



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación**

**Título del documento: Opiniones sobre la campaña nacional por el Día Mundial Contra el Cáncer (2017): primera intervención comunicacional pública y masiva para la detección del cáncer de mama**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Lila Bendersky**

**Milca Cuberli, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2018**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Ciencias de la Comunicación (UBA)

---

**Opiniones sobre la campaña nacional por el Día Mundial  
Contra el Cáncer (2017)**

*Primera intervención comunicacional pública y masiva para la  
detección del cáncer de mama*

Tesis de grado  
(2018)

Alumna: Lila Bendersky / Tutora: Milca Cuberli

DNI: 34.956.325

Contacto: [lilabendersky@gmail.com](mailto:lilabendersky@gmail.com) / 15 5 862 3163

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Instituto Nacional del Cáncer por haberme otorgado una beca para que lleve adelante este trabajo de investigación que finalmente se convirtió en mi tesis de grado. A todo el personal del INC, en especial a Leticia Rivas, quien contestó mis preguntas y me acercó material didáctico para mejorar mi trabajo. A Diego de Charras, director de la carrera, quien permitió que pueda realizar esta investigación en el marco de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). A Milca Cuberli por su compromiso y dedicación con este proyecto, pero por sobre todas las cosas por su sensibilidad y calidez a la hora de acompañar todo este proceso. A Galia Moldavsky y Natali Ini por poner el cuerpo en este trabajo. A María Belizán por atenderme a cualquier hora con una duda metodológica. A todas las mujeres que participaron de los grupos focales, quienes dejaron de lado sus actividades cotidianas para participar y brindaron aportes significativos a esta investigación. A mi papá, mamá, hermanxs y amigxs por escucharme en reiteradas oportunidades hablar sobre esta tesis y a Miguel por apoyarme y alentarme a hacer todo lo que me proponga.

Finalmente, a mi abuela Martha y a mi amiga Mariana porque gran parte de lo que soy hoy se lo debo a ellas.

## RESUMEN

El cáncer de mama es una de las enfermedades más frecuentes en la población femenina de todo el mundo y principal causa de muerte en mujeres de los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. En Argentina, el cáncer de mama es el que representa la mayor incidencia en el país con más de 19.000 casos nuevos por año y causa anualmente la muerte de 5600 mujeres. Los esfuerzos para lograr el control de la enfermedad deben centrarse en la detección temprana, es decir, que el tumor sea detectado en etapas incipientes. Es fundamental que la población femenina se acerque a los servicios de salud y se realice las pruebas de detección temprana de esta patología. En este contexto, las campañas de comunicación pueden contribuir a cumplir con este objetivo ya que son una herramienta clave para sensibilizar a las personas sobre cuestiones de salud.

El presente trabajo analiza, desde la perspectiva de las mujeres, la primera intervención comunicacional pública, nacional y masiva sobre cáncer de mama que lanzó Presidencia de la Nación y que buscó promover la realización de la mamografía. La campaña, realizada en febrero de 2017, no tuvo pre-testeo en la población femenina por lo tanto hasta esta investigación se desconocían las opiniones de las mujeres sobre las piezas comunicacionales.

Esta investigación indaga sobre las opiniones que despertó la intervención en mujeres en edad de riesgo de esta enfermedad. Además, describe los discursos que circulan sobre el cáncer de mama en el público destinatario de la campaña e indaga sobre los conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama.

Se utiliza una metodología cualitativa, a través de un estudio exploratorio-descriptivo. Se llevaron a cabo cuatro grupos focales en una población femenina entre 40 y 65 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.

Los resultados de esta investigación revelan opiniones divergentes sobre la campaña, según la variable clase social.

## **ABSTRACT**

Breast cancer is one of the most frequent diseases in women worldwide and it's the main cause of death in women in developed countries and in most developing countries. In Argentina, cancer of the breast represents the highest cancer incidence in the country with more than 19,000 new cases per year and annually causes the death of 5600 women. Efforts to achieve control of the disease should focus on early detection, that is, that the tumor be detected in incipient stages. It is essential that women approach health services and that early detection tests for this disease be performed. In this context, communication campaigns can contribute to fulfill this objective since they are a key tool to raise people's awareness of health issues.

The present work analyzes, from the perspective of women, the first public, national and massive communication intervention on breast cancer launched by the Presidency of the Nation that sought to promote mammography. The campaign, carried out in February 2017, was not pre-tested in the female population; therefore, until this research, the opinions of women about these communication pieces were unknown.

This research investigates the opinions that women at risk of this disease had about the intervention. In addition, it describes the narratives that circulate about breast cancer in the target audience of the campaign and explores the knowledge and attitudes toward studies of early detection of breast cancer.

A qualitative methodology was used, through an exploratory-descriptive study. Four focus groups were carried out with women 40 and 65 years old, from the Autonomous City of Buenos Aires and the province of Buenos Aires.

The results of this research revealed divergent opinions about the campaign, according to the social class variable.

## PRESENTACIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar, desde la perspectiva de las mujeres, la primera campaña de comunicación pública, nacional y masiva sobre el cáncer de mama que tuvo como propósito promover la realización de la mamografía. Esta intervención fue desarrollada por Presidencia de la Nación y contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional del Cáncer (INC), por el Día Mundial Contra el Cáncer. Los objetivos específicos de esta investigación son: explorar las opiniones acerca de la campaña en cuanto formato, imagen, contenido y lenguaje; describir los discursos sobre el cáncer de mama; e indagar conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama.

Se empleará una metodología cualitativa a través de un estudio exploratorio-descriptivo, aplicando la realización de cuatro grupos focales para explorar las opiniones que provocó la campaña en una población femenina entre 40 y 65 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.

### **Motivaciones: la voz de las mujeres**

Desde hace unos años, mi interés por los temas de género ha ido en aumento y es por eso que quería que mi tesis de grado tuviera a las mujeres como principales protagonistas. Desde que trabajo en el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)<sup>1</sup>, empecé a empaparme e interesarme sobre temas sanitarios y encontré que el género también es un factor a tener en cuenta a la hora de investigar problemas en el ámbito de la salud.

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta a mujeres en todo el mundo, sin distinguir clase social, etnia o religión. Es la principal causa de muerte de la población femenina de los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Todas son vulnerables a sufrir esta enfermedad, pero sólo una minoría se realiza las pruebas de detección temprana de esta patología.

---

<sup>1</sup> El IECS es una institución académica independiente y sin fines de lucro que se dedica a investigación, educación y cooperación técnica en salud.

¿Por qué ocurre esto?, ¿qué barreras encuentran las mujeres para realizarse los estudios de detección temprana?, ¿qué podemos hacer los comunicadores para sensibilizar sobre la importancia de hacerse una mamografía? fueron algunos interrogantes que empezaron a aparecer en mi cabeza.

En marzo de 2017, una amiga me comentó sobre las becas de investigación que otorgaba el Instituto Nacional del Cáncer (INC) y decidí que quería presentarme con un proyecto de trabajo sobre cáncer de mama. Contacté a distintos técnicos del organismo, quienes me comentaron sobre las demandas en investigación que tenían.

Leticia Rivas, coordinadora del área de Comunicación del INC, me comentó que Presidencia de La Nación había lanzado en febrero de ese mismo año una campaña de comunicación, nacional, pública y masiva en torno al cáncer de mama que promovía la realización de la mamografía, pero que no había tenido pretesteo con mujeres. Por lo tanto, se desconocían las opiniones que la campaña había provocado en la población femenina que se buscó interpelar. La evaluación de las piezas de una intervención comunicacional es una instancia fundamental para cualquier producto en circulación y esto había sido ignorado por los ideólogos de la intervención.

Ese mismo año, me presenté al llamado de becarios de investigación del INC con un proyecto de investigación que buscaba analizar las opiniones de las mujeres sobre dicha campaña. La intervención había circulado por la televisión, la radio y las redes sociales del Ministerio de Salud de la Nación, pero nadie sabía qué había pasado con sus destinatarias, ni tampoco se conocían las fortalezas y debilidades de la estrategia de comunicacional.

También me interesaba conocer los discursos que circulaban en torno al cáncer de mama en el público al cual se buscó interpelar y las actitudes y nociones que tenían en relación a la mamografía. Una intervención comunicacional que busca sensibilizar a las mujeres en torno a su propia salud no puede obviar los conocimientos previos que estas tienen sobre el tema.

En julio, me otorgaron la beca y durante un año llevé adelante mi propuesta de investigación. El trabajo que realicé para el INC me impulsó a convertir esa experiencia en mi tesis de grado y tuvo principalmente tres etapas. En un primer momento, realicé la convocatoria de los grupos focales y confeccioné materiales pertinentes para los encuentros con mujeres. En una segunda instancia, llevé adelante los grupos focales y por último, realicé el análisis de los resultados.

### **Estructura del trabajo: capítulos**

El trabajo está conformado por **9 capítulos**.

**El primer capítulo “El cáncer de mama, una cuestión de salud pública”** aborda la situación epidemiológica actual del cáncer de mama en Argentina y en otros países; y desarrolla cuestiones centrales de la patología, sus factores de riesgo y nociones acerca de la prevención sobre este tipo de enfermedad.

El **capítulo N°2 “Propuesta de investigación: una estrategia comunicacional masiva, pública y nacional sin pre - testeo”** presenta la investigación en tanto su objetivo general, los objetivos específicos, así también los componentes centrales de la campaña (difusión, período y piezas). También, puntualiza por qué es importante realizar una evaluación de esta intervención educativa.

El **tercer capítulo “Estado de situación: campañas, cáncer de mama y mamografía”** releva las publicaciones nacionales e internacionales cercanas a la temática de esta investigación: También, se describen algunas campañas mediáticas que se realizaron en el Día Mundial del Cáncer y durante octubre: Mes de la Concientización del Cáncer de Mama.

El **capítulo N°4** describe la elección metodológica que permitió analizar el objeto de estudio a través de una metodología cualitativa y la técnica del grupo focal.

En el **capítulo N°5 “Marco teórico: categorías para abordar el tema”**, se desarrolla el marco teórico propiamente dicho donde se describen y analizan diferentes nociones empíricas y analíticas. Se trabajan los siguientes

temas: la Comunicación en Salud y sus diferentes perspectivas teóricas; las campañas de comunicación y su influencia en los temas de salud; la dimensión mediática y su función social; la noción de salud y sus respectivos modelos de atención; las prevención y la población target de estas medidas; el derecho a la atención en salud y sus implicaciones en la noción de ciudadanía; las principales barreras de acceso a los servicios sanitarios y la equidad del sistema de salud.

El **capítulo N°6, “Análisis”** se organiza en tres apartados. El primero, denominado **“Parte 1 - Fuentes de información y cáncer de mama”**, describe las fuentes de información más consultadas sobre salud por las participantes, explora las opiniones sobre el cáncer de mamá y qué entienden las integrantes del grupo focal por prevención. **“Parte 2 - Mamografía”** indaga acerca de los conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama, más precisamente la mamografía. También describe las barreras que mencionan las mujeres a la hora de llevar adelante este estudio de salud. Por último, **“Parte 3 - Campaña: spot audiovisual y radial”** describe las campañas de prevención de cáncer de mama que las participantes recuerdan y explora las opiniones que despertó la estrategia comunicacional que elaboró Presidencia de la Nación en las participantes.

El **capítulo N°7, “Conclusiones”**, se divide en tres apartados. En primer lugar, se presentan los resultados empíricos de la investigación. En una segunda instancia, se realizan algunas consideraciones metodológicas sobre el objeto de estudio y se sugieren nuevas líneas de investigación. Por último, se presenta una reflexión sobre la importancia de realizar un pre - testeo de una campaña de comunicación.

En el **capítulo N°8** se encuentra la bibliografía citada en esta investigación y en el **capítulo N°9** se presenta la documentación utilizada en los grupos focales: guía de pautas para el moderador y observador, consentimiento informado para participante e investigador.

# ÍNDICE

<b>1. EL CÁNCER DE MAMA, UNA CUESTIÓN DE SALUD PÚBLICA</b>	<b>11</b>
Epidemiología, tamizaje y mamografía.	
<b>2. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN: UNA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL MASIVA, PÚBLICA Y NACIONAL SIN PRE - TESTEO</b>	<b>17</b>
Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama.	
<b>3. ESTADO DE SITUACIÓN: CAMPAÑAS, CÁNCER DE MAMA Y MAMOGRAFÍA</b>	<b>20</b>
Estudios internacionales y nacionales.	
Campañas mediáticas.	
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>32</b>
Abordaje cualitativo, estudio descriptivo y exploratorio.	
Grupos focales.	
<b>5. MARCO TEÓRICO: CATEGORÍAS PARA ABORDAR EL ANÁLISIS</b>	<b>39</b>
Comunicación en Salud, campañas, dimensión mediática.	
Salud, promoción de la salud, prevención, riesgo, vulnerabilidad, ciudadanía, equidad, accesibilidad.	
<b>6. ANÁLISIS</b>	<b>55</b>
Parte I - Fuentes de información y cáncer de mama.	
Parte II - Mamografía.	
Parte III - Campaña: spot audiovisual y radial.	
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>97</b>
Hallazgos empíricos.	
Consideraciones metodológicas.	
Campañas, comunicación, cáncer de mama.	
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>107</b>
<b>9. ANEXO</b>	<b>122</b>

## **GLOSARIO**

### **AUTOPALPACIÓN**

Consiste en autoexplorar un posible bulto en el seno. Este método sólo permite detectar tumores visibles o palpables.

### **MAMOGRAFÍA**

Es el método más efectivo para detectar tumores mamarios en estadios tempranos, incluso antes de la aparición de cualquier síntoma que pueda ser identificado por medio de la palpación mamaria.

### **MAMOGRAFÍA AMPLIADA**

Consiste en obtener imágenes ampliadas de algunas zonas en las que la mamografía convencional no resulta lo suficientemente concluyente.

### **ECOGRAFÍA MAMARÍA**

Se utiliza para observar algunos cambios en los senos, como masas (especialmente aquellas que se pueden palpar, pero que no se pueden ver en una mamografía) o modificaciones en mujeres con tejido mamario denso. También puede utilizarse para analizar cambios que se observaron en una mamografía.

### **TOMOGRAFÍA (por sus siglas en inglés, PET)**

Una tomografía por emisión de positrones (TEP) es un estudio donde se utiliza una sustancia radiactiva (denominada marcador) para buscar cáncer de mama. Este marcador facilita a identificar zonas de cáncer que una resonancia magnética o una tomografía computarizada pueden pasar por alto.

## **CÁNCER DE MAMA, UNA CUESTIÓN DE SALUD PÚBLICA<sup>2</sup>**

El cáncer de mama es una de las enfermedades más frecuentes en mujeres de todo el mundo. Se trata de una neoplasia maligna y es la principal causa de muerte entre las mujeres de los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Mundialmente, se estima que se producen alrededor de 1.200.000 casos nuevos por año, que implican más de 500.000 muertes (Ferlay et al. 2010).

En Argentina, el cáncer de mama es el que representa la mayor incidencia en el país con más de 19.000 casos nuevos por año, lo cual representa el 16,8% del total de incidencia de cáncer en Argentina, y causa anualmente la muerte de 5600 mujeres (INC, 2018). En relación a otros países de América Latina, Argentina es el segundo país con la tasa de mortalidad por cáncer de mama más elevada de la región ya que posee 19,9 defunciones cada 100.000 mujeres contra las 22.7 que existen en Uruguay. Las tasas de mortalidad han logrado revertirse en los países donde las mujeres acceden a un diagnóstico temprano y tratamientos adecuados (Rodríguez Cuevas y Capurso García, 2006).

Las tasas de mortalidad en nuestro país varían según la provincia: Jujuy y Santiago del Estero están entre las que tienen el índice más bajo (9,72 – 15,6 cada 100.000 mujeres), mientras que Córdoba y San Luis son sitios donde se da una mayor mortalidad (19,51- 22.02 cada 100.000 mujeres)<sup>3</sup>.

El cáncer de mama es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno. Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Algunas veces este proceso se descontrola formando una masa de tejido que es lo que se conoce como tumor y éste se puede desarrollar en distintas partes del tejido mamario.

---

<sup>2</sup> Este capítulo se realizó en base a la información que se encuentra presente en la página web del INC.

<sup>3</sup> Extraído: Atlas de mortalidad por cáncer. Argentina 2011-2015. Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/recursos-de-comunicacion/atlas-de-mortalidad-por-cancer-argentina-2011-2015/>

Si bien hay ciertas conductas que reducirían la posibilidad de contraer la patología como controlar el sobrepeso, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo, lo cierto es que aún se desconocen cuáles son los disparadores de dicha enfermedad (INC, 2017). Se reconocen algunos factores que aumentan el riesgo de enfermar: ser mayor de 50 años; tener antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama; tener antecedentes familiares de cáncer de mama; haber realizado tratamiento con radioterapia dirigida a la mama o el pecho; tomar hormonas, como estrógeno y progesterona; la menstruación a edad temprana; la edad avanzada en el momento del primer parto o nunca haber tenido hijos. Este tipo de enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres de entre 45 y 70 años.

Cumplir con alguna de estas características no implica necesariamente contraer la enfermedad ya que gran parte de las mujeres que tienen estos factores de riesgo nunca desarrollan la patología. No obstante, es fundamental que las mujeres que poseen alguno de estos factores de riesgo tomen medidas preventivas cuanto antes.

Prevenir en relación a este tipo de cáncer refiere a la detección temprana de la enfermedad - lo que se denomina prevención secundaria<sup>4</sup> - es decir, que el tumor sea detectado en etapas incipientes y se pueda trabajar sobre él sin necesidad de recurrir a tratamientos agresivos como la mastectomía (extirpación del seno).

### ***Detección temprana***

El tamizaje poblacional o *screening*<sup>5</sup> es un control sobre población asintomática para detectar la enfermedad tempranamente, lo que aumenta las posibilidades de tratamiento y cura. La mamografía es el método más efectivo para detectar tumores mamarios en estadios tempranos, incluso antes de la

---

<sup>4</sup> En salud, se trabaja en tres niveles de prevención sobre la enfermedad: primaria (control de la incidencia), secundaria (curación o control de su duración y en consecuencia, su prevalencia) y terciaria (atenuación de la patología).

<sup>5</sup> En inglés: revisión médica, chequeo para la detección precoz.

aparición de cualquier síntoma que pueda ser identificado por medio de la palpación mamaria (Youlden, et al., 2012).

En Argentina, al igual que en otros países del mundo, existen distintas posiciones en relación a cuándo una mujer debe comenzar a realizarse el estudio que permite detectar el cáncer de mama. El Instituto Nacional del Cáncer<sup>6</sup> (INC), ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, recomienda empezar con la mamografía a los 50 años y repetir el examen cada dos años. Desde la institución, sostienen que la definición de la población objetivo está basada en la mayor carga de la enfermedad en ese grupo etario (la incidencia del cáncer de mama aumenta a partir de los 50<sup>7</sup> años) y en el mejor desempeño de la mamografía (la evidencia científica muestra que es en el grupo en el que la mamografía brinda más réditos).

Por otro lado, existe otra posición respecto a la edad aconsejable para realizar la mamografía como son los 40 años. Esta postura está convalidada por la Sociedad de Imágenes Mamarias de los Estados Unidos y cuenta con el apoyo de entidades científicas locales como la Sociedad Argentina de Mastología (SAM), los colegios de Radiología y los de Obstetricia y Ginecología. Sugieren que el rango entre los 40 y 49 años también es una población en peligro de cáncer de mama. La cantidad de sobrediagnósticos o “falso positivos”<sup>8</sup> que se producen en esa

---

<sup>6</sup> El INC es un ente dependiente del Ministerio de Salud, que surgió en 2010 como el responsable del desarrollo y la implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y el control del cáncer en el país. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer, además de mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

<sup>7</sup> El Sistema de Información de Tamizaje (SITAM) con el que trabaja el INC, arroja un promedio de edad al diagnóstico de aproximadamente 56 años, lo cual permite reforzar esta recomendación, que además va de la mano con la recomendación de la OMS.

<sup>8</sup> El problema en iniciar los estudios de detección temprana a los 40 se centra - a grandes rasgos- en dos episodios puntuales: los falsos positivos y los sobrediagnósticos. Existe la posibilidad de que la mamografía señale indicios tumorales que en realidad no existen, que es lo que habitualmente se llaman resultados “falsos positivos”. Por otra parte, el sobrediagnóstico es la detección de lesiones que no representarán peligro para la salud del paciente. Los estudios de tamizaje tienden a detectar lesiones de lento crecimiento, que aun libradas a su evolución, jamás se manifestarán durante la vida de la mujer o sólo lo harán muy tardíamente. Esto significa que algunas pacientes recibirán tratamiento que puede causar efectos adversos (desde el punto de vista médico, físico o psicológico), sin disminuir la muerte por un cáncer que no hubiese causado daños a la salud (por ej. dado por su lento crecimiento).

franja etaria no representan razón suficiente para postergar el inicio de la mamografía hasta después de los 50 años (Mysler, 2016)<sup>9</sup>.

La edad de inicio del tamizaje continúa en debate. No obstante, lo que ninguna entidad pone en duda es la necesidad de que cada vez más mujeres se acerquen a los servicios de salud y se realicen las pruebas de detección temprana de cáncer de mama.

## ***Mamografía***

Según un estudio realizado por la Fundación para la Investigación, Docencia y Prevención del Cáncer (FUCA) en nuestro país, la mamografía no está tan incorporada al cuidado preventivo de la salud de la mujer como lo están el Papanicolaou y la colposcopia (Kornfield et al., 2010). En consonancia con este tema, un trabajo sobre la percepción de la enfermedad en las mujeres mayores de 40 años<sup>10</sup>, realizado por la Sociedad Argentina de Mastología (SAM), reveló que casi una de cada tres argentinas (32%) de entre 40 y 70 años nunca se hizo una mamografía, y más de la mitad de esa franja considera, erróneamente, que el riesgo de sufrir la enfermedad disminuye después de los 50 años.

Las posibilidades de cura de cáncer de mama están sujetas al grado de evolución de la enfermedad al momento del diagnóstico. Los tumores de menos de un centímetro tienen hasta 90% de probabilidades de curación. Además, tal como mencionamos antes, si el tumor es detectado de manera temprana se puede trabajar sobre él sin recurrir a tratamientos agresivos.

En Argentina, las unidades de mamografía están generalmente ubicadas en las grandes ciudades, lo que presenta un problema de cobertura para las mujeres que habitan en zonas rurales o pequeñas ciudades. Es fundamental contar con una óptima distribución de mamógrafos en los servicios públicos y que se realicen tareas del mantenimiento y control de calidad de los equipos (Viniegra et al.,

---

<sup>9</sup> <http://www.infobae.com/salud/2016/06/08/cual-es-la-edad-ideal-para-realizarse-la-mamografia-a-los-40-o-a-los-50-anos/>

<sup>10</sup> <https://www.lanacion.com.ar/950241-mujeres-el-32-nunca-se-hizo-una-mamografia>

2010). Esto contribuirá a que la estrategia de tamizaje sea efectiva y asegurar un tratamiento seguro de la enfermedad. En paralelo, se necesita que las mujeres concurren a los servicios de salud en tiempo y forma y que, aquellas que tengan un diagnóstico positivo de cáncer de mama, continúen un tratamiento.

Existen diferentes obstáculos que impiden que una mujer se realice los estudios preventivos en cáncer de mama: la falta de tiempo para dedicarse a su salud, las barreras propias de los sistemas de salud (turnos, distancias), el no querer saber si tiene una enfermedad, el miedo a tener un diagnóstico positivo de cáncer, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes, entre otros (Kornfield et al., 2010; Puigpinós - Riera et al., 2012). Resulta primordial sensibilizar a la población femenina sobre la importancia de realizarse los estudios preventivos en cáncer de mama.

En este contexto, la Comunicación en Salud (CeS) emerge como un campo de saberes y herramientas que puede colaborar al logro de este objetivo y más precisamente, las campañas de comunicación se consolidan como una estrategia comunicativa interesante para contribuir al aumento de la conciencia y a la preocupación por la salud (Petracci y Waisbord, 2011). Las intervenciones de este tipo son un esfuerzo concentrado de diseminación de una conducta que debe ser adoptada inmediatamente (cuando se trate de una urgencia epidemiológica) o a mediano/largo plazo en caso de que se trate de una situación de salud pública que implique un cambio de actitud por parte de la población (Araujo de Soares y Cuberli, 2011).

Sin embargo, este tipo de estrategias no pueden diseminarse sin comprender la trama social compleja donde se insertan. Las creencias y percepciones que tienen las personas sobre una enfermedad, la atención en salud y los sistemas de salud constituyen insumos claves a la hora de diseñar una estrategia de comunicación sanitaria. Desconocer de estas dimensiones puede llevar al fracaso de la intervención.

Por eso, proponemos analizar las opiniones que despertó la campaña que lanzó Presidencia de la Nación e identificar y analizar las barreras que encuentran estas mujeres a la hora de realizarse la mamografía. De esta manera, podremos evaluar, desde la óptica de la población femenina, la intervención.

## **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN: UNA ESTRATEGIA COMUNICACIONAL MASIVA, PÚBLICA Y NACIONAL SIN PRE-TESTEO**

Cada 4 de febrero se conmemora el Día Mundial Contra el Cáncer por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). En este contexto, diferentes organismos internacionales que trabajan en relación al cáncer realizan distintas campañas siguiendo una consigna particular con el objetivo de sensibilizar e informar a la población respecto a esta enfermedad. En el año 2017, el lema fue “*Nosotros podemos, yo puedo*”.

En este contexto, se lanzó la primera campaña de comunicación pública, nacional y masiva sobre el cáncer de mama y que tuvo como propósito promover la realización de la mamografía.

Esta intervención fue desarrollada por Presidencia de la Nación y contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional del Cáncer (INC), por el Día Mundial Contra el Cáncer y tuvo como eje central el cáncer de mama. Para la campaña, el INC sólo brindó información sobre la situación del cáncer de mama en el país.

En este trabajo de investigación analizaremos las opiniones de las mujeres sobre las piezas que formaron parte de la primera campaña pública para la detección precoz del cáncer de mama. Las opiniones – en términos de Price (1994) – apuntan, en un primer sentido, a un estado de conocimiento que diferencia una cuestión de juicio de un asunto de hecho. En un segundo sentido, el término más que aludir a una forma de conocimiento es una manera de censurar o aprobar y, al mismo tiempo, equipara la opinión con modales y costumbres. En este caso, agrega un matiz nuevo sobre la palabra opinión al sumar una variable latente en la definición: la actitud. Esa última es entendida como “determinadas predisposiciones secretas del público frente a un asunto, más determinadas por el ‘afecto’ que por el pensamiento racional” (García, 2004).

Nuestros objetivos específicos son: explorar las opiniones acerca de la campaña en cuanto formato, imagen, contenido y lenguaje; describir los discursos sobre el cáncer de mama; e indagar conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama<sup>11</sup>.

Se empleará una metodología cualitativa a través de un estudio exploratorio-descriptivo, aplicando la realización de cuatro focus groups para explorar las opiniones que provocó la campaña en una población femenina entre 40 y 65 años, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires.

Toda estrategia comunicacional necesariamente debe ser evaluada para conocer las debilidades y fortalezas de la misma y así mejorar la comunicación para una futura intervención. Muchas campañas y proyectos de comunicación se ven perjudicados al no partir de una clara conceptualización y no considerar la evaluación como una instancia de indagación fundamental (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010). Al tratarse de la primera campaña de comunicación pública, nacional y masiva que puso el eje en el cáncer de mama, necesariamente debe ser evaluada. Esta estrategia comunicacional no tuvo pre-testeo con mujeres por lo tanto se desconocen las opiniones que la intervención comunicacional pudo haber provocado en las mujeres que se buscó interpelar. Los hallazgos de esta propuesta de investigación serán de utilidad para la orientación del diseño de campañas de comunicación sobre el cáncer de mama en nuestro país.

Algunos de los interrogantes que queremos responder son: ¿Qué opinión tienen las mujeres acerca del lenguaje utilizado, el formato, cuestiones estéticas y contenidos de la campaña?, ¿Creen que el mensaje es para un público como ellas?, ¿Creen que a partir del mensaje que promueve la campaña podrían acercarse efectivamente las mujeres a realizarse la mamografía?, ¿El spot sensibiliza a la población femenina en relación a la pruebas de detección

---

<sup>11</sup> Si bien la campaña buscó promover la realización de la mamografía no evaluaremos el impacto de dicha intervención, es decir, si las mujeres que se buscó interpelar efectivamente se realizaron el estudio, sino que nos centraremos en las opiniones que despertó la estrategia de comunicación y exploraremos las dimensiones que mencionamos.

temprana?, ¿En qué situaciones las mujeres se realizan la mamografía?, ¿Por qué no se las realizan?, ¿Qué conocimientos tienen sobre el cáncer de mama?, ¿Qué percepciones tienen acerca del riesgo de cáncer de mama?

### **Campaña**

La campaña se llamó “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*” y contó con un spot audiovisual y otro radial<sup>12</sup>. Ambos spots tienen como mensaje principal concientizar a las mujeres sobre las pruebas de detección temprana en cáncer de mama y se las interpela a realizarse - cada dos años - una mamografía. El video está protagonizado por una mujer de profesión bombera de 50 años y se realiza un paralelismo entre el peligro de esta mujer en su trabajo y el riesgo que corre cualquier mujer de esa edad en adelante si no se realiza las pruebas de detección de cáncer de mama. El spot radial es una voz off con música donde la locutora enfatiza sobre la importancia de hacerse una mamografía después de los 50 años. La campaña se difundió durante el mes de febrero de 2017 en las señales de TV abierta, TV cable noticias y señales provinciales. En radios, AM y FM nacionales, provinciales y locales. También, en la página web de Casa Rosada<sup>13</sup>. Además, se diseminó en las redes sociales del Ministerio de Salud de la Nación.

---

<sup>12</sup> El video se puede ver aquí: <https://youtu.be/IXga4dR29OA> y el spot radial se escucha aquí: <https://drive.google.com/open?id=0B71rhUDpAit9eDU1aDF4Qk9NM3BmeDhRTThtSFJqQkp2VDgw>

<sup>13</sup> Este link está caído y accedí por última vez el 10-12-2017:

<http://www.caserosada.gob.ar/informacion/actividad-oficial/9-noticias/38550-dia-mundial-contra-el-cancer>

## **ESTADO DE SITUACIÓN: CAMPAÑAS, CÁNCER DE MAMA Y MAMOGRAFÍA**

A continuación, se presentan los estudios elaborados hasta el momento que son cercanos a la temática de este trabajo: campañas de comunicación sobre cáncer de mama, percepciones sobre el cáncer de mama y la mamografía.

Las siguientes publicaciones fueron encontradas en buscadores digitales como Google Académico, ScieELO y PubMed, así también en el sitio web de la Carrera Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires donde exploramos las tesinas publicadas en formato digital. La búsqueda de materiales se realizó desde febrero de 2017 hasta junio de 2018.

Los trabajos que presentamos a continuación utilizan, en su gran mayoría, una metodología cualitativa para explorar su objeto de estudio y las técnicas que predominan son: entrevistas semi estructuradas y en profundidad, grupos focales y encuestas.

### ***Internacional***

El estudio de Marinho, Cecatti, Osis et al. (2008) indaga sobre las actitudes respecto al cáncer de mama de mujeres usuarias del sistema de salud público de Campinas, Brasil. Concluyen que es importante realizar campañas permanentes para la detección temprana del cáncer de mama y se critican las campañas esporádicas que muchas veces responden más a intereses políticos que al bienestar de las personas. Por otra parte, desaconsejan las campañas que muestran al cáncer en sus estados avanzados, ya que refuerzan la creencia de que el cáncer es incurable y aumentan la asociación entre cáncer y muerte. Por lo tanto, se recomienda dar prioridad a la divulgación de la probabilidad de curación en las primeras etapas de la enfermedad.

Smith, Hamel, Kotowski et al. (2010) investigan el impacto emocional que pueden tener los mensajes sobre cáncer de mama en la medida que condicionen comportamientos favorables a la prevención y concluyen que los mensajes de sensibilización, detección, prevención y tratamiento solo pueden ser efectivos si

las mujeres son capaces de recordarlos. Los autores establecen diferencias entre las emociones positivas (esperanza, alivio) y las negativas (disgusto, tristeza y miedo), según conduzcan o no a la acción.

Porroche-Escudero (2016) reflexiona sobre la conceptualización del término “empoderamiento”<sup>14</sup> en las campañas de concientización sobre cáncer de mama en España. Encuentra que varias intervenciones conciben la figura femenina como un agente pasivo y que el objetivo principal está centrado en que las mujeres acaten las prescripciones médicas como única opción viable y saludable. Para ello, las intervenciones recurren al miedo y a mensajes que juegan con estereotipos de responsabilidad personal, social y de género. Concluye que es imprescindible desarrollar una conciencia crítica entre las mujeres para que entiendan la situación actual del cáncer: sus causas, los diferentes tipos de enfermedad y las diferentes opciones terapéuticas disponibles, incluyendo los beneficios y las incertidumbres en la comunidad científica en relación, por ejemplo, a la efectividad de las mamografías.

En el distrito de Columbia (Estados Unidos), Wallington, Opong, Iddirisu et al. (2018) desarrollaron y midieron el alcance e impacto de una campaña de comunicación que buscó sensibilizar - a mujeres afroamericanas mayores de 40 años y de bajos ingresos - sobre la importancia de realizarse una mamografía. La intervención incluyó carteles impresos en estaciones de subtes y colectivos, anuncios impresos en un diario local y la publicación de piezas comunicacionales en un sitio web de un canal de televisión local. En un primer momento, realizaron cuatro grupos focales para recopilar información sobre experiencias y conocimientos en torno al cáncer de mama y especialmente, sobre la mamografía. Con el material que recolectaron, diseñaron una campaña que fue testeada en dos grupos focales. Encontraron que los mensajes que tienen un tono positivo, enfatizan en el empoderamiento de la mujer y son diversos en cuanto edad, raza y etnia se perciben como relevantes y por lo tanto son más efectivos. El alcance de la campaña lo midieron a través de impresiones (la cantidad de veces que se

---

<sup>14</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) lo define como “un proceso que conlleva alguna forma de acción autorreflexiva que permita a las personas incrementar su control sobre salud así como mejorarla”.

muestra un anuncio) y el impacto a través de los clicks en los avisos online y llamadas a un establecimiento donde se realizan mamografías. A través de diferentes métricas dieron cuenta que la campaña fue exitosa. Concluyen sobre la importancia de realizar intervenciones a largo plazo y continuar evaluando si las campañas realizadas específicamente para un target pueden generar que más mujeres se realicen la mamografía.

Anastasi y Lusher (2017) exploraron el impacto de las campañas de concientización de cáncer de mama en relación a la realización del autoexamen mamario en mujeres británicas. Las investigadoras descubren que las intervenciones de concientización sobre el cáncer de mama aumentan la aceptación de los comportamientos de autoexploración de los senos y al mismo tiempo, aumentan la probabilidad de asistencia al tamizaje del cáncer de mama.

Giraldo Mora y Arango Rojas (2009) buscan comprender las representaciones sociales del cáncer de mama y su influencia en la prevención y el autocuidado en un grupo de mujeres de Medellín (Colombia). Encuentran que las mujeres tienen información poco precisa y vaga sobre los estudios de prevención en cáncer de mama. Las participantes desconocen la frecuencia con que deben someterse al chequeo y la edad de inicio del mismo. Además, la mamografía casi no es señalada como método de detección. Algunos de los motivos sobre por qué no se hacen los estudios son: no tener síntomas, negligencia u olvido, falta de remisión por un médico, vergüenza de ser tocadas por un profesional de la salud y miedo a que les confirmen la enfermedad.

Con respecto a la mamografía, numerosas publicaciones internacionales dan cuenta de la baja tasa de mujeres que se realizan dicho estudio (Villacres Vela y Alarcón-Rozas, 2002; Knaul, Nigenda, Lozano et al., 2008; Blanchard, Colbert, Puri et al., 2004).

Keinan-Boker, Baron - Epel, Garty et al. (2007) investigaron si la historia familiar positiva para cáncer de mama influye en la realización de la mamografía. Encontraron que la susceptibilidad percibida no siempre se traduce en una

relación lineal con la realización de la mamografía. Incluso, algunas mujeres que creen tener alta susceptibilidad para el cáncer de mama, se adhieren con menor probabilidad a pautas de control.

Toledo-Chavarri, Rué, Codern - Bové et al. (2017) realizaron diferentes grupos focales (siete con mujeres y dos con médicos) donde indagaron las apreciaciones que tenían los médicos y las mujeres sobre los beneficios de realizar una mamografía. Concluyeron que existen confusiones en la población femenina en relación a cuándo deben hacerse el estudio. Además, revelaron que el concepto de “sobrediagnóstico” resultó de difícil aprehensión por las mujeres y despertó controversias entre los profesionales de la salud.

En India, Shankar, Roy, Rath et al. (2017) pusieron en marcha un estudio que se proponía evaluar los conocimientos sobre el cáncer de mama de las mujeres y su relación con los programas de concientización que promueven la adopción de prácticas seguras en la prevención y la detección temprana del cáncer de mama. Enrolaron un total de 875 mujeres universitarias de diferentes regiones del país, quienes en un primer momento contestaron una encuesta sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas al cáncer de mama. Posteriormente, dichas mujeres recibieron de manera frecuente información sobre la prevención de dicha enfermedad. A los seis meses y al año de que arrancó la investigación recibieron el mismo cuestionario que dio inicio al estudio. Entre algunos de los principales hallazgos, los autores observaron un aumento significativo en el nivel de conocimiento con respecto al cáncer de mama a los seis meses de iniciado el estudio y esto también se mantuvo al año. Además, las mujeres tuvieron mejor adherencia al autoexamen de mama que al estudio de la mamografía.

Un reciente estudio elaborado por Abelson, Tripp, Browsers et al. (2018) llevó adelante una encuesta a 2000 mujeres de Ontario (Canadá) sobre las prácticas, conocimientos de los beneficios y actitudes frente la mamografía. En general, las mujeres se sentían informadas sobre la mamografía (80.9%), pero el 21.3% consideró que la información que tenían era confusa y el 24.6% sostuvo

que la información a veces le provocaba dudas sobre si debería hacerse el estudio. Las mujeres que destacaron los beneficios de realizar la mamografía eran aquellas que también manifestaron su preocupación o ansiedad sobre la enfermedad. En contraposición, aquellas que nunca se realizaron este estudio enfatizaron más en los riesgos de esta intervención y no demostraron ansiedad ni preocupación sobre la enfermedad.

## **Argentina**

Leone y Duchein (2000) señalan que existen pocas campañas sobre cáncer de mamá en Argentina. Las investigadoras analizan los lineamientos sobre la comunicación de los métodos de detección precoz del cáncer de mama y encuentran que las campañas mediáticas en torno al cáncer de mama son menores en relación a otras campañas de bien público como el VIH - SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida), la educación, la niñez, etcétera. Vale aclarar que hasta el momento de la investigación no había un organismo gubernamental, como el INC, que trabajase con esta temática en particular.

Viniegra, Paolino y Arrossi (2010) realizan un diagnóstico de la situación del cáncer de mama en el país y señalan que no se han realizado, hasta el 2010, acciones sistemáticas para la prevención y control de este tipo de enfermedad. Encuentran que las tareas de concientización de la población para la consulta precoz, se limitan, casi exclusivamente, a campañas masivas realizadas en octubre en ocasión del “Mes de la Lucha Contra el Cáncer de Mama”<sup>15</sup>.

Kornfield et al. (2010) indaga en los conocimientos y los comportamientos que tienen las mujeres acerca del cáncer de mama y su detección temprana en Argentina. Realizan entrevistas, grupos focales y encuestas con una población femenina de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la franja etaria de riesgo (de 40 a 70 años). De acuerdo a la investigación, el recuerdo de una campaña no es un factor determinante para provocar la consulta al médico. Esto podría vincularse

---

<sup>15</sup> En el estudio, dan cuenta que la promoción y difusión de la realización de las mamografías se lleva a cabo mediante la entrega de material informativo (ocho provincias del país poseen folletería propia); talleres en instituciones comunitarias; y el uso de medios de comunicación (principalmente radios y medios gráficos locales). Algunos de los referentes provinciales mencionaron que las tareas de promoción se incrementan durante el mes de octubre (Mes de Lucha Contra el Cáncer de Mama).

con aspectos propios de las campañas de salud (alcance, masividad, continuidad, adecuación de acuerdo a cada público), o podría vincularse a aspectos de carácter subjetivo (emocional) y de accesibilidad (económica, de localización). No obstante, revelan que las mujeres poseen información incorrecta sobre las características de la enfermedad y de su detección. Aseguran que esto debería ser tenido muy en cuenta en las futuras campañas dirigidas a incentivar la detección precoz.

Ponce (2012) realiza 30 entrevistas en profundidad a mujeres de 50 a 64 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos y medios que residían en CABA, con el propósito de indagar sobre sus conocimientos en torno al cáncer de cuello de útero y de mama, técnicas de detección, los factores que inciden en la percepción de riesgo y las prácticas preventivas. Las mujeres otorgaron al examen de la mamografía una importancia inferior a la del Papanicolaou y la colposcopia, porque revelaba problemas “más fáciles” de identificar. Esta idea llevó a algunas mujeres a pensar que el autoexamen de mama era suficiente como modo de detección y tornaba superflua la mamografía. El temor a sentir dolor en los exámenes, el miedo a obtener un mal resultado y la vergüenza aparecieron como obstáculos a la hora de someterse al estudio del Papanicolaou y la mamografía, sobre todo en las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos. Otro hallazgo de este estudio es que la mayoría de las entrevistadas asoció prevención a acudir rápidamente al médico cuando notaban algún problema, pero no antes.

La tesina de Rivas (2013) revela el trabajo que implicó construir una identidad visual, más precisamente, un logo para el Programa Nacional de Cáncer de Mama del INC. Para eso, desde el área, realizaron un relevamiento del amplio universo de símbolos que existían sobre cáncer de mama, y a posteriori, elaboraron diferentes propuestas gráficas que fueron testeadas en cuatro grupos focales de mujeres. La investigadora concluye que es fundamental validar las piezas de comunicación con el público destinatario de las mismas. En los grupos focales obtuvieron datos valiosos para elegir el logo final.

Por otra parte, Engler (2014) analiza los alcances de una campaña para la detección temprana de cáncer de mama y para ello utiliza como unidad de análisis un grupo de mujeres cooperativistas beneficiarias del programa Argentina Trabaja. En línea con Rivas (2013), coincide en la importancia de sumar a la población objetivo a la hora de desarrollar cualquier tipo de dispositivo de comunicación en salud. Además, enfatiza que se deben realizar intervenciones comunicativas capaces de mejorar los índices de cuidado de la salud mamaria de las mujeres y que, al mismo tiempo, brinden herramientas para que las mujeres estén en “condiciones de abordar la temática del cáncer de mama en caso de que les toque padecer la enfermedad, en todas las etapas que implica, tanto dentro como fuera del sistema de salud”.

En resumen, encontramos numerosos estudios internacionales que analizaron los mensajes y el impacto de diferentes campañas de comunicación sobre el cáncer de mama. Aquellos estudios que involucraron a la población femenina desde el inicio de la intervención comunicativa hasta el final fueron los más efectivos. Cabe subrayar la importancia que se otorga en numerosas publicaciones a la evaluación de las intervenciones, entendiendo que los resultados de las mismas también es un insumo fundamental a la hora de armar piezas comunicacionales más acordes al público destinatario.

En Argentina, las publicaciones están más arraigadas a explorar las percepciones y conocimientos de las mujeres en torno al cáncer de mama, pero no profundizan en la información que dicha población tiene en torno a las pruebas de tamizaje o edad de inicio de dichos estudios. Encontramos que, a nivel mundial, las mujeres tienen información vaga e imprecisa sobre las pruebas de detección temprana de cáncer de mama.

Este trabajo de investigación se propone evaluar las piezas comunicacionales que formaron parte de una campaña masiva y nacional sobre el cáncer de mama. Estas piezas no tuvieron pre-testeo con mujeres y por lo tanto se desconocen las opiniones que la intervención pudo haber provocado en la población femenina que se buscó interpelar. Los hallazgos de esta investigación

serán un insumo fundamental para el diseño de campañas de comunicación sobre el cáncer de mama en nuestro país.

## **CAMPAÑAS MEDIÁTICAS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA**

Desde el año 1985, octubre es elegido como el “Mes de la concientización del cáncer de mama” (National Breast Cancer Awareness Month –NBCAM-). La propuesta fue impulsada en Estados Unidos por el NBCAM, un consorcio de organizaciones que incluye la Academia Americana de Médicos de Familia, Cancer Care, entre otras. Trabajan en conjunto para sensibilizar a la población en relación al cáncer de mama y promover los estudios de detección temprana.

Desde dicha fecha, empresas privadas, organizaciones, ministerios de salud y fundaciones lanzan - durante ese mes y a nivel mundial - campañas<sup>16</sup> para concientizar a las mujeres sobre esta enfermedad. Gran parte de estas intervenciones llevan el lazo rosa, símbolo de esta patología.

### ***Día Mundial de La Lucha contra el Cáncer de Mama***

En Argentina, un caso reciente es el de la Fundación Avon que lanzó en 2017 la campaña “Ponele el pecho. Hacete la mamografía”, donde promovían la realización de dicho estudio de detección temprana de cáncer de mama. La actriz Natalia Oreiro<sup>17</sup> fue la imagen de la gráfica. En consonancia con esta campaña, la organización, junto con la Liga Argentina de Lucha Contra El Cáncer (LALCEC), realizó a nivel nacional un total de 3.000 mamografías gratuitas a mujeres en edad de riesgo y sin acceso a dicho estudio.

---

<sup>16</sup> Las empresas privadas suelen sumarse a este tipo de intervenciones ya que consideran que asociar la marca a este tipo de causas de bien público permite mejorar su imagen. No dejan de ser campañas comerciales que promueven la compra un producto y para la promoción recurren a mensajes de bien público (Petracci *et al.*, 2010).

<sup>17</sup> Numerosas campañas de comunicación apelan a una *celebrity* para concientizar a la población sobre una enfermedad. Cram, Fendrick, Inadomi et al. (2003) evaluaron el impacto de una campaña que promovía la colonoscopia como estudio preventivo del cáncer colorrectal y que tuvo como protagonista a Katie Couric, presentadora del programa norteamericano Today Show. Los resultados dieron cuenta que el número de personas que se realizó una colonoscopia aumentó y sugieren que las campañas que utilizan celebrities para promover estudios de prevención obtienen un impacto significativo en la población.



Otros caso es el de la Fundación Dr. Enrique Rossi que, junto al Centro Rossi, realizó ese mismo año una muestra fotográfica que buscó concientizar sobre las claves de la prevención y el autoexamen. En la tercera edición de la campaña "Manos de Mujer", participaron diez mujeres celebrities como la modelo María Vázquez, la diseñadora de moda Micaela Tinelli, la cantante Rosario Ortega, entre otras. La muestra se podía ver del 20 al 29 de octubre en el Museo Sívori (A. Infanta Isabel 555, CABA) y la entrada tenía un costo de veinte pesos.



Por último, una campaña audiovisual que tuvo mucha repercusión<sup>18</sup> fue el spot "Tetas x Tetas"<sup>19</sup>, que lanzó - en 2016 - el Movimiento Ayuda Cáncer de Mama (MACMA). La intervención promovía que las mujeres se realicen el autoexamen mamario, pero lo innovador de la propuesta fue que mostraba cómo practicarse la prueba utilizando los senos de un hombre ya que estos, a diferencia de los pezones de las mujeres, podían verse en cualquier red social sin recibir censura por parte de las plataformas digitales. La campaña recibió ese mismo año el galardón mayor para campañas de bien público en el Festival de Creatividad Cannes Lions Salud, un reconocimiento que se otorga en conjunto con las Naciones Unidas.

### ***Día Mundial del Cáncer***

Cada 4 de febrero se conmemora el Día Mundial Contra el Cáncer por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) y la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). En este contexto, diferentes organismos internacionales que trabajan en relación al cáncer realizan distintas actividades siguiendo una consigna particular con el objetivo de sensibilizar e informar a la población respecto a esta enfermedad.

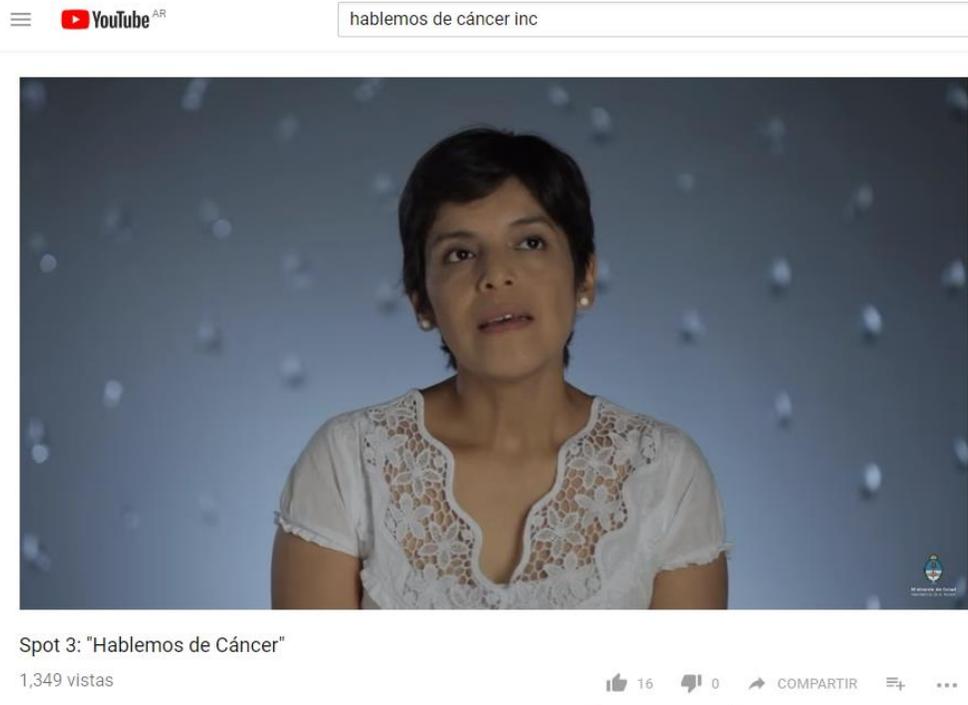
“Hablemos de cáncer” fue una campaña de comunicación realizada en 2013 por la Secretaria de Medios de Presidencia de la Nación, la Coordinación de Información Pública y Comunicación y el Instituto Nacional del Cáncer (INC) del Ministerio de Salud de la Nación<sup>20</sup>. Se realizó con motivo del Día Mundial del Cáncer cuyo lema para ese año fue “Desenmascarando los mitos”.

---

<sup>18</sup> De acuerdo con números de la organización: en una semana tuvo 22 millones de visualizaciones y más de 48 millones de impresiones en redes sociales.

<sup>19</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=iZhn1kTKPYc>

<sup>20</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=bqDcttuTI\\_0](https://www.youtube.com/watch?v=bqDcttuTI_0)



La intervención buscó visibilizar una problemática que, a pesar de los avances científicos y técnicos de los últimos años, sigue caracterizada a nivel social por los mitos, el silencio, el desconocimiento, el miedo, la vergüenza y muchas veces la discriminación y estigmatización. Se realizaron 10 spots audiovisuales con personas que habían tenido o tenían algún tipo de cáncer con el objetivo que compartieran sus experiencias en torno a esta enfermedad. Además, se elaboró un spot central de la campaña con testimonios de los otros videos que fue transmitido durante la pauta oficial de la televisión pública (en los espacios publicitarios de la transmisión del Torneo de Fútbol local "Futbol para Todos", en Canal 7) y también se difundió en programas de tv, sitios web y redes sociales.

Esta fue la primera campaña integral que surgió en el marco de una política de comunicación en Argentina y que trató la problemática del cáncer, entre ellos, el de mama.

## **METODOLOGÍA**

Esta investigación utiliza un diseño exploratorio-descriptivo. Es exploratorio en tanto es un primer acercamiento al tema, está orientado a definir preguntas e hipótesis para estudios posteriores más amplios y permite entender fenómenos científicamente desconocidos, poco analizados o nuevos, apoyándose en la identificación de conceptos o variables potenciales e identificando relaciones posibles entre ellas (Cazau, 2006).

Por otra parte, llevamos adelante una estrategia metodológica cualitativa para producir, procesar y analizar la información. Según Minayo de Souza (1997), el método cualitativo es lo que se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y de las opiniones, producto de las interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan. La estrategia cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos

Para conocer las opiniones sobre el spot televisivo y radial de la primera campaña pública para la detección precoz del cáncer de mama, se empleó la técnica del grupo focal.

### ***Grupos focales***

El grupo focal permite la exploración de una cuestión a través de la interacción entre los participantes, permitiendo indagar qué y cómo piensan, además de obtener información sobre sus conocimientos, prácticas y opiniones (Petracci, 2004). Se buscó conocer las opiniones de las mujeres sobre la campaña de comunicación y también, indagar sobre sus percepciones en torno al cáncer de mama y a la mamografía. “El grupo tan solo es un marco para captar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc. dominantes en un determinado estrato, clase o sociedad global” (Mendicoa, 1998).

Durante los meses de octubre/noviembre (2017) y febrero (2018), se realizaron cuatro grupos focales, segmentados por clase social y franja etaria. En todos los casos, se decidió excluir de participar a mujeres que hayan tenido cáncer de mama ya que el público destinatario de la campaña eran mujeres sanas entre los 40 y 65 años.

Para el armado de los grupos focales se utilizó un muestreo intencional. Se trabajó con una muestra aleatoria de mujeres en edad de riesgo de cáncer de mama (entre los 40 y 65 años de edad), con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en la provincia de Buenos Aires, de diferentes niveles socioeconómicos: clase media-media alta/ y baja - media/baja. Se buscó que cada grupo focal tenga entre seis y doce participantes por grupo ya que a mayor cantidad de personas, mayor cantidad de canales, por lo que puede hacerse difícil la discusión, tendiendo a que algunos callen porque otros monopolizan la misma (Mendicoa, 1998).

Para garantizar aspectos éticos en la investigación se tomaron resguardos en los procedimientos respecto a la identidad de los entrevistados a través de un Consentimiento Informado (CI)<sup>21</sup> elaborado para tal fin. Se elaboró una copia para la investigadora y otra para la mujer que participó en los grupos focales. Se firmó el CI antes de que los grupos se lleven a cabo.

Cada mujer completó una ficha que recababa datos sobre la edad, el estado civil, cantidad de hijos, condición de trabajo, uso del sistema de salud y nivel educativo. En el trabajo de análisis y escritura se las identificara de acuerdo al grupo en el que hayan participado.

Los grupos fueron conformados de la siguiente manera:

- Grupo 1: Mujeres entre 40 y 55 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.
- Grupo 2: Mujeres entre 40 y 55 años, nivel socioeconómico medio o medio-alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

<sup>21</sup> Ver anexo.

•Grupo 3: Mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires.

•Grupo 4: Mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico medio o medio alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Algunos datos sociodemográficos de los grupos:

**Grupo focal 1: Mujeres entre 40 y 55 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.**

Participaron 11 mujeres y el promedio de edad en este grupo fue de 51 años. La mayoría había finalizado sus estudios primarios (82%); sin embargo sólo 1 participante había terminado el secundario (8%) Con respecto al estado civil, un 40% de las participantes estaba separada; sólo el 20% estaba casada y otro 20% en pareja conviviendo, el 10% divorciada y el otro 10% en pareja sin convivencia. En lo que respecta al empleo, todas las participantes contaban con un plan asistencial subsidiado por el Estado y tenían obra social. El 91% de las participantes tenía hijos/as y la edad promedio era de 23 años. En relación a la salud, la mayoría de las participantes asistía a establecimientos privados o pertenecientes a la obra social (33%) y en menor medida concurrían a hospitales y centros de salud o salitas (25%), únicamente hospitales (17%), centros de salud (17%) o directamente no asistían a ningún establecimiento (8%).

**Grupo focal 2: Mujeres entre 40 y 55 años, nivel socioeconómico medio o medio-alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Ocho mujeres integraron este grupo focal y el promedio de edad fue de 48 años. La mitad había finalizado sus estudios de posgrado (50%) y una cuarta parte no había finalizado sus estudios universitarios (25%). El resto había finalizado los estudios universitarios (12%) o un terciario (13%). Con respecto al estado civil, un 37% de las participantes estaba casada; sólo el 25% estaba

soltera, un 13% en pareja conviviendo, un 12 % divorciada y otro 13% en pareja sin convivencia. En lo que respecta al empleo, todas las participantes trabajaban de forma regular y contaban con una obra social. El 87% de las participantes tenían hijos/as y la edad promedio era de 16 años. En relación a la salud, la mayoría de las participantes asistía a establecimientos privados o pertenecientes a la obra social (88 %), el resto sólo asistía a hospitales (12%).

**Grupo 3: Mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires.**

Participaron seis mujeres y el promedio de edad en este grupo fue de 62 años. La mitad había finalizado sus estudios primarios (50%); sólo el 33% había finalizado sus estudios universitarios y un 17% no poseía estudios. Con respecto al estado civil, un 50% de las participantes estaba casada y el resto: viuda (17%), divorciada (17%) y en pareja conviviendo (16%). En lo que respecta al empleo, la mitad de las participantes contaban con un plan asistencial: mientras que el resto de las participantes se dividían entre aquellas que hacían changas (17%), las jubiladas (17%) o quienes poseían un empleo regular (16%). La mitad de las participantes tenía obra social y la otra mitad no estaba afiliada a ninguna. Todas las participantes tenían hijos/as y la edad promedio era de 32 años. En relación a la salud, la mitad de las participantes asistía únicamente a hospitales y el resto concurría a establecimientos privados o pertenecientes a la obra social (16%) hospitales y centros de salud o salitas (17 %) o únicamente a centros de salud y/o salitas (17%).

**Grupo 4: Mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico medio o medio alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Contamos con seis mujeres cuyo promedio de edad fue de 60 años. La mitad había finalizado sus estudios de posgrado y la otra mitad tenía título de grado. Con respecto al estado civil, un 50% de las participantes estaba casada, un 33% divorciada y un 17% era viuda. En lo que respecta al empleo, un 37%

trabajaba de forma regular; mientras que un 25% tenía empleos esporádicos, otro 25% era jubilada y un 13% era ama de casa. Un 83% estaba afiliada a una obra social y sólo un 17% no tenía; la misma diferencia se daba entre quienes tenían hijos (83%) y quienes no (17%). El promedio de edad de hijos/as era de 30 años. En relación a la salud, la mitad de las participantes asistía únicamente a hospitales y la otra mitad a establecimientos privados o pertenecientes a la obra social.

En total, participaron 31 mujeres y se contó con la presencia de una observadora ya que se decidió registrar el lenguaje no verbal y contar con apoyo logístico para la puesta en marcha de los grupos focales. Se elaboró una guía de observación<sup>22</sup> donde tomó nota sobre las opiniones que generaron consenso y disenso dentro del grupo, las interrupciones, las características de la sala, un mapa de la disposición de las participantes y las características más sobresalientes de cada eje temático. Los encuentros tuvieron una duración de aproximadamente 90 minutos. Cada grupo contó con un mínimo de 5 participantes y máximo de 11 mujeres.

En los encuentros, se utilizó una guía de pautas estructurada que se confeccionó en cinco ejes temáticos: 1) información y salud; 2) opiniones sobre el cáncer de mama; 3) opiniones sobre la mamografía (edad, frecuencia, acceso y demora en los turnos, aspectos positivos y negativos de hacerse el estudio); 3) campañas de prevención de cáncer de mama; 4) opiniones sobre el spot audiovisual que formó parte de la campaña; 5) opiniones sobre el spot radial que formó parte de la campaña.

Previamente a cada grupo focal, se explicaron los objetivos del estudio y se solicitó el consentimiento informado a las participantes. Al finalizar, la moderadora respondió preguntas, entregó folletería con información sobre el cáncer de mama y aclaró dudas sobre los temas abordados: edad de inicio de los estudios, centros donde se pueden realizar el estudio de la mamografía, entre otras cuestiones. El

---

<sup>22</sup> Ver anexo

material de audio recogido en los grupos fue desgrabado para su posterior codificación.

Los grupos focales para las mujeres de nivel socio económico bajo o medio-bajo se realizaron en dos organizaciones barriales: El Centro Cultural El Churqui (Moreno) y La Casa de las Mujeres - Flores Guerreras (Florencio Varela). Para convocar a las mujeres, se recurrió a la figura de la “reclutadora” para la cual se diseñó una guía de relevamiento. Los reclutadores fueron referentes de las organizaciones donde se llevó a cabo el grupo focal: Javier Perrone (El Centro Cultural El Churqui) y Silvina Celeste (La Casa de las Mujeres - Flores Guerreras).

La Casa de las Mujeres – Flores Guerreras es un espacio que forma parte de la organización Frente de Organizaciones en Lucha (FOL) y está ubicada en la localidad de Florencio Varela. Se encuentra en un terreno casi descampado donde había varios paredones en construcción. Gran parte de las integrantes del grupo focal formaban parte de la cuadrilla de trabajo de dichas construcciones o militaban en la organización. El encuentro se llevó a cabo en una casa que contaba con una habitación grande, baño, cocina y en las paredes había colgados cuadros de La Brecha/FOL y posters de trabajo voluntario de HLI (Hagamos Lo Imposible). Había una sola participante que no sabía escribir, ni leer. Se le leyó el CI y se la ayudó a completar la ficha con datos personales. Las mujeres prestaron atención a las consignas que les planteábamos, respondían de forma ordenada y debatían entre ellas sobre los tópicos que más controversia causaban. Durante el grupo focal, algunas participantes buscaron bebidas o algo para comer de una mesa que estaba en la habitación. Sólo una participante se retiró por aproximadamente 10 minutos para atender una llamada del celular.

El Centro Cultural El Churqui se encuentra ubicado en pleno centro de la localidad de Moreno y es un espacio donde se realizan diferentes actividades como talleres de teatro, circo y ciclos de debate sobre diversos temas. Pertenece a un conglomerado de organizaciones: Agrupación Docente La Bordó (SUTEBA), Agrupación Víctor Choque (ATE), La Brecha y Venceremos. Realizamos el grupo

focal en una habitación enorme donde había una suerte de anfiteatro con luces, pero sin escenario. En las paredes, colgaban posters de los militantes barriales Darío Santillán y Maximiliano Kosteki, la campaña por el aborto seguro y gratuito, Santiago Maldonado, actividades de ATE y CTERA. Hubo cuatro integrantes que no sabían escribir a las cuales hubo que asistir a la hora de llenar las fichas personales. Este grupo focal arrancó 30 minutos más tarde ya que una participante se demoró en el médico. A pesar de la demora, había buen clima, producto de que las mujeres estaban interesadas en el tópico de la charla. Mientras transcurría el grupo focal tomaron mate y al finalizar, se quedaron conversando sobre sus historias personales.

En el caso de los grupos focales de clase media o media alta, la convocatoria se realizó a través de la técnica bola de nieve o cadena, que implica identificar los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar (Martínez-Salgado, 2011). Estos dos grupos se realizaron en el domicilio de la moderadora, ubicado en el barrio porteño de Palermo. Los encuentros se realizaron en el living de la casa y la disposición de las sillas fue en forma de U (al igual que en el resto de los grupos focales). Las mujeres llegaron puntuales a la cita y completaron sin problema las fichas sobre sus datos.

Todas las mujeres de los grupos focales se mostraron dispuestas a participar y respondieron activamente a las consignas que se les proponían. Además, sostuvieron que debatir con otras mujeres sobre cuestiones sobre salud fue muy enriquecedor y que volverían a participar de un espacio similar.

## **MARCO TEÓRICO: CATEGORÍAS PARA ABORDAR EL ANÁLISIS**

En este apartado se describirán las nociones teóricas y abordajes conceptuales que se utilizarán en esta investigación. Realizaremos dos apartados: por un lado, las nociones que tienen que ver con la Comunicación en Salud y por otro lado, las categorías analíticas más vinculadas a la salud y sus implicancias.

### **Comunicación en Salud**

La Comunicación en Salud (CeS) es un campo polisémico y amplio que está atravesado por distintas tendencias. Refiere tanto a la difusión como al análisis de temas de salud, a la producción y aplicación de estrategias comunicacionales para la prevención y promoción de la salud y a la implementación de políticas de salud y educación a nivel global. A la pluralidad de temas, se le agrega la de perspectivas teóricas, ya que este campo capturó el interés de investigadores de diferentes tradiciones y disciplinas.

La Comunicación para el cambio de comportamiento tuvo su apogeo en los años '50 a '70 y estuvo centrada en las teorías de la conducta y la persuasión que van desde el ámbito individual hasta el interpersonal. Las prácticas y acciones buscaban contrarrestar los temores de las personas en los procesos salud - enfermedad y estaban orientadas al diseño de programas y campañas preventivas cuyos mensajes centrales se referían a aspectos educativos-sanitarios que promovían conductas positivas en salud. Las principales producciones fueron realizadas por las organizaciones gubernamentales en formato de manuales, textos educativos, afiches y campañas de comunicación pública (Regis, 2007).

A fines de la Segunda Guerra Mundial y en paralelo con el modelo anterior, comienza a practicarse lo que se conoce como Comunicación para el Desarrollo. Emerge como una preocupación dentro de los ámbitos académicos y políticos por resolver la enorme brecha entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado. El desarrollo era entendido como un sinónimo de democracia política, elevados niveles de productividad e industrialización, altas tasas de alfabetismo y mayor

esperanza de vida (Jait, 2015). Esta teoría, que dominó entre los años '40 y '50, entendía que los problemas de los países subdesarrollados estaban relacionados con la existencia de una cultura tradicional que obstaculizaba la adopción de actitudes y comportamientos modernos. Entre las principales características de este modelo de comunicación podemos destacar: el uso de medios masivos e interpersonales de comunicación, la investigación y planificación en salud con el propósito de establecer audiencias, la indagación del efecto de los mensajes y evaluación de las estrategias implementadas por las políticas de comunicación.

Por último, el modelo de comunicación participativa o comunitaria está asociado a un proyecto de cambio social que considera la participación de los destinatarios y pondera las características socio culturales de una comunidad como marco de interpretación de la realidad. La efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad (Mosquera, 2003).

En este modelo, predomina una comunicación horizontal que abre el juego a la participación de la comunidad de manera igualitaria en la toma de decisiones que involucren sus vidas. Considera que la participación de la comunidad es clave a la hora de intervenir en los procesos de salud / enfermedad / atención (Casas, Cuberli y Demonte, 2004) y se emplea “un uso sistemático de canales y técnicas para incrementar la participación de las comunidades” (Bruno y Guerrini, 2011). Se trabaja a través de un proceso continuo de planificación, acción, evaluación y vuelta a empezar; su principal interés es la acción con base en un proceso de reflexión y toma de conciencia que genera conocimiento colectivo entre los participantes, permitiéndoles interpretar, conocer y transformar la realidad (Mosquera, 2003).

Desde esta perspectiva, Beltrán (2003) define la comunicación para la salud como un proceso donde diferentes actores que integran diferentes estructuras (públicas y privadas) consideran como faro direccional la comunidad

y, por lo tanto, haciendo énfasis en los mensajes, realizan diferentes tipos de actividades para promover actitudes y prácticas de salud favorables y consecuentes con los ideales aspiraciones de ese grupo.

Ahora bien, la CeS no puede entenderse únicamente como una herramienta que permite informar a la población sobre cuestiones de salud y promover cambios de comportamiento. En este sentido, Lois (2012) propone pensar la comunicación en salud como “un campo estratégico para la puesta en escena pública de problemáticas sanitarias y disputas por el acceso a derechos de diversa escala, donde también se juega tanto el sentido de cuestiones estructurales de la vida social, como las condiciones de salud de las poblaciones, o el acceso a los servicios médicos en espacios comunitarios”. Lo que este campo revela es que existe una trama social compleja a la hora de pensar los temas en salud donde convergen factores como las dimensiones culturales y económicas de una sociedad, los accesos a los servicios, las prácticas de la prevención, entre otros.

## ***Campañas***

Desde hace décadas, la modalidad estratégica conocida como “campaña” de comunicación ha sido empleada por números países y gobiernos. Los organismos gubernamentales implementan campañas de bien público<sup>23</sup> como parte de las políticas estatales que consideran a la salud como un bien público, entendiéndolas como una campaña de intervención que apunta a la modificación de pautas en el comportamiento social.

Las campañas de interés general, público, de bien público o de educación pública - como indistintamente suele denominárselas - son aquellas campañas emitidas por agencias gubernamentales o no gubernamentales cuyo mensaje se

---

<sup>23</sup> Muchas veces una campaña comercial puede ser confundida por una campaña de educación pública. Las campañas comerciales promueven la compra un producto y para la promoción recurren a mensajes de bien público (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010). Por ejemplo, la empresa de cosméticos AVON lanzó un spot “Amigas por la vida” donde busca concientizar sobre las pruebas de detección temprana del cáncer mama y al mismo tiempo, promocionar y posicionar sus productos. Además, las campañas comerciales se dirigen a un segmento del mercado favorablemente dispuesto a la adquisición y uso del producto, mientras que las campañas de bien público se dirigen a quienes se encuentran menos favorablemente dispuestos. Por ejemplo, una campaña de prevención del cáncer de mama se dirige a mujeres que están en edad de riesgo y deben hacerse una mamografía y aún no se la han hecho.

centralizan en medidas de protección y/o cuidado sin que se promocióne bien o servicio alguno, con excepción de aquellos que eventualmente otorga el Estado a la población de forma gratuita (Petracci, 1992). El supuesto que subyace en cualquier campaña/intervención es que el desarrollo de estas contribuye al aumento de la conciencia y la preocupación por la salud (Petracci y Waisbord, 2011).

La comprensión de las creencias sobre una enfermedad, la atención en salud y las percepciones acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud constituyen insumos fundamentales a la hora de diseñar una estrategia comunicacional en salud (Petracci, 1992; NCI, 2004; Petracci y Waisbord, 2011). Desconocer las dimensiones culturales de una sociedad podría determinar el éxito o fracaso de un esfuerzo que pretende cambios de conductas o hábitos en la población (Ríos Hernández, 2011).

La evaluación es una instancia clave de cualquier intervención comunicacional. Muchas campañas y proyectos de comunicación se ven perjudicados al no partir de una clara conceptualización y no considerar la evaluación como una instancia de indagación fundamental (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010). Es fundamental que toda estrategia comunicacional sea evaluada para conocer las debilidades y fortalezas de la misma y así mejorar la comunicación para una futura intervención.

### ***Dimensión mediática***

La información mediatizada - según Petracci y Waisbord (2011) - pone a las personas en contacto con una multiplicidad de mensajes sobre la salud y la enfermedad, el cuidado, el tratamiento y la prevención. Existen numerosas producciones que trabajan con información y contenidos en salud y que se diseminan en medios masivos y no masivos. Las campañas de prevención, los documentales, los afiches en las instituciones sanitarias, las consejerías son sólo algunos ejemplos.

Los medios de comunicación masivos continúan teniendo un rol importante en la producción social de sentidos y por lo tanto, en las estrategias de CeS. Tienen una función de mediadores, representan el escenario de la “realidad” e influyen en las conductas de los diferentes tipos de receptores (Petracci, Cuberli y Palopoli, 2010).

En nuestros días, aunque las campañas en la CeS recurran con frecuencia a los medios masivos, cada vez más utilizan una pluralidad de acciones y medios convergentes, incluso Internet, con recurso a las redes sociales, blogs y otros espacios (Cuberli y Soares de Araujo, 2015).

## **Salud**

La noción de salud carece de un significado único, inequívoco y universalmente acordado. “El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población” (San Martín, 1981).

Desde una concepción tradicional, la salud es la ausencia de la enfermedad y se la percibe como un problema únicamente físico-biológico. Para Bernard (1858), la constancia del medio interno es la primera condición de la vida y la enfermedad es un estado caracterizado por su perturbación. Desde esta perspectiva, la enfermedad tiene entidad propia, es anterior y externa a las alteraciones del cuerpo de las personas que tienen padecimientos. De esta manera, la práctica médica se ocupa primero de los órganos y las funciones de los cuerpos antes que las personas (Canghilhem, 1971).

Bajo otro paradigma, Laurell (1986) entiende que la salud y la enfermedad no son entidades separadas, sino que son partes indisociables de un solo fenómeno - al que denomina como “proceso salud-enfermedad” – y que dicho proceso es incomprendible sin su articulación con los factores económicos, políticos e ideológicos de una sociedad. De esta manera, analiza los fenómenos de salud y enfermedad en el devenir histórico de una sociedad y no sólo como fenómenos biológicos. El carácter histórico y social de los llamados fenómenos biológicos humanos se expresa en una serie de categorías analíticas como los

perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que varían de una sociedad a otra y de una clase social y otra (Laurell, 1986).

En línea con este pensamiento, Menéndez (2003) amplía la visión de Laurell y propone ampliar la categoría de proceso a tres eslabones: salud/enfermedad/atención. El autor sostiene que los diversos modos de respuesta social a los procesos salud-enfermedad también deben ser incorporados como inherentes del mismo. Estas respuestas funcionan como universales que operan estructuralmente en toda la sociedad y todos los conjuntos sociales estratificados que la integran (Menéndez, 1994).

Para Menéndez (1994), los padecimientos y las respuestas constituyen hechos sociales y en consecuencia, generan un conjunto de representaciones y prácticas que estructuran un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos. Estos saberes operan a nivel colectivo e individual (lo que Menéndez denomina “autoatención”). Como todo campo social, hay prácticas hegemónicas que estructuran una manera legitimada de comprender y de actuar ante los daños a la salud y al mismo tiempo, establecen formas “correctas” de prevenir ciertas enfermedades y favorecer la salud. Es por eso que las respuestas sociales al proceso de salud - enfermedad contribuyen a la producción y reproducción de dicha sociedad.

El autor elabora tres modelos de atención que se construyen a partir de las actividades de tipo biomédicas y aquellas que hacen al tratamiento de las enfermedades (prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar). Estos modelos - de índole abstractos en tanto son construcciones metodológicas – incluyen producción técnica, ideológica y teórica de los curadores (incluidos los médicos), además de la participación de los conjuntos sociales.

Desde el siglo XVIII, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) rige las prácticas, saberes y teorías de la medicina científica en relación a la manera de atender las enfermedades de la población. Las principales características de este modelo son: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo,

individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978; 1981; 1983; 1990). El biologismo es el nodo central de este modelo, sobre todo a nivel ideológico - técnico, ya que constituye la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento y además es el factor diferencial de los otros modelos de atención. El biologismo, arraigado a la ideología médica, es uno de los factores de exclusión de los procesos y factores históricos, sociales y culturales del proceso salud/enfermedad y de otras formas de atención, ya que la biomedicina, al considerar dichos factores como formas culturales, las excluye o subalterniza.

El segundo modelo, Médico Alternativo Subordinado, aglutina las prácticas denominadas tradicionales, calificadas como “del pasado” derivadas y emergentes del MMH. Estas condensan las prácticas tradicionales y las prácticas médicas de alta complejidad. Los pilares centrales de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, ahistoricidad, tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador-paciente, tendencia reciente a la mercantilización y tendencia a la exclusión del “saber y prácticas curativas”, entre otros.

Por último, el Modelo de Autoatención, se centra en el diagnóstico y en la atención (prevención) realizada por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal. Este modelo subyace a los otros y cumple funciones curativas - preventivas y socioeconómicas. Las características principales son: concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, eficacia pragmática, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal y concepción basada en la experiencia, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

Más tarde, el proceso “salud-enfermedad-atención” mutó para algunos autores a “salud - enfermedad - cuidado” ya que el "cuidado" manifiesta una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones intersectoriales, horizontales, simétricas y participativas (Tejada Rivero, 2003).

## **Promoción de la salud**

La Conferencia de Ottawa (1986) instaló como prioridad la promoción de la salud y marcó el pasaje de una concepción negativa de salud - entendida como ausencia de enfermedad - a un tipo de abordaje positivo, holístico que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia. La salud es entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo (Álvarez – Dardet Díaz y Colomer Revuelta , 2000).

La promoción de la salud pone en juego una multiplicidad de estrategias: acciones del Estado (políticas públicas saludables), de la comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de los individuos (desarrollo de habilidades personales), del sistema de salud (reorientar al sistema de salud) y de asociaciones intersectoriales (Buss, 2006). El concepto de promoción de la salud es más amplio que el de prevención ya que refiere a medidas que "no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar general" (Leavell y Clark, 1976).

No obstante, son dos maneras de afrontar problemas en salud que funcionan como complementarias y no excluyentes en la planificación de programas de salud.

## **Acerca de la prevención y el riesgo**

La prevención en salud se define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Buss (2006) sostiene que la prevención se “orienta más hacia acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo o factores causantes de conjuntos de enfermedades o de una enfermedad específica; su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los actores más íntimos que la genera o aceleran”. El objetivo final es evitar la enfermedad. Se trabaja en tres niveles de prevención sobre la enfermedad: primaria (control de la incidencia), secundaria (curación o control de su duración y en consecuencia, su prevalencia) y terciaria (atenuación de la patología).

Castel (1986) enfatiza que la prevención está más orientada a la vigilancia: se controla que no aparezcan acontecimientos indeseables sobre las poblaciones identificadas como de riesgo (denominadas, grupos de riesgo) y define al riesgo como una serie de criterios asociados que pueden ser calculados y medidos.

En el discurso epidemiológico, el riesgo es una categoría operacional que significa efecto y pone el foco en la probabilidad de que ocurra una patología en una población determinada, expresada a través de un indicador denominado incidencia (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

En consecuencia, se busca detectar a las poblaciones o individuos que estadísticamente entran en la categoría de riesgo y proporcionar intervenciones que eviten futuros daños en salud. “La noción de grupo de riesgo se difundió ampliamente, sobre todo desde los medios de comunicación de masas, y ya no en forma de categoría analítica abstracta, sino como verdadera categoría ‘ontológica’, como una identidad concreta” (Ayres de Carvalho Mesquita, 2002).

A diferencia del carácter individualizante y probabilístico de la noción de riesgo, el concepto de vulnerabilidad permite un abordaje social y contextual del proceso salud/enfermedad/atención. “Si el riesgo busca expresar las ‘oportunidades matemáticas’ de enfermedades de un ‘individuo cualquiera’, desde que es portador de un cierto rasgo identificado específico, la vulnerabilidad quiere expresar los potenciales de enfermedad/no enfermedad relacionados a ‘todo y

cada individuo' que vive en un cierto conjunto de condiciones" (Ayres de Carvalho Mesquita, 2002)

La noción de vulnerabilidad, con especial énfasis en lo relacional, alude a colectivos e individuos que presentan fragilidad política o jurídica respecto a sus derechos como ciudadanos (Cuberli, 2015 sin publicar). Existen tres cualidades que caracterizan este término. Su carácter multidimensional (se es vulnerable a ciertos aspectos y a otros no), gradual (refiere a que la vulnerabilidad no es un ítem del tipo si/no sino que indica que se es vulnerable a algo en mayor o menor nivel) e inestable (las dimensiones y los grados de la vulnerabilidad cambian a lo largo del tiempo).

Los sujetos no "son" vulnerables, sino que siempre "están" vulnerables a algo, en algún grado y forma, y en un cierto contexto. La vulnerabilidad es siempre un indicador de inequidad y desigualdad social, donde el individuo encuentra una serie de limitaciones para tener control de su propia condición, y por lo tanto exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política (Herrera y Campero, 2002). Los individuos deben conocer las situaciones estructurales, políticas y culturales que los hacen estar en un estado de vulnerabilidad y actuar para revertir dicho estado.

## **Derecho a la atención en salud**

El derecho a la salud es un derecho humano, consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1949). La noción ha sido objeto de distintas interpretaciones y debates.

Los pensadores liberales más radicales niegan la necesidad de garantizarlo. Consideran el derecho a la salud como "un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo tanto la única obligación del Estado debe limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de los otros que pudieran dañar su salud" (Comes, 2006). Lo describen como un acto que corresponde a la beneficencia o caridad de la sociedad y lo califican como "un esfuerzo colectivo, de carácter obligatorio y coordinado por el Estado" (Buchanan, 1984).

Otros autores como Fried (1978) conceptualizan el derecho a la atención en salud como un derecho limitado con prestaciones definidas para la población sin cobertura de obra social ni prepaga.

Rawls (1971) plantea un derecho a la atención de la salud de acceso igualitario, requisito fundamental para procurar la igualdad de oportunidades en la población y alcanzar una vida digna. El derecho a la salud forma parte de su teoría de la justicia social a la que define como el “[...] modo en que las grandes instituciones sociales distribuyen los derechos y deberes fundamentales, y determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social”.

En Argentina, ningún artículo de la Constitución garantiza de forma directa el derecho a la atención en salud. A través del artículo 75 inc. 22 de la Constitución Nacional, Argentina adhiere a una serie de tratados internacionales, muchos de ellos ratificados por ley nacional, en donde se deja claro que el derecho a la atención en salud es de libre acceso para toda la población sin ningún tipo de distinciones de clase, religión o nacionalidad (Constitución Argentina, 1994).

### ***Ciudadanía***

El derecho a la salud, en tanto derecho humano, también se vincula con el concepto de ciudadanía. La noción de ciudadanía emerge en el marco del desarrollo de los Estados modernos, momento en el cual se abandona la noción de súbdito entendida como sujeto con deberes al soberano para dar lugar a la categoría de ciudadano como sujeto con posesión de derechos.

“La ciudadanía es un status que garantiza a los individuos iguales derechos y deberes, libertades y restricciones, poderes y responsabilidades” (Held, 1997). Se trata de que los individuos de una sociedad sean tratados como miembros de una sociedad de iguales. Para asegurar este tipo de pertenencia es necesario brindar a los sujetos un número de derechos de ciudadanía (Kimlika y Norman, 1997).

Marshall (1965) divide en tres los componentes de la ciudadanía: los derechos civiles que refieren a las libertades del sujeto, los derechos políticos que abren el juego a participar en el ejercicio de poder y los derechos sociales que engloban una serie de derechos que van desde “un mínimo de seguridad y bienestar económico hasta el de llevar a cabo la vida de un ser civilizado conforme a las normas prevalecientes en una sociedad” (Marshall, 1965).

Otro pensador que reflexiona sobre este tema es Eduardo Bustelo (1999), quien desarrolla dos modelos de ciudadanía: asistida y emancipada. Estos modelos disputan los contenidos y las orientaciones de las políticas sociales en América Latina.

El modelo de ciudadanía asistida emerge en un contexto de ajuste y apertura económica, vinculado al “Consenso de Washington” (Williamson, 1996), al cual la Argentina adhirió en los años '90.

“La ciudadanía es concebida esencialmente como de naturaleza civil. La ciudadanía política es sólo de derechos formales, principalmente el derecho a elegir y ser elegido. Los derechos sociales no son demandables en un sentido positivo a menos que tengan una base contributiva [...] Los derechos sociales en el caso de que sean asimilables a servicios sociales están sujetos a la disponibilidad de recursos [...] no hay preocupación por la distribución del ingreso y la riqueza ya que las desigualdades son naturales y fruto del triunfo de los más aptos” (Bustelo, 1999).

Desde esta perspectiva, el ciudadano es un sujeto dependiente del accionar estatal. Se construye al ciudadano desde la carencia e imposibilidad de acceder al derecho de manera universal, por lo tanto se vuelve fundamental identificarlo como vulnerable, y en consecuencia diseñar una política social específica para atender a ese grupo de ciudadanos desde una ética de la compasión y de la exclusión (CEPAL, 2002).

En contraposición, el modelo de ciudadanía emancipada enuncia un principio de igualdad de derechos de los sujetos para acceder a los bienes

sociales y económicos y se basa en la idea de la cooperación social mutua donde existe una preocupación por el interés del conjunto. La igualdad social implica equidad y también una justicia que promueva la redistribución. Se construye un tipo de ciudadanía autónoma, no asistida o subsidiada donde “las libertades individuales negativas son consideradas importantes pero igualmente relevantes son las libertades positivas: ampliar el campo de las personas para acceder a las oportunidades que les permitan su superación y desarrollo” (Bustelo, 1999). Este modelo concibe el derecho a la salud como universal y lo articula sobre la base del concepto de equidad.

### ***Equidad***

En el campo de la salud, el concepto de equidad y sus factores determinantes han sido foco del debate académico y político. Una de las primeras asociaciones al término equidad es el de justicia social ya que este concepto se propone como umbral normativo y corrector de situaciones o condiciones de desigualdad.

Cualquier teoría sobre la justicia valora la idea de igualdad en algún aspecto: igualdad de oportunidades, igualdad de derechos, igualdad de acceso, etc. Sen (2002) señala que “la igualdad como idea abstracta, no tiene mucha fuerza, y el trabajo real comienza con la especificación de qué es lo que hay que igualar. El paso fundamental consiste, pues, en especificar el ámbito en el que hay que buscar la igualdad y las reglas a seguir para definir lo equitativo en los aspectos tanto agregativo como distributivo”.

Whitehead (1991) considera que “la equidad en salud significa idealmente que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar”. El objetivo de cualquier política que promueva la equidad en salud es disminuir o eliminar aquellas desigualdades que resultan de los factores que se consideran tanto innecesarios y evitables, como arbitrarios e injustos.

La autora, quien centra su teoría en los conceptos de igualdad-desigualdad, subraya que la equidad no significa que todos los sujetos alcancen el mismo estado de salud o consuman la misma cantidad de recursos y servicios de salud, independiente de sus necesidades. Para calificar una situación como inequitativa hay que analizarla en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad y para describir una desigualdad como injusta, innecesaria y/o evitable necesariamente se pondrá en juego un juicio de valor. Por ende, las desigualdades se miden y las inequidades se juzgan. Toda inequidad es una desigualdad pero no toda desigualdad es una inequidad, ya que una inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable.

Siguiendo la línea del pensamiento de Whitehead y otros autores, la Organización Mundial de la Salud (1996) propone centrarse en el binomio equidad-inequidad y postula que la equidad significa que “las necesidades de la gente, más allá de sus privilegios sociales, deben guiar la distribución de oportunidades para su bienestar, lo cual requiere reducir las desigualdades injustas según los estándares sociales, con principios de justicia e imparcialidad”. Es decir, se debe trabajar para reducir las brechas evitables en el estado de salud y en los servicios de salud entre los grupos que poseen distintos privilegios sociales, reflejados en las diferencias étnicas, religiosas, de nivel socioeconómico, de género, localización geográfica y edad (Linares-Pérez y Oliva López-Arellano, 2008).

### ***Accesibilidad***

La noción de accesibilidad comienza a utilizarse en los años 60, en el marco de la Alianza Para el Progreso, cuyo eje central era concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos y donde las políticas en salud constituyeron un área prioritaria (Comes, 2003; Comes, Solitario, Garbus et al., 2007).

El concepto fue asociado a la forma en que los servicios de salud tomarían contacto con la población. Esta definición entiende la accesibilidad como un problema de oferta y desde esta perspectiva, el acceso de la población depende

de que se eliminen las barreras que se interpongan entre los sujetos y los servicios.

La mayoría de los autores identifica cuatro barreras: geográfica, administrativa, financiera y cultural. La barrera geográfica está relacionada con las distancias físicas entre los usuarios y los servicios; la económica alude a la capacidad financiera para acceder a los servicios ya sea un medicamento o un boleto de colectivo para ir al centro de salud; la administrativa atiende a los aspectos burocráticos que entran en juego a la hora del acceso y la cultural centraliza en las diferencias de hábitos y costumbres entre los profesionales de la salud y la población.

Stolkiner et al. (2000) retoman esta última dimensión, la amplían y redefinen como barrera simbólica. Consideran que las vivencias, saberes construidos, percepciones, representaciones de los sujetos también pueden constituirse como una barrera que debe ser tomada en cuenta (Comes, 2003; Comes, 2006; Comes et al., 2007). La dimensión de la barrera simbólica muestra que “no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferencias culturales” (Landini, Cowes y D’ Amore, 2014).

En resumen, el concepto de accesibilidad pone en relación a dos actores del sistema de salud: los servicios y los sujetos. Estos últimos tendrían la posibilidad de atenderse cuando lo necesiten y los servicios tendrían la disponibilidad de contener estos sujetos cuando demanden atención en salud. Los servicios y los sujetos establecen una relación en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Comes, 2008). Entonces, la accesibilidad es el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios y este vínculo surge de una “combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al., 2000).

Al incorporar la dimensión relacional (Bourdieu y Wacquant, 1995) a la definición de accesibilidad debemos poner especial énfasis en el encuentro entre ambos actores. Desde este punto de vista, son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y esto es producto de una multiplicidad de situaciones (Comes, Solitarios, Garbus et al., 2007).

A través de estas categorías, podremos explorar diferentes dimensiones donde pone el foco nuestra investigación: la percepción de riesgo de la población femenina al cáncer de mama, las principales barreras y diferencias en el acceso a los servicios de salud, la equidad en el acceso a estos servicios, las prácticas de cuidado y prevención de estas mujeres, entre otros aspectos.

## **ANÁLISIS**

En esta parte del trabajo, analizaremos los principales hallazgos en los grupos focales. Este capítulo cuenta con tres apartados.

En primer lugar, exploraremos acerca de las fuentes de información en salud que consultan las participantes e indagaremos sobre la noción de prevención en salud. Por otra parte, analizaremos las opiniones en torno al cáncer de mama: causas, asociaciones, prevención de la enfermedad, miedos.

En el siguiente apartado, abordaremos las opiniones sobre la mamografía: edad de inicio del estudio, frecuencia del mismo, acceso a los turnos, aspectos positivos y negativos de someterse a la prueba.

En el tercer apartado, describiremos las campañas de prevención de cáncer de mama que las participantes recuerdan y daremos cuenta de las opiniones sobre el spot audiovisual y el spot radial que formó parte de la campaña que lanzó Presidencia de la Nación. También, describiremos las recomendaciones que sugieren las mujeres para futuras campañas sobre cáncer de mama.

### **Información y salud**

La primera parte de los grupos focales consistió en indagar acerca de las fuentes de información que consultan las mujeres a la hora de abordar temas sobre salud. Merlo Vega (2002) entiende las fuentes de información, como un recurso utilizado para satisfacer cualquier demanda de información y establece que las fuentes pueden ser tanto documentos, como personas o instituciones (fuentes de referencia). Algunos ejemplos de fuentes de información son los medios de comunicación (diarios, revistas), las relaciones interpersonales tales como médico y paciente, los portales web, la literatura específica sobre un tema, entre otros.

Para las mujeres de menor poder adquisitivo, las salitas barriales y la folletería son sus principales fuentes sobre salud. También, señalan la televisión, más precisamente los noticieros y los programas específicos sobre salud.

*“Yo voy a la salita a buscar folletos o a la obra social que también a veces hay folletos.”  
(Florencio Varela, 45-55)*

*“Después me entero por la tele que muchas veces pasan en Canal 7 de salud, pasan que es muy importante hacerse los controles.” (Florencio Varela, 45-55)*

En el GF1<sup>24</sup> destacaron como fuente de información las comisiones de salud que realizaba la organización a la que pertenecen.

*“Acá a través del Frente de Organizaciones en Lucha (FOL)<sup>25</sup>, teníamos comisiones de salud y ahí también nos informábamos y está bueno.” (Florencio Varela, 45-55)*

Por otro lado, las mujeres de mayor nivel adquisitivo coinciden en que el médico es la principal fuente de información sobre temas en salud. El encuentro con el profesional es un espacio valorado para conocer los estudios médicos que deben hacerse de acuerdo a su edad y evacuar dudas.

*“Me parece que la principal información yo la obtengo de mis propios médicos, porque es ahí donde uno pregunta qué, para qué, por qué esto salió, qué quiere decir, para qué hay que hacer esto, hacerlo cada tanto tiempo.” (CABA, 56-65)*

---

<sup>24</sup> Recordamos: **grupo focal 1** (mujeres entre 40 y 55 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires), **grupo focal 2** (mujeres entre 40 y 55 años, nivel socioeconómico medio o medio-alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), **grupo focal 3** (mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico bajo o medio-bajo, que viven en la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires) y **grupo focal 4** (mujeres 56 y 65 años, nivel socio económico medio o medio alto, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

<sup>25</sup> Se trata de una organización social que busca garantizar el pleno ejercicio de derechos de los trabajadores, el acceso a la educación para todos los habitantes de barrios populares y terminar con cualquier tipo de injusticia social. Realiza alianzas con otras unidades del campo popular tales como La Brecha. Sus principales acciones se dan en el conurbano bonaerense y la capital federal, así también en las provincias de Jujuy, Córdoba, Misiones, Santa Fe, Tucumán, Santiago del estero, Neuquén, Rio Negro y Mendoza. Extraído de la web: [http://folweb.com.ar/quienes\\_somos/](http://folweb.com.ar/quienes_somos/)

*“Cuando algo realmente me preocupa porque es de un ser querido o de alguien cercano, voy directamente a preguntarle a un médico de confianza” (CABA, 45-55)*

Además, se informan a través de los diarios (gráficos y on line) y los mails o revistas que les envían sus obras sociales y/o hospitales asociados. Sólo dos personas mencionan la folletería como un material de consulta. Con excepción de una sola mujer, podemos decir que la televisión no aparece como una fuente de información para este grupo social.

*“Yo particularmente, bueno, también por el hospital (refiere a la revista del Hospital Italiano) pero si alguna vez sale en algún diario, o miro los portales durante casi todo el día, si hay algo de salud que por ahí me llame atención lo leo.” (CABA, 56-65)*

*“Yo en diarios internacionales, en Le Monde, diferentes periódicos.” (CABA, 56-65)*

*“Yo creo que la información está llegando, si uno tiene una cobertura... te mandan mails todo el tiempo, yo soy de Medicus, te llega el informe todos los meses o con la factura, lo mirás, y si hay algo que te interesa, lo hacés... si hay algo interesante lo leo, sino, ni lo mirás.” (CABA, 45-55)*

Cabe destacar que en el GF2, las participantes señalaron que desconfían de la información sobre salud que aparece en los medios periodísticos ya que puede tratarse de noticias intencionadas con intereses encubiertos.

*“Me parece que hay que tener una mirada bastante aguda en los temas de salud particularmente cuando se trata de recibir la información de los medios porque es un filtro.” (CABA, 45-55)*

*“Además, detrás de eso, hay toda una, las empresas son empresas, hay campañas, no dejan de ser campañas de prensa. Inclusive habla el presidente de la fundación oncológica argentina, y vos decís “¿este tipo justo ahora? Siempre hay una campaña detrás. Lamentablemente la cosa es así.” (CABA, 45-55)*

Hay consenso sobre la falta de fiabilidad de la información que circula en Internet, con excepción del GF1 que no menciona esta fuente de consulta.

Señalan que los datos que aparecen son poco confiables, de fuentes dudosas y desalentadores.

*“No hay que mirar Internet.” (CABA, 45-55)*

*“Busco en Internet pero voy a una fuente que sé que lo que va a decir ahí es más o menos confiable. Recomendaciones que hay que tener para alumno diabético [...] no pongo en el buscador, voy en general a la Sociedad Argentina de Pediatría, me gusta ahí.” (CABA, 45-55)*

*“Busco en Google, con palabras mías, nomás lo que sea [...] También sé que no me voy a quedar con todo lo que dicen, de ahí saco lo que me parezca más confiable, pero me gusta mucho leer.” (Moreno, 45-65)*

*“Si Googleas, te pegás un tiro.” (CABA, 45-55)*

Con excepción de dos personas, la radio no aparece mencionada como una fuente de información sobre salud. Las redes sociales tampoco tienen lugar como espacios de consulta.

Podemos establecer que las mujeres de mayor poder adquisitivo acuden a sus médicos a la hora de informarse sobre salud, un resultado que va en línea con los hallazgos de otros estudios (Mira, Pérez Jover y Lorenzo, 2004; Montesi y Álvarez Bornstein, 2016). Por su parte, las mujeres de bajos recursos eligen como fuente de información las salitas y la folletería. Los programas televisivos e Internet (aunque con cierto reparo en cuanto a su fiabilidad) también aparecen mencionados. Este último punto está en consonancia con otros estudios que dan cuenta que la población recurre cada vez más a herramientas tales como la prensa, la radio, la web o los dispositivos móviles para informarse sobre salud (Struk y Moss, 2009).

## **Prevención**

El discurso sobre el cuidado de la salud en general y la prevención está fuertemente ligado a realizar chequeos y visitas médicas de manera periódica.

Hay consenso en que las mujeres tienen que tener conciencia del autocuidado de su cuerpo, de concurrir al médico.

*“ [...] escucho la gente en el barrio, que se dejan estar y nunca van al médico o al ginecólogo, ni hacerse tratamiento por lo menos para saber, por curiosidad. Porque no hace falta que uno llegue a enfermarse siempre de eso.” (Moreno, 56-65)*

*“La prevención es cuando vas a control y vos misma a veces pedís al médico que te dé para hacerte los estudios, para estar más tranquila.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Está en uno tener la conciencia de que se tiene que hacer el control anual. [...] También está en la conciencia de uno. Digo, están las campañas, está todo bien. [...] Yo creo que también tiene que ver con la disciplina de uno, de hacérselo. Prevenir es curar, definitivamente.” (CABA, 45-55)*

No obstante, las mujeres de todos los grupos focales señalan que el Estado debe garantizar que la población femenina reciba información sobre el cuidado de la salud y acceda a servicios de calidad para realizar los controles de prevención de cualquier enfermedad.

*“La prevención del cáncer de mama es una responsabilidad del Estado.” (CABA, 56-65)*

*“Y yo creo que la responsabilidad global es la del Estado, en hacer campañas y difundir la información para que cada uno después pueda hacer lo individual. Pero no nos olvidemos del rol del Estado en las salitas, en las campañas visuales, en las campañas radiales, porque si no tenemos información no vamos a ir al médico porque no sabemos.” (Moreno, 56-65)*

Según las opiniones relevadas encontramos que el uso de servicios de salud para las mujeres es casi exclusivamente con fines curativos frente a la aparición de síntomas o molestias y no tanto en un sentido preventivo, tal como señalan otros estudios (Petracci, Ramos y Romero, 2002; Zamberlin, Thouyaret, y Arrosi, 2013). Este hallazgo marca una ruptura entre la teoría y la práctica de las mujeres: podemos establecer que las mujeres comprenden que la prevención en salud está asociada a realizar controles médicos para detectar y evitar el

desarrollo de una enfermedad, pero lo cierto es que en sus prácticas sólo acuden a los establecimientos sanitarios una vez que el malestar ya apareció. Esta manera de vincularse con los servicios de salud deja a los profesionales del ámbito sanitario sin mucho margen de acción para actuar sobre una enfermedad.

En Argentina, al igual que muchos de los países en América Latina y el Caribe, las mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama en etapas tardías (PAHO, 2018). Es fundamental revertir este modo de relacionarse con los servicios de salud y lograr que las mujeres se realicen en tiempo y forma los estudios de detección precoz de la enfermedad ya que, de modo contrario, continuarán llegando mujeres con cánceres muy avanzados a los servicios de salud.

*“La realidad es que uno va al médico ante un síntoma. Yo, por lo menos, voy ante un síntoma, salvo el control ginecológico. Es el único que respeto rigurosamente. Voy al dentista si me duele una muela. O voy a hacerme una limpieza. Cada tanto al oftalmólogo porque no veo. Tengo que ir a que me dé más aumento.” (CABA, 45-55)*

*“Yo una vez por año o cada vez que se siente mal mi hijo, porque trabajo, entonces no tengo tiempo para ir a sacar turno. No es que me siento mal, nada.” (Florencio Varela, 45-55)*

Además, podemos establecer que el cuidado de la salud de la mujer queda desplazado por el cuidado de la salud de los hijos y este punto toca una fibra sensible sobre el rol de la población femenina en el ámbito doméstico. Este hallazgo pone de manifiesto una barrera simbólica - en términos de Comès y Stolkner (2005) – al acceso de los servicios de salud.

Dos Santos de Rosa (2014) profundiza aún más la cuestión y explica que, en la sociedad burguesa, el cuidado directo de las personas de la familia y en la sociedad fue asociado como un atributo de capacidad relacional propio de la femineidad, siendo utilizado para liberar al hombre exclusivamente para el proceso productivo, subsumiendo a la mujer a las exigencias de reproducción del capital para la producción de valores de uso. Es la mujer quien busca información sobre salud para su entorno familiar, está informada sobre la prevención de

enfermedades, cuida a los hijos, a los enfermos y está al día con temas como el calendario de vacunación de los hijos, sus respectivos controles médicos, entre otros asuntos. Los servicios que brinda al interior del hogar, “invisibles” socialmente, se entienden como “acto de amor” (Dos Santos de Rosa, 2014). Este rol que cumple dentro del hogar se presenta como un obstáculo a la hora de poder concretar sus propios controles de salud.

Ahora bien, el cambio en la estructura productiva llevó a las mujeres a ocupar espacios en el mercado laboral, lo que trajo aparejado una disminución de su tiempo para ocuparse de las tareas domésticas y la salud de los integrantes de la familiar. Sin embargo, su rol en el seno del hogar no cambió. Tajer (2014) señala que las mujeres aún actúan como cuidadoras de la salud familiar pese a que son las que menos tiempo de cuidado se dedican a sí mismas, especialmente cuando combinan el papel de ama de casas y de mujeres activas en el empleo.

Al igual que en el estudio de Zamberlin et al. (2011), las tareas del hogar y el cuidado de los hijos son los argumentos que emplean estas mujeres para justificar la falta de tiempo para realizar sus propios controles médicos. Se agrega a esta lista la carga horaria del trabajo como barrera para realizarse los chequeos de salud.

*“No llegamos por el trabajo.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“ [...] a mí me pasa que, en cuestiones de salud, hago como una distinción , por ejemplo, si están hablando de la vacuna de HPV que es de la edad de mi hija, conecto, si es la radio, la pongo más fuerte, o sea, si es algo. Cuando eran más chicos, las campañas de vacunación. O sea, cuando es de mis hijos, presto mucha más atención que cuando es sobre mi propia persona.”  
(CABA, 45-55)*

*“ [...] siempre tenés demasiado trabajo o que atender a todos y vos te quedás como último orejón del tarro, no te das el tiempo que necesitás con vos misma [...]” (CABA, 56-65)*

## **Opiniones sobre el cáncer de mama**

Para conocer las opiniones en torno al cáncer de mama, se utilizó la técnica de asociación de palabras. “El carácter espontáneo y la dimensión

proyectiva de esta producción posibilita acceder más fácil y rápidamente a los elementos (latentes o no) que conforman el universo semántico del objeto estudiado” (Pettracci y Kornblit, 2007). En este ejercicio, es fundamental incorporar una pregunta a posteriori acerca del significado atribuido a cada palabra asociada. Esta técnica se empleó como disparador, al inicio de todos los grupos focales, para realizar un primer acercamiento sobre las opiniones en relación a la enfermedad. Para este primero momento, empleamos tarjetas donde las mujeres escribieron con un marcador una palabra con la cual asociaban cáncer de mama y luego, dichos términos fueron leídos en voz alta y puestos en debate con las participantes.

Vale aclarar que para explorar las diferentes dimensiones de análisis de este trabajo, también se trabajó con preguntas dinámicas y con otras técnicas proyectivas como respuesta a imágenes para indagar, por ejemplo, sobre las opiniones de las piezas de la campaña.

Las asociaciones más recurrentes a cáncer de mama son: “control”, “prevención”, “miedo”, “temor”, “riesgo para la vida”. Algunas de estas respuestas son idénticas a las que aparecen en el estudio de Ramos, Tamburrino, Aguilera et al. (2013). Para las mujeres, el cáncer es principalmente una enfermedad que amenaza la vida. Un diagnóstico de cáncer de mama es un momento de ruptura en la vida de una mujer. No sólo por el hecho de tener que atravesar la enfermedad, sino también como un momento donde todo su círculo social, en especial, la familia se ve afectada emocionalmente por este diagnóstico. Este último punto es central en la preocupación de las mujeres y vuelve a poner el foco en el rol central que ocupan en el seno familiar.

*“[...] tengo siempre la sensación de que hay un costadito en el que tener cáncer amenaza la vida [...] entonces uno es sobreviviente cuando ha llegado a un extremo y ha vuelto. En ese sentido para mí el cáncer en general tiene como esa veta, esa sensación de que hay algo, alguna espadita que pende sobre tu cabeza.” (CABA, 56-65)*

*“Pienso que anoticiarse implica una ruptura emocional, moral, orgánica, familiar, en lo laboral, en lo social, digamos, se hace una cosa como muy amplia y a partir de eso, bueno, hay un camino a seguir, que cada uno ve cuál es, pero me parece que el primer momento es de ruptura.”*

*(CABA, 56-65)*

*“Yo creo que cuando uno está sufriendo esa enfermedad, pasando por eso, la familia se va a poner desanimada, digamos, es una complicación para la familia”. (Moreno, 56-65)*

No obstante, existe un consenso en todos los grupos – con excepción de una participante - de que el cáncer de mama es una enfermedad que se puede curar, a diferencia de otros cánceres como el de pulmón que entienden que son más letales. Coinciden que la posibilidad de curación es alta cuando se alcanza un diagnóstico temprano. En todos los grupos aparecen expresiones tales como “tomar a tiempo”, “agarrar a tiempo”. El trabajo de Ramos, Tamburrino, Aguilera et al. (2013) concluye que la percepción del cáncer como enfermedad terminal ya no es predominante en la población y nuestro estudio revela que las mujeres creen que hay cánceres más letales que otros. Podemos inferir que la idea de que el cáncer de mama es curable se debe a que las mujeres conocen diferentes casos de familiares, amigos y *celebrities* que sí se curaron de esta enfermedad y esto contribuye a reforzar la posibilidad de cura de esta patología<sup>26</sup>.

*“Si se agarra a tiempo sí se cura. Yo he visto una en la tele que se curó de cáncer de mama.”*

*(Moreno, 56-65)*

*“ [...] dentro de lo que es el cáncer, el cáncer de mama es de los más curables.” (CABA, 45-55)*

*“ Si lo tomás a tiempo, estás a salvo.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Hay otros que no te morís, uno de ellos el cáncer de mama, a mí me dan mucho más miedo otros cánceres que el cáncer de mama.” (CABA, 45-55)*

---

<sup>26</sup> En futuras investigaciones sugerimos abordar más en profundidad las percepciones sobre la distinción de mortalidad según el tipo de cáncer.

En cada relato de una mujer que tuvo cáncer de mama emerge una historia de lucha tanto emocional como física por sobrepasar la enfermedad. Siguiendo la línea de la pensadora Susan Sontag (1978), las mujeres se refieren al cáncer utilizando analogías de guerra: “luchar”, “batalla”. En los grupos de clase media, se habla de “sobrevivientes” de cáncer de mama.

*“En primer lugar, para mí, hay que hacer el estudio, por qué te sale esa enfermedad y si podés agarrar a tiempo por lo menos podés seguir luchando. Es mi forma de pensar.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Uno es sobreviviente cuando estuvo cerca de la muerte.” (CABA, 56-65)*

*“Todas las que conozco se han enfermado y han salido a la batalla y han triunfado, digamos.” (CABA, 56-65)*

En todos los grupos, subrayan la importancia de realizarse los controles, pero no mencionan cuáles son hasta que se les pregunta específicamente por ellos. Los controles están asociados al cuidado de la salud y a la práctica de la prevención<sup>27</sup>. Se mencionan palabras como “autocuidado”, “conciencia”, “prevención”.

*“Lo que me parece que es básico son los controles, porque si se agarra a tiempo, con cirugía, con medicación se puede curar o parar, depende del estado de la enfermedad. Después, si está muy avanzado, es como irreversible, ¿no? Muta en otra cosa. Pero sino, digamos, con controles periódicos, seguidos por el médico, se puede prevenir o parar.” (Moreno, 56-65)*

*“No es la típica prevención como una vacuna que evita que te enfermes de, pero si vos lo vas a detectar a tiempo, tenés una probabilidad mucho más alta de curarlo que si lo dejás estar y tiene una evolución de años.” (CABA, 45-55)*

---

<sup>27</sup> Recordamos que, en salud, se trabaja en tres niveles de prevención sobre la enfermedad: primaria (control de la incidencia), secundaria (curación o control de su duración y en consecuencia, su prevalencia) y terciaria (atenuación de la patología). En el caso del cáncer de mama, prevenir refiere a la detección temprana de la patología (*prevención secundaria*). .

Encontramos que las sensaciones ante un diagnóstico positivo de cáncer de mama son diferentes en cada clase social. En el caso de las mujeres de menor poder adquisitivo, el miedo, el temor está asociado a las dificultades y obstáculos que pueden tener para lograr un tratamiento de cáncer de mama: conseguir los turnos médicos, los medicamentos, la quimioterapia.

*“Es el miedo a cómo continúa eso, ante la falta de información que hay. Es eso el miedo. Por eso, tal vez uno por ahí no va. [...] Porque tampoco los médicos te la hacen tan fácil por el tema que vos tenés que comprar medicamentos, tenés que concurrir a otro lugar, no tenés una obra social, te mandan no sé a dónde y te tienen así dando vueltas. Quizás, ese es el que ahora por ejemplo siempre estamos hablando de ese tema. El Estado no se hace cargo. Vos te vas a un hospital y no tenés medios. Es por eso que creo que la gente dice: “¿Para qué voy a ir?” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Yo también puse la palabra temor, temor a ver qué sigue después, ante la falta también de información que uno tiene. No sabés de dónde viene, cómo viene, cómo seguir, cómo controlarte. Y eso... ¿Después qué viene? Si tenés que ir al médico y te dice ‘tenés esto’. Ahí es donde surge el temor, de que el día de mañana. Pensás en tu familia antes de que tengas el estudio. Porque para llegar a un estudio no sé cuánto tiempo pasa. El Estado, y en todo momento digo eso, no se hace responsable del pueblo, de los pobres.” (Florencio Varela, 45-55)*

En el caso de los grupos de mayor poder adquisitivo, aparece el miedo en relación a las decisiones que hay que tomar una vez que el diagnóstico de cáncer de mama es positivo: qué tratamiento hacer, qué remedio tomar, con qué médico tratarse, cómo se sentirán después de atravesar el tratamiento. Dos participantes mencionan que el cáncer es una enfermedad crónica que uno tiene que controlarse de forma periódica. Existe una preocupación de que la enfermedad vuelva aparecer.

*“No termina el tratamiento cuando el cáncer se va. Termina cuando de tu cabeza también se va, aunque se vaya, vos seguí teniendo el miedo, seguí teniendo el registro de que no te pudiste hacer una reconstructiva, o si te la hiciste, no tenés pezón. O sea, el registro no es solamente el registro físico, es el registro psíquico.” (CABA, 45-55)*

*“[...] desde que te diagnostican, ya estás dudando, ¿no? ‘¿Será no será?’ Bueno, cuando te dicen ‘bueno, estos son los tratamientos...’ ¿Cuál será el adecuado? ‘Te tenemos que operar’. ¿Hago bien en operarme? Después de la operación, el tratamiento a seguir, si es quimio, si es rayos, siempre estás dudando.” (CABA, 45-55)*

*“Hay muchos caminos. Según dónde esté parado, qué edad tenga, con quién esté, qué le está pasando, cuán complejo es. Hay muchas cosas. Por algo hay gente que sigue con medicina alternativa, otra gente trabaja con la medicina más clásica, otra gente decide no hacer nada. Hay mucha cosa.” (CABA, 56-65)*

Existen discrepancias en los grupos de clase media al asociar cáncer de mama con mutilación. Para quienes relacionan cáncer de mama con esta palabra, la mutilación es una preocupación en tanto puede afectar la feminidad, la sexualidad y el amamantar. Esta asociación también se observó en el estudio de Giraldo Mora (2009), donde se indagó sobre las representaciones sociales del cáncer de mama en 19 mujeres quienes manifestaron su preocupación por las interferencias en la intimidad que podría provocar la enfermedad. La palabra mutilación no fue mencionada en los grupos de menores recursos económicos.

*“La verdad es que enfrentado a una mujer a la que vos sabes que le vas a sacar aunque sea la quinta parte de la teta hay algunas cosas de sensibilidad humana que tenés que recuperar, cómo va a quedar, lo que le preocupa de su propia femineidad, de la imagen, de lo que sea.” (CABA, 56-65)*

*“A mí lo me parece también es que generalmente cuando se asocia el cáncer de mama con la palabra mutilación tiene que ver con lo que vos contabas de, aparentemente somos mujeres porque tenemos tetas. Lo que me parece es que también está en nosotras no hacer esa asociación. Digamos, yo no soy mujer por tener tetas o no. Entiendo que hay que estar también en la situación, vivirla y ver qué te pasa cuándo te falta esa parte que es tan tuya, vinculado al amamantar.” (CABA, 45-55)*

*“Amigarse con el cuerpo que cada una tiene y en una situación así no mirar, es demasiada fuerte la palabra mutilación.” (CABA, 45-55)*

Existe una noción generalizada acerca del cáncer como una enfermedad innata que permanece latente en el organismo hasta que se activa azarosamente o es disparada por un episodio puntual.

*“Y me da miedo que estoy teniendo ahí y que está ahí. Y que luego cuando se despierte ya a última hora.” (Moreno, 56-65)*

*“Uno tiene que saber si tiene o no tiene, pero muchas veces puede estar muy adentro y llega un momento para despertar.” (Moreno, 56-65)*

*“No sé yo, pero me parece que el cáncer de mama no está asociado a, como otros cánceres a ... fumás, cáncer de pulmón. Creo que, no sé, en muchos casos hay una predisposición genética.” (CABA 45-55)*

*“Y el cáncer, si bien debe tener algún componente de cómo la maneje uno, también soy consciente de que tiene otros componentes que no manejamos.” (CABA, 56-65)*

Estas respuestas revelan los conocimientos y saberes que las participantes tienen acerca de esta enfermedad y que – de acuerdo al autor o la perspectiva teórica- se denominan teorías o modelos explicativos o de sentido común (Kleinman, 1980; Leventhal et al., 1980). Estos esquemas o modelos legos de la gente común dan cuenta del conjunto de creencias, conocimientos, atribuciones que los sujetos construyen en torno al origen de la enfermedad, los síntomas, el tratamiento, la gravedad, el curso, el pronóstico y estas ideas tienen consecuencias a la hora de encarar las prácticas preventivas y en cómo enfrentar la enfermedad (Godoy Izquierdo et al., 2007; Quiceno y Vinnacia, 2010).

Las creencias y saberes sobre el cáncer de mama y en especial las actitudes y opiniones en torno a la mamografía de las participantes son claves para encarar una estrategia comunicacional que busque promover hábitos y conductas preventivas en la población femenina.

Como mencionamos anteriormente, el cáncer de mama es - para las participantes - una enfermedad que está en el cuerpo, una predisposición genética y puede “despertarse” en cualquier momento como también jamás hacerlo. El

cáncer es una enfermedad del tipo misteriosa ya que se desconocen las causas de su aparición (Sontag, 1978). Este razonamiento permite dar respuesta sobre la aparición de la enfermedad en una multiplicidad de casos: en tanto todos tenemos cáncer es azaroso a quién le “toca”. Si bien no todas coinciden o utilizan este argumento, ninguna participante de los grupos focales lo desconoce.

*“[...] yo creo que todo empieza en el ámbito emocional.” (CABA, 56-65)*

*“ [...] lo que quiero decir es que una persona que está deprimida tiene las defensas bajas, entonces es muy posible que haya una predisposición, evidentemente [...]” (CABA, 56-65)*

*“La alimentación tiene que ver, los productos sumamente procesados tienen que ver.” (CABA, 56-65)*

*“Por ejemplo ahora hay muchas mamás jóvenes, desde los 13 años. Y le dan el pecho, y al chuparlo creo que se enferman muchas cosas. No sé, digo yo, como está constantemente ahí el bebé chupando.” (Moreno, 56-65).*

*“Muchas veces el cáncer nunca te avisa. Y es mentira que a cierta edad. Conozco casos, por eso te digo que es mentira que a los 40 o a los 30. Cuando menos pensás, no sabés. Si una criatura de 13 años por un golpe en el pecho y la mamá decía que la llevó porque le dolía mucho, se le hizo como un moretón y a los dos meses descubrió que tenía cáncer, y el mismo golpe se lo produjo.” (Florencio Varela, 45-55)*

Para algunas mujeres, ese “despertar” es completamente incierto y para otras, está relacionado con factores que perciben vinculados como la mala alimentación, un golpe, el stress, el factor emocional, la lactancia. Lo cierto es que si todos tenemos un cáncer “dormido” las medidas de prevención pueden resultar difíciles de concebir y definir (Ramos et al., 2013). Además, este carácter aleatorio a padecer o no cáncer de mama trae consecuencias a la hora de identificarse como población de riesgo a la enfermedad.

Ahora bien, las mujeres entienden que el cáncer de mama es una enfermedad curable y “agarrar a tiempo” es una condición fundamental tanto para el éxito del tratamiento como para la detección temprana. Este tipo de creencia está consolidada dentro del modelo *legos* de todas las mujeres y creemos que puede ser utilizada como punto de partida para futuros mensajes preventivos.

## Opiniones sobre la mamografía

En el discurso de las mujeres, el cuidado de la salud es importante y la mamografía es un estudio clave en esta línea de pensamiento. En general, las mujeres conocen el término de mamografía, lo asocian con un estudio de control que permite conocer el estado de las mamas y que sirve para detectar de forma temprana el cáncer de mama. Sólo dos participantes nunca se habían realizado una mamografía. Sus conocimientos sobre el estudio son poco claros y confusos.

*“[...] no lo sentí que era el momento de hacérmelo y hasta ahora estoy bien”. (Florencio Varela, 45-55)*

*“Escuchaba que me mandaban a hacer los doctores, pero después otra cosa no iba.” (Moreno, 56-65)*

Las mujeres que conocen la mamografía y se la han realizado alguna vez, destacan su valor preventivo y hacen hincapié en la necesidad realizarse el estudio como forma de tener control sobre su estado de salud. En general, el médico les solicita el estudio, no tienen que pedírselo. Son las mujeres de clase media, quienes están más atentas a realizarse este tipo de control.

*“Puede ser para prevenir, o si tengo algo para controlarme cómo sigue. Puedo no tener cáncer y hacerme la mamografía. Si tengo, me hago más seguido o lo que diga el médico, pero si no tengo nada me la hago igual. Me la haría igual.” (Moreno, 56-65)*

*“Está bueno porque vos sabés cómo está tu cuerpo.” (Moreno, 56-65)*

*“Porque es un estudio para saber de qué se trata, ¿no? Para controlarte o para hacerte algún tratamiento y supongo que tenemos que tomar como un estudio que es una radiografía [...]” (Florencio Varela, 45-55)*

*“[...] todo lo demás soy muy indisciplinada y además no cuido mi salud en general, pero, por alguna razón, la visita -a veces semestral- a la ginecóloga y hacerme toda la batería de estudios. Sé que en marzo me lo hago y me lo hago. Capaz después, cuando tengo los resultados,*

*tardo mucho en llevárselos, pero porque yo ya sé cómo están, y sí, me parece que está muy asociado, en mí caso, con mi condición de mujer. Lo siento muy así, si soy mujer, eso, para cuidar mi salud, lo tengo que hacer. No puede faltar.” (CABA, 45-55)*

La mamografía no es un estudio que pase desapercibido. Existe un amplio consenso en todos los grupos acerca de que el estudio es molesto, incómodo hasta invasivo y que la cuestión más crítica es la presión que se ejerce sobre los mamas. No hay consenso a la hora de definirlo como un estudio “doloroso”. Estas opiniones están en consonancia con los datos disponibles en la literatura: un 75% de las mujeres consideran la mamografía como una experiencia dolorosa, y están convencidas de que el dolor sea una norma más bien que una excepción (Pacifici, 2016).

*“Para mí es como que te presionan mucho. ‘Mi tetita’ decía yo. Parecía que me iban a exprimir, como las vacas, qué me querés sacar si no tengo nada.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Es molesto, pero no doloroso.” (Moreno, 56-65)*

*“No me gusta que me aplasten.” (CABA, 56-65)*

*“Hoy con tanta técnica podrían hacer un estudio que no sea tan doloroso, tan invasivo”  
(Moreno, 56-65)*

En los grupos de mayor poder adquisitivo, el aparato de la mamografía causa rechazo. La experiencia en torno a este estudio está repleta de aspectos negativos asociados al dolor, maltrato y humillación.

*“Es un aparato maltratador.” (CABA, 56-65)*

*“Es necesaria pero me parece espantoso, que me la aplasten, que me la pongan. Encima si no tenés mucho peor. Es horrible.” (CABA, 56- 65)*

*“ [...] Porque te duele, por lo menos a mí todas las veces que me hicieron mamografía me dolió un montón, porque no tengo mucho busto, porque te la aplastan, y porque es una humillación, me siento humillada.” (CABA, 56-65)*

*“Te invaden la intimidad, te manosean, te toquetean, la teta objeto, es como raro, nadie te toca así.” (CABA, 45-55)*

*“Yo lo asocié al maltrato, una cosa gozosa del que está mirándote [...]” (CABA, 56-65)*

Algunas participantes asocian el dolor del estudio al momento del ciclo ovulatorio o el cuidado de la persona que realiza el estudio.

*“No tenés que ir cuando estás ovulando, es lo peor que podés hacer. Tenés un dolor.” (CABA, 45-55)*

*“Tiene que ver con la mano del que te hace la mamografía... Te juro yo me hago desde los 40, porque yo me hago las mamografías en enero porque no hay nadie y te dan turno para el día siguiente. Y fui, la mina, un amor, y la verdad que me molestó pero no me dolió. Digo, es una molestia, no es que me mató. Y creo que tiene que ver con que la mina tenía la mejor onda y era delicada.” (CABA, 45-55)*

Ahora bien, consideramos que se debe trabajar en relación al “dolor” físico que provoca la mamografía en las mujeres ya que podemos considerar que este malestar es un obstáculo a la hora de someterse a la prueba. Estudios como el de Fernández Feito (2013) y Rueda Camino et al. (2015) demostraron que intervenciones que brindan información sobre los programas de detección precoz del cáncer de mama y la mamografía antes de la prueba y/o dan apoyo a la mujer durante el procedimiento mejoran la respuesta de dolor al realizar la mamografía.

Otro aspecto que emerge en el grupo de mayor poder adquisitivo tiene que ver con el cuestionamiento a la fiabilidad del estudio. Señalan que no es absolutamente efectivo para encontrar tumores y aparecen dudas sobre cuánto tiempo tarda en desarrollarse un tumor entre estudio y estudio. Una participante agrega que la duda también está de quien lee el estudio, quien lo interpreta.

*“La duda es sobre la fiabilidad del estudio, en los casos en los que se ve poco, qué sé yo. Y otra duda, en realidad yo cuando pensé en duda, la otra duda también es cuánto tarda en*

*desarrollarse algo de esto, porque en realidad el establecimiento de los límites de una vez por año, una vez cada 6 meses, en realidad se supone que debería estar o que está pensado para chequear que algo no pase demasiado tiempo, pero nadie tiene el tiempo estimado 3 meses, 6 meses [...]" (CABA, 56-65)*

*"Me parece que a lo mejor no es tan sofisticado para detectar a tiempo algún cáncer."*  
(CABA, 56-65)

*"Se podría evitar con otro estudio."* (CABA, 45-55)

Además, dos participantes señalan que la exposición a los rayos no es buena para la salud. No obstante, la frecuencia tan espaciada del estudio no impide que se realicen la prueba y en todos los grupos sociales enfatizan la importancia de hacerse el estudio.

*"Hasta el día de hoy es importante."* (CABA, 56-65)

*"Es muy importante hacerse la mamografía" (Florencio Varela, 45-55)*

Estos cuestionamientos sobre la mamografía están en consonancia con el debate que en la actualidad se está dando al interior de la comunidad médica producto de la cantidad de sobrediagnósticos que produce el estudio (Hernández Valencia et al., 2014) o las consecuencias de la exposición excesiva de rayos ionizantes (NIBIB, 2018). Incluso, un estudio de Gotzsche y Jorgensen (2013) reveló que no hay diferencia en cuanto a la mortalidad por cáncer de mama como índice final entre las mujeres con o sin mamografía rutinaria.

La calidad y uso de los mamógrafos en Argentina también ponen en jaque la fiabilidad del estudio. Según pautas internacionales, el control de calidad de la mamografía debe ser periódico (diario, semanal o anual, de acuerdo el componente del que se trate) e involucrar tanto el desempeño de los profesionales, como el funcionamiento de los equipos (Health Canada, 2003). El estudio que llevó adelante Viniegra, Paolini y Arrosi (2010) reveló que ninguna de las provincias del país realiza los mecanismos sistemáticos e integrales de control

de calidad de los mamógrafos y esto obstaculiza el éxito de un programa de prevención y control de cáncer de mama.

Es importante tomar estos cuestionamientos que plantean las mujeres sobre la fiabilidad del estudio y trabajar con ellas sobre los beneficios y limitaciones de la mamografía tecnología de tamizaje (Zapka, 1994).

Otros estudios que mencionan las mujeres para la detección temprana de cáncer de mama son: ecografía mamaria, mamografía magnificada, PET, autopalpación<sup>28</sup>. Existe un consenso que este último método es poco efectivo y no reemplaza a la mamografía.

*“Cuando vas a la ginecóloga lo primero que tenés que hacer es ecografía, mamografía, todo tenés que hacerte.” (Moreno, 56-65)*

*“Lo que quería decir es que las dudas se pueden resolver rápidamente sin mamografía pero está implicado una tomografía de positrones que se llama PET.” (CABA, 56-65)*

*“No vas a dejar de hacer la mamografía por el autoexamen” (CABA, 45-55)*

## **Frecuencia y edad**

Las mujeres de todos los estudios coinciden en que la mamografía se realiza a partir de los 40 años y con una frecuencia anual. Desconocen por qué el inicio de los estudios es a esa edad. En todos los grupos, las mujeres manifestaron que los estudios deberían comenzar antes - señalan las siguientes edades: 13, 18, 30 y 35 años - y entre los motivos, mencionan el estallido hormonal, el inicio de las relaciones sexuales, la toma de anticonceptivos, la menstruación y la maternidad.

*“A ver, digamos, lo más lógico me parece que sería a partir de, sobre todo, por ahí de que sos mamá.” (CABA, 45-55)*

---

<sup>28</sup> Ver glosario.

*“Para mí debería ser desde el momento en que empezás a tener relaciones sexuales. Creo yo, debería ser así, porque hay un montón de cosas, por ejemplo, vos tomás anticonceptivos, y el anticonceptivo tiene mucho que ver.” (CABA, 45-55)*

*“[...] para mí, debería hacerse antes, para mí tiene que ver con las hormonas.” (CABA, 45-55)*

*“Yo pienso que también en la adolescencia los chicos, para mí, porque algunas son mamás muy chiquitas, a partir de los 12, 13 años se tendrían que hacer esos estudios. También es una forma de prevenir a las nenas que hoy en día están muy desarrolladas. Muchas veces el cáncer nunca te avisa.” (Florencio Varela, 45-55)*

Las participantes de menores recursos económicos realizan una distinción entre Capital Federal y el conurbano bonaerense en relación a la calidad y el acceso a la salud. Consideran que la calidad y atención de los servicios en salud es mejor en CABA y en consecuencia, quienes acuden a los hospitales porteños obtienen un trato diferencial con respecto a quienes se atiendan en el conurbano. En línea con este pensamiento, creen que la mamografía se realiza a edades más tempranas en CABA porque cuentan con un mejor servicio. Además, sostienen que los estudios no se demoran tanto como en Provincia. Al mismo tiempo, esta percepción impulsa a las mujeres a acudir a los hospitales de CABA en busca de turnos médicos y una mejor atención médica.

*“En Capital lo hacen antes la edad, a partir de los 28 ya le mandan a hacer la mamografía. Yo sé que Capital y Provincia son diferentes. Porque allá hacen A y aquí hacen B, digamos. Es como todo lo contrario siempre.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Los estudios se hacen más rápido. Y aquí no, tardás una eternidad.” (Florencio Varela, 45-55)*

Esta percepción de las mujeres va en consonancia con los hallazgos de un informe (2011), realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de la OPS, que reveló que la

cobertura de salud en el país está cada vez más fragmentada, con enormes brechas entre las provincias, lo cual genera una marcada inequidad en el acceso a los servicios de salud entre las provincias. Otro de los resultados destacados es que el acceso y la calidad del servicio en salud dependerán de dónde viva, trabaje o la edad que tenga el ciudadano que quiera hacer uso de los establecimientos sanitarios<sup>29</sup>.

Podemos inferir que la realización de la mamografía es una cuestión que las participantes entienden que les concierne en tanto pasaron la barrera de la edad de inicio de dicho estudio. Sin embargo, la casi nula percepción del riesgo a dicha enfermedad obstaculiza que tomen como un hábito la realización de este estudio. Por otro lado, cabe resaltar que los resultados sobre la edad de inicio de esta prueba y la frecuencia de la misma dista con la norma que enuncia el Ministerio de Salud de la Nación: 50 años y cada dos años. Estos dos tópicos deberán trabajarse en profundidad en futuras intervenciones educativas.

---

<sup>29</sup> En el apartado sobre “Servicios de salud (turnos, hospitales, médicos)”, también daremos cuenta que las mujeres de menores recursos económicos encuentran barreras de todo tipo a la hora de acceder a los servicios de salud, lo que acentúa la diferencia entre CABA y Provincia de Buenos Aires.

## **Servicios de salud (turnos, hospitales, médicos)<sup>30</sup>**

Notamos una diferencia sustancial en la percepción al acceso a los servicios de salud entre las mujeres de menores recursos económicos y las de mayor poder adquisitivo.

Las mujeres de bajos recursos económicos declaran dificultades a la hora de atenderse en los establecimientos sanitarios. En primer lugar, mencionan demoras y problemas en el procedimiento para conseguir un turno médico. La espera puede llegar de dos a tres meses. Cabe destacar que las demoras en la asignación de turnos no sólo pueden provocar que empeore el motivo que originó la consulta (Ramos, 1990; Camejo et al., 2015), sino también que los usuarios abandonen los tratamientos o controles médicos (Gutiérrez et al., 2001; Lorenzetti, 2011). “Es por esto que las demoras en la atención también dan cuenta de la calidad de los servicios e inciden en la satisfacción de los usuarios, además de que la atención en el momento y lugar en que se la necesita hace a las características del acceso” (Ballesteros, 2016).

*“Porque supuestamente los ricos tienen posibilidades de tener una obra social paga o pagar un estudio y hacerse distintas clases de operaciones que por ahí no estamos al alcance los demás, nosotros que somos los trabajadores, la gente común. Y un hospital, ¿dónde lo tenés? Acá en Varela hay un hospital, pero ese hospital tenés que ir amanecer ahí para poder tener un turno.*

*A cualquier turno oculista, dentista, en general. Y en este caso lo mismo. Tenés una cola de personas y cuando llega tu turno creo que el médico ya está agotado.” (Florencio Varela, 45-55)*

---

<sup>30</sup> El sistema de salud argentino está dividido en tres subsectores: público, de la seguridad social (obras sociales) y privado. El subsector público es el que brinda una cobertura gratuita a todos los habitantes del país, aunque sus principales usuarios son los sectores de bajos recursos (Acuña et al., 2002). Un segundo subsector es el de la seguridad social, integrado por las obras sociales que se encargan de la cobertura de los asalariados, trabajadores independientes, jubilados y pensionados, y sus familias. En las obras sociales, encontramos una gran diversidad en el número de afiliados, recursos por afiliados y de estructura poblacional en relación a edad y sexo. Además, algunas de estas obras sociales tienen planes diferenciales, lo cual genera desigualdades en las características de la cobertura entre afiliados a una misma obra social (Maceira, 2008; Bascolo, 2008; PNUD, 2011). Por último, el subsector privado está compuesto por empresas de seguros privados de salud (prepagas), prestadores y profesionales independientes. En las empresas de medicina prepaga, existe una gran heterogeneidad en la cantidad de afiliados y de recursos por afiliado y en su gran mayoría, cubren principalmente a la población de mayores ingresos y más joven (con menos riesgo de enfermarse) y se concentran en los grandes centros urbanos (principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires) (Bascolo, 2008; Fidalgo, 2009).

*“ [...] muchas no van por el tema de la obra social, las colas, ir a las 5 de la mañana. Es muy difícil. Tenés que ir en remise, por los robos. Es complicado.” (Moreno, 56-65)*

*“Pero cuando me mandaron a hacer de vuelta la mamografía no fui más porque me dieron por la obra social dentro de dos, tres meses. Y no fui más porque estoy bien.” (Moreno, 56-65)*

*“En PAMI es terrible El médico de cabecera te hace la orden, haces una grandísima, y de ahí te vas tranquila. Después, tenés que ir algún lado haces una cola de casi una cuadra o dos según a la hora que vayas y ahí te dan un turno que puede ser para un mes o dos meses.” (Moreno, 56-65)*

Por otro lado, las mujeres señalan que existe una sobrecarga de trabajo y pacientes en los servicios públicos y en consecuencia, la consulta con el médico dura unos pocos minutos por ende no se generan espacios en los que sientan que pueden plantear inquietudes. Los testimonios de las participantes dan cuenta de una comunicación poco personalizada entre el equipo de salud y las usuarias con mínimo intercambio de información y explicaciones.

*“Mirá, yo lo digo clarito, ¿sabés cómo está la gente haciendo cola en PAMI? Yo trato de no ir a PAMI. Te mirán así, te sacan así (rápido), como que ni siquiera te quieren.” (Moreno, 56-65)*

*“Ninguna pregunta les podés hacer porque están apuraditos, escriben todo rápido y te tiran la receta.” (Moreno, 56-65)*

En el GF1, las mujeres coincidieron que existe un mejor trato por parte del personal masculino a diferencia del femenino. Este resultado contradice un estudio de Delgado y López Fernández (2014) que señala que los pacientes prefieren un médico de su mismo sexo. Incluso, sostienen que las mujeres muestran preferencia por una médica de sexo femenino cuando tienen que abordar problemas sociales y familiares (Fennema, Meyer, Owen, 1990; Delgado, Martínez-Cañavate, García et al., 1999).

*“Yo creo que el varón tiene más paciencia. Porque las mujeres a veces te tratan peor” (Florencio Varela, 45-55)*

*“A mí me atendió en La Plata un ginecólogo, un hombre grande, y me atendió muy bien, las mujeres a veces te tratan más mal.” (Florencio Varela, 45-55)*

Las mujeres de menores recursos económicos no tienen claro dónde pueden realizarse una mamografía. Aquellas que saben dónde hacerse el estudio subrayan que los centros de salud quedan lejos de sus hogares y no cuentan con dinero suficiente para afrontar esas situaciones. No obstante, algunas deciden pagar el estudio en un centro privado.

*“¿Carlotta dónde queda? No escuché hablar, ¿es un hospital?” (Moreno, 56-65)*

*“O sea, las instituciones médicas, no están acorde a este tipo de enfermedades. Porque una enfermedad común, está todo bien, te atienden. Es como decíamos recién, que si es de alta complejidad tenés que ir al Cruce o tenés que ir a Capital o a La Plata. Acá no se puede.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Y te desinflás. Porque no tenés posibilidad de ir a pagar, o por ahí no tenés ni para comprar el boleto, ¿cómo qué hacés? Porque no es que tenemos un trabajo bueno que estamos ganando bien.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Estuve tres meses esperando acá cuando tenía el doctor de cabecera para un turno para hacerme una mamografía. Mucho tardaron. Ahora últimamente me hice particular y tardó menos. El doctor lo vio, la ginecóloga lo vio, y gracias a Dios todo bien. Lo único tengo ahora este problemita que tengo que hacerme una ecografía, una mamografía. Pero en cuantito pueda me lo hago ver qué pasa [...] tarda mucho.” (Moreno, 56-65)*

En el discurso de estas mujeres, el temor o el miedo a realizarse la mamografía tiene que ver con la posibilidad de que el estudio revele la presencia de una enfermedad grave o incurable que de otra forma no hubiera sido conocida, al menos hasta la manifestación de síntomas. Este miedo representa un obstáculo para acercarse a los servicios de salud con el fin de hacerse los controles ya que el “acto de prevención” puede terminar en el “acto de saberse enfermo” (Ramos et al., 2013). Ir al médico representa una probabilidad de que éste identifique y diagnostique alguna enfermedad y muchas mujeres prefieren “no saber” para no

sumarse un “problema”. Ahora bien, tal como mencionamos antes, el temor también está asociado a no poder acceder al tratamiento que necesitan. Para ellas no realizarse la mamografía es una forma de evitar angustia e incertidumbre.

*“No voy al médico porque me voy a encontrar con otro problema y ese problema por ahí no se soluciona.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Me pasa a mí que voy al médico para que me haga los estudios, y me dice ‘vení dentro de dos meses’ Entonces, ya no te dan ganas. Y, por última, digo de algo hay que morir y no fui nunca más al médico.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“ [...] casi no voy al médico. Soy a la antigua, vas tomando más remedios de yuyo que pastillas. Eso en el campo se hacía mucho, que nadie de nuestra familia sufría de cáncer, que yo sepa, ninguno.” (Florencio Varela, 45-55)*

Por otra parte, en los grupos de mayores recursos económicos – con excepción de una participante que no tenía obra social – no encuentran dificultades para obtener un turno y realizarse una mamografía. La entrega de los resultados tarda aproximadamente 30 días y en algunos casos las mujeres reconocen que se demoran en retirar el resultado y llevárselo al médico.

Podemos concluir que las mujeres de bajos recursos encuentran cuatro tipos de barreras de acceso a los servicios de salud: burocrática, simbólica, económica y geográfica (Comes y Stolkiner, 2005). También queda de manifiesto un acceso inequitativo a los mismos entre los grupos de menor y mayor recurso económico, lo que revela la vulnerabilidad de las mujeres de menor poder adquisitivo en el ejercicio pleno de su salud.

## **Campañas de cáncer de mama**

Encontramos que todas las mujeres valoran y les interesan las campañas que tienen que ver con el cuidado de la salud. No obstante, los recuerdos de campañas de cáncer de mama son poco claros y por momentos, confusos.

En los grupos de menores recursos económicos, recuerdan unos camiones que recorrían el conurbano bonaerense haciendo mamografías gratuitas. Sin embargo, ninguna participante se realizó el estudio ya que se enteraban en el momento de la actividad y no podían organizarse.

*“Pero nadie avisa, no hay información, no difunden. Pero pasa mucho con los documentos, esto de la pediatría, la mamografía. Yo me entere cuando el camión ya se estaba yendo.”*  
(Florencio Varela, 45-55)

*“Sí, los vi, pero como había cola y estaba apurada no paré. Hace como un año.”* (Moreno, 56-65)

Se menciona una publicidad sobre las mujeres que reman en el partido de Tigre y cómo ese deporte las ayudó a tonificar sus músculos, carteles en los hospitales, una campaña donde comprabas remeras con círculos de distintos colores que aludían a la prevención de cáncer de mama, campañas que incluían el lazo rosa, intervenciones que promovían caminatas. Aparece el nombre de la actriz Natalia Oreiro como la cara visible de una campaña de prevención en cáncer de mama.

*“De las campañas yo de lo único que me acuerdo son las marchas, de mujeres por el tema del cáncer de mama para concientizar pero en sí una campaña no me acuerdo.”* (CABA, 56-65)

*“En el último lugar al que fui, el hospital de Rodríguez, en todos lados está escrito eso. Mayormente la gente de más de 40 años.”* (Moreno, 56-65)

*“Me llegó una publicidad sobre las remeras, que reman en el Tigre, que les ayudó muchísimo al tema de tonificar todo el tema de la musculatura, internacional, en todas partes del mundo están*

*las que reman. Y están vestidas de rosa también. Eso es lo que recuerda así más gráfico. Después campaña de decir: 'vi esto' o 'me dijeron esto y a partir de ahí... no. No recuerdo.'* (CABA, 56-65)

*"A mí me sale pensar en Natalia Oreiro pero no sé por qué."* (CABA, 45-55)

*"[...] la campaña que tiene el lazo, el lazo es una campaña del Estado. El lazo rosa igual es internacional pero me acuerdo de haber visto una campaña en la que salían, que era como una remera rosa o un lazo rosa, y que salían personas famosas hablando del tema."* (CABA, 45-55)

Las mujeres de clase media valoran las campañas que se realizan en fechas claves del calendario de salud ya que funcionan como una suerte de recordatorio de que deben hacerse determinado estudio. Tres participantes recuerdan una intervención en la vía pública sobre controlarse los lunares.

*"Hay algo que es importante, no estoy en desacuerdo pero, lo que está bueno, yo escucho mucha radio (sobre todo cuando voy a trabajar) [...] en lo que sí está bueno por ejemplo, es en 'la semana de los lunares, es la semana del cáncer de mama, es la semana del HPV' y eso está bueno, porque a veces vos entonces decís 'tengo que ir al dermatólogo a hacerme ver el lunar'. Digo, eso tampoco está mal, ¿entendés? Yo la verdad que a eso, es un informe que te lo ponen a un médico hablando, la verdad, después, escuchás o no escuchás, pero eso te hace, está bueno, debe estar hecho a propósito probablemente, ¿no? Te hace acordar."* (CABA, 45-55)

*"[...] había una especie de unos carteles con lunares que te llamaban la atención, unos especies de camiones con unos lunares enormes que si no los veías, a ver, tenías que ir al oculista, pero la verdad era brillante [...]"* (CABA, 45-55)

Tres participantes concurren todos los años a las caminatas de Avon, por el Día Mundial de La Lucha contra el Cáncer de Mama.

*"Avon hace una campaña, todo el tiempo, ¿ves?, esa es una cosa que yo sigo, no es una página que me manda cosas, pero al haber hecho la caminata que la hacemos todos los años, te mandan información, y hacen una campaña anual. Todos los años se renueva, es una caminata contra el cáncer de mama que se hace todos los años con remeras rosas, tenés que ir con algo rosa, van muchas mujeres que exponen su situación. Que pasan algún otro video, pero van mujeres que han*

*pasado por eso, que se paran ahí adelante y te cuentan. Te digo que es conmovedora porque a veces cuando ves esas cosas, te digo, a nosotros nos ha pasado que te moviliza.” (CABA, 45-55)*

En líneas generales, las mujeres estuvieron expuestas a campañas de comunicación sobre el cáncer de mama, pero los contenidos que recuerdan son poco claros y difusos, un resultado que también aparece en el estudio Ramos et al. (2013). Las intervenciones comunicativas son valoradas por las participantes, pero futuras investigaciones deberán explorar nuevos formatos, canales y estrategias para lograr campañas sobre cáncer de mama que las sensibilice.

## **Percepciones sobre el spot audiovisual**

Con excepción de siete personas, las participantes nunca habían visto el spot. Encontramos una vez más que existe una diferencia sustancial entre ambas clases sociales. En los grupos de mayor nivel adquisitivo, la recepción del spot fue negativa y hasta provocó disgusto e indignación; mientras que en los grupos de bajos recursos económicos, la intervención audiovisual tuvo una recepción positiva.

