



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**CREENCIAS DE UN GRUPO DE MUJERES  
SOBRE LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA  
POR MASTOGRAFÍA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A:  
PÉREZ ROBLES JESSICA JOUSET  
No de Cta: 304190531

DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA: SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO

México, D.F. Noviembre 2011





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco principalmente a Dios, por darme el don de la vida y porque me permitió llegar a donde actualmente me encuentro y ser la mujer que soy.

Hoy comprendo que aunque he cumplido una gran meta profesional, aún me falta mucho por recorrer, y es por eso que espero en Dios seguir teniendo una vida llena de éxitos con ayuda de su fortaleza y sabiduría.

A mis padres, que junto a mí han recorrido este gran camino, les agradezco mucho su apoyo y su cariño, gracias por estar conmigo brindándome siempre su ayuda.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por ofrecerme las mejores oportunidades para desarrollarme profesionalmente.

A mi asesora Sofía Elena Pérez Zumano que me apoyó para culminar esta tesis con éxito. Gracias por despertar en mí el gusto e interés por la investigación, por los conocimientos transmitidos, su confianza y sobre todo su paciencia.

A todas las mujeres entrevistadas que aceptaron participar en esta investigación, quien sin su colaboración no hubiera sido posible la culminación de esta tesis.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis en primer lugar me la dedico a mí misma, porque a pesar de mis triunfos y fracasos he aprendido a salir adelante, también se la dedico a Dios porque sin él no hubiera sido posible llegar a esta gran cima.

A mis padres Lupita y Teodoro, porque me supieron guiar por el buen camino. Les agradezco mucho su ayuda, porque a pesar de todo me han enseñado a encarar las adversidades de la vida, sin perder nunca la fe y desfallecer en el intento. Gracias por darme todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño por salir adelante.

A mis hermanos Paco, Israel y Sergio, gracias por compartir muchos años juntos y por la ayuda brindada.

A mis abuelitos María y Pedro, que aunque conviví muy poco con ellos, siempre los tengo presentes en mi corazón y se que estarían muy orgullosos de mi.

También agradezco a mis familiares y amigos que me acompañaron a lo largo de mi trayectoria escolar, quiénes con sus más sinceras palabras me transmitieron siempre su apoyo.

## RESUMEN

**Introducción.** En el 2010 cada 2 horas murió una mujer mexicana por cáncer de mama (CaMa), convirtiéndose así en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 años y más. El método de detección oportuna es la mastografía, sin embargo existen pocos reportes de investigación hechos en nuestro país sobre cómo influyen las creencias de las mujeres en la realización de ésta, por lo que el objetivo del estudio fue explorar la relación que existe entre las creencias de salud sobre la mastografía en un grupo de mujeres sanas con algunas variables sociodemográficas.

**Metodología.** Estudio descriptivo, transversal y correlacional. Se incluyen a 100 mujeres que acuden a las diferentes unidades móviles del PAICMA (Inmujeres DF) que hacen mastografías gratuitas. La escala aplicada fue elaborada por la Dra. Champion y consta de 4 dimensiones: susceptibilidad, beneficios de la mastografía, barreras de la mastografía y motivación para la salud.

**Resultados.** Las mujeres >61 años son las que se sienten menos susceptibles al CaMa en comparación con las mujeres más jóvenes, y las mujeres >52 años son las que perciben más barreras para realizarse una mastografía, siendo éste un grupo muy vulnerable para el CaMa. Así mismo, las de menor nivel escolar son quienes no se autoexploran y tienen mayores barreras en torno a la mastografía, ellas catalogan a la mastografía como un procedimiento doloroso y vergonzoso.

**Conclusiones.** El rol de enfermería es fundamental para modificar las barreras que tienen las mujeres hacia la mastografía, a través de promoción de la salud de la mama, dirigida hacia el reconocimiento y aplicación de los métodos de detección oportuna para hacer el diagnóstico de la enfermedad en estadios iniciales en aras de mejorar el pronóstico y calidad de vida de las mujeres.

**Palabras clave:** creencias, cáncer de mama, mastografía, barreras, susceptibilidad, beneficios, motivación para la salud.

## ÍNDICE

<b><u>1. INTRODUCCIÓN</u></b>	1
<b><u>2. MARCO TEÓRICO</u></b>	3
2.1 Epidemiología del cáncer de mama	3
2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002	4
2.3 Programas de detección y prevención para el cáncer de mama	4
2.4 Antecedentes del Modelo de Creencias de Salud	5
2.5 Definición de términos	7
2.5.1 Creencia	7
2.5.2 Salud	7
2.5.3 Mastografía	7
2.6 Dimensiones del Modelo de Creencias de Salud	8
2.7 Reportes de investigación	10
<b><u>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u></b>	15
3.1 Pregunta de investigación	16
3.2 Hipótesis	17
3.3 Objetivo	17
<b><u>4. METODOLOGÍA</u></b>	18
4.1 Tipo de estudio	18
4.2 Población y muestra	18
4.2.1 Criterios de inclusión	18
4.2.2. Criterios de exclusión	18
4.3 Variables de estudio	19
4.4 Procedimiento	21
4.4.1 Para la recolección de los datos	21
4.4.2 Para el análisis de los datos	21
4.4.3 Descripción del instrumento de medición	21

4.4.4 Aspectos éticos y legales	24
<b><u>5. RESULTADOS</u></b>	25
5.1 Caracterización de la muestra	25
5.2 Creencias de Salud de la mastografía y la autoexploