

**ORIGINAL**

## SATISFACCIÓN Y EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA DE BARCELONA TRAS 10 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

Gemma Serral Cano (1,2,3), Rosa Puigpinós i Riera (1,2,3), Iolanda Robles Garrido (1,3), Mariona Pons-Vigués (1,2,3) y Carme Borrell (1,2,3,4)

- (1) Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.
- (2) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
- (3) Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau). Barcelona.
- (4) Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

### RESUMEN

**Fundamentos:** Con el fin de mejorar las estrategias de comunicación y aumentar la participación en el programa de cribado, se plantea describir las características sociodemográficas de las mujeres según su participación o no en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) en Barcelona (2007), analizar su grado de satisfacción y conocimientos del programa y conocer las expectativas de las no participantes respecto al programa.

**Métodos:** Estudio transversal en una muestra de 600 mujeres de 50 a 69 años empadronadas en Barcelona. Se realizó una entrevista telefónica con un cuestionario de 35 preguntas agrupadas en: conocimientos de la enfermedad y del programa, satisfacción con respecto al programa, expectativas (características que incentiven a la participación) y características sociodemográficas. La asociación entre los conocimientos y la satisfacción con las características sociodemográficas se analizaron mediante análisis bivariante y multivariante (modelos de poisson robusta). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las expectativas de las no participantes en el programa.

**Resultados:** De las 244 (40,7%) mujeres entrevistadas que no participaron en el PDPCM, 160 (65,6%) tenían estudios medios o superiores y 163 (66,8%) eran de clase social aventajada. De las 356 que indicaron ser participantes en el PDPCM 340 (95,5%) estaban satisfechas con el PDPCM en su conjunto.

**Conclusiones:** El grado de satisfacción y el conocimiento respecto al programa es muy elevado. Las expectativas expresadas sugieren que las mujeres reciben mensajes contradictorios en cuanto a la periodicidad del cribado (anual respecto bianual) y rango de edad (40-69 respecto 50-69).

**Palabras claves:** Cáncer de mama. Cribado. Mamografía. Participación del paciente. Satisfacción del paciente.

Correspondencia:

Gemma Serral  
Agència de Salut Pública de Barcelona  
Pl. Lesseps, 1  
08023 Barcelona  
gserral@aspb.cat  
No existe conflicto de intereses.

### ABSTRACT

#### Satisfaction and Expectations of the Women Participants and not Participants in the Breast Cancer Screening Programme in Barcelona after 10 Years of Operation

**Background** In order to improve the strategies of communication and to increase the participation in the screening program, one considers to describe the sociodemographic characteristics of participants and nonparticipants of the Breast Cancer Screening Program (BCSP) in Barcelona (2007), to analyse the degree of satisfaction and knowledge with the programme, and to know the expectations of nonparticipants with respect to the programme.

**Methods:** Cross-sectional study in a sample of 600 women between 50 and 69 years of age registered in Barcelona. A telephone interview was carried out using a questionnaire composed of 35 questions, grouped in: knowledge of the disease and the programme, satisfaction with the programme, expectations (characteristics which might increase participation) and sociodemographic characteristics. The association between knowledge and satisfaction with the sociodemographic characteristics was analysed by means of bivariate and multivariate analysis (robust poisson models). A descriptive analysis of the expectations of nonparticipants was carried out.

**Results:** Among the 244 nonparticipants interviewed, 160 (65,6%) had middle or superior studies, and 163 (66,8%) were of a privileged social class. Of 356 women that indicated to be participants in the PDPCM 340 (95,5%) were satisfied with the PDPCM globally.

**Conclusions:** The degree of satisfaction and knowledge with the programme is very high. The expectations indicated suggest that women receive contradictory messages with regard to periodicity (annual respect biannual) and age range (40-69 respect 50-69).

**Key words:** Breast cancer. Screening. Mammography. Patient participation. Patient satisfaction.

## INTRODUCCIÓN

En España el cáncer de mama fue la causa de 5.971 muertes en el año 2007 lo que supuso una tasa de mortalidad ajustada de 18,5 por 100.000 mujeres con un promedio de edad de 66 años<sup>1</sup>. En Barcelona, en las mujeres de 45 a 74 años el cáncer de mama fue la principal causa de defunción (tasa ajustada de 45,6 por 100.000 mujeres en el año 2007)<sup>2</sup>. Desde la década de 1980 los programas de cribado poblacional de cáncer de mama se han puesto en marcha en muchos de los países desarrollados ya que hay suficiente evidencia de la efectividad en la reducción de la mortalidad por esta causa en mujeres de 50 a 69 años<sup>3</sup>.

A finales del año 1995 se inició en Barcelona la fase piloto del Programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM). Progresivamente se fue implantando por toda la ciudad llegando definitivamente a cubrir toda la población diana a mediados del 2004. El programa se dirige a todas las mujeres residentes en la ciudad (empadronadas o no) de 50 a 69 años invitándolas a hacerse una revisión mamográfica gratuita cada dos años en los principales hospitales de la red pública<sup>4</sup>. Se realizan dos mamografías de cada mama con doble lectura radiológica. El resultado de la mamografía es enviado por correo postal y de no observarse ninguna anomalía la mujer es convocada dos años después. En el caso de ser necesario hacer estudios adicionales se la avisa por teléfono y posteriormente se le envían los resultados por carta siempre y cuando no sean de tipo patológico<sup>5-7</sup>.

En un programa de cribado la participación de la población a la que va dirigido es un aspecto clave para la consecución del objetivo primordial, el cual es contribuir a la disminución de la mortalidad por esa enfermedad<sup>8</sup>. Algunos estudios recientes sitúan la participación en los programas de cribado en España entre el 50% y el 65%<sup>3,9</sup>. En el caso de Barcelona la participación global está

alrededor del 50%, es desigual según los distritos de la ciudad y está fuertemente ligada al nivel socioeconómico, siendo los distritos más favorecidos los que presentan menores porcentajes de participación<sup>5-7</sup>. Estas desigualdades territoriales vienen en parte explicadas por el cribado fuera del programa, siendo las mujeres de mayor nivel socioeconómico las más asiduas al control mamográfico por parte de mutuas privadas o por otras vías distintas al programa poblacional<sup>10</sup>. La cobertura en Barcelona a nivel de control mamográfico fue del 76,1% (mujeres controladas por el programa y fuera del programa) en el año 2008<sup>11</sup>. Otra característica a tener en cuenta es la adherencia a un programa de cribado existiendo mujeres que participan cada vez que son convocadas (participantes regulares), u otras que participan de forma irregular; siendo en ambos casos participantes en un programa de cribado pero con características diferentes<sup>12</sup>.

El programa realiza sesiones informativas dirigidas por un lado a las mujeres de 50 a 54 años y, por otro, a los profesionales de salud de Barcelona (equipos de atención primaria). También hace difusión de material informativo (dípticos y pósters) por toda la ciudad. La comunicación e información a la población y a los profesionales sanitarios que se hacen desde el programa son claves para conseguir unos buenos niveles de participación. Después de 10 años de funcionamiento del programa, es necesario conocer la opinión y el nivel de satisfacción que tienen del programa que se les está ofreciendo.

Los objetivos de este estudio son describir las características sociodemográficas de las mujeres según participen o no en el programa de cribado, así como analizar el grado de satisfacción y conocimientos respecto al programa de detección precoz de cáncer de mama en las mujeres participantes. Y en las no participantes conocer las expectativas del programa de cribado para incentivarlas a participar.

## SUJETOS Y MÉTODOS

**Diseño, población de estudio y cálculo de la muestra.** Se trata de un estudio de diseño transversal. La población de estudio fueron las mujeres residentes en Barcelona con edades comprendidas entre 50 y 69 años, empadronadas y no institucionalizadas en el año 2006. La fuente de información fue el padrón de habitantes de la ciudad de Barcelona. La muestra de 600 mujeres se calculó con el programa Epi Info v.6, la población de referencia fue el padrón de habitantes con una prevalencia esperada de participación en el programa del 0,5 y un error muestral del 5% para un nivel de confianza del 95%. Se realizó un muestreo aleatorio simple según la población diana de los 10 distritos de la ciudad de Barcelona.

**Cuestionario y trabajo de campo.** El cuestionario se elaboró revisando cuestionarios de estudios con objetivos similares al nuestro, realizados tanto en el Estado Español como fuera de él<sup>13-17</sup>. Se realizó una fase piloto con 20 mujeres con el fin de validar el contenido y la comprensión. Los cambios fueron menores y se hicieron en base a las indicaciones propuestas por las mujeres. El cuestionario se desarrolló tanto en catalán como en castellano. Constó de 35 ítems agrupados en: 1) Conocimientos de la enfermedad, 2) Conocimientos del PDPCM, 3) Opinión sobre aspectos de divulgación del PDPCM, 4) Satisfacción entre las mujeres participantes en el PDPCM, 5) Expectativas en las no participantes.

Las mujeres objetivo del estudio recibieron previamente una carta en la cual se les describía, al igual que se les informaba de que en breve serían contactadas para ser entrevistadas. La encuesta fue telefónica y la realizaron desde el 22 de enero hasta el 24 de mayo del 2007 dos personas entrenadas. Se excluyó a aquellas mujeres a las que no se pudo localizar tras 5 llamadas realizadas en distintos horarios del día. Fueron sustituidas por otra de idéntico perfil (edad, territorio y

nivel de estudios) hasta alcanzar el número de encuestas necesarias a fin de obtener una muestra representativa. En total y para obtener una muestra de 600 mujeres se necesitaron un total de 934; de las no contactadas (n=334) al 43% no se las localizó en ninguno de los distintos horarios del día, el 32% tenían número de teléfono erróneo y el 25% se negaron a responder.

**Variables dependientes.** Las variables dependientes estaban agrupadas en los siguientes conceptos:

- Satisfacción con el PDPCM. Se preguntó por distintas características como son: la satisfacción con el programa en su conjunto (tomada ésta como valoración global), con la organización del programa, con el trato recibido por parte del personal sanitario, con la profesionalidad del personal sanitario, con la información recibida a lo largo de todo el proceso y con el equipamiento e instalaciones donde se realizó la mamografía.
- Conocimientos de la enfermedad. Este concepto incluía dos preguntas: ¿cree que hacerse una mamografía periódica (cada 2 años) es bueno para su salud? y ¿cree que el cáncer de mama detectado de forma precoz se puede curar?
- Conocimientos del PDPCM. Incluía, las preguntas: ¿cree que el material informativo del programa contenía información útil? y, a las mujeres que indicaron haber asistido a las sesiones informativas se les preguntó, ¿cree que la información que se dio en las sesiones informativas fue útil?

Las preguntas sobre la satisfacción se midieron según la escala de Likert con 5 valores que oscilaban entre: ‘muy satisfecha’ a ‘muy insatisfecha’. Siendo recodificada con «sí» (para los casos que indicaron muy satisfecha/bastante satisfecha) y «no» (para

ni satisfecha ni insatisfecha/ bastante insatisfecha/muy insatisfecha). Y finalmente, para conocimientos de la enfermedad y del PDPCM, también se utilizó para responder una escala de medida Likert con 5 valores que oscilaban entre: 'totalmente de acuerdo' a 'totalmente en desacuerdo'. Para el análisis las opciones de respuesta se recodificaron en «si» (totalmente de acuerdo/ de acuerdo) y «no» (ni en acuerdo ni en desacuerdo/ en desacuerdo/ totalmente en desacuerdo).

**Variables independientes.** Las variables independientes estudiadas fueron:

- Edad: categorizada en «50-59 años» y «60-69 años».
- Estado civil: categorizada en «casada» y «soltera/divorciada/viuda».
- Nivel de estudios: «sin estudios», «primarios» y «medios/superiores».
- Clase social: obtenida a partir de la ocupación de la mujer, o en su ausencia la de su pareja, utilizando la adaptación española de la clasificación británica realizada por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>18</sup>, agrupándose en la «clase no manual» (la más favorecida) y la «clase manual» (la menos favorecida).
- Privación socioeconómica de la zona de residencia: Se clasificó a las mujeres según la privación socioeconómica del distrito de residencia utilizando un índice similar al elaborado previamente en un estudio el cual identifica aquellas zonas con situaciones socioeconómicas más desfavorables en la ciudad de Barcelona<sup>19</sup>. Se pudo clasificar a las mujeres según la zona de residencia en: «mayor privación», «privación intermedia» o «menor privación».
- La realización de pruebas adicionales (Si/No).
- La participación en el PDPCM (Si/No).
- Y la adherencia, es decir, si la participante en el programa fue regular: «cada vez que me han avisado del programa he ido a hacerme la mamografía», o irregular: «no asistió todas las veces en las que fue convocada».

**Análisis de datos.** Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Se analizó la asociación entre los factores de conocimiento sobre la enfermedad y sobre el programa según las características de edad, clase social y participación en el programa. Posteriormente, con el objetivo de analizar la satisfacción en las mujeres participantes en el programa, se asoció la variable satisfacción con el PDPCM en su conjunto con las distintas variables sociodemográficas. También, se analizó la posible asociación entre las distintas características de satisfacción con el hecho de ser participante regular o irregular. Para valorar estas asociaciones se ajustaron modelos de regresión de poisson robusta calculando las Razones de Prevalencias (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). La base de datos, el tratamiento y el análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico STATA/SE versión 10.1 (College Station, TX)<sup>20</sup>. Finalmente, se describieron los motivos de no participación en el PDPCM y las expectativas que debería tener para incentivarlas a participar.

## RESULTADOS

**Participantes y no participantes en el programa.** Las mujeres participantes en el programa 186 (52,3%) tienen entre 50 y 59 años, 260 (73,0%) son casadas, 175 (49,2%) tienen estudios medios o superiores, 182 (51,1%) son de clases no manuales y 160 (44,9%) su zona de residencia es de privación intermedia. En el caso de las no participantes 132 (54,1%) tienen entre 60 y 69 años, 184 (75,4%) son casadas, 160

Tabla 1

Descripción y asociación de las variables sociodemográficas con la participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Barcelona, 2007