*“Me parece que no cumple el objetivo, de concientizar y de que la gente sepa qué es lo que tiene que hacer y que se la tiene que hacer.” (CABA, 56-65)*

*“No me gustó.” (CABA, 56-65)*

*“Yo también veo que es buena la propaganda esa.” (Moreno, 56-65)*

El paralelismo entre el riesgo de la mujer de profesión bombera en su trabajo y el riesgo que una mujer corre al no hacerse los estudios preventivos en cáncer de mama marca una acentuada diferencia entre las dos clases sociales. Las mujeres de menor poder adquisitivo sostienen que la asociación es acertada ya que en ambas situaciones se pone en riesgo la vida. Sin embargo, una

participante disiente ya que todas las profesiones tienen su cuota de riesgo por lo tanto la protagonista podría ser una mujer con cualquier otro oficio.

*“Es un oficio, ¿no? Todos los oficios por ahí tienen riesgo.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Es el mismo riesgo, te morís. Si no lo controlás, te morís.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Yo lo que me acuerdo que mi hijo me dijo “¿Qué tienen que ver los bomberos con el cáncer de mama?” Es tan peligroso como el bombero que entra al fuego, a que una mujer se puede morir por cáncer de mama.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Que el bombero como se estaba arriesgando, también se arriesga uno con un problema de cáncer de mama, o una patología mamaria. Entonces es bueno prevenirse.” (Moreno, 56-65)*

*“Yo también veo que es buena la propaganda esa, que la bombera esa arriesgó su vida y que el cáncer de mama es como que es muy riesgoso y que debemos de prevenir.” (Moreno, 56-65)*

Para las mujeres de mayor nivel adquisitivo, el paralelismo es equivocado. Una participante sostiene que la mujer bombera eligió esa profesión de riesgo donde constantemente la vida está en peligro, mientras que una mujer no elige tener cáncer de mama, es decir, no elige poner en riesgo su vida. No se sienten identificadas con la protagonista del spot ya que consideran que no existe o no es común que una mujer de esa edad trabaje como bombera.

*“No tiene nada que ver.” (CABA, 56-65)*

*“No tiene nada que ver una cosa con la otra.” (CABA, 56-65)*

*“Encima que no es algo muy habitual digamos. No es una cosa que vos conoces 200 millones de mujeres bomberas [...]” (CABA, 56-65)*

*“A mí me parece de una infelicidad extrema la elección de la mujer bombera de 50 años que no existe.” (CABA, 45-55)*

*“A mí me parece que un incendio de esas características, y con salvataje y demás no es algo tan frecuente como el cáncer de mama, o sea, no me da la asociación, no me parece que esté bien. Hubiera puesto algo más frecuente para asociarlo con arriesgarse.” (CABA, 45-55)*

*“[...] es el tema de que ella escogió esa profesión riesgosa, ya sabe que está en riesgo todo el tiempo. Uno no escoge tener cáncer”. (CABA, 45-55)*

Para las mujeres de menores recursos económicos, el spot es un video que transmite peligro, miedo. En su mayoría, sostienen que las motiva a realizarse la mamografía y que concientiza sobre la importancia de hacerse los estudios preventivos.

*“Te da miedo.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Creo que está bueno porque a la vez es algo peligroso para uno, a la vez es bueno porque empuja a hacerse los estudios. Por ejemplo, yo ahora estoy pensando en llevar a mis hijas a hacer el estudio de mama.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Concientizar a la gente, que la gente vaya a hacer el estudio, porque dice ‘mirá esta bombera cómo se arriesga’ y yo me estoy arriesgando para nada.” (Moreno, 56-65)*

*“Aparte al ver eso te concientiza más. Te dan ganas de hacer estudio. Como que te abre la mente de concientizar que realmente es necesario hacérselo.” (Moreno, 56,65)*

Las mujeres de mayores recursos económicos coinciden en que el spot busca asustar, alertar y que transmite peligro y miedo, pero están en desacuerdo en que una campaña que busque concientizar sobre la prevención de cáncer de mama apele a estos efectos. Describen a la campaña como poco sensible y subrayan que el spot pone la responsabilidad en la persona, culpabiliza a la mujer por no hacerse los estudios. Señalan que es el Estado, quien debe garantizar el acceso de todos los habitantes del país a servicios de salud de calidad. El video no las motiva a realizar ningún tipo de acción.

*“Es como que te señalan con el dedo ‘vos si no te haces...’. Un dedo acusador parece más que una campaña preventiva.” (CABA, 56-65)*

*“Ponerlo en términos de ‘si no te haces...’ vuelve la responsabilidad sobre la persona. Toda la propaganda, de los últimos años, que está hecha en ese sentido, me parece esencialmente mala [...] Dejá de echarme la culpa, explicame qué es la mamografía, dónde puedo ir, mostrame diversidad de lugares.” (CABA, 56-65)*

*“Yo agregaría que es poco sensible. Yo agregaría la parte de la sensibilidad en el buen sentido, ¿no? No amargar a la gente. Pero, digamos, algo más sensible, de cuidado [...] Es incompleta.” (CABA, 56-65)*

*“[...] me parece que tiene como que los mensajes preventivos publicitarios o de campañas tienen que ser más literales. Que no hace falta tanta metáfora... tanto jueguito. Si vas a poner una...ponela en la literalidad, cartel, imagen.” (CABA, 45-55)*

*“Te cae la de la madera con el fuego, es un mensaje que a mí me produce como ‘ay, qué miedo.’” (CABA, 45-55)*

Hay discrepancias en los grupos de clase media a la hora de pensar las destinatarias de esta campaña. No llegan a un consenso sobre si está dirigida a ellas o no.

*“ [...] está orientado al 35% de pobreza que hay hace no sé cuántos millones de años que necesita un golpe o algo que le llame la atención. Porque una mina está mirando, pensá una mina en una villa, lo que consume es televisión, no sé cómo es en este momento, si consumen radio, yo creo que consumen imagen, y a lo mejor, lo que les llama la atención es ‘mirá esta vieja que está entrando a un...no sé’. Pero a lo mejor la mina se quedó mirando ‘uy mirá el incendio’. No lo sé. Puede ser que esté diciendo cualquiera, pero yo creo que no está orientado a nuestro target.” (CABA, 45-55).*

*“Me parece que cuando yo veo una campaña por el estilo siento que está dirigido a un sector social (clase media).” (CABA, 56-65)*

*“Incluso nosotras, que creo que en todo caso va más dirigido a este sector, si estaba dirigido a algún otro sector no le embocó.” (CABA, 56-65)*

Las mujeres del GF4 realizan una diferenciación entre sus conocimientos y saberes con respecto a los de las mujeres de menores recursos. Hay una desestimación sobre lo que saben estas últimas. Sostienen que desconocen qué es una mamografía.

*“Porque una señora que está, no sé, en Cañuelas en su casa y ve por primera vez esto no sabe ni a qué se llama mamografía” (CABA, 56-65)*

*“A mí me parece que una campaña tiene que ser didáctica. Y yo no siento que enseñe. Yo siento que te da una info incompleta. Porque nosotras tenemos acceso a saber, pero mucha otra gente que no sabe dice ‘¿qué es?’” (CABA, 56-65)*

*“Para mí una gran parte no sabe lo que es una mamografía.” (CABA, 56-65)*

*“Qué sé yo para una persona que es analfabeta, o que solo hizo la primaria, qué quiere decir mamografía.” (CABA, 56-65)*

En dos grupos focales de distinto poder adquisitivo, la edad y la frecuencia en que una mujer debe realizarse la mamografía llamó la atención. Tal como mencionamos antes, las mujeres creen que los estudios deben iniciarse a edades más tempranas y con una frecuencia anual.

*“Y desde los 50, ¿por qué tenemos nosotras tan errada?” (CABA, 45-55)*

*“La información que tiene es que es cada 2 años [...]” (CABA, 45-55)*

*“Yo creo que es mucho, antes se tiene que hacer.” (Moreno, 56-65)*

En todos los grupos focales, las mujeres concuerdan en que la música y la locución empleada son correctas. Además, coinciden en que el video carece de información básica sobre dónde realizarte el estudio, qué es una mamografía.

*“Yo siento que te da una info incompleta. Porque nosotras tenemos acceso a saber, pero mucha otra gente que no sabe dice ‘¿qué es?’” (CABA, 56-65)*

*“Ese es el problema. No tengo una obra social [...] dónde voy.” (CABA, 56-65)*

*“Y dónde se lo tiene que hacer.” (CABA, 56-65)*

Existe consenso en todos los grupos sobre que faltó información básica sobre salud y que la música y locución empleadas fue correcta. Por último, la edad de inicio de los estudios causó controversia.

De acuerdo a las opiniones relevadas, las mujeres de menores recursos económicos tuvieron una recepción positiva de la pieza audiovisual al considerar que el paralelismo entre el riesgo de la mujer bombera en su trabajo y el riesgo que corre una mujer al no hacerse los estudios de detección temprana de cáncer fue oportuno y el spot las incentiva a realizarse la mamografía. En el grupo de mayor nivel adquisitivo, la pieza causó rechazo ya que el paralelismo les pareció equivocado, consideraron inadecuado interpelar al miedo para que las mujeres se hagan el estudio y no terminaron de sentirse interpeladas, identificadas por la pieza comunicacional.

Desde el campo de la comunicación, más precisamente en el ámbito publicitario, se están realizando numerosas investigaciones acerca de la influencia que tienen los mensajes que emplean el miedo o la alarma en campañas de promoción de la salud<sup>31</sup>. El objetivo principal es que las personas adhieran a las recomendaciones que son transmitidas en el mismo mensaje de la intervención y para ello se apela al miedo como factor persuasivo.

Si bien numerosos investigadores coinciden que el miedo es un recurso que puede servir para sensibilizar a la población, no hay consenso acerca de la dosis de miedo efectiva para lograr el objetivo final (Higbee, 1969; Leventhal, 1970; Cho

---

<sup>31</sup> Un ejemplo de este tipo de intervenciones son aquellas que buscan erradicar el consumo de tabaco y utilizan imágenes que remiten a los daños que provoca el tabaco en la salud.

y Witte, 2004). Rotfeld (1988) señala que la comunidad de investigadores parece estar en una permanente búsqueda del “nivel óptimo de miedo” que permitirá hacer más persuasivos los mensajes, aunque hasta el momento no se haya encontrado la tan esperada respuesta.

Se cree que el miedo actúa como un elemento motivador y por lo tanto cuanto “más miedo” se provoque más eficaz será la conducta del sujeto. “Pero también se ha argumentado que la ansiedad generada por este tipo de mensajes puede producir la negación o la evitación del mensaje y, en suma, producir un efecto opuesto al deseado” (Martin, Amor y Olivares, 2000).

La estrategia comunicacional, que elaboró Presidencia de la Nación, apeló como recurso persuasivo al miedo para que las mujeres tomen conciencia sobre la importancia de realizarse el estudio de detección temprana en cáncer de mama. Al tratarse de una estrategia de alto impacto en tanto busca generar un impacto visual con el objetivo de sensibilizar al receptor, los efectos que este tipo de recurso pueden provocar en los receptores son divergentes y nuestro estudio es una prueba de ello.

Las opiniones sobre este tipo de factor persuasivo dividieron las aguas en los grupos de mujeres. El recurso del miedo fue bien recibido por las mujeres de bajos recursos, quienes incluso sostuvieron que dicho efecto las motiva a hacerse el estudio de la mamografía, pero provocó rechazo en los sectores de mayor nivel económico, quienes aseguraron que no las impulsa a hacerse la prueba.

Podemos establecer que el miedo como recurso persuasivo de una estrategia comunicacional es válido si se emplea en un público segmentado ya que, de lo contrario, si se aplica en un público general puede provocar rechazo por parte de sectores de la audiencia que no adherirán al mensaje de la estrategia comunicacional.

## **Percepciones sobre el spot radial**

Con excepción de tres personas, las participantes nunca habían escuchado el spot. Las opiniones en relación a este spot fueron divergentes en los grupos de

menores recursos económicos. En un GF1 el spot tuvo una recepción positiva, las mujeres manifestaron predisposición a ir al médico y a hacerse los controles. Mientras que en el otro GF3, el spot fue recibido de manera negativa, no creen que incentiva a hacerse el estudio, provoca indiferencia y pasa desapercibido. También agregan que falta información sobre dónde hacerse el estudio. Una participante muestra disgusto en torno a la frase “*salvar tu vida*”.

*“Te concientiza para darte el empuje para ir al médico, para algo bueno, digamos.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Yo creo que a los que no se hicieron nunca la mamografía, sí. Sería bueno que se controlen.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“El detalle ese que dice ‘para salvar tu vida’, no sé, si yo tengo algo, tampoco es que voy a pensar que me estoy por morir. Será para continuar, para estar atenta. Ahí como que me estoy diciendo que tengo algo y me voy a morir. Ese mensaje esta medio picante, medio pesadito.” (Moreno, 56-65)*

*“Yo quería más. Está recomendado que se haga el estudio. Quizás si sale mal, dónde encontrar gente que te ayuda o quién te dice donde tenés que ir para cuando tengas, ¿verdad?” (Moreno, 56-65)*

En los grupos de mayor nivel adquisitivo, coinciden en que falta información sobre la mamografía, no les gustó la pieza comunicacional ya que no aporta ningún dato nuevo y señalan que es confusa la mención de los antecedentes ya que no queda claro quiénes deben hacerse la mamografía. Describen el spot como monótono, carente de impacto, poco claro.

*“Le falta un llamado de atención para mí. O sea, es muy monótono.” (CABA, 45-55)*

*“Falta el impacto inicial que te haga prestar atención a lo que está diciendo.” (CABA, 45-55)*

*“A mí no me parece que el mensaje sea claro porque te dice ‘si vos tenés antecedente tenés que hacerlo’, pero ¿si no tenés antecedentes?[...]” (CABA, 45-55)*

*“Para nuestro grupo en particular no nos aporta nada. No me aporta porque es la misma información que ya tengo, que me la tengo que hacer.” (CABA, 56-65)*

*“No me aporta nada y no sé qué querían, además de asustar a alguien [...]” (CABA, 56-65)*

*“La única cosa diferente, que igual lo hace mal porque no te explica qué es la mamografía, ni cómo es la enfermedad, etc., pero la única información adicional que agrega, es esto de que si no tenés antecedentes también es importante que te hagas la mamografía, pero eso presentado arriba de la nada porque no te explica qué es la mamografía.” (CABA, 56-65)*

*“Podría haber sido más económico, más sintético, haber dicho ‘todas las mujeres de 50 años en adelante se tienen que hacer una mamografía cada 2 años.’” (CABA 45-55)*

Existen discrepancias sobre si el mensaje está dirigido a un público como ellas. En el GF4 concuerdan que este spot está dirigido a un determinado sector social (clase media) ya que la locutora dice “a tu médico” y tener un médico personal entienden que no es una situación que caracterice a otros grupos sociales. Además, vuelven a mencionar que la campaña pone el foco en culpabilizar a la persona de no hacerse el estudio. Mientras que en el GF2 sostienen que este spot no está dirigido a ellas.

*“Y ‘tu médico’. Va a una franja social (clase media). Tu médico.” (CABA, 56-65)*

*“¿Y si no tenés tu médico”? Y vas a un hospital y te pasas 5 horas juntando orina para que alguien te atienda rápido y mal, porque hay 80 detrás de ti.” (CABA, 56-65)*

*“Es tu responsabilidad, yo te lo advertí.” (CABA, 56-65)*

*“Los datos, además, nos resultan disruptivos, digo a los 50 años y cada 2 años, por eso no sería para mí. Pero si tuviera los datos, que yo considero que son los datos que tendría que escuchar, si en vez de 50 hubiera dicho 40, y en vez de cada 2, anual, podría ser un spot para mí.” (CABA, 45-55)*

Reaparece una desestimación en torno a los conocimientos y saberes de las mujeres de menos recursos económicos.

*“Volvemos al principio, si una persona tiene solamente estudios primarios o es analfabeta que hay muchos en Argentina, muchas mujeres, primero qué es una mamografía, después qué son los antecedentes. Le falta todo, le falta lo básico [...] Nosotras somos universitarias o por lo menos tenemos estudios universitarios [...]” (CABA, 56-65)*

*“Qué sé yo para una persona que es analfabeta, o que solo hizo la primaria, qué quiere decir mamografía.” (CABA, 56-65)*

La edad que aparece mencionada en el spot como punto de partida para comenzar a realizarse una mamografía causó polémica en todos los grupos. Todas las mujeres creen que el estudio debe comenzar antes de los 50 años<sup>32</sup>. En un grupo de clase media, una participante afirma que el spot menciona que es a los 50 años porque el Estado no da abasto con los mamógrafos.

*“A mí me genera la duda esa que dice después de los 50. ¿O sea que antes nadie tiene que hacerse estudios?” (Moreno, 56-65)*

*“¿A los 50 dice? A mi prima por ejemplo, con 23 años se le despertó el cáncer de mama. Y a los pocos meses falleció.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Me llama la atención lo de los 50...” (CABA, 56-65)*

*“Para mí no debería poner el límite de la edad tan avanzado, porque después cuesta que la gente entienda.” (CABA, 45-55)*

*“No hay cantidad suficiente de mamógrafos, entonces capaz que suben, en nuestro país, de 40 a 50 porque eso es lo que se puede llegar a aspirar.” (CABA, 45-55)*

Mientras que en los grupos de menor poder adquisitivo, la locución y la música les parecieron adecuadas; en los grupos de mayor nivel económico, la voz

---

<sup>32</sup> Este punto también aparece más arriba en el apartado sobre la mamografía.

fue descripta como lúgubre y monótona. Una participante se diferenció del resto diciendo que la voz le parecía “suave”.

*“Me interesaba lo que estaba hablando.” (Moreno, 56-65)*

*“Está bien.” (Moreno, 56-65)*

*“A mí me parece muy monótona.” (CABA, 45-55)*

*“Sí me hace ruido esa voz poco estimulante en todo caso. Tiene una cosa medio lúgubre que me parece que no.” (CABA, 56-65)*

*“A mí me gustó la voz, me parece suave, cuando es tranquilo, lo escuchás.” (CABA, 45-55)*

Este spot causó controversia en todos los grupos focales. En líneas generales, la pieza radial tuvo una recepción negativa, la edad que aparece mencionada en el spot causó polémica, falta información precisa sobre salud y no incentiva a realizar ningún tipo de acción.

## **Futuras campañas**

Otro punto donde coinciden todos los grupos sociales es en afirmar que las campañas deberían aportar más información.

En los grupos de clase media, sostienen que las intervenciones comunicacionales deberían llegar a todos los estratos sociales y que tienen que apelar a conmover a la población femenina. Prefieren campañas didácticas, que enseñen e informen y apelen al concepto del cuidado y la prevención. Una participante sugirió que, así como las campañas de seguridad vial enfatizan en el uso del cinturón de seguridad como una forma de cuidado, las campañas de prevención de cáncer de mama también deberían apelar a mensajes parecidos.

También, mencionaron que las campañas de comunicación realizadas por el Estado tienen que ser más creativas.

*“Me gustaría que alguien que sepa de salud haga una buena campaña que llegue a todos los niveles sociales. Que conmueva a todas.” (CABA, 56-65)*

*“Falta una metáfora que mostraría qué sería prevenir en otra área, por ejemplo, como cuando uno le dice a un chico ‘no cruces que está el semáforo en rojo’ hay un riesgo, uno cuida, es un cuidado. Por eso digo que falta sensibilidad.” (CABA, 56-65)*

*“Me parece que si es una campaña pagada por el Estado, deberían tener otras llegadas, más creativas.” (CABA, 45-55)*

En los grupos de menores recursos económicos, prefieren que las protagonistas de futuros spots sean mujeres que hayan tenido un diagnóstico positivo de cáncer de mama y cuenten cómo salieron adelante. Subrayan la importancia de que haya más programas de salud donde puedan informarse sobre este tipo de cuestiones.

*“Falta lo real, ¿no? Una mujer que haya tenido ese problema y cómo llevó el tiempo, cómo llevó su cura, y cómo empezó todo.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Qué es lo que siente la persona cuando va al médico, y qué tratamiento seguir, si realmente lo hizo. Si estuvo los médicos con ella. Si consiguió el lugar enseguida dónde hacerse los estudios. Si pudo llegar bien, porque a veces no llegás bien.” (Florencio Varela, 45-55)*

*“[...] Donde la persona que está pasando un momento así, que tiene cáncer de mama, lo explique. Estaría buenísimo. Casos reales. Y que tenga su cura, que haya salido bien de eso.” (Florencio Varela, 45-55)*

También, mencionan que es importante el contacto personal donde las mujeres, en un acercamiento cara a cara, puedan evacuar sus dudas e informarse sobre cuidar su salud, una sugerencia que también menciona el estudio de Ramos et al. (2013).

*“O si ponen los camiones que haya una persona que este explicando por qué hay que hacérselo, o si no se hizo nunca, por qué es bueno ir a hacérselo.” (Moreno, 56-65)*

*“Es necesario más programas de salud porque en un spot no puedes estar hablando de todo esto.”  
(Florencio Varela, 45-55)*

*“Donde la persona que está pasando un momento así, que tiene cáncer de mama, lo explique. Estaría buenísimo. Casos reales. Y que tenga su cura, que haya salido bien de eso” (Florencio Varela, 45-55)*

*“Mejor debe ser hablarlo uno con la persona, me parece a mí, que se entiende más.” (Moreno, 56-65)*

*“Conversar. Explicarlo, por qué hay que ir, para qué” (Moreno, 56-65)*

A lo largo de nuestro análisis, encontramos diferencias entre los grupos sociales, pero consenso al interior de los mismos sobre diferentes temas y esto podría explicarse a partir del concepto de *habitus* (Bourdieu, 1997) entendiendo por este un conjunto de principios de percepción, valoración y de actuación que lleva inscripto cada sujeto producto de su posición en la estructura social y las trayectorias sociales.

*“Estos principios generan tanto disposiciones como hábitos característicos de dichas posiciones, sincrónicas y diacrónicas, en el espacio social, que hacen que personas cercanas en tal espacio perciban, sientan y actúen de forma parecida ante las mismas situaciones y cada uno de ellos de forma coherente en distintas situaciones” (Martínez García, 2017).*

Bourdieu (2005) entiende el espacio social como

*“un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, exteriores las unas de las otras, definidas las unas en relación con las otras, por relaciones de proximidad, de vecindad o alejamiento y también por relaciones de orden, como debajo, encima y entre... el espacio social es construido de tal modo*

que los agentes o los grupos son distribuidos en él en función de su posición en las distribuciones estadísticas según los dos principios de diferenciación... capital económico y capital”.

El espacio social está constituido por una multiplicidad de campos entendidos estos como “espacios de juego con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias, históricamente constituidos” (Bourdieu, 1988), donde los agentes disputan el poder unos a otros, buscando ocupar las mejores posiciones al interior del campo. La posición del sujeto es la intersección de los campos a los que pertenece y del capital que posee. Al interior de estos campos, los sujetos interiorizan un habitus específico. El habitus es el producto de las determinaciones objetivas del campo y es el que define la posición del agente dentro del mismo (Bourdieu y Wacquant, 1995).

Las clases sociales no se explican sólo por la situación y posición dentro de la estructura social, es decir, las relaciones objetivas que mantiene con las otras clases, sino que la propuesta de este sociólogo francés es que los individuos que componen las clases sociales entran en relaciones simbólicas que expresan diferencias de situación y de posición que se transmutan en distinciones significantes.

En este sentido, la posición en el espacio social explicaría las diferencias simbólicas que se dan entre los dos grupos sociales en cuanto a sus conocimientos sobre el cáncer de mama, sus experiencias, el acceso al cuidado de la salud y sus opiniones sobre los spots de la campaña. Las diferencias en el nivel socioeconómico son el puntapié inicial de los antagonismos entre estos grupos sociales que también se manifiesta en el acceso a la salud e información en la salud, los miedos en relación al cáncer de mama. También, aparecen opiniones contrarias sobre la utilización del recurso del miedo en los spots y las expectativas de cada grupo sobre futuras intervenciones de comunicación en cáncer de mama.

## CONCLUSIONES

En este apartado, presentaremos las conclusiones de nuestra investigación. Por un lado, daremos cuenta de los principales hallazgos empíricos que se desprenden de los grupos focales. Por otro lado, realizaremos algunas consideraciones metodológicas para futuras investigaciones sobre este tema y por último, describiremos cuestiones que nos parecen centrales para la realización y exploración de campañas de comunicación sobre cáncer de mama.

### ***Hallazgos empíricos***

Con respecto al cáncer de mama, las participantes creen que la enfermedad está en el cuerpo y puede “despertarse” en cualquier momento como también jamás hacerlo. Algunos factores que pueden contribuir al desarrollo de la patología son: la mala alimentación, un golpe, el stress, el factor emocional, la lactancia, entre otros. La edad no aparece mencionada como un factor central a tener en cuenta y por ende, las participantes no se identifican como un grupo de riesgo. No se mencionan síntomas que funcionen como alerta a la enfermedad y entienden que puede manifestarse de diversas maneras.

La prevención en relación al cáncer de mama está asociada a realizarse los controles médicos necesarios para la detección precoz de la enfermedad, pero las opiniones de todas mujeres revelan que la mayoría de las participantes asiste a los establecimientos sanitarios ante un síntoma o malestar y no antes de enfermar. Esta manera de vincularse con los servicios de salud deja a los profesionales del ámbito sanitario sin mucho margen de acción para actuar sobre una enfermedad. Por otra parte, existe consenso en todos los grupos de que el cáncer de mama es curable y que la detección temprana mejora el pronóstico de la enfermedad.

Los miedos ante un diagnóstico positivo de la enfermedad varían de acuerdo a cada clase social. En el caso de las mujeres de menor poder adquisitivo, el miedo está asociado a las dificultades y obstáculos que pueden tener para lograr un tratamiento de cáncer de mama. Los grupos de mayor poder

adquisitivo mencionan que el temor aparece respecto a las decisiones que hay que tomar una vez que el diagnóstico de cáncer de mama es positivo.

Por último, las mujeres de ambos grupos socioeconómicos conocen la mamografía como un estudio de detección temprana de cáncer de mama y se muestran dispuestas a someterse a la prueba. No obstante, tienen información confusa y contradictoria sobre la edad de inicio del estudio y la frecuencia de la misma. La mamografía es un estudio que no pasa desapercibido entre las mujeres ya que la prueba es caracterizada como molesta, dolorosa, incómoda y hasta llega a provocar rechazo en ciertos grupos.

Las mujeres de mayores recursos económicos expresaron sus dudas en cuanto a la fiabilidad del estudio ya que entienden que la mamografía no es del todo efectiva para detectar tumores mamarios. También, manifestaron sus inquietudes en torno a los efectos contraproducentes de realizarse la prueba producto de la exposición a rayos ionizantes. No obstante, señalaron que estas dudas no impiden que se realicen la mamografía. Estos cuestionamientos sobre la mamografía están en consonancia con el debate que en la actualidad se está dando al interior de la comunidad médica - científica. Es importante tomar estas inquietudes y trabajar con las mujeres sobre los beneficios y limitaciones de la mamografía.

La demora en el acceso a los turnos de la mamografía, las distancias físicas con los hospitales, la falta de dinero para transportarse a los establecimientos sanitarios y el trato veloz de los profesionales de la salud son factores que desmotivan a las mujeres de menores recursos económicos a realizarse el estudio. Las mujeres de mayor nivel adquisitivo no encuentran barreras del tipo económicas, geográficas o burocráticas (Comes y Stolkiner, 2005) a la hora de realizarse el estudio. Ahora bien, todas las mujeres de los grupos focales señalan que el cuidado personal de su salud queda desplazado por el cuidado de sus hijos. Esta barrera simbólica - en términos de Comes y Stolkiner (2005) - revela el lugar central que ocupa la mujer de cualquier clase social en el seno familiar

En términos de Whitehead (1991), la equidad en salud significa idealmente que todos deben tener la oportunidad justa de alcanzar su potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarlo, si ello se puede evitar. Entonces, podemos afirmar que existe una inequidad en el acceso a los servicios de salud entre las mujeres de menores recursos económicos y aquellas con mayor poder adquisitivo. Las mujeres de los sectores menos adinerados no tienen las mismas oportunidades que los grupos socioeconómicos más ricos para lograr un ejercicio pleno de su salud, lo cual pone de manifiesto la vulnerabilidad del primer grupo. Es fundamental trabajar para reducir este tipo de brechas evitables y mejorar los servicios de salud públicos.

