0.5 ± 1.1 | 0.0001 |
| AB-BE | 3.8 ± 1.2 | 3.2 ± 1.2 | -0.5 ± 1.2 | 0.0001 |
| valor de p (intergrupo) | 0.027 | 0.002 | 0.498 | |

*Rango posible 2 a 6 puntos; a mayor puntaje, mayor severidad.

Tabla 17. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de índice de severidad con base en comparación inter e intragrupo, según grupo de edad (n=1,375).

| Nivel de índice de severidad (puntaje) | | | | |
|--|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Tipo de mensaje | Edad <50 años | | Edad 50 y más años | |
| | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) | DIFERENCIA ANTES-DESPUÉS (resultado pareado) | valor de p (intragrupo) |
| AA-AE | -0.7 ± 1.1 | 0.0001 | -0.7 ± 1.2 | 0.0001 |
| AA-BE | -0.4 ± 1.1 | 0.0001 | -0.7 ± 1.3 | 0.0001 |
| AN-AE | -0.6 ± 1 | 0.0001 | -0.8 ± 1.3 | 0.0001 |
| AN-BE | -0.6 ± 1.1 | 0.0001 | -0.5 ± 1 | 0.0001 |
| AB-AE | -0.6 ± 1 | 0.0001 | -0.4 ± 1.1 | 0.001 |
| AB-BE | -0.6 ± 1.1 | 0.0001 | -0.5 ± 1.2 | 0.0001 |
| valor de p (intergrupo) | 0.688 | | 0.09 | |

5.8.6 Cambio de intención de uso de mastografía, mujeres sin intención inicial de realizarse el estudio (n=386). La comparación intragrupo mostró aumento de frecuencia de mujeres con la intención de uso de mastografía con todos los tipos de mensaje. Después de la exposición, más del 55% de las mujeres manifestó intención de uso y, no se registraron diferencias intergrupo por tipo de configuración (Tabla 18). Lo cual no correspondió con lo esperado, se pensaba que el mensaje AN-AA registraría el mayor efecto y aquel AB-AB, el menor efecto (hipótesis “*El 80% de mujeres sin intención inicial de realizarse una mastografía, tendrá la intención de después de la exposición al mensaje de amenaza neutra y eficacia alta, en comparación con el 40% expuesta al mensaje con amenaza baja y eficacia baja*”). El resultado anterior, se mantuvo independiente del control por grupo de edad,

seguridad social y normatividad subjetiva con base en análisis de regresión logística multivariada.

En búsqueda de factores que influyen en la intención de uso de mastografía, se identificó que un índice de autoeficacia alto posterior a la exposición del mensaje, aumentó 1.5 veces las posibilidades de querer realizarse el estudio (IC95% 1.3, 1.7), independiente de la configuración del mensaje, grupo de edad, seguridad social, normatividad subjetiva, escolaridad y percepción de riesgo, severidad o creencia de la eficacia de la mastografía.

Tabla 18. Efecto de la configuración del mensaje en cambio de intención de uso de mastografía con base en comparación inter e intragrupo, mujeres sin intención inicial de realizarse el estudio (n=386)

| INTENCIÓN DE USO | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Tipo de mensaje | Con intención de uso | | Cambio en nivel de percepción (resultado pareado antes y después) | | | valor de p (intragrupo) |
| | ANTES de la exposición al mensaje | DESPUÉS de la exposición al mensaje | Efecto positivo ^a | Efecto contrario ^b | Sin efecto ^c | |
| AA-AE | 0.0% | 66.2% | 65.7% | 0.0% | 34.3% | 0.0001 |
| AA-BE | 0.0% | 64.4% | 62.7% | 0.0% | 37.3% | 0.0001 |
| AN-AE | 0.0% | 60.3% | 60.3% ^d | 0.0% | 39.7% | 0.0001 |
| AN-BE | 0.0% | 56.9% | 56.9% | 0.0% | 43.1% | 0.0001 |
| AB-AE | 0.0% | 70.4% | 70.4% | 0.0% | 29.6% | 0.0001 |
| AB-BE | 0.0% | 61.4% | 61.4% ^e | 0.0% | 38.6% | 0.0001 |
| valor de p (intergrupo) | 0.544 | 0.670 | | | | |

^a Cambio de no intención a sí intención, después de exposición al mensaje

^b Cambio de sí intención a no intención, después de exposición al mensaje

^c Se mantuvo en no intención después de exposición al mensaje

^d Hipótesis planteaba una frecuencia esperada de 80%

^e Hipótesis planteaba una frecuencia esperada de 40%

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

La única manera de combatir el cáncer de mama es mediante la promoción del diagnóstico temprano, y el tamizaje con base en mastografía es sin duda una de las mejores alternativas. Para ello, se requiere de estrategias de comunicación persuasiva dirigidas al uso de este estudio. Precisamente, la presente investigación se centró el desarrollo y análisis de contenido de mensajes, contruidos con tres niveles de amenaza (alta, media y baja) y dos niveles de autoeficacia (alta y baja). La razón, se desconocía en México la influencia de estos componentes cognitivos en tipos de reacción emocional e intención de uso de mastografía. A continuación se comentarán los hallazgos más relevantes.

Se identificó que el mensaje configurado con amenaza alta generó con mayor frecuencia reacciones de miedo, y aquel con autoeficacia y eficacia alta, reacciones de esperanza, ánimo, tranquilidad, alivio y fortaleza. Lo anterior, reflejó cumplimiento con el diseño planeado, lo cual que era necesario verificar antes de analizar el efecto de la comunicación de riesgo. Otros autores también han comprobado que los mensajes con alto nivel de amenaza y gravedad alta, provocan mayor nivel de miedo (21). Llamó la atención que ningún mensaje provocó cambio de percepción de riesgo, solo lograron mantenerlo. Por el contrario, todos los mensajes ocasionaron reducción del nivel de percepción de gravedad del cáncer de mama. En este sentido, se identificó que sentir esperanza y tranquilidad después de la lectura de los mensajes, se relacionó significativamente con menor índice de

percepción de severidad la enfermedad, lo cual en parte aclara el hallazgo de la menor gravedad percibida.

En términos de autoeficacia, todos los mensajes con excepción del AB-BE, aumentaron la percepción de autoeficacia independiente de la edad. En lo que respecta a eficacia, el efecto varió con la edad; el mensaje AA-AE logró incrementar la percepción de eficacia solo en mujeres jóvenes y el AB-AE, únicamente en aquellas de 50 años y más. En cambio, la configuración AN-AE, funcionó en todas las edades. Se dice que una presentación amenazante cumple el primer cometido de captar la atención del sujeto, pero posteriormente surge el rechazo y la minimización de riesgo. Por ello, la amenaza para la salud nunca debería ir en solitario, sino acompañada de una solución fácilmente ejecutable (15). Un estudio de metaanálisis con estudios de persuasión con base en miedo, mostró evidencia de interacción entre nivel alto de amenaza, nivel alto de autoeficacia y mayor intención de actuar; y demuestra que nivel alto de amenaza y nivel bajo de autoeficacia, se asocia con incremento de respuestas de adaptación errónea (18). De aquí la importancia del efecto garantizado de autoeficacia y eficacia; para contribuir al impacto de las campañas promocionales que tendrían que considerar la configuración del mensaje. De acuerdo a la evidencia, se tendría que descartar el mensaje AB-BE y elegir, el AN-AE; así, se lograría incrementar tanto la autoeficacia como la eficacia, sin importar la edad.

El fin último de los mensajes es la conducta misma, la cual siempre es precedida por la intención correspondiente y en este estudio, se observó que la configuración en sí,

no hacía diferencia en la intención, porque todos los mensajes lograron cambio positivo en mujeres que al inicio no tenían ningún interés en realizarse la mastografía. Notoriamente, el cambio de intención se vio influido por el nivel de autoeficacia; la percepción alta de sentirse capaz de realizarse el estudio, incrementó el 50% de posibilidades de intención de uso después del ajuste por confusores conocidos. Jones y Owen (17), observaron que la variación en el nivel de amenaza de la comunicación de riesgo, no tenía impacto en la intención de uso de mastografía en mujeres ≥ 50 años. No obstante, en menores de 50 años, la eficacia baja junto con la amenaza alta, sí reducía la intención. Sheppard y col (42), realizaron un estudio controlado aleatorizado para medir la eficacia de una comunicación en salud en uso de mastografía en mujeres de origen hispano y afroamericano con edad promedio de 50 años que habían faltado a su cita programada el año previo. La intervención se realizó vía telefónica con duración aproximada de 10 minutos, la cual había sido diseñada con componentes de autoeficacia, miedo al dolor y riesgo de desarrollar cáncer de mama. Antes de finalizar la llamada, se preguntaba sobre la intención de acudir a realizarse la mastografía. El grupo control, recibió la atención usual de la unidad de salud. Los resultados mostraron que el 100% de participantes del grupo de intervención y el 86.6% del grupo con atención usual, manifestaron tener la intención de acudir a realizarse el estudio ($p > 0.05$). Sin embargo, el 54% del grupo de intervención cambió de la intención a la acción, en comparación al 46% del grupo control ($p < 0.05$). Menon y col (38), mostraron que la disminución de percepción de barreras y el aumento de percepción de beneficios y autoeficacia, después de la exposición a mensajes de persuasión personalizados con base en constructos del MTT y MCS; influyó significativamente en cambiar de etapa de precontemplación o

contemplación, a acción. Otro estudio muestra solo el resultado de la persuasión en el uso de mastografía. Rimal y col (22), incluyeron mujeres con edad promedio de 54 años para investigar la asociación entre percepción de riesgo y uso mastografía. Los resultados mostraron que la creencia de eficacia alta se asoció con uso de mastografía, sin la interacción de percepción de riesgo.

Limitaciones del estudio

La población de estudio se caracterizó por ser residente de la zona metropolitana (9 de cada 10 participantes en la encuesta mencionó vivir en Monterrey o en algún municipio aledaño a esta ciudad); y no es posible generalizar los resultados a mujeres de zona no urbana del estado de Nuevo León. El principal sesgo pudiera estar en la variabilidad de la percepción de los componentes cognitivos, por tanto, se requiere analizar este tema en futuros trabajos de investigación. La sensibilización de la persona entrevistada es una limitante a la que se enfrentan todos los estudios que reaplican un instrumento de medición, cabe aclarar que de haber sesgo el mismo estaría presente en todos los tipos de mensaje, los cuales fueron aplicados en forma aleatorizada. Se reconoce que la intención de uso de mastografía puede variar a través del tiempo, y que la intención, no necesariamente garantiza la conducta. Para ello se requiere contar con un estudio longitudinal, para medir la estabilidad de la intención y mejor aún, para el cambio de intención a conducta. Futuras líneas de investigación deberán incluir también, la personalización del mensaje, como el estudio realizado por Menon y col (38); y explorar el uso de otros medios o formatos, por ejemplo video, o bien, mensajes enviados a través de redes sociales. Por último,

es importante recordar los límites propios de la comunicación en salud, la cual *sí* puede influir sobre creencias y actitudes, refutar mitos y conceptos erróneos; y motivar conductas; y *no* es factible esperar que subsane problemas de acceso a los servicios de salud o producir cambios sostenidos de conductas de salud, sin el apoyo de un programa paralelo de regulación o política establecida.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