	Participantes		No participantes		P <sub>biv.</sub>	RP <sub>biv.</sub> (IC95%)	RP <sub>multi.</sub> (IC95%)
	n	%	n	%			
Grupos de edad							
50-59 años	186	52,25	112	45,90	0,127	1,11(0,97-1,27)	1,15(1,01-1,31)
60-69 años	170	47,75	132	54,10		1	1
Estado civil							
Soltera/Divorciada/Viuda	96	26,97	60	24,59	0,515	1,05 (0,91-1,22)	1,03(0,89-1,20)
Casada	260	73,03	184	75,41		1	1
Nivel de estudios							
Sin estudios	28	7,87	6	2,46	0,000	1,58 (1,31-1,90)	1,38(1,10-1,73)
Primarios	153	42,98	78	31,97		1,27 (1,10-1,46)	1,12(0,94-1,33)
Medios/Superiores	175	49,16	160	65,57		1	1
Clase social							
Manuales	174	48,88	81	33,20	0,000	1,29 (1,14-1,47)	1,10(0,93-1,30)
No manuales	182	51,12	163	66,80		1	1
Zona de residencia							
Mayor privación	105	29,49	51	20,90	0,000	1,44 (1,20-1,74)	1,29(1,05-1,57)
Privación intermedia	160	44,94	89	36,48		1,38 (1,15-1,64)	1,27(1,06-1,53)
Menor privación	91	25,56	104	42,62		1	1
TOTAL	356	100,0	244	100,0			

RP: Razón de prevalencias; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.Biv: Bivariado.Multi: Multivariado. Incluye todas las variables (edad, estado civil, nivel de estudios, clase social y zona de residencia).

(65,6%) tienen estudios medios o superiores, 163 (66,8%) son de clases no manuales y 104 (42,6%) tienen una zona de residencia de menor privación (ver tabla 1).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las participantes y no participantes en el programa de cribado, tal y como se puede observar en la tabla 1, con las variables sociodemográficas de nivel de estudios, clase social y zona de residencia de la mujer. En el caso del nivel de estudios, las mujeres de la categoría «sin estudios» tienen un 58% (RP:1,58 – IC95%:1,31-1,90) más de probabilidad de ser partici-

pantes en el PDPCM que las mujeres con «estudios medios o superiores». Por clase social son las mujeres de «clase manual» las que tienen un 29% (RP:1,29 – IC95%:1,14-1,47) más de probabilidad de participar en el programa que las de clase social «no manual». Y finalmente, por zona de residencia son las que residen en una «zona de mayor privación» (RP:1,44 – IC95%:1,20-1,74), al igual que las de «privación intermedia» (RP:1,38 – IC95%:1,15-1,64), las que tienen mayor probabilidad de participar en el programa que las mujeres que residen en una «zona de menor privación».

Tabla 2

Descripción y asociación de la satisfacción con el programa en su conjunto según las variables sociodemográficas en las mujeres participantes en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Barcelona, 2007

	Satisfacción (N=356)		P <sub>biv.</sub>	RP <sub>biv.</sub> (IC95%)	RP <sub>multi.</sub> (IC95%)
	n	%			
Grupos de edad					
50-59 años	176	94,62	0,401	0,98 (0,94-1,03)	0,98 (0,94-1,03)
60-69 años	164	96,47		1	1
Estado civil					
Soltera/Divorciada/Viuda	93	96,88	0,449	1,02 (0,97-1,07)	1,03 (0,98-1,08)
Casada	247	95,00		1	1
Nivel de estudios					
Sin estudios	26	92,86	0,573	0,96 (0,86-1,07)	0,98 (0,88-1,10)
Primarios	145	94,77		0,98 (0,94-1,03)	1,00 (0,94-1,07)
Medios/Superiores	169	96,57		1	1
Clase social					
Manuales	162	93,10	0,032	0,95 (0,91-0,99)	0,94 (0,88-1,00)
No manuales	178	97,80		1	1
Zona de residencia					
Mayor privación	101	96,19	0,534	1,05 (0,96-1,10)	1,06 (0,98-1,15)
Privación intermedia	154	96,25		1,03 (0,97-1,10)	1,05 (0,98-1,13)
Menor privación	85	93,41		1	1
Pruebas adicionales					
Si	41	100,00	0,136	1,05 (1,03-1,08)	1,06 (1,03-1,09)
No (control bienal)	293	94,82		1	1

RP: Razón de prevalencias; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%. Biv: Bivariado. Multi: Multivariado. Incluye todas las variables (edad, estado civil, nivel de estudios, clase social, zona de residencia y pruebas adicionales).

**Satisfacción entre las participantes en el programa de cribado.** De las 600 mujeres entrevistadas, 356 (59,3%) declararon haber participado en el programa. De éstas 340 (95,5%) indicaron estar satisfechas con el mismo en su conjunto. En la tabla 2, se observa que las más satisfechas fueron el grupo de «soltera/divorciada/viuda» frente a las «casadas» (RP:1,02 – IC95%:0,97-1,07), aunque este resultado no es estadísticamente significativo. En el caso de la clase social, 162 (93,1%) mujeres de «clase manual» indicaron estar satisfechas con el programa y en el caso de las «no manuales» fueron 178

(97,8%) ( $p < 0,05$ ). Por zona de residencia fueron las mujeres que residen en zonas de «mayor privación» o «privación intermedia» respecto a las que residen en una zona con «menor privación» las que tienen mayor probabilidad de estar satisfechas con el programa. Finalmente, las mujeres a las cuales se les indicó la realización de «pruebas adicionales» estuvieron más satisfechas que las mujeres a las que se les convoca «al cabo de 2 años» (RP:1,05 – IC95%:1,03-1,08).