Los resultados de los grupos focales revelan opiniones antagónicas entre las clases sociales sobre el spot audiovisual de la campaña. Las mujeres de menores recursos económicos tuvieron una recepción positiva de la pieza al considerar que el paralelismo entre el riesgo de la mujer bombera en su trabajo y el riesgo que corre una mujer al no hacerse los estudios de detección temprana de cáncer de mama fue oportuno, creen adecuada la apelación al miedo para incentivar la realización de la mamografía y el spot las incentiva a hacerse el estudio. En el grupo de mayor nivel adquisitivo, la pieza causó rechazo ya que el paralelismo les pareció equivocado, consideraron inadecuado apelar al miedo para que las mujeres se hagan el estudio, no las motiva a realizar ningún tipo de acción y no terminaron de sentirse interpeladas, identificadas por la pieza comunicacional. También, caracterizaron el spot como poco sensible y subrayaron que la pieza audiovisual pone la responsabilidad en la persona, culpabiliza a la mujer por no hacerse los estudios.

Al igual que otras campañas de promoción de la salud, la pieza comunicacional apeló al miedo como recurso persuasivo para que la población destinataria adhiera a las recomendaciones que aparecen en el mismo spot. El objetivo principal fue sensibilizar y alertar a las mujeres sobre la importancia de hacerse la mamografía. Si bien numerosas investigaciones (Evans et al., 1970;

Hale y Dillard, 1995) enfatizan que el miedo es un recurso que puede servir para sensibilizar a la población, lo cierto es que también otras investigaciones consideran que dicho recurso puede provocar el efecto contrario al deseado: rechazo al mensaje que proponga la intervención comunicacional (Martin, Amor y Olivares, 2000). La reacción que provocó el spot en los dos grupos socioeconómicos que formaron parte de nuestra investigación da cuenta de ello.

Por otra parte, existió consenso en todos los grupos socioeconómicos sobre la falta de información básica sobre salud en el spot y que la música y locución empleadas fueron correctas. Por último, la edad de inicio de los estudios y la frecuencia del mismo causó controversia en ambos grupos sociales.

Con respecto al spot radial, la pieza causó polémica en todos los grupos focales. En un grupo (45-55) de clase media-baja o baja, el spot gustó, las motiva a ir al médico y hacerse los controles. Sin embargo, la pieza no gustó en el resto de los grupos y para las mujeres no incentiva a realizar ningún tipo de acción. En líneas generales, en todos los grupos, la edad que aparece mencionada en el spot despertó controversia ya que las mujeres creen que el estudio debe iniciar a edades más tempranas. Las mujeres sostienen que falta información precisa sobre salud. La población de menores recursos económicos se identifica como destinataria de la intervención comunicacional, mientras que en la población femenina de mayor nivel adquisitivo existen discrepancias: el grupo (56-65) considera que el spot está dirigido a ellas y el otro grupo (45-55) cree que no. La locución y la música resultaron adecuadas para los grupos de menor poder adquisitivo; mientras que en los grupos de mayor nivel económico, la voz fue descrita como lúgubre y monótona. Este spot pasa mucho más desapercibido que la pieza audiovisual y despierta menos pasiones entre las participantes.

### ***Consideraciones metodológicas***

Uno de los criterios que utilizamos a la hora de armar la muestra fue que las participantes estén dentro de la franja etaria a la cual la campaña buscó

interpelar: mujeres en edad de riesgo de cáncer de mama. Al mismo tiempo, nos interesaba que participen mujeres de dos grandes grupos sociales: sectores medios o altos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y sectores bajos o medios bajos del conurbano bonaerense. Armamos la muestra en la misma proporción: dos grupos en el conurbano bonaerense y dos grupos en CABA que tengan representación de los dos recortes etarios que hicimos (45-55 y 56-65 años). Este número bastó para cumplir nuestros objetivos y logró alcanzar con el criterio de saturación<sup>33</sup>.

Ahora bien, al tratarse de la primera campaña pública y masiva de alcance nacional que abordó la cuestión del tamizaje del cáncer de mama recomendamos extender el trabajo e incorporar más grupos a los testeos si las condiciones lo permiten. Por ejemplo, sería de mucha utilidad incluir en la muestra a mujeres de las provincias como Córdoba y San Luis, ya que allí hay altas tasas de mortalidad en cáncer de mama. En dichas provincias, es fundamental sensibilizar a las mujeres en relación a las pruebas de detección temprana de la enfermedad ya que el descubrimiento precoz de la enfermedad podría disminuir los elevados números de mortalidad.

En una primera instancia, se podría identificar las localidades de esas provincias donde exista una baja tasa de tamizaje de la enfermedad. Para ello, recomendamos utilizar las estadísticas del SITAM (Sistema de Información de Tamizaje), una herramienta de información online donde se registra a todos los pacientes que son atendidos en hospitales, clínicas y centros de salud y a los cuales se les realizan procedimientos de detección, diagnóstico y/o tratamiento de cáncer de mama, colon y cérvix. De esta manera, se puede visualizar qué zonas de dichas provincias tienen tasas bajas de tamizaje en cáncer de mama y en ese caso, elegir esos sitios para indagar opiniones sobre esta campaña e identificar barreras en el acceso al estudio de la mamografía.

---

<sup>33</sup> Se alcanza la saturación teórica cuando se recoge información hasta que ya no emerjan nuevas evidencias o sucesos que puedan informar del desarrollo del proceso. No existe una norma clara de corte, pero es importante saturar la información obtenida. Cuando se repiten situaciones similares a la ya registradas, el investigador deberá confiar en que la categoría se ha saturado (Glaser y Strauss, 1967).

Por otra parte, también nos parece importante sumar a la muestra a mujeres que tengan antecedentes familiares de cáncer de mama – grupo que quedó excluido en nuestra investigación - ya que sería interesante indagar sobre la percepción de riesgo en este grupo y sus reacciones sobre la campaña. Un estudio de Keinan-Bokera, Barol-Epel, Garty et al. (2007) reveló que las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama muchas veces sobrestiman el riesgo a padecer esta enfermedad, lo cual interfiere en la realización de las pruebas de detección temprana de la enfermedad ya que adhieran con menor probabilidad a las pautas de control. Se podrían realizar entrevistas en profundidad donde se indague sobre los conocimientos en torno al cáncer de mama, así también las actitudes en torno a la mamografía.

Por último, sugerimos realizar otro grupo focal que incluya a los integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeros, profesionales que realizan diagnóstico por imágenes) para que den cuenta de las barreras que encuentran para realizar las pruebas de detección temprana en cáncer de mama, así también para conocer sus opiniones en torno a los spots. La incorporación de este punto de vista echará luz sobre cuestiones a mejorar en la calidad de la relación médico – paciente. De acuerdo con Donabedian (1984), es necesario evaluar la calidad de los servicios en tanto su componente técnico como en el interpersonal. Las dos dimensiones están íntimamente relacionadas y son interdependientes.

También, consideramos importante profundizar esta investigación empleando otras técnicas de análisis. Por ejemplo, se pueden evaluar los discursos que despertó la campaña en las redes sociales del Ministerio de Salud de la Nación ya que el spot audiovisual también fue difundido vía ese canal.

En la actualidad, las campañas de comunicación recurren a una pluralidad de acciones y medios como Internet, con recursos tales como redes sociales, blogs y otros espacios, a la hora de difundir intervenciones educativas (Cuberli y Soares de Araujo, 2015). En este nuevo contexto sociocultural, los organismos gubernamentales como el Ministerio de Salud de la Nación y el INC crearon sus

propias cuentas en las redes sociales para difundir y promocionar las intervenciones educativas que llevan adelante.

El spot audiovisual de la campaña también se difundió en las cuentas de You Tube<sup>34</sup>, Facebook<sup>35</sup> y Twitter<sup>36</sup> del Ministerio de Salud de la Nación y sería de utilidad realizar un análisis de contenido<sup>37</sup> de los mensajes que las mujeres dejaron en el posteo del video para profundizar aún más sobre las opiniones que despertó la campaña.

Por otra parte, la promoción de la salud está abriendo nuevos canales a la hora de ofrecer atención preventiva, apoyándose en las tecnologías de la información y las comunicaciones para alcanzar una mayor proporción de la población (Beratarrechea, Diez- Canseco et al., 2015). La salud móvil es un término que refiere al uso de la telecomunicación móvil y tecnologías multimedia para ofrecer atención a la salud (Germanakos, Mourlas et al., 2005; Istepanian, Laxminarayan et al., 2006). El uso de la telefonía celular está creciendo en países de bajos y medianos ingresos por lo tanto esta tecnología aparece como una herramienta útil para aplicar en los sistemas de atención en salud. Uno de los recursos más utilizados en salud móvil es el uso del envío de mensajes de texto o

---

<sup>34</sup> You Tube es una plataforma online que permite a los usuarios subir y reproducir contenidos audiovisuales. En Argentina, siete de cada diez argentinos con internet visitan You Tube todos los días (El Cronista, 2017). Según un estudio realizado por la consultora comScore, la Argentina figura en el cuarto lugar en un ranking de usuarios de la red. Así, el 89,6% de los internautas argentinos tiene participación en el canal de videos (TN, 2015).

<sup>35</sup> Facebook es la red social más popular con un total de 1.790 millones de usuarios en el mundo (Infobae, 2016). En el caso de Argentina, el número de usuarios de esta red social es de 22 millones (datos a febrero de 2014). Una de las ventajas de Facebook es la posibilidad de crear "comunidad", es decir alcanzar a personas que tienen elementos en común, como costumbres, valores, ubicación geográfica, roles o estatus social. Generalmente una comunidad se crea partiendo de una identidad. Dada la cantidad de usuarios que utilizan esta red, Facebook es útil para aumentar el alcance de forma exponencial para alcanzar a más usuarios.

<sup>36</sup> Twitter es una plataforma gratuita de "*micro blogging*", es decir, una plataforma donde los usuarios publican mensajes similares a un mensaje de texto llamados "*tweets*" que no deben contener más de 140 caracteres, incluyendo links a páginas webs e imágenes. Esta red ofrece la posibilidad de crear "conversaciones" entre usuarios (seguidores) mediante el uso de "*hashtags*" (es decir, al tema sobre el cual se está hablando se le agrega el símbolo # de manera de "etiquetar" el tweet) y además es útil en la medida que permite la interacción abierta y pública entre usuarios, organismos y marcas. En Argentina existen 11,8 millones de cuentas activas de Twitter (Infotechnology, 2016).

<sup>37</sup> El Análisis de Contenido (AC) es un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores - cuantitativos o no - por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensaje (Bardin, 1979). Con esta técnica, no es el estilo del texto lo que se pretende analizar, sino las ideas expresadas en él, siendo el significado de las palabras, temas o frases lo que intenta cuantificarse (López Noguero, 2002).

SMS (por sus siglas en inglés), los cuales están disponibles a partir de los teléfonos de segunda generación.

Una futura investigación que busque promover la realización de la mamografía podría medir la efectividad de una intervención basada en salud móvil que trabaje con recordatorios para notificar a las mujeres en edad de riesgo de cáncer de mama que se deben realizar este estudio. El uso de recordatorios a través del envío de SMS a dispositivos móviles ha demostrado mejorar la adherencia a tratamientos en salud (Rivas y Pino, 2017).

### ***Comunicación, campañas, cáncer de mama***

La “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*” estuvo dirigida a toda la población femenina entre los 40 y 65 años, sin tener en cuenta las necesidades específicas de información que cada mujer necesita de acuerdo a su contexto socioeconómico.

Como hemos mostrado en nuestro estudio, los contextos socioeconómicos son una variable que tiene peso en las creencias y actitudes asociadas al cáncer de mama y la mamografía. Por eso, para sensibilizar a la población en torno a la importancia de realizarse este estudio -objetivo de la campaña que analizamos - es importante transmitir una información diferencial en función de los contextos sociales de las mujeres. Esto se podría conseguir a través del diseño de intervenciones más segmentadas que podrían ser implementadas desde los propios programas de prevención.

Por otro lado, consideramos importante que los profesionales de la salud participen de capacitaciones donde se les brinden herramientas para mejorar el diálogo y la calidad del vínculo con los pacientes. La comunicación interpersonal es una herramienta clave para lograr que más mujeres se realicen las pruebas de detección temprana. Estudios como el de Poblano-Verástegui, Figueroa-Perea y López-Carrillo (2004) sugieren que la buena relación médico-paciente favorece el ofrecimiento del examen clínico de mama y asegura la aceptación de la mujer.

Por otro lado, también se deben ofrecer consejerías para que las mujeres puedan evacuar dudas e informarse sobre estudios de salud de estas

características. Existen numerosas publicaciones que dan cuenta que las intervenciones comunitarias que fomentan la promoción de la salud aumentan las tasas de tamizajes y son importantes en tanto ponen la atención en la relevancia cultural al empoderar a la propia comunidad y potencial la sostenibilidad de las experiencias (Zapka et al. 1993; King et al., 1994; Dalessandri et al., 1998; Fernández et al., 2009). La promoción de dispositivos de comunicación interpersonal que permitan un ida y vuelta con la comunidad permitirá ajustar y lograr la efectividad de una estrategia de tamizaje.

Cualquiera de estas dos intervenciones deberá contemplar la información errónea y confusa que la población femenina tiene en relación al cáncer de mama y las pruebas de detección temprana, más precisamente la mamografía. También, como ya dijimos antes, se deberá trabajar con la comunidad sobre los beneficios y limitaciones de la mamografía como tecnología de tamizaje.

En la Argentina, las acciones para sensibilizar a la población femenina en torno al cáncer de mama se limitan, casi exclusivamente, a campañas masivas que se llevan a cabo en octubre en tanto es el “Mes de la Lucha Contra el Cáncer de Mama”. Al igual que el estudio Marinho, Cecatti, Osis et al. (2008) coincidimos que es importante realizar campañas permanentes para la detección temprana del cáncer de mama para que las mujeres se sensibilicen con este tema.

Ahora bien, celebramos que Presidencia de la Nación haya decidido romper con esta “tradición” del calendario y haya realizado, en el Día Mundial del Cáncer, la primera campaña pública y masiva sobre el cáncer de mama y que tuvo como propósito promover la realización de la mamografía.

No obstante, esta investigación es un antecedente que demuestra la importancia de realizar un pre testeo de las piezas comunicacionales que forman parte de una campaña ya que, como expusimos a lo largo de este trabajo, la intervención presentó falencias a la hora de sensibilizar a la población destinataria. Consideramos que un pre-testeo del spot hubiese sido de mucha utilidad ya que se podría haber reelaborado la intervención para que el mensaje de la campaña

sensibilice a todos los sectores que se buscó interpelar o bien, promover una segmentación del público y de esta manera pensar otro tipo de estrategia comunicacional para las mujeres de mayor nivel adquisitivo. Nuestros resultados demuestran que apelar al miedo en este tipo de campañas es bien recibido por el sector de menores recursos económicos, pero no así por las mujeres de mayores recursos económicos.

Reforzamos la importancia de conocer las creencias y saberes sobre el cáncer de mama y en especial las actitudes y opiniones en torno a la mamografía de las mujeres para encarar una estrategia comunicacional que busque promover hábitos y conductas preventivas en la población femenina. Si no se tienen en cuenta estas cuestiones, cualquier intervención comunicacional estará destinada al fracaso.

## BIBLIOGRAFÍA

ABELSON J., TRIPP L., BROUWERS MC., POND G., SUSSMAN J. (2008). Uncertain times: A survey of Canadian women's perspectives toward mammography screening. *Prev Med.* 2018 Jul;112:209-215. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.04.021.

ACUÑA C., CHUDNOVSKY M. (2002). El sistema de salud en Argentina.

Disponible en:

[http://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/mod\\_data/content/5487/El%20sistema%20de%20salud%20en%20Argentina.%20Acu%C3%B1a%20y%20Chudnovsky.pdf](http://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/mod_data/content/5487/El%20sistema%20de%20salud%20en%20Argentina.%20Acu%C3%B1a%20y%20Chudnovsky.pdf)

ALMEIDA FILHO, N. D., CASTIEL, L. D., & AYRES, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5, 323-344.

ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, C., & COLOMER REVUELTA, C. (2000). Promoción de la salud y cambio social. *Editorial Elsevier. España.*

ANASTASI, N., & LUSHER, J. (2017). The impact of breast cancer awareness interventions on breast screening uptake among women in the United Kingdom: A systematic review. *Journal of health psychology*, 1359105317697812.

ARAYA UMAÑA, S. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: FLACSO

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA Y OTRAS ENTIDADES (2006). Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas.

AYRES DE CARVALHO MESQUITA, J. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Fac. Nac. Salud Pública.* 20 (2), 67-82.

BALLESTEROS MS. (2016) Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polít. Salud;* 15(30): 234-250. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30>.

BELTRÁN, L. (2011). Comunicación para la salud del pueblo: Una revisión de conceptos básicos.

BERATARRECHEA A., DIEZ-CANSECO F., FERNÁNDEZ A., KANTER, R., LETONA P., MARTINEZ H., MIRANDA JJ., RAMIREZ-ZEA M. & RUBINSTEIN, A. (2015). Aceptabilidad de una intervención basada en Salud Móvil para modificar

estilos de vida en prehipertensos de Argentina, Guatemala y Perú: un estudio piloto. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(2), 221-229.

BERNARD, C. (1858). *Leçons sur les propriétés physiologiques et les alterations pathologiques des liquides de l'organisme*, Paris, J. B. Ballière.

BLANCHARD, K., COLBERT, J. A., PURI, D., WEISSMAN, J., MOY, B., KOPANS, D. B. & TANABE, K. K. (2004). Mammographic screening: patterns of use and estimated impact on breast carcinoma survival. *Cancer*, 101(3), 495-507.

BOURDIEU P. & WACQUANT LJD. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Ed. Grijalbo, México.

BOURDIEU, P. (1988). "El Interés del sociólogo". En: *Cosas dichas*, Gedlsa. Buenos Aires, pp. 108-114

BRIÑOL, P., DE LA CORTE, L., & BECERRA, A. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.

BRUNO, D. P., & GUERRINI, L. (2011). *Cultura y posdesarrollo: enfoques, recorridos y desafíos de la comunicación para otros mundos posibles*. *signo y pensamiento*, 30(58).

BUCHANAN, A (1984). "The Right to Decent Minimum of Health Care" *Philosophy and Public Affairs* Vol. 13.

BUSS, P. (2006). *Una introducción al concepto de promoción de la salud en: Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. CZERESNIA, DINA Y CARLOS MACHADO DE FREITAS (ORGANIZADORES). Lugar Editorial. Buenos Aires.

BUSTELO Y OTRO (1999): "La política Social esquivada" en *Revista de Ciencias Sociales* Nro 6 - 1999 en <http://200.5.196.245/argiropolis/d...tificacion/publicaciones/CS/6/1a.htm>

CAMEJO, C., LEGNANI, C., GAYE, A., ARCIERI, B., BRUMETT, F., CASTRO, L., & SALAMANO, R. (2015). Unidad de ACV en el Hospital de Clínicas: comportamiento clínico-epidemiológico de los pacientes con ACV (2007-2012). *Archivos de Medicina Interna*, 37(1), 30-35.

CAMINO, B. R., ESCUDER, B. N., HERVÁS, M. M., ROMERO, C. B., JAÉN, E. C., ROMERO, V. R., & CAYUELA, A. (2015). Análisis de la influencia de la información sobre la ansiedad y el dolor en la mamografía. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 28(2), 59-65.

- CANGUILHEM, G. (1971). Lo normal y lo patológico, Buenos Aires, Siglo XXI.
- CASTEL, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. Materiales de sociología crítica, 219-243.
- CAZAU, P. (2006). Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales. Tercera Edición. Buenos Aires, Marzo. Módulo 404 Red de Psicología online – [www.galeon.com/pcazau](http://www.galeon.com/pcazau)
- CEPAL (2002). Ciudadanía y protección social en pensiones con equidad de género. Disponible en: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/orgullosa.pdf>
- CETRÁNGOLO, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38.
- CHETLEN, A. L., BROWN, K. L., KING, S. H., KASALES, C. J., SCHETTER, S. E., MACK, J. A., & ZHU, J. (2016). JOURNAL CLUB: Scatter radiation dose from digital screening mammography measured in a representative patient population. *American Journal of Roentgenology*, 206(2), 359-365.
- CHO, H. Y WITTE, K. (2004). A review of fear appeal effects. En Gass, Robert H. y Seiter, John S.(eds.). *Perspectives on persuasion, social influence, and compliance gaining*. Boston: Pearson, pp. 223-238
- COMES Y. & STOLKINER A. (2005). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de investigaciones*, 12, 137-143. Recuperado en 12 de julio de 2018, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862005000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100013&lng=es&tlng=es).
- COMES, Y (2006). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres por debajo de la línea de pobreza. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- COMES, Y. (2003) El concepto de accesibilidad: una revisión conceptual. (Proyecto UBACyT P077). Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

COMES, Y., FINDLING, M., PARENTI, M., SOLITARIO, R., STOLKINER, A., & UNAMUNO, M. P. (2003). Descentralización y equidad en salud: estudio sobre utilización de servicios de salud de la ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense. In Seminario (2: 2003: Buenos Aires, AR). Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

COMES, Y., SOLITARIO, R., GARBUS, P., MAURO, M., CZERNIECKI, S., VÁZQUEZ, A. & STOLKINER, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones, 14, 00-00.

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (1994).

CRAM P, FENDRICK AM, INADOMI J, COWEN ME, CARPENTER D, VIJAN S. (2003). The Impact of a Celebrity Promotional Campaign on the Use of Colon Cancer ScreeningThe Katie Couric Effect. *Arch Intern Med.*;163(13):1601–1605. doi:10.1001/archinte.163.13.1601.

CRAM, P., FENDRICK, A. M., INADOMI, J., COWEN, M. E., CARPENTER, D., & VIJAN, S. (2003). The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: the Katie Couric effect. *Archives of Internal Medicine*, 163(13), 1601-1605.

CUBERLI, M.; SOARES DE ARAUJO, I. (2015) Las prácticas de la Comunicación y Salud: intersecciones e intersticios. En Petracci, M., La salud en la trama comunicacional contemporánea. Prometeo Libros.

DALESSANDRI KM, COOPER M, RUCKER T. (1998) Effect of mammography outreach in women veterans. *West J Med*.

DELGADO A, MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, GARCÍA V, FRÍAS J, RUEDA T, MORATA J. (1999). Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico. *Aten Primaria*;23:268-74.

DELGADO, A, & LÓPEZ-FERNÁNDEZ, LA.. (2004). Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 112-117. Recuperado en 17 de julio de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400018&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400018&lng=es&tlng=es).

DONABEDIAN A. (1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México, DF: La Prensa Médica Mexicana.

DOS SANTOS ROSA, CL (2014). Las condiciones de la familia brasilera de bajos ingresos en la provisión de cuidados con el portador de trastorno mental” Recuperado en:

[https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/las\\_condiciones\\_de\\_la\\_familia\\_brasilera\\_santos\\_rosa.pdf](https://gruposaludmentalfts.files.wordpress.com/2014/01/las_condiciones_de_la_familia_brasilera_santos_rosa.pdf)

DUCHEIN, K & LEONE K. (2000). Bien Público: Investigación y lineamientos sobre la comunicación de los métodos de detección precoz del cáncer de mama. Tesina de grado Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, FSOC-UBA.

ENGLER, V. (2015). Comunicación en espacios comunitarios: aportes para el Programa Nacional de Cáncer de Mama. Tesina de grado Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, FSOC-UBA.

EVANS RI, ROZELLE RM, LASATER TM, DEMBROSKI TM, ALLEN BP (1970). Fear arousal, persuasion and actual vs. implied behavioral change: new perspective utilizing a real-life dental hygiene program. *J Pers Soc Psychol*.

FENNEMA K, MEYER DL, OWEN N. (1990) Sex physician. Patients' preferences and stereotypes. *J Fam Pract*;30:411-46.

FERNADEZ FEITO, A (2013). Efectos de un programa de intervención en el alivio del dolor en la mamografía. Tesis. Universidad de Oviedo. Disponible en: [http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/18267?mode=simple&submit\\_simple=Mostrar+el+registro+sencillo+del+%C3%ADtem+](http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/18267?mode=simple&submit_simple=Mostrar+el+registro+sencillo+del+%C3%ADtem+)

FERNÁNDEZ, M. E.; GONZÁLES, A.; TORTOLERO-LUNA, G.; WILLIAMS, J.; SAAVEDRA-EMBESI, M.; CHAN, W.; VERNON, S. W. (2009) Effectiveness of Cultivando La Salud: A Breast and Cervical Cancer Screening Promotion Program for Low-Income Hispanic Women. *American Journal of Public Health*.

FERRYJ., WOLTON D ET AL. (1992). *El nuevo espacio público*; Madrid; Gedisa.

FIDALGO M. (2008). *Adiós al derecho a la salud. El desarrollo de la medicina prepaga*. Buenos Aires: Espacio.

FRIED, CH. (1978). *Rights and Wrong* - Harvard University Press. Cambridge.

GARBUS, P. (2010). Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental. *Anuario de investigaciones*, 17, 309-316.

GARCÍA CALVENTE, M. D. M., JIMÉNEZ RODRIGUEZ, M. L., MARTÍNEZ MORANTE, E., & RÍO LOZANO, M. D. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

GARCÍA, J. S. M. (2017). El habitus. Una revisión analítica. *Revista internacional de sociología*, 75(3), 067.

GARCÍA, G. L. (2004). Comunicación electoral y formación de la opinión pública: las elecciones generales de 2000 en la prensa española (No. 55). *Universitat de València*.

GERMANAKOS, P., MOURLAS, C., & SAMARAS, G. (2005). A mobile agent approach for ubiquitous and personalized eHealth information systems. In *Proceedings of the Workshop on Personalization for e-Health'of the 10th International Conference on User Modeling (UM'05)*. Edinburgh (pp. 67-70).

GIRALDO MORA C. V., & ARANGO ROJAS M. E. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama.

GIRALDO-MORA, C. V. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de salud pública*, 11, 514-525.

GLASER, B. G., & STRAUSS, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative theory*. New Brunswick: Aldine Transaction.

GODOY-IZQUIERDO, D., LÓPEZ-CHICHERI, I., LÓPEZ-TORRECILLAS, F., VÉLEZ, M., & GODOY, J. F. (2007). Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 196-213.

GÓMEZ, GY. (2009). opinión pública: conocimiento y objeto de conocimiento. *Prisma Social* [Internet]. (2):1-2. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744575013>

GOTZSCHE PC, JORGENSEN KJ. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001877.

GØTZSCHE, P. C., & JØRGENSEN, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6).

GROSSI, G. (2004). *La opinión pública. Teoría del campo demoscópico*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

GUTIÉRREZ, M. A., GOGNA, M., & CAROMERO, M. (2001). Estudio de caso. Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina.

HABERMAS J (1981). Historia y crítica de la opinión pública; Madrid; G. Gilli.

HALE, J. L., & DILLARD, J. P. (1995). Fear appeals in health promotion campaigns: Too much, too little, or just right?.

HAN, H. R.; LEE, H.; KIM, M. T.; KIM, K. B. (2009) Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent. *Health Education Research*.

HEALTH CANADA (2003). Quality determinants Working Group. "Quality determinants of organized breast cancer screening programs in Canada". Health Canada: Ottawa.

HELD, D. (1997). Citizenship and autonomy. Anthony Giddens: Critical assessments, 3, 262-285.

HERNÁNDEZ-VALENCIA, M., HERNÁNDEZ-QUIJANO, T., ZÁRATE, A., & SAUCEDO, R. (2014). Utilidad y riesgos de la mamografía rutinaria para detectar cáncer de mama. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(6), 705-708.

HERRERA, C., & CAMPERO, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6), 554-564.

HIGBEE, KL. (1969). Fifteen years of fear arousal: research on threat appeals 1953-1968. *Psychological Bulletin*. Vol. 72, nº 6, pp. 426-444. doi: 10.1037/h0028430

HIRVENSALO M, HEIKKINEN E, LINTUNEN T, RANTANEN T. (2003). The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in sports*. Aug; 13(4):231-6. (<http://goo.gl/CT4DYc>) (08-10-2014).

INFOBAE (2016). "Cuál es la edad ideal para realizarse la mamografía, ¿a los 40 o a los 50 años?" Disponible en: <http://www.infobae.com/salud/2016/06/08/cual-es-la-edad-ideal-para-realizarse-la-mamografia-a-los-40-o-a-los-50-anos/>

ISTEPANIAN, R., LAXMINARAYAN, S., & PATTICHIS, C. S. (2006). M-health. New York, NY: Springer Science + Business Media, Incorporated.

JAIT, A.R. (2015). Cáncer y comunicación social: aportes a la prevención y detección temprana a partir del análisis de la construcción mediática (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina).

KEINAN-BOKER, L., BARON-EPEL, O., GARTY, N., & GREEN, M. S. (2007). Family history of breast cancer and compliance with mammography in Israel: findings of the National Health Survey 2003–2004 (EUROHIS). *European journal of cancer prevention*, 16(1), 43-49.

KING E.S., RIMER B.K., SEAY J., BALSHEM A., ENGSTROM P.F. (1994) Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *Am J Public Health*.