1. Se validó la configuración 3 x 2 de mensajes para comunicación de riesgo (amenaza alta, media y baja x autoeficacia alta y baja); en vista que el mensaje con amenaza alta generó reacciones negativas (miedo, preocupación, angustia y molestia/enojo); y aquel con nivel de autoeficacia alta, reacciones positivas (esperanza, ánimo, tranquilidad, alivio y fortaleza).
2. Ningún mensaje provocó cambio en percepción de riesgo, solo mantener el nivel inicial de percepción. Por el contrario, todas las configuraciones, ocasionaron reducción del nivel de percepción de gravedad del cáncer de mama.
3. Todos los mensajes, menos el AB-BE, aumentaron la percepción de autoeficacia. Mientras que aquellos con contenido de persuasión de eficacia alta (AA-AE, AN-AE y AB-AE), registraron efecto positivo en eficacia. Adicionalmente, el resultado varió con la edad, el AA-AE funcionó solo en jóvenes; y el AB-AE, solo en mujeres de 50 y más años. En cambio, la configuración AN-AE, no distinguió grupo de edad.
4. La configuración no hizo diferencia en la intención de uso de mastografía, todos los mensajes lograron de manera similar cambio positivo en mujeres que al inicio no tenían ningún interés en realizarse el estudio. Además, se identificó que la

intención era afectada favorablemente por el cambio en el nivel de autoeficacia, independiente de la edad.

5. Los resultados del estudio ratificaron la importancia de selección del contenido de un mensaje que fuera capaz de maximizar factores determinantes de la intención tal como la autoeficacia, y también, con la intención misma de uso de mastografía, independiente de la edad. En este sentido, el AN-AE cumple con dichos atributos.

CAPITULO 8

REFERENCIAS

1. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJ, Naghavi M. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;378(9801):1461-84
2. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex*. 2009;51 supl 2:S147-S156
3. Franco-Marina F, Lazcano-Ponce E, López-Carrillo L. Breast cancer mortality in Mexico. An age-period-cohort analysis. *Salud Publica Mex*. 2009;51 suppl 2:S157-S164.
4. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, Hernández-Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Publica Mex*. 2009;51 supl 2:S208-S219
5. National Cancer Institute at the National Institutes of health. Making health communication programs work. U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/>. Información consultada el 19 de agosto 2014.
6. American Cancer Society. Breast Cancer: Early Detection. Disponible en: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/index>. Información consultada el 12 de marzo del 2014.
7. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia

- epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación, México, 2011. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011. Consultado el 20 de noviembre de 2013.
8. Miles A, Cockburn J, Smith RA, Wardle J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer*. 2004;101(5 Suppl):1201–13.
 9. von Karsa L, Anttila A, Ronco G et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening –First Report. European Commission, 2008. <http://ec.europa.eu> (date last accessed 16 December 2008).
 10. Palencia L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, Spadea T, Kunst AE, Borrell C. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 2010;39:757-65.
 11. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2020. Disponible en: <http://healthypeople.gov/2020/data/default.aspx>. Información consultada el 12 de marzo del 2014.
 12. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales (Síntesis Ejecutiva). México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
 13. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A, Villalobos-Hernández AL, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Publica Mex*. 2013;55 supl 2:S241-S248.

14. Secretaría de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Manual de Mercadotecnia Social en Salud. México, DF, 2010.
15. Ordoñana Martín JR, Gómez Amor J, Galvañ Olivares F. El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gac Sanit.* 2000;14(Supl. 3):45-59
16. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol.* 1975;91:93-114
17. Jones SC, Owen N. Using fear appeals to promote cancer screening—are we scaring the wrong people? *Int. J. Nonprofit Volunt Sect Mark.* 2006;11: 93–103
18. Witte K, Allen M. A meta-analysis of fear appeals: Implications for public health campaigns. *Health Educ Behav.* 2000; 27: 591-615.
19. Harvey JA, Strahilevitz MA. The power of pink: cause-related marketing and the impact on breast cancer. *J Am Coll Radiol.* 2009;6:26-32.
20. Rimal RN, Brown J, Mkandawire G, Folda L, Böse K, Creel AH. Audience segmentation as a social-marketing tool in health promotion: use of the risk perception attitude framework in HIV prevention in Malawi. *Am J Public Health.* 2009;99:2224-9.
21. Ordoñana JR, González-Javier F, Espín-López L, Gómez-Amor J. Self-Report and psychophysiological responses to fear appeals. *Hum Commun Res.* 2009; 35:195–220
22. Rimal RN, Juon HS. Use of the risk perception attitude framework for promoting breast cancer prevention. *J Appl Soc Psych.* 2010; 40:287–310.

23. Ruiter RA, Kok G, Verplanken B, Brug J. Evoked fear and effects of appeals on attitudes to performing breast self-examination: an information-processing perspective. *Health Educ Res.* 2001;16:307-19.
24. Prentice Dunn S, Floyd DL, Flournoy JM. Effects of persuasive message order on coping with breast cancer information. *Health Educ Res.* 2001;16:81-4
25. Flórez-Alarcón L, Gantiva C. El doble procesamiento paralelo en situación de crisis: fundamentación motivacional. *Psychol Av Discip.* 2012; 6:105-121.
26. Witte K. Fear control and danger control: a test of the Extended Parallel Process Model (EPPM). *Commun Monogr.* 1994;61:113–134.
27. Rimal RN. Closing the knowledge–behavior gap in health promotion: The mediating role of self-efficacy. *Health Commun.* 2000;12: 219–237.
28. Rimal RN. Perceived risk and self-efficacy as motivators: Understanding individuals’ long-term use of health information. *J Commun.* 2002; 51:633–654.
29. Rimal RN, Real K. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change: use of the risk perception attitude (RPA) framework to understand health behaviors. *Hum Commun Res.* 2003; 29:370–399.
30. Turner MM, Rimal RN, Morrison D, Kim H. The role of anxiety in seeking and retaining risk information: testing the risk perception attitude framework in two studies. *Hum Commun Res.* 2006;32: 130–156

31. Otero Sabogal R, Stewart S, Shema SJ, Pasick RJ. Ethnic differences in decisional balance and stages of mammography adoption. *Health Educ Behav.* 2007;34:278-96.
32. Rakowski W, Dube CE, Marcus BH, Prochaska JO, Velicer WF, Abrams DB. Assessing elements of women's decisions about mammography. *Health Psychol.* 1992;11:111
33. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, et al. Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychol.* 1994;13:39.
34. Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychol.* 1994;13:47.
35. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior. *Am J Health Promotion.* 1997;12:38-48.
36. Siero S, Kok G, Pruyn J. Effects of public education about breast cancer and breast self-examination. *Soc Sci Med.* 1984;18:881-888.
37. Allen B Jr, Bazargan-Hejazi S. Evaluating a tailored intervention to increase screening mammography in an urban area. *J Natl Med Assoc.* 2005; 97(10):1350-60.
38. Menon U, Champion V, Monahan PO, Daggy J, Hui S, Skinner CS. Health belief model variables as predictors of progression in stage of mammography adoption. *Am J Health Promot.* 2007;21(4):255-61.
39. Donovan RJ, Henley N. A conceptual framework for fear arousal and threat appeals in health promotion communications. *Health Promot J Austr.* 2000; 10: 84-88.

40. Xunta de Galicia y Organización Panamericana de la Salud. EpiDat. Versión 3.1, 2006.
41. Watson D, Clark LA, Tellegan A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063–1070.
42. Sheppard VB, Huei-yu Wang J, Eng-Wong J, Martin SH, Hurtado-de-Mendoza A, Luta G. Promoting mammography adherence in underserved women: the telephone coaching adherence study. *Contemp Clin Trials.* 2013; 35(1):35-42.

ANEXOS

Anexo A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA: COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE MASTOGRAFÍA

Estadísticas recientes muestran que sólo 2 de cada 5 mexicanas, habían acudido a estudio de mastografía en el último año, a pesar de que ofrece la oportunidad de detectar el cáncer de seno en forma temprana. Por ello, este estudio pretende identificar qué motiva a una mujer utilizar el estudio de mastografía, o bien, las razones por las que no asiste a realizarse dicho estudio. Su participación consiste solamente de responder a un cuestionario que en esencia contiene preguntas relacionadas con qué motiva a una mujer utilizar el estudio de mastografía, o bien, las razones por las que no asiste a realizarse dicho estudio; y no implican riesgo para su salud. Gracias a los resultados de la investigación, será posible diseñar campañas efectivas de promoción de detección temprana de cáncer de mama mediante mastografía.

En el que momento que desee, se le pueden proporcionar información de los resultados obtenidos del estudio. Usted conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. Por medio de la presente, se le asegura que no se identificará su nombre en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio; y que los datos personales serán manejados en forma confidencial.

Yo, _____ he comprendido la información referente al proyecto de investigación “**Detección oportuna de cáncer de mama: comunicación de riesgo e intención de uso de mastografía**” y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, pero sin incluir mi nombre o número de filiación. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Fecha

Anexo B. MENSAJES

AA_AE

Lectura mensaje: Sabía Ud. que a todas las mujeres nos puede dar cáncer de mama, y Ud. puede ser 1 de ellas. El cáncer de mama es grave, puede llegar a perder la vida y causa mucho sufrimiento a la familia.

| | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------|------------|------|-----------|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| f | ... Otro sentimiento | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama, si se detecta a tiempo se puede curar y la mamografía es la mejor manera de estar protegida --aunque no haya síntomas-- ya que detecta tumores que no se pueden sentir en un examen médico

| | | | | | | |
|---|--|----------------|--------------------|----------------------|------|-----------|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | |
| b | | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | |
| c | | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | |
| d | | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | |
| e | | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | |
| f | | Otro | | | | |

UANL: Lectura del mensaje: La mamografía es segura y en la clínica de los trabajadores no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. tener No se espere a

HU, METROPOLITANO Y CENTROS DE SALUD: La mamografía es segura y en la Secretaría de Salud no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. No se espere a tener síntomas

| | | | | | | |
|---------------------|---|--|--------------------|----------------------|--------|-----------|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | |
| b | | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | |
| c | | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | |
| d | | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | |
| e | | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | |
| f | | Otro | | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: ¿Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 4 ^{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Considera hacerse un estudio de mamografía este año? | 1= Sí 2=No/No sabe | | | | |
| 17 ^{adesp} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio (más o menos) 4=Alto o muy alto 5=No sé | | | | |
| 17 ^d | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día ? | _____ | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | |
| 13 ^{adesp} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^d | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^g | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^h | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13i | .. Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? _____ | | | | | |
| | Qué tan capaz e siente de poder hacerse una mamografía | | | | | |
| 14 ^{adesp} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^b | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^c | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^d | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |

Lectura mensaje: Sabía Ud. que a todas las mujeres nos puede dar cáncer de mama, y Ud. puede ser 1 de ellas. El cáncer de mama es grave, puede llegar a perder la vida y causa mucho sufrimiento a la familia.

| | | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------|------|-----------|--|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| f | ... Otro sentimiento | | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, aunque se ha visto que la mamografía puede ayudar a detectar el cáncer a tiempo

| | | | | | | | |
|---|---|--------------------|----------------------|-----------|------|-----------|--|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| f | Otro | | | | | | |

Lectura mensaje: Mientras tanto, cuide su salud.