Diferenciando a las participantes en el programa de cribado poblacional según su

Tabla 3

Descripción y asociación de los factores de satisfacción sobre el programa según la adherencia en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Barcelona, 2007

	Participante regular		Participante irregular		p	RP (IC95%)
	n	%	n	%		
Esta satisfecha con el programa en su conjunto						
Si	199	95,67	141	95,27	0,857	1,00 (0,96-1,05)
No	9	4,33	7	4,73		1
Esta satisfecha con la organización del programa						
Si	201	96,63	141	95,27	0,514	1,01 (0,97-1,06)
No	7	3,37	7	4,73		1
Esta satisfecha con el trato recibido por parte del personal sanitario						
Si	203	97,60	140	94,59	0,137	1,03 (0,99-1,08)
No	5	2,40	8	5,41		1
Esta satisfecha con la profesionalidad del personal sanitario						
Si	200	96,15	138	93,24	0,217	1,03 (0,98-1,09)
No	8	3,85	10	6,76		1
Esta satisfecha con la información recibida a lo largo de todo el proceso						
Si	177	85,10	130	87,84	0,459	0,97 (0,89-1,05)
No	31	14,90	18	12,16		1
Esta satisfecha con el equipamiento y las instalaciones donde se realizó la mamografía						
Si	176	84,62	121	81,76	0,475	1,03 (0,94-1,14)
No	32	15,38	27	18,24		1
TOTAL	208	100,00	148	100,00		

RP: Razón de prevalencias de la participante regular; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.

adherencia al mismo y analizando la asociación entre el grado de satisfacción en los distintos aspectos (como son: «el programa en su conjunto», «la organización del programa», «trato recibido por parte del personal sanitario», «profesionalidad del personal sanitario», «información recibida a lo largo de todo el proceso» y «equipamiento e instalaciones en las cuales se realizó la mamografía»), se observa que las participantes regulares están más satisfechas que las participantes irregulares en todos los aspectos excepto en «la información recibida a lo largo de todo el proceso», aunque no existen diferencias significativas entre unas y otras en ninguno de los casos (tabla 3).

### Conocimientos del programa de cribado y de la prevención del cáncer de mama.

En la tabla 4, se muestran las respuestas de las mujeres entrevistadas sobre algunos factores de conocimiento como la utilidad de la mamografía, la detección precoz, el material del programa o las sesiones informativas realizadas desde el programa. Cabe destacar que el conocimiento es elevado aunque la asistencia a las sesiones informativas es muy baja. Por clase social son las mujeres de clase no manual las que tienen mayor probabilidad de conocer la utilidad de la mamografía (RP:0,96 – IC95%:0,92-1,00) y la detección precoz (RP:0,84 – IC95%:0,78-0,91); en cambio, los aspectos vinculados al programa

Tabla 4

Descripción y asociación de los factores de conocimiento sobre el cáncer de mama y sobre el programa de cribado según la edad, la clase social y la participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Barcelona, 2007

		Sí		No		P	RP (IC95%)
		n	%	n	%		
Conoce la utilidad de la mamografía							
Grupos de edad	50-59 años	286	95,97	12	4,03	0,043	1,04 (1,01-1,09)
	60-69 años	278	92,05	24	7,95		1
Clase social	Manuales	234	91,76	21	8,24	0,047	0,96 (0,92-1,00)
	No manuales	330	95,65	15	4,35		1
Participación en el programa	Participante	343	96,35	13	3,65	0,003	1,06 (1,02-1,11)
	No participante	221	90,57	23	9,43		1
Cree que el cáncer de mama detectado a tiempo se puede curar							
Grupos de edad	50-59 años	265	88,93	33	11,07	0,010	1,09 (1,02-1,17)
	60-69 años	246	81,46	56	18,54		1
Clase social	Manuales	196	76,86	59	23,14	0,000	0,84 (0,78-0,91)
	No manuales	315	91,30	30	8,70		1
Participación en el programa	Participante	310	87,08	46	12,92	0,111	1,06 (0,99-1,13)
	No participante	201	82,38	43	17,62		1
Conoce el material de difusión del programa							
Grupos de edad	50-59 años	206	69,13	92	30,87	0,000	1,29 (1,13-1,47)
	60-69 años	162	53,64	140	46,36		1
Clase social	Manuales	165	64,71	90	35,29	0,145	1,10 (0,97-1,25)
	No manuales	203	58,84	142	41,16		1
Participación en el programa	Participante	272	76,40	84	23,60	0,000	1,94 (1,64-2,29)
	No participante	96	39,34	148	60,66		1
Asistió a las sesiones informativas que realiza el programa							
Grupos de edad	50-59 años	16	5,37	282	94,63	0,216	1,62 (0,75-3,52)
	60-69 años	10	3,31	292	96,69		1
Clase social	Manuales	11	4,31	244	95,69	0,984	0,99 (0,46-2,12)
	No manuales	15	4,35	330	95,65		1
Participación en el programa	Participante	20	5,62	336	94,38	0,062	2,28 (0,93-5,61)
	No participante	6	2,46	238	97,54		1

RP: Razón de prevalencias de la participante; IC95%: Intervalo de Confianza del 95%.