KNAUL, F. M., NIGENDA, G., LOZANO, R., ARREOLA-ORNELAS, H., LANGER, A., & FRENK, J. (2008). Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive health matters*, 16(32), 113-123.

KORNFELD S.M, ORLANDO M., ADAZSKO D., WEINMAN L., PEÑA L. (2010) Concientización de la detección precoz del cáncer de mama. Información y comportamiento de la mujer De la ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. FUCA.

KYMLICKA, W., & WAYNE, N. (1997). El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. University of Ottawa.

LANDINI, F., COWES, V. G., & DAMORE, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 231-244.

LAURELL, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3-18.

LEAVELL, H., & CLARK, E. G. (1976). Medicina preventiva (MCF Donnangelo, M. Goldbaume, & US Ramos, trads).

LEONE, K. y DUCHEIN, K. (2000). Bien Público: Investigación y lineamientos sobre la comunicación de los métodos de detección precoz del cáncer de mama. Tesina de Cs. De la Comunicación. UBA. Buenos Aires.

LEVENTHAL, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. En Berkowitz, Leonard(ed.). *Advances in experimental social psychology*. Nueva York: Academic Press. Vol. 5, pp. 119-186

LEVENTHAL, H., MEYER, D., & NERENZ, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.

LINARES-PÉREZ, N., & ARELLANO, O. L. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina social*, 3(3), 247-259.

LOIS, I. (2012). Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud. *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, 77.

LÓPEZ NOGUERO, F. (2017). El análisis de contenido como método de investigación. *En-clave pedagógica*, [S.l.], v. 4, ene. 2011. ISSN 2341-0744.

LORENZETTI, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño. *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*, 1(2).

MACEIRA, D. (2006). Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino. Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Editorial La Colmena, Buenos Aires, Argentina.

MACÍAS G., LIMARDO L., ABRIATA, MG. (2017). Atlas de mortalidad por cáncer: Argentina, 2011-2015 . Instituto Nacional del Cáncer. 1a ed . Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MARINHO, L. A. B., CECATTI, J. G., OSIS, M. J. D., & GURGEL, M. S. C. (2008) "Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services." *Revista de Saúde Pública*.

MARSHALL, T. H. (1965), "The Right to Welfare", en Marshall, T. H. (1981): *The Right to Welfare and other Essays*. Londres: Heineman, pp. 83–94

MARTÍN, J. O., AMOR, J. G., & OLIVARES, F. G. (2000). El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gaceta sanitaria*, 14(Supl 3), 45-59.

MENDICOA, G. (1998) *Manual teórico práctico de investigación social*. Buenos Aires: Espacio.

MENÉNDEZ, E. L. (1990). El modelo médico hegemónico. Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica, 83-117.

MENÉNDEZ, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.

MENÉNDEZ, E.L. (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en F. Basaglia et al: La salud de los trabajadores. Edit. Nueva Imagen: 11-53, México.

MENÉNDEZ, E.L. (1981). Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Ediciones de la Casa Chata, México.

MENÉNDEZ, E.L. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. Cuaderno N9 86 de la Casa Chata, México. 1985 a): "Centralización o autonomía". La "nueva" política del sector salud" en *Boletín de Antropología Americana* N8 10:85-95, México.

MENÉNDEZ, E.L. (2014). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, (7), 71-83.

MERLO VEGA, J. A. (2000). El servicio bibliotecario de referencia. *Anales de Documentación*.

MINAYO DE SOUZA, M. C. (1997). El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud.

MIRA, J.J., PÉREZ-JOVER, V., & LORENZO, S. (2004). Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce.... *Atención primaria*, 33(7), 391-399.

MONTESI, M., & ÁLVAREZ BORNSTEIN, B. (2016). Los profesionales de la salud como fuentes de información: un estudio cualitativo sobre la información pediátrica. *Información, cultura y sociedad*, (34), 27-44.

MOSQUERA, M. (2003). Comunicación en salud: conceptos, teorías y experiencias. *Comunitat*, La iniciativa de la comunicación.

NATIONAL INSTITUTE OF BIOMEDICAL IMAGING AND BIOENGINEERING (2018) Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/mamograf%C3%ADa#2101>

PACIFICI, S. (2016). Dose, compression and" risk of pain" in mammography. *IMAGEN DIAGNOSTICA*, 7(2), 50-53.

PAHO (2018). *Cáncer de mama: Hojas informativas para los profesionales de salud*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242&Itemid=41581&lang=es)

PETRACCI, M. (1992) "Las Campañas... ¿De Interés Público?". En: Vacchieri, A. (compiladora). *El Medio es la TV*. Buenos Aires: La Marca Editores

PETRACCI, M. (2004) "La agenda de la opinión pública a través de la discusión grupal. Una técnica de investigación cualitativa: el grupo focal" en A. L. Kornblit, *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos

PETRACCI, M. (2015). *Opinión pública y aborto*. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council.

PETRACCI, M. y KORNBLIT, A. (2004) "Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista" en A. L. Kornblit, *Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

PETRACCI, M. Y WAISBORD, S. (2011) *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires, La Crujía.

PETRACCI, M., & KORNBLIT, A. (2007). Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*, 91-112.

PETRACCI, M., CUBERLI, M. Y PALOPOLI, A. (2010) *Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica*. Concurso en honor de la educadora Haydee de Luca "determinantes de la salud". CAESPO. Buenos Aires.

PETRACCI, M., ROMERO, M & RAMOS, S. (2002). Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino. Informe de investigación, PATH.

POBLANO-VERÁSTEGUI, O., FIGUEROA-PEREA, J. G., & LÓPEZ-CARRILLO, L. (2004). Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud pública de Mexico*, 46, 294-305.

PONCE, M. (2012). Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(13), 6-12.

PORROCHE-ESCUADERO, A. (2016). Empoderamiento: el santo grial de las campañas de cáncer de mama. *Revista Internacional de Sociología*, 74(2), 031.

PRICE, V. (1994). *La Opinión Pública: Esfera pública y comunicación*, España, Paidós.

PROGRAMA NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed.* - Buenos Aires.

QUICENO, J. M., & VINACCIA, S. (2010). Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, (25), 56-83.

RAMOS, S., & PANTELIDES, E. A. (1990). Dificultades en la prevención secundaria del cancer del cuello de útero: las mujeres y los médicos frente a una citología cervical de resultado positivo. *Documento CEDES/Centro de Estudios de Estado y Sociedad*; no. 43.

RAMOS, S., TAMBURRINO, MC., AGUILERA, A. et al. (2013) *Imágenes sociales del cáncer: estudio nacional para orientar la comunicación social*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.

RAWLS, J. (1971). *Teoría de la justicia social*. Trad. Jussara Simões, 3.

REGIS, S. (2007) Reflexiones sobre las prácticas de Comunicación en el campo de la Salud, *Revista Question*, Vol 1, N° 28.

REID, T., & PRADO, J. H. (1998). *La filosofía del sentido común: breve antología de textos de Thomas Reid*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.

REYES-ORTIZ, C. A., CAMACHO, M. E., AMADOR, L. F., VELEZ, L. F., OTTENBACHER, K. J., & MARKIDES, K. S. (2007). The impact of education and literacy levels on cancer screening among older Latin American and Caribbean adults. *Cancer control*, 14(4), 388-395

RÍOS HERNÁNDEZ, I. (2011). *Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos*. *Perspectivas de la Comunicación*. Vol. 4, N° 1.

RIVAS, G. M. Y PINO, M. E. (2017). Evaluación del efecto del uso de dispositivos móviles en la adherencia al tratamiento de hipertensión arterial (Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú).

RIVAS, L. (2013). Aportes para la construcción de la identidad visual del Programa Nacional de Cáncer de Mama. Tesina de Ciencias de la Comunicación. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

ROTFELD, H. J. (1988). Fear appeals and persuasion: Assumptions and errors in advertising research. *Current issues and research in advertising*, 11(1-2), 21-40.-

SAN MARTIN, H. (1981). Manual de salud pública y medicina preventiva. Masson: Barcelona.

SEN, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de salud pública*, 11, 302-309.

SHANKAR, A., ROY, S., RATH, G. K., CHAKRABORTY, A., KAMAL, V. K., & BISWAS, A. S. (2017). Impact of cancer awareness drive on generating understanding and improving screening practices for breast cancer: A study on college teachers in India. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(7), 1985.

SMITH, S. W., HAMEL, L. M., KOTOWSKI, M. R., NAZIONE, S., LAPLANTE, C., ATKIN, C. K. & SKUBISZ, C. (2010). Action tendency emotions evoked by memorable breast cancer messages and their association with prevention and detection behaviors. *Health communication*, 25(8), 737-746.

SONTAG, S. (2012). La enfermedad y sus metáforas| El sida y sus metáforas. DEBOLS! LLO.

SOUZA MINAYO, MARÍA CECILIA (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial.

STOLKINER, A., & BARCALA, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. DOMINGUEZ, MA et al. La Salud en Crisis-Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.

STRUK, C., & MOSS, J. (2009). Focus on technology: what can you do to move the vision forward?. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 27(3), 192-194.

TAJER, D. (2014). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. *Revista Sexología y Sociedad*, 9(22).

TEJADA DE RIVERO, D. A. (2003). Alma Ata revisited. *Perspectives in Health*, 8(2), 3-7.

TOLEDO-CHÁVARRI, A., RUÉ, M., CODERN-BOVÉ, N., CARLES-LAVILA, M., PERESTELO-PÉREZ, L., PÉREZ-LACASTA, M. J. & PERESTELO, L. (2017). A qualitative study on a decision aid for breast cancer screening: Views from women and health professionals. *European journal of cancer care*, 26(3), e12660.

US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES (2000). *Healthy People 2010*. [En línea]. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/>. [Consultado 15 de junio, 2007].

VASILACHIS DE GIALDINO, I. (2006). "La investigación cualitativa" en I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa

VILLACRÉS VELA, K., & ALARCÓN-ROZAS, A. E. (2002). Estudio piloto sobre actitudes preventivas para cáncer de mama en mujeres de Sullana. *Revista Medica Herediana*, 13(4), 131-134.

VINIEGRA, M; PAOLINO, M; ARROSSI, S. (2010). Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

WALLINGTON, S. F., OPPONG, B., IDDIRISU, M., & ADAMS-CAMPBELL, L. L. (2018). Developing a Mass Media Campaign to Promote Mammography Awareness in African American Women in the Nation's Capital. *Journal of community health*, 43(4), 633-638.

WHITEHEAD, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217-228.

WILLIAMSON, J. (1996). *The Washington Consensus Revisited*. Development Thinking and Practice. Conference. IDB. Washington.

WORD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Equity in Health Care*. Geneva: WHO.

YOULDEN, D; CRAMB, S; DUNN, N; MULLER, J. (2012) "The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality" Elsevier Ltd.

ZAMBERLIN, N., THOUYARET, L., & ARROSI, S. (2011). Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap. In Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap.

ZAPKA J., (1994) Promoting Participation in Breast Cancer Screening. *American Journal of Public Health*.

ZAPKA J., HARRIS D.R., HOSMER D., COSTANZA M.E., MAS E., BARTH R. (1993). Effect of a Community Health Center Intervention on Breast Cancer Screening among Hispanic American Women. *Health Services Research*.

## **ANEXO**

Guía de pautas para la realización de los grupos focales – Copia moderadora 123

Guía de pautas para la realización de los grupos focales – Copia observador 125

Consentimiento informado – Copia participante 128

Consentimiento informado – Copia investigador 131

## GUIA DE PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES

### 1. Introducción

Nos interesa conocer sus opiniones acerca de la campaña de cáncer de mama, que lanzó - en febrero de este año - Presidencia de la Nación. Así también, nos interesa explorar sus conocimientos sobre el cáncer de mama, haciendo especial énfasis en las pruebas de detección temprana.

### 2. Presentación

Moderador y observador

Participantes: nombre, edad y si tienen una persona cercana que haya tenido cáncer de mama/antecedentes.

### 3. Información y salud

\* ¿Cuál es la información sobre salud que les llega generalmente? (Ejemplo: caminando por la calle, el diario, sobre qué temas suelen recibir)

\* Por motivación propia, ¿dónde consultan o se informan sobre cuestiones de salud? (indagar por qué medios, canales, soportes), ¿Cuál es y cuál ha sido la utilidad de esa información?, ¿les ha servido?, ¿Para qué?

### 4. Conocimientos: cáncer de mama y mamografía

- Escriban una palabra que relacionen al término **cáncer de mama**.
- Escriban una palabra que relacionen al término **mamografía**.

*(Dinámica: Cada mujer recibirá una hoja y un marcador. Pediré que escriban una palabra que relacionen con **cáncer de mama** y con el término **mamografía**. Luego, leeré en voz alta las palabras que escribieron, abriré el debate para pensar por qué relacionan el concepto con esa palabra, qué piensa el resto. Por último, preguntaré si hay alguna palabra que no se dijo y también creen pertinente)*

**Mamografía:** Con respecto a lo que estuvimos charlando, me gustaría saber si las mujeres de su edad, de su barrio, ustedes, su grupo de amigas y conocidas, ¿se realizaron alguna vez una mamografía?, ¿qué utilidad tiene la mamografía?, ¿Fue por un pedido de su médico o por qué ustedes le solicitaron que les indicara el estudio?, ¿A qué edad creen que las mujeres tendrían que hacerse este estudio?, ¿cada cuánto deberían hacérsela? ¿Cuáles creen que son los aspectos positivos y negativos de realizarse este estudio?

Por último, quisiera saber si ustedes saben dónde podrían hacerse una mamografía. Si contestan que sí: ¿Dónde queda ese lugar?, ¿qué sucede con los turnos?

Respecto al **cáncer de mama**: ¿Qué información recibieron, por qué lugares, de parte de quién?

Respecto **a la mamografía**: ¿Qué información recibieron, por qué lugares, de parte de quién?, ¿La conocían?

Respecto a las **campañas sobre cáncer de mama**, ¿recuerdan alguna campaña sobre el cáncer de mama?, ¿dónde la vieron/escucharon?, ¿qué decía?

**5. “Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama” (se expondrán ante las participantes, los diferentes materiales gráficos y audiovisuales)**

#### **SPOT RADIAL**

a. **Circulación**: ¿Escucharon este mensaje?, ¿Cuándo?, ¿En qué radio?, ¿Se acuerdan en qué programa? (adentro de algún programa, como separata, hicieron comentarios al respecto), ¿Conversaron con alguien sobre este spot?

b. **Mensaje**: ¿Cuál creen que sería el mensaje principal?, ¿Qué es lo que más y lo que menos les gusta del mensaje?

c. **Música**: ¿Qué les parece la música empleada?, ¿qué sensación les causa?

d. **Acción**: ¿El mensaje las motiva a realizar algún cambio, actividad?, ¿Qué tipo de actividad?, ¿Recomendarían realizar dicha actividad y por qué? *¿Y alguna actividad relacionada a la salud? (por si no sale nada relacionado con salud)*

#### **SPOT TELEVISIVO**

a. **Circulación**: ¿Vieron este mensaje?, ¿Cuándo?, ¿En qué canal?, ¿Se acuerdan en qué programa? (adentro de algún programa, como separata, hicieron comentarios al respecto), ¿Conversaron con alguien sobre este spot?

b. **Mensaje**: ¿Cuál sería el mensaje principal?, ¿Qué es lo que más y lo que menos les gusta del mensaje?

c. **Música**: ¿Qué les parece la música empleada?, ¿Qué sensación les causa?

d. **Acción**: ¿El mensaje las motiva a realizar algún cambio, actividad?, ¿Qué tipo de actividad?, ¿Recomendarían realizar dicha actividad y por qué? *¿Y alguna actividad relacionada a la salud? (por si no sale nada relacionado con salud)*

Si Ustedes tuvieran que comunicar a mujeres como ustedes y otras que viven en sus barrios acerca de **la mamografía** ¿Cómo lo harían?, ¿Por qué medio?, ¿Qué mensajes les parecen los más importantes?

**6. ¿Alguien quiere decir algo que no pudo decir antes?**

Les agradecemos mucho haber compartido este momento....**(despedida)**

Finalizados los grupos focales, se propondrá un espacio para que las mujeres hagan consultas acerca del tema. Se distribuirán materiales de comunicación alusivos a la temática.

## **GUIA DE PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS FOCALES**

### **NOTA PARA EL OBSERVADOR- Dimensiones para observar y registrar**

- Características del ambiente físico
- Gestos de las participantes
- Silencios
- Dinámica entre las participantes y relación con el moderador
- Interrupciones u otras situaciones que se den durante el grupo focal
- Tomar nota de las palabras claves y conclusiones de cada instancia

### **1. Introducción**

Nos interesa conocer sus opiniones acerca de la campaña de cáncer de mama, que lanzó - en febrero de este año - Presidencia de la Nación. Así también, nos interesa explorar sus conocimientos sobre el cáncer de mama, haciendo especial énfasis en las pruebas de detección temprana.

### **2. Presentación**

Moderador y observador

Participantes: nombre, edad y si tienen una persona cercana que haya tenido cáncer de mama/antecedentes.

### **3. Información y salud**

\* ¿Cuál es la información sobre salud que les llega generalmente? (Ejemplo: caminando por la calle, el diario, sobre qué temas suelen recibir)

\* Por motivación propia, ¿dónde consultan o se informan sobre cuestiones de salud? (indagar por qué medios, canales, soportes), ¿Cuál es y cuál ha sido la utilidad de esa información?, ¿les ha servido?, ¿Para qué?

### **4. Conocimientos: cáncer de mama y mamografía**

- Escriban una palabra que relacionen al término **cáncer de mama**.
- Escriban una palabra que relacionen al término **mamografía**.

*(Dinámica: Cada mujer recibirá una hoja y un marcador. Pediré que escriban una palabra que relacionen con **cáncer de mama** y con el término **mamografía**. Luego, leeré en voz alta las palabras que escribieron, abriré el debate para pensar por qué relacionan el concepto con esa palabra, qué piensa el resto. Por último, preguntaré si hay alguna palabra que no se dijo y también creen pertinente)*

**Mamografía:** Con respecto a lo que estuvimos charlando, me gustaría saber si las mujeres de su edad, de su barrio, ustedes, su grupo de amigas y conocidas, ¿se realizaron alguna vez una mamografía?, ¿qué utilidad tiene la mamografía?, ¿Fue por un pedido de su médico o por qué ustedes le solicitaron que les indicara el

estudio?, ¿A qué edad creen que las mujeres tendrían que hacerse este estudio?, ¿cada cuánto deberían hacérsela? ¿Cuáles creen que son los aspectos positivos y negativos de realizarse este estudio?

Por último, quisiera saber si ustedes saben dónde podrían hacerse una mamografía. Si contestan que sí: ¿Dónde queda ese lugar?, ¿qué sucede con los turnos?

Respecto al **cáncer de mama**: ¿Qué información recibieron, por qué lugares, de parte de quién?

Respecto **a la mamografía**: ¿Qué información recibieron, por qué lugares, de parte de quién?, ¿La conocían?

Respecto a las **campañas sobre cáncer de mama**, ¿recuerdan alguna campaña sobre el cáncer de mama?, ¿dónde la vieron/escucharon?, ¿qué decía?

**5. “Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama” (se expondrán ante las participantes, los diferentes materiales gráficos y audiovisuales)**

#### **SPOT RADIAL**

a. **Circulación**: ¿Escucharon este mensaje?, ¿Cuándo?, ¿En qué radio?, ¿Se acuerdan en qué programa? (adentro de algún programa, como separata, hicieron comentarios al respecto), ¿Conversaron con alguien sobre este spot?

b. **Mensaje**: ¿Cuál creen que sería el mensaje principal?, ¿Qué es lo que más y lo que menos les gusta del mensaje?

c. **Música**: ¿Qué les parece la música empleada?, ¿qué sensación les causa?

d. **Acción**: ¿El mensaje las motiva a realizar algún cambio, actividad?, ¿Qué tipo de actividad?, ¿Recomendarían realizar dicha actividad y por qué? ¿Y alguna actividad relacionada a la salud? (por si no sale nada relacionado con salud)

#### **SPOT TELEVISIVO**

a. **Circulación**: ¿Vieron este mensaje?, ¿Cuándo?, ¿En qué canal?, ¿Se acuerdan en qué programa? (adentro de algún programa, como separata, hicieron comentarios al respecto), ¿Conversaron con alguien sobre este spot?

b. **Mensaje**: ¿Cuál sería el mensaje principal?, ¿Qué es lo que más y lo que menos les gusta del mensaje?

c. **Música**: ¿Qué les parece la música empleada?, ¿Qué sensación les causa?

d. **Acción**: ¿El mensaje las motiva a realizar algún cambio, actividad?, ¿Qué tipo de actividad?, ¿Recomendarían realizar dicha actividad y por qué? ¿Y alguna actividad relacionada a la salud? (por si no sale nada relacionado con salud)

Si Ustedes tuvieran que comunicar a mujeres como ustedes y otras que viven en sus barrios acerca de **la mamografía** ¿Cómo lo harían?, ¿Por qué medio?, ¿Qué mensajes les parecen los más importantes?

## **6. ¿Alguien quiere decir algo que no pudo decir antes?**

Les agradecemos mucho haber compartido este momento....(**despedida**)

Finalizados los grupos focales, se propondrá un espacio para que las mujeres hagan consultas acerca del tema. Se distribuirán materiales de comunicación alusivos a la temática.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS FOCALES

**COPIA PARTICIPANTE**

**Edad:**

**Institución:**

---

**Investigadora principal:** Lila Bendersky (Facultad de Ciencias Sociales, UBA).

**Tutora:** Milca Cuberli

**Financiación:** Becas de Investigación en Cáncer 2017 (Categoría: Estudiante avanzado) - Instituto Nacional del Cáncer.

**Institución responsable:** Universidad de Buenos Aires (UBA).

**Nombre del estudio:** Análisis de la recepción de la campaña nacional por el Día Mundial Contra el Cáncer (2017).

Usted ha sido invitada a participar en un grupo de conversación para conocer sus opiniones sobre la “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*”, que lanzó en febrero de este año Presidencia de la Nación y contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional del Cáncer (INC).

Por favor, siéntase libre de hacer preguntas en cualquier momento.

### **1. Objetivos del estudio**

Este es un estudio que analiza la “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*”, desde la perspectiva de las mujeres. Se propone explorar las opiniones de la población femenina en cuanto formato, imagen, contenido y lenguaje de la intervención. Así también, se propone indagar acerca de los conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama.

### **2. Participación**

La invitamos a participar de un grupo de conversación en el que participarán entre 6 y 12 mujeres. La conversación será guiada por un investigador con experiencia en este tipo de entrevistas, quien utilizará una guía de preguntas. Se le solicitará su opinión respecto a las diferentes piezas que formaron parte de la campaña y se indagará sobre su conocimiento sobre el cáncer de mama, haciendo especial énfasis en las pruebas de detección temprana. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no es preciso que lo haga. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tampoco es una prueba ni una evaluación.

La conversación durará como máximo una hora y media. Si está de acuerdo, la conversación será grabada para asegurarnos que todo lo que usted mencione sea tomado en cuenta cuando analicemos las respuestas. No se tomarán fotografías en el encuentro.

### **3. Privacidad de las opiniones**

Todo lo que hablemos en esta reunión será absolutamente confidencial, es decir que no se revelarán los nombres de las participantes. Sus datos personales no serán compartidos con nadie fuera del equipo de investigación. Su nombre no será mencionado en los reportes, presentaciones o publicaciones derivadas de este estudio.

### **4. Riesgos/beneficios**

No hay riesgos asociados a la participación en las entrevistas. No hay beneficios directos por participar en este estudio, aunque si usted está de acuerdo en participar, la información obtenida podría ser de utilidad para la orientación del diseño de campañas de comunicación sobre el cáncer de mama en nuestro país.

### **5. Costo/remuneración**

Participar del grupo de conversación no tendrá ningún costo para usted ni se le pagará por participar.

### **6. Participación voluntaria**

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si no desea hacerlo, o si quiere retirarse antes de terminar, o no desea contestar alguna de las preguntas

planteadas puede hacerlo libremente y no perjudicará la atención que usted recibe.

### **7. Publicación**

Finalizado el estudio, se realizará una publicación científica para comunicar los hallazgos de esta investigación y podrá acceder a una copia si así lo desea.

### **8. Contacto**

Si Usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor póngase en contacto con Lila Bendersky al número de teléfono (011) 15 5 862 3163 o por correo electrónico [lilabendersky@gmail.com](mailto:lilabendersky@gmail.com)

**GRACIAS POR LEER ESTA HOJA DE INFORMACIÓN**

---

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

- *He leído y entiendo la información que me brindaron.*
- *He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas.*
- *Acepto voluntariamente participar en este estudio*
- *Entiendo que tengo derecho a retirarme de la entrevista en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencias.*

ACEPTO PARTICIPAR DEL ESTUDIO:      SI                      NO

\_\_\_\_\_

*Firma de la persona que obtuvo el consentimiento*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRUPOS FOCALES

**COPIA INVESTIGADOR**

**Edad:**

**Institución:**

---

**Investigadora principal:** Lila Bendersky (Facultad de Ciencias Sociales, UBA).

**Tutora:** Milca Cuberli

**Financiación:** Becas de Investigación en Cáncer 2017 (Categoría: Estudiante avanzado) - Instituto Nacional del Cáncer.

**Institución responsable:** Universidad de Buenos Aires (UBA).

**Nombre del estudio:** Análisis de la recepción de la campaña nacional por el Día Mundial Contra el Cáncer (2017).

Usted ha sido invitada a participar en un grupo de conversación para conocer sus opiniones sobre la “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*”, que lanzó en febrero de este año Presidencia de la Nación y contó con el asesoramiento del Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional del Cáncer (INC).

Por favor, siéntase libre de hacer preguntas en cualquier momento.

### **1. Objetivos del estudio**

Este es un estudio que analiza la “*Campaña de Concientización de Lucha contra el Cáncer de Mama*”, desde la perspectiva de las mujeres. Se propone explorar las opiniones de la población femenina en cuanto formato, imagen, contenido y lenguaje de la intervención. Así también, se propone indagar acerca de los conocimientos y actitudes hacia los estudios de detección temprana del cáncer de mama.

## **2. Participación**

La invitamos a participar de un grupo de conversación en el que participarán entre 6 y 12 mujeres. La conversación será guiada por un investigador con experiencia en este tipo de entrevistas, quien utilizará una guía de preguntas. Se le solicitará su opinión respecto a las diferentes piezas que formaron parte de la campaña y se indagará sobre su conocimiento sobre el cáncer de mama, haciendo especial énfasis en las pruebas de detección temprana. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no es preciso que lo haga. No hay respuestas correctas o incorrectas. Tampoco es una prueba ni una evaluación.

La conversación durará como máximo una hora y media. Si está de acuerdo, la conversación será grabada para asegurarnos que todo lo que usted mencione sea tomado en cuenta cuando analicemos las respuestas. No se tomarán fotografías en el encuentro.

## **3. Privacidad de las opiniones**

Todo lo que hablemos en esta reunión será absolutamente confidencial, es decir que no se revelarán los nombres de las participantes. Sus datos personales no serán compartidos con nadie fuera del equipo de investigación. Su nombre no será mencionado en los reportes, presentaciones o publicaciones derivadas de este estudio.

## **4. Riesgos/beneficios**

No hay riesgos asociados a la participación en las entrevistas. No hay beneficios directos por participar en este estudio, aunque si usted está de acuerdo en participar, la información obtenida podría ser de utilidad para la orientación del diseño de campañas de comunicación sobre el cáncer de mama en nuestro país.

## **5. Costo/remuneración**

Participar del grupo de conversación no tendrá ningún costo para usted ni se le pagará por participar.

## **6. Participación voluntaria**

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si no desea hacerlo, o si quiere retirarse antes de terminar, o no desea contestar alguna de las preguntas

planteadas puede hacerlo libremente y no perjudicará la atención que usted recibe.

## **7. Publicación**

Finalizado el estudio, se realizará una publicación científica para comunicar los hallazgos de esta investigación y podrá acceder a una copia si así lo desea.

## **8. Contacto**

Si Usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor póngase en contacto con Lila Bendersky al número de teléfono (011) 15 5 862 3163 o por correo electrónico [lilabendersky@gmail.com](mailto:lilabendersky@gmail.com)

*GRACIAS POR LEER ESTA HOJA DE INFORMACIÓN*

---

### ***DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:***

- *He leído y entiendo la información que me brindaron*
- *He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha con las respuestas.*
- *Acepto voluntariamente participar en este estudio*
- *Entiendo que tengo derecho a retirarme de la entrevista en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencias.*

ACEPTO PARTICIPAR DEL ESTUDIO:      SI                      NO

\_\_\_\_\_

*Firma de la persona que obtuvo el consentimiento*

\_\_\_\_\_

*Fecha*

\_\_\_\_\_

*Firma de la participante*

\_\_\_\_\_

*Fecha*