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--------------------|----------------------|-----------|--------|-----------|--|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | | |
| f | Otro | | | | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: | | | | | | |
| | Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 4 ^{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Considera hacerse un estudio de mamografía este año ? | 1= Sí | 2=No/No sabe | | | | |
| 17 ^{adesp} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | | | | | | |
| | 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio (más o menos) 4=Alto o muy alto 5=No sé | | | | | | |
| 17 ^{dresp} | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día ? | | | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | | |
| 13 ^{adesp} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^{dresp} | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^{gdesp} | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^{hdesp} | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ⁱ | .. Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? | | | | | | |
| | Qué tan capaz e siente de poder hacerse una mamografía | | | | | | |
| 14 ^{adesp} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^{bdesp} | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^{cdesp} | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^{ddesp} | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |

Lectura mensaje: Sabía Usted que una de cada 8 mujeres les puede dar cáncer de mama. El cáncer de mama es grave, pero si se detecta a tiempo se puede curar.

| | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------|------------|------|-----------|--|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje? | | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe | |
| f | ... Otro sentimiento | | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama, si se detecta a tiempo se puede curar y la mamografía es la mejor manera de estar protegida --aunque no haya síntomas-- ya que detecta tumores que no se pueden sentir en un examen médico

| | | | | | | | |
|---|--|----------------|--------------------|----------------------|------|-----------|--|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje? | | | | | | |
| a | | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro | | | | | | |

UANL: Lectura del mensaje: La mamografía es segura y en la clínica de los trabajadores no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. No se espere a tener síntomas

HU, METROPOLITANO Y CENTROS DE SALUD: La mamografía es segura y en la Secretaría de Salud no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. No se espere a tener síntomas

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|----------------|--------------------|-----------------------|-------------------|-----------|--|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje? | | | | | | |
| a | | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro | | | | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 4 ^{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Considera hacerse un estudio de mamografía este año? | 1= Sí | 2=No/No sabe | | | | |
| 17 ^{desp} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | | | | | | |
| | | 1=Ninguno | 2=Poco | 3=Medio (más o menos) | 4=Alto o muy alto | 5=No sé | |
| 17 ^{desp} | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día? | | | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | | |
| 13 ^{desp} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^d ^{desp} | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^g ^{desp} | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de man | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ^h ^{desp} | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe | |
| 13 ⁱ | ... Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? | | | | | | |
| | Qué tan capaz e siente de poder hacerse una mamografía | | | | | | |
| 14 ^a ^{desp} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^b ^{desp} | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^c ^{desp} | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |
| 14 ^d ^{desp} | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco út | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe | |

Lectura mensaje: Sabía Ud. que a una de cada 8 mujeres les da cáncer de mama. El cáncer de mama es grave, pero si se detecta a tiempo se puede curar.

| | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------|------------|------|-----------|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| f | ... Otro sentimiento _____ | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, aunque se ha visto que la mamografía puede ayudar a detectar el cáncer a tiempo

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|----------------------|-----------|------|-----------|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro _____ | | | | | |

Lectura mensaje: Mientras tanto, cuide su salud.

| | | | | | | |
|---------------------|---|--------------------|----------------------|-----------|--------|-----------|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro _____ | | | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 4 ^{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Está considerando hacerse un estudio de mamografía este año? | 1= Sí | 2=No/No sabe | | | |
| 17 ^{desp} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | | | | | |
| | 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio (más o menos) 4=Alto o muy alto 5=No sé | | | | | |
| 17 ^{desp} | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día ? | | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | |
| 13 ^{desp} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^{desp} | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^{gdesp} | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ^{hdesp} | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 ⁱ | ... Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? _____ | | | | | |
| | Qué tan capaz se siente de poder hacerse una mamografía | | | | | |
| 14 ^{desp} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^{bdesp} | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^{cdesp} | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 ^{ddesp} | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |

Lectura mensaje: Sabía Ud. que no a todas las mujeres nos da cáncer de mama y si se detecta a tiempo se puede curar

| | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------------|------------|------|-----------|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| f | ... Otro sentimiento | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama, si se detecta a tiempo se puede curar y la mamografía es la mejor manera de estar protegida --aunque no haya síntomas-- ya que detecta tumores que no se pueden sentir en un examen médico

| | | | | | | |
|---|--|--------------------|----------------------|-----------|------|-----------|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro | | | | | |

UANL: Lectura del mensaje: La mamografía es segura y en la clínica de los trabajadores no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. No se espere a tener síntomas

HU, METROPOLITANO Y CENTROS DE SALUD: La mamografía es segura y en la Secretaría de Salud no cuesta. Esta en Ud, realizarla una vez al año. No se espere a tener síntomas

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|-----------|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro | | 3=Ninguno de los dos | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 4 _{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Considera hacerse un estudio de mamografía este año? | 1= Sí | 2=No/No sabe | | | |
| 17 _{adesp} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | 1=Ninguno | 2=Poco | 3=Medio (más o menos) | 4=Alto o muy alto | 5=No sé |
| 17 _d _{desp} | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día? | | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | |
| 13 _a _{desp} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _d _{desp} | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _g _{desp} | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _h _{desp} | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13i | ... Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? | | | | | |
| | Qué tan capaz e siente de poder hacerse una mamografía | | | | | |
| 14 _a _{desp} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _b _{desp} | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _c _{desp} | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _d _{desp} | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |

Lectura mensaje: Sabía Ud. que no a todas las mujeres nos da cáncer de mama y si se detecta a tiempo se puede curar

| | | | | | | |
|---|---|-------------|-------------------|------------|------|-----------|
| 1 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| 2 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | ... Miedo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| b | ... Preocupación | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| c | ... Angustia | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| d | ... Molestia/enojo | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| e | ... Tristeza | 1=Sí, mucho | 2=Sí, más o menos | 3=Sí, poco | 4=No | 5=No sabe |
| f | ... Otro sentimiento _____ | | | | | |