(material del programa y sesiones informativas) tienen mayor probabilidad de ser conocidos por las mujeres de clase social manual, aunque en este caso los resultados no fueron estadísticamente significativos.

**Expectativas de las no participantes en el programa de cribado.** De las no participantes en el programa de cribado, 19 (7,8%) indicaron no haberse realizado una mamografía nunca y 225 (92,2%) alegaron estar



Tabla 5

**Descripción de los motivos de no participación en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama según la categoría de mujer no participante y expectativas de las no participantes en el programa pero que se controlan por otras vías. Barcelona, 2007**

<b>No participantes en el programa (N=244)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Motivos de no participación en el programa (N=225)		
No se enteró	1	0,44
Miedo a la mamografía	1	0,44
Horario inadecuado	2	0,89
Se controla en el hospital	6	2,67
Se controla en la privada	171	76,00
Se controla en la Seguridad Social	44	19,56
Total	225	100
Nunca se han realizado una mamografía (N=19)		
Motivos ideológicos	1	5,26
No cree en la prevención	7	36,84
Miedo a las radiaciones	1	5,26
Innecesario	9	47,31
Ns/Nc	1	5,26
Total	19	100
<b>No participantes en el programa pero que se controlan por otras vías (N=225)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Expectativas		
Mamografía anual	95	42,22
Dar la mamografía al momento	12	5,33
Dar resultado al momento	7	3,11
Elaborar un informe de la prueba más detallado	7	3,11
Comenzar a citar a los 40 años	55	24,44
Otras (contenta con la situación actual)	49	21,78
Total	225	100

controladas a nivel mamográfico por otras vías fuera del programa.

Los motivos indicados por las mujeres que nunca se han realizado una mamografía fueron, básicamente, porque creen que es «innecesario» (47,4%) o por «no creer en la prevención» (36,8%).

El resto de las no participantes (n=225) indicaron estar controladas por la sanidad privada 171 mujeres (76,0%) o por otras vías públicas no vinculadas al programa de criba-

do en total 44 mujeres (19,6%). A éstas se les preguntó por las expectativas que debería tener el programa para incentivarlas a participar, siendo los requisitos la periodicidad (anual) y el rango de edad (iniciar mamografías a partir de los 40 años), tabla 5.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que el grado de satisfacción y conocimiento con

el programa de cribado en las mujeres es muy elevado. Las mujeres de 50 a 59 años y las participantes en el programa tienen más conocimiento de los aspectos vinculados con el cáncer de mama, así como con el programa que se les ofrece. Por el contrario, las no participantes inciden en aspectos tales como la periodicidad del cribado y el rango de edad de actuación.

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres del estudio se asemejan a los resultados hallados en un estudio realizado en Navarra el cual evalúa los factores predictores de participación en un programa de cribado, hallando que las características de las participantes son mujeres casadas y cuyo nivel social es medio o bajo<sup>21</sup>.

El grado de satisfacción por parte de las usuarias del programa ha sido muy elevado y estos resultados concuerdan con los obtenidos en distintos estudios del país<sup>22</sup>. Recientemente, el programa de detección precoz de cáncer de mama de Cantabria ha evaluado la satisfacción de las usuarias sobre distintos aspectos del programa, hallando porcentajes similares a los obtenidos en nuestro estudio, como por ejemplo, el trato recibido por parte del personal sanitario indicando que el 98% de las encuestadas estaban satisfechas<sup>23</sup>.

Al desagregar la información sobre el grado de satisfacción en las mujeres participantes según la adherencia en el programa, tenemos que las participantes regulares están más satisfechas que las participantes irregulares en todos los aspectos analizados excepto en «la información recibida a lo largo de todo el proceso» (aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos en ninguno de los casos). Respecto a este último aspecto, no hay que olvidar que se trata de un programa poblacional dirigido a una población asintomática. La visión es global y por tanto, no existe una relación directa entre el profesional de salud y la mujer, como se da en la consulta médica.

Los conocimientos básicos del cáncer de mama están ampliamente difundidos por las usuarias del programa de cribado. Las mujeres están concienciadas frente al cáncer de mama y frente a la prevención secundaria, hecho ya analizado y estudiado<sup>21</sup>. El material de difusión del programa también es conocido, no así las sesiones informativas que desde el programa se llevan a cabo. Este suceso nos lleva a reflexionar sobre la estrategia que debemos seguir para poder captar e informar de una manera clara y concisa a la población diana. Existe una revisión sistemática que analiza la efectividad de diferentes estrategias para incrementar la participación de las mujeres invitadas en el programa de cribado de cáncer de mama, en la que se concluye que realizar acciones combinadas (como una carta de invitación más una llamada telefónica y actividades de recordatorio) parece tener mayor repercusión en las tasas de participación<sup>24</sup>.

Este estudio muestra que las mujeres no participantes en el programa de cribado tienen un mayor nivel educativo (65,6% de las no participantes tienen estudios medios /superiores), este resultado concuerda con otro estudio realizado en las Islas Baleares<sup>25</sup>. Cabe destacar que esto no significa que las mujeres no se controlen a nivel mamográfico, puesto que en un estudio realizado en el ámbito de Catalunya se describió cómo las mujeres con mayor nivel educativo tenían contratada una mutua de salud privada más frecuentemente que las de menor nivel (es decir, previo pago del servicio)<sup>26</sup>. Las mujeres de zonas de la ciudad cuyo nivel socioeconómico es elevado tienen mayor propensión a la doble cobertura, mayor control mamográfico por parte de la privada y, por tanto, una menor participación en el programa de cribado poblacional<sup>27</sup>.

Al diferenciar a las no participantes en el programa según mujeres que *se controlan por otras vías* y las que *nunca se han realizado una mamografía* se observan dos realidades muy distintas con abordajes diferen-

tes. Las primeras en nuestro estudio alegan como motivos de no participación aspectos tales como la realización de la mamografía de forma anual y adelantar la citación de las mujeres a partir de los 40 años. Estos dos criterios se encuentran al margen del programa poblacional que se les ofrece. Aún así creemos que es un hallazgo en el sentido de que las mujeres de alguna manera se preocupan por conocer y saber sobre el cáncer de mama, aunque a veces la información que reciben puede ser contradictoria<sup>28,29</sup>. Es por eso que la estrategia fundamental es informar de todos los aspectos tanto de las ventajas como de los inconvenientes<sup>30</sup>. En el segundo caso, es decir las mujeres entrevistadas que dicen no haberse realizado nunca una mamografía aluden aspectos tales como que *la mamografía periódica es innecesaria* o por *no creer en la prevención*. No se puede esperar una participación del 100%, lo que establecen las guías europeas es una participación voluntaria superior al 70%<sup>31</sup>.

Indicar que un porcentaje considerable de las mujeres no participantes (92%) están contentas con otras vías de control mamográfico (ya sea por mutuas privadas o por otras vías públicas distintas al programa). En Barcelona, en el año 2006, cerca del 35% de la población tenía doble cobertura sanitaria (pública y privada), sobretudo las mujeres de clases aventajadas<sup>32</sup>. Hay distintos aspectos que inciden de una forma directa en los programas de cribado poblacional haciendo que las diferencias sociales entre las mujeres no participantes en el PDPCM sean todavía más acentuadas<sup>10</sup>.

La principal aportación es el conocimiento de la opinión de las mujeres de la ciudad respecto al programa, evaluación necesaria a llevar a cabo con cierta periodicidad. Por tanto, después de más de 10 de años de implantación del programa de cribado en la ciudad de Barcelona se evalúa el grado de satisfacción de las mujeres participantes, así como conocer las expectativas por parte de

aquellas mujeres no participantes con el fin de intentar mejorar aquellos aspectos que contribuyen a aumentar el grado de participación y a reducir la mortalidad por cáncer de mama.

En lo referente a las mujeres no localizadas para realizar la encuesta telefónica, podría introducir un sesgo de selección al estar menos representadas un sector de mujeres que otras; aunque no afecta a la distribución de la participación en el PDPCM en nuestra muestra (59%) ya que ésta se asemeja al de la población general (54% en el año 2008)<sup>11</sup>. Por otro lado, en un estudio publicado recientemente, cuyo fin era conocer las causas de no participación en un programa de cribado poblacional en Almería indicaron el alto porcentaje de sustitutas, más del 40%, debido a un problema de calidad en la fuente de información como es el padrón. En nuestro caso, el porcentaje ha sido algo inferior, pero queremos incidir que en todo momento se ha controlado que las sustitutas no difirieran de las no localizadas en cuanto a edad, territorio y nivel de estudios. Aún así, el bajo coste de la encuesta telefónica la convierte en una buena alternativa para la investigación de salud pública que requiera la recogida de datos por entrevista<sup>33</sup>. Por último, queremos destacar que no localizar a una mujer para realizarle la entrevista no comporta que ésta sea no participante en el programa, ya que los datos necesarios para citar a la mujer son los de la dirección postal.

En este apartado no se discuten otros temas como serían los conocimientos y la satisfacción de las mujeres inmigrantes o los profesionales de salud, ya que desde el programa de cribado de cáncer de mama en Barcelona se está elaborando sendos estudios con el fin de evaluar y revisar la calidad del programa poblacional desde distintos enfoques<sup>11,34</sup>.

En conclusión, este estudio ha mostrado que el nivel de satisfacción hacia el programa

es muy alto, así como, el conocimiento que de él poseen. En cuanto a la no participación en el programa está asociado a algunas condiciones sociodemográficas de las mujeres.

Asimismo, las expectativas indicadas por las mujeres no participantes no influyen en la dinámica del programa pero si en el mensaje y en los mecanismos de comunicación que el programa debe establecer. El hecho de desagregar a las mujeres en distintos grupos como ha sido el caso de las participantes *regulares* y las *irregulares*, o las mujeres que indican *controlarse por otras vías distintas al programa* y las que *nunca se han realizado una mamografía*, ha ayudado a tener en cuenta distintos aspectos y así facilitará en el futuro el poder focalizar y establecer actuaciones más dirigidas a subgrupos de mujeres. Se debe seguir trabajando en los aspectos de comunicación teniendo en cuenta que se debe informar de los beneficios y también sobre los riesgos y las incertidumbres del cribado de cáncer; con el fin que las mujeres dispongan de toda la información posible para que así puedan decidir libremente el participar en un programa de cribado.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas aquellas mujeres que fueron entrevistadas para este estudio. Así como, a Patricia Altimira y Dolores Martos por su aportación al mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por cáncer y otras causas en España, año 2007 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.isciii.es/htdocs/pdf/mort2007.pdf](http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mort2007.pdf).
2. Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.
3. Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. p. 17-126.
4. Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona. Document marc 2004. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consorci Sanitari de Barcelona; 2005.
5. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona. Núm.1: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2005 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/documents\\_cancer\\_mama.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm).
6. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona. Núm.2: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/documents\\_cancer\\_mama.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm).
7. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona. Núm.3: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/documents\\_cancer\\_mama.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm).
8. Galdón MJ, Durá E, Andreu Y, Tuells J. Creencias de Salud Relacionadas con la Participación en un Programa de Cribado Mamográfico. *Psicol Conductual*. 2000;8:357-73.
9. Luengo-Matos S, Polo-Santos M, Saz-Parkinson Z. Mammography use and factors associated with its use after the introduction of breast cancer screening programmes in Spain. *Eur J Cancer Prev*. 2006; 15:242-8.
10. Borràs JM, Guillen M, Sánchez V, Juncà S, Vicente R. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *Eur J Cancer Prev*. 1999;8:427-34.
11. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona. Núm.5. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/documents\\_cancer\\_mama.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm).
12. Tang TS, Patterson SK, Roubidoux MA, Duan L. Women's mammography experience and its impact on screening adherence. *Psychooncology*. 2009; 18:727-34.

13. Cockburn J, Hill D, Irwig L, De Luise T, Turnbull D, Schofield P. Development and validation of an instrument to measure satisfaction of participants at breast screening programmes. *Eur J Cancer*. 1991;27:827-31.
14. Gil F, Kash K. Grado de satisfacción alcanzado en mujeres con normal o alto riesgo hereditario de cáncer de mama. Participantes en un programa de detección precoz. *Oncología* 1996;19:583-44.
15. Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Carretero S, Tuells J. Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78:65-82.
16. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Balance año 1995-2003. Bilbao: Gobierno Vasco; 2004. p.1-8.
17. Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, Pereiro I, Salas MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanit*. 2002;16:230-5.
18. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFC. *Aten Primaria* 2000; 25:350-63.
19. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, Ramis R, Saurina C, Escolar-Pujolar A. Constructing a deprivation index based on census data in large Spanish cities (the MEDEA project). *Gac Sanit*. 2008;22:179-87.
20. StataCorp. 2007. Stata Statistical Software: Release 10. College Station, TX: StataCorp LP.
21. Lostao L. Factores predictores de la participación en un programa de screening de cáncer de mama: implicación del modelo de creencias de salud y de las variables sociodemográficas. *Reis: Rev Esp Inv Sociol*. 2000;92:169-90.
22. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Informes de Salud (informe nº 55). Análisis de la satisfacción de las usuarias del Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana; 2000.
23. Programa de detección precoz de cáncer de mama. Estudio de satisfacción de las usuarias 2009. Santander: Gobierno de Cantabria; 2009.
24. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;1:CD002943. Review.
25. Esteva M, Ripoll J, Leiva A, Sánchez-Contador C, Collado F. Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. *BMC Public Health*. 2008;8:387.
26. Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A: Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care*. 2001;13:117-25.
27. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, Spadea T, Kunst AE, Borrell C. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 2010;39:757-65.
28. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000; 355:129-34.
29. Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet*. 2001;358:1340-2.
30. California Health Benefits Review Program Analysis of Assembly 56: Mammography, 2009 [citado 30 de marzo de 2010]. [www.chbrp.org/documents/ab\\_56\\_fnlsum.pdf](http://www.chbrp.org/documents/ab_56_fnlsum.pdf).
31. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
32. Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/docs/Enquesta%20Salut%20Barcelona%202006.pdf](http://www.aspb.cat/quefem/docs/Enquesta%20Salut%20Barcelona%202006.pdf).
33. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit*. 2004;18:440-50.
34. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona. Núm.4. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009 [citado 30 de marzo de 2010]. Disponible en: [www.aspb.cat/quefem/documents\\_cancer\\_mama.htm](http://www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm).