Lectura mensaje: El cáncer de mama todavía no se puede prevenir, aunque se ha visto que la mamografía puede ayudar a detectar el cáncer a tiempo

| | | | | | | |
|---|---|--------------------|----------------------|-----------|------|-----------|
| 3 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 4 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro _____ | | | | | |

Lectura mensaje: Mientras tanto, cuide su salud.

| | | | | | | |
|--------------------|--|--|----------------------|-----------|--------|-----------|
| 5 | En su opinión, qué tan creíble le parece el mensaje? | 1=Sí, mucho | 2=Sí más o menos | 3=Sí poco | 4=No | 5=No sabe |
| 6 | Qué reacción le provoca el mensaje ? | | | | | |
| a | 1=Esperanza | 2=Desesperanza | 3=Ninguno de los dos | | | |
| b | 1=Ánimo | 2=Desánimo | 3=Ninguno de los dos | | | |
| c | 1=Tranquilidad | 2=Intranquilidad | 3=Ninguno de los dos | | | |
| d | 1=Alivio | 2=Enojo o molestia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| e | 1=Fortaleza | 2=Impotencia | 3=Ninguno de los dos | | | |
| f | Otro _____ | | | | | |
| 7 | TODO EL MENSAJE: | | | | | |
| | Qué tanto le motiva el mensaje a hacerse la mamografía? | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 4 _{desp} | Si se encontraba en precontemplación (grupo 1a o 1b), preguntar: ¿Considera hacerse un estudio de mamografía este año? | 1= Sí | 2=No/No sabe | | | |
| 17 _{adep} | Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio (más o menos) 4=Alto o muy alto 5=No sé | | | | |
| 17 _{ddep} | Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día ? _____ | | | | | |
| | Qué opina ahora de la mamografía | | | | | |
| 13 _{adep} | ... que es una pérdida de tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _{ddep} | ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _{gdep} | ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13 _{hdep} | ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=No | 5=No sabe |
| 13i | .. Algún motivo en especial que pudiera impedirle a Ud hacerse una mamografía? _____ | | | | | |
| | Qué tan capaz e siente de poder hacerse una mamografía | | | | | |
| 14 _{adep} | ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _{bdep} | ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _{Cdep} | ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |
| 14 _{ddep} | ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz | 2=Más o menos | 3=Poco | 4=Nada | 5=No sabe |

Anexo C. CUESTIONARIO



Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Salud Pública y Nutrición
Proyecto: Uso de mamografía

Fecha _____

Folio: _____

Nombre _____ Edad _____ 1=40-49 2= ≥ 50

Grupo: 1a=Precontemplación 1b=Recaída en precontemplación 2a=Contemplación
2b=Recaída en contemplación 3=Recaída 4=Acción 4a=Acción aislada 4b=Acción no

Ubicación:

1=IMSS-UMF No _____ 4=UANL, Facultad _____ 7=C. Salud _____
2=IMSS-HGZ No _____ 5=HU _____ 8=Otra _____
3=UANL, clínica _____ 6=H Metropolitano _____ 9=ISSSTE _____

| I-ENCUESTA. | |
|-------------|---|
| 1 | En su opinión, ¿Qué mujeres tendrían que hacerse una mamografía? _____ |
| 2 | Si quisiera hacerse una mamografía, ¿Sabría dónde hacerse una? 1=Sí 2=No |
| 3 | ¿Se ha hecho alguna vez un estudio de mamografía? 1= Sí (pasar a la pregunta No. 6) 2=No |
| 4 | antes ¿Está considerando hacerse un estudio de mamografía este año? (como medida de prevención; sin síntomas) 1= Sí (pasar a pregunta No.13) 2a=Cont pura 2=No/No sabe 1a=Precont pura |
| 5 | ¿Por qué motivo? a ... por el costo 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No b ... decidía 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No c ... descuido 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No d ... porque no siente nada 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No e ...desconocimiento 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No f ... no me ha enviado el médico 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No g ... Otro motivo _____ (Pasará a pregunta No. 13) ← |
| 6 | ¿Que edad tenía cuando se realizó su primer mamografía? _____ años 8=No se acuerda |
| 7 | ¿Cuál fue el PRINCIPAL motivo de la última mamografía que se realizó? 1 ... porque ya le tocaba; fue a solicitarla (como medida preventiva) 2 ... porque había campaña; oyó en las noticias 3 ... porque estando en la clínica, el médico o enfermera la envió al estudio 4 ... porque presentó síntomas en el seno; y fue a consultar 5 ... otra razón _____ |
| 8 | Ahora le haré unas preguntas sobre experiencias de la última vez que se hizo una mamografía: a ... le dolió el estudio? 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No b ... sintió pena al momento de hacerle el estudio? 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No c ... fue una mujer quien tomó el estudio? 1=Sí 2=No d ... cuánto tiempo tardó en conseguir cita? 0=Menos de 1 mes 1=Un mes o más e ... cuánto tiempo tardaron en atenderla el día que acudió? 0=Menos de media hora 1=Media hora o más f ... cuánto tiempo tardaron en darle el resultado? 0=Menos de 15 días 1=15 días o más g1 ... pagó por estudio? 1=Sí 2=No g2 Se acuerda cuánto? \$ _____ h ... en dónde se la realizó? 1=IMSS 2=SSa 3=HU 4=Hosp Metro 5=Clínica UANL 6=Privado 7=Otro |
| 9 | Hace cuánto fue la última vez que acudió a tomarse una mamografía? 1= 2 años o menos (pasar a la pregunta No. 12) 4=Acción 2= Más de 2 años 3=Recaída 3= No se acuerda (pasar a la pregunta No. 12) 8=No se sabe |
| 10 | Cuál es la razón de ya no haber regresado? a=Ya no le interesó 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No b=Se le olvidó 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No c=No pudo ir 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No d=Porque salió bien 1=Sí, mucho 2=Sí más o menos 3=Sí poco 4=No e=Otra razón _____ |
| 11 | ¿Está considerando hacerse un estudio de mamografía este año? (como medida de prevención; sin síntomas) 1= Sí 2b=Recaída en cont 2=No/No sabe 1b=Recaída en precont **Pasará a pregunta 13 ** |
| 12 | ¿Ha tenido más de 1 mamografía en su vida? 1=Las últimas 2 fueron consecutivas con diferencia de 1 año 4c= Acción consec 2=Las últimas 2 fueron consecutivas con diferencia de 2 años 4c= Acción consec 3=Tiene más de 1, pero no son consecutivas 4b= Acción no consec 2a 1= Sí 4a= Acción aislada 2=No -----> |
| 13 | BARRERAS, BENEFICIOS Y EFICACIA |
| 13a | antes ¿Qué opina de la mamografía? ... que es una pérdida de tiempo 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe b ... le daría miedo averiguar tener cáncer 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe c ... que es útil, aún sin síntomas 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe 13d antes ...que permite curar el cáncer más fácil porque se detecta a tiempo 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe e ... que ayuda a confirmar que todo está bien 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |

| | | |
|---|--|---|
| 13 CONT. BARRERAS, BENEFICIOS Y EFICACIA | | |
| Qué opina de la mamografía? | | |
| f | ... que solo es necesaria cuando alguien en la familia ha padecido cáncer en la mama | 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |
| 13g | antes ... que es la mejor manera de detectar a tiempo el cáncer de mama | 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |
| 13h | antes ... que solo es necesaria cuando hay síntomas | 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |
| i | ... que detecta tumores que no se pueden sentir en un examen médico | 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |
| j | ... que a su edad es innecesaria | 1=Mucho 2=Más o menos 3=Poco 4=No 5=No sabe |

| | | |
|--|---|---|
| 14 AUTOEFICACIA | | |
| Qué tan capaz se siente de poder hacerse una mamografía | | |
| 14a | antes ... a pesar de no tener síntomas | 1=Muy capaz 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada 5=No sabe |
| 14b | antes ... a pesar de que el estudio puede ser molesto | 1=Muy capaz 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada 5=No sabe |
| 14c | antes ... a pesar de que le puede dar pena | 1=Muy capaz 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada 5=No sabe |
| 14d | antes ... a pesar de que haya gente que opine que el estudio es poco útil | 1=Muy capaz 2=Más o menos 3=Poco 4=Nada 5=No sabe |

| | | |
|--|--|--|
| 15 NORMATIVIDAD SUBJETIVA | | |
| La decisión de que Ud. se tome una mamografía, qué tanto depende: | | |
| a | ...de lo que opine la familia | 1=Mucho 2=Algo o poco 3=Nada |
| b | ...de lo que opine su pareja (si tuviera) | 1=Mucho 2=Algo o poco 3=Nada 9=No aplica |
| c | ...de lo que opine una vecina o su mejor amiga | 1=Mucho 2=Algo o poco 3=Nada |
| d | ...de lo que dicen en la TV | 1=Mucho 2=Algo o poco 3=Nada |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| 16 FUENTES DE INFORMACIÓN | | |
| De 1 año para acá... Recuerda haber oído la recomendación de hacerse el estudio de mamografía... | | |
| a | ... en la TV (noticias, programa, anuncio) | 1=Sí 2=No 3=No se acuerda |
| b | ... en el radio (noticias, anuncio) | 1=Sí 2=No 3=No se acuerda |
| c | ... en una clínica u hospital | 1=Sí 2=No 3=No se acuerda |
| d | ... en plática con una amiga o familiar | 1=Sí 2=No 3=No se acuerda |
| e | Si la respuesta es afirmativa a alguna fuente de información: En sus propias palabras, qué recuerda del mensaje? | |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| 17 PERCEPCIÓN DE RIESGO (susceptibilidad) | | |
| 17a | antes Qué tanto riesgo cree tener de padecer algún día cáncer de mama: | 1=Ninguno 2=Poco 3=Medio (más o menos) 4=Alto o muy alto 5=No sé |
| b | ... y comparado con una mujer que tiene antecedentes de cáncer de mama en la familia (mamá, hija o hermana) | 1= Menor/nulo 2=Igual (yo tengo familiares con cáncer de mama) 3=Mayor |
| c | ... y comparado con otra mujer de su misma edad? | 1= Menor/nulo 2=Igual 3=Mayor |
| 17d | antes Del 1 al 10, donde el 1 es lo más bajo y el 10 lo más alto, qué tanto riesgo cree de tener cáncer algún día ? | _____ |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 18 SEVERIDAD/gravedad | | |
| a | En general, cuántas mujeres se salvan de morir de cáncer de mama | 1=Ninguna 2=Algunas 3=Muchas 4 =La mayoría (todas) 5=No sé 6=Depende _____ |
| b | En general, qué tan curable cree que es el cáncer de mama | 1=Nada 2=Poco 3 =Más o menos 4=Mucho 5 =No sé 6=Depende _____ |
| c | Ahora, qué tan grave cree que es el cáncer de seno cuando se deja de atender | 1=Nada grave, puede ser ignorado pues se cura solo 2=Poco grave 3=Más o menos grave 4=Muy grave, no debe ser ignorado y requiere atención 5= No sé 6= Depende _____ |

| 19 RASGO PERSONALIDAD | | | | |
|---|---------------------------|---------|---------------|---------------|
| En general, se considera una persona | | | | |
| a | ... fuerte | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| b | ...desidiosa | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| c | ... optimista | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| d | ... preocupona | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| e | ... decidida | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| f | ... pesimista | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| g | ... valiente | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| h | ... miedosa | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| i | ... precavida (prevenida) | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |
| j | ... nerviosa | 1=Mucho | 2=Más o menos | 3=Poco 4=Nada |

| ANTECEDENTES | | |
|--------------|--|---------------------------|
| 20 | ¿Tiene más de 6 meses de no menstruar? | 1=Sí 2=No 3=No se acuerda |

| | | | |
|----|--|--|----------------|
| 21 | Ha padecido alguna enfermedad en el seno? | 1=Sí Cuál? _____ | 2=No 3=No sabe |
| 22 | Actualmente, siente algo que le haga pensar en cáncer de mama? | 1=Sí Qué _____ | 2=No |
| 23 | Alguien en su familia ha padecido cáncer de mama? | | |
| a | Mamá | 1=Sí 2=No 3=No sabe | |
| b | Abuela | 1=Sí 2=No 3=No sabe | |
| c | Hermana | 1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hermanas | |
| d | Hija | 1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hijas | |
| e | Otro familiar _____ | | |
| f | Alguna amistad cercana ha padecido cáncer de mama | 1=Sí 2=No 3=No sabe | |
| g | Su mamá se ha hecho (se hizo) alguna vez una mamografía | 1=Sí 2=No 3=No sabe | |
| h | Alguna hermana se ha hecho una mamografía | 1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hermanas/son <40 años | |
| i | Alguna hija se ha hecho una mamografía | 1=Sí 2=No 3=No sabe 9=No tiene hijas/son < 40 años | |

| Cont. ANTECEDENTES | | |
|--------------------|---|---|
| j | Le han dicho que padece diabetes | 1= Sí Cada cuándo acude a control? _____ (meses) 2=No |
| k | Le han dicho que padece presión alta | 1= Sí Cada cuándo acude a control? _____ (meses) 2=No |
| l | Le han dicho que padece colesterol alto | 1= Sí Cada cuándo acude a control? _____ (meses) 2=No |
| m | Se hace checar el colesterol en forma frecuente (por lo menos 1 vez al año) | 1=Sí 2=No |
| n | Se hace checar el azúcar en forma frecuente (por lo menos 1 vez al año) | 1=Sí 2=No |
| o | Se hace checar la presión arterial en forma frecuente (por lo menos 1 vez al año) | 1=Sí 2=No |
| p | Se hace el Papanicolau en forma frecuente (por lo menos cada 2 años) | 1=Sí 2=No |

| 24 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO | | | | |
|----------------------------|---|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| a | Estado civil | 1=Casada o unión libre | 2=Soltera | 3=Viuda 4=Separada o divorciada |
| b | Escolaridad máxima | 1=Ninguna | 4=Preparatoria o técnica | |
| | | 2=Primaria | 5=Licenciatura o posgrado | |
| | | 3=Secundaria | | |
| c | Ocupación | 1=Empleada | 4=Jubilada/pensionada | |
| | | 2=Autoempleada | 5=Desempleada | |
| | | 3=Ama de casa | 6=Estudiante | |
| d | Municipio de residencia habitual (último año) | 1=Monterrey | 4=Escobedo | 7=Apodaca |
| | | 2=Guadalupe | 5=San Pedro | 8=Tamps |
| | | 3=San Nicolás | 6=Santa Catarina | 9=Otr _____ |
| e | Cuenta con seguro médico | e1= IMSS | 1=Sí 2=No | |
| | | e2= ISSSTE | 1=Sí 2=No | |
| | | e3= Servicios Médicos UANL | 1=Sí 2=No | |
| | | e4= Seguro popular | 1=Sí 2=No | |
| | | e5= Otro _____ | | |

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Norma Guadalupe García Morales

Candidata para el Grado de Maestro en Ciencias en Salud Pública

Tesis: DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA: COMUNICACIÓN DE RIESGO E INTENCIÓN DE USO DE MASTOGRAFÍA.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Nació en Guadalupe, N.L. el tres de octubre de 1977, es la mayor de tres hermanos y sus padres son José García y Paula Morales; también es madre por vocación de dos pequeñas chicas que adora con todo su corazón. Odontóloga de profesión, egresada con mención honorífica por desempeño sobresaliente de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2011.

Gracias al entusiasmo que tuvo durante la licenciatura en el desarrollo de proyectos, y a la experiencia vivida durante el servicio social en la Secretaría de Salud, es que se interesó en la investigación y desarrollo de programas dirigidos a la comunidad. Por ello, en el 2013, aplicó al Programa de la Maestría en Ciencias en Salud Pública de la Facultad de Salud Pública y Nutrición UANL, el cual concluye el día de hoy con este proyecto de tesis. Cabe mencionar que durante su preparación de maestría tuvo la oportunidad de realizar dos estancias de investigación, la primera en el INSP de Cuernavaca, bajo la tutela de la Dra. Gabriela Torres, encargada del programa de enfermedades crónicas, entre ellos el de cáncer de mama; donde tuvo la oportunidad de profundizar lo referente a aspectos clínicos, estadios, estadísticas, y constructos sociales de la enfermedad. La segunda estancia fue en la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM en España, con el Profesor Ubaldo Cuesta, importante y reconocido maestro en el campo de psicología social, publicidad, desarrollo de audiovisuales y comunicación en salud; donde se sumergió en los ámbitos psicológicos, sociales, estrategias y plan de desarrollo de campañas, de la comunicación en salud. Ambas estancias permitieron el enriquecimiento del presente proyecto.

Se mantuvo actualizada a través de congresos en el área de la salud y cursos de actualización profesional odontológica y salud pública.

Laboralmente ha tenido la oportunidad de trabajar en área administrativa, de calidad, ingeniería y procesos; y del 2010 a la fecha, labora en la consulta odontológica privada. Además, ha apoyado en docencia a nivel licenciatura de la Facultad de Odontología UANL.

Correo electrónico: dra.norma.garcia @gmail.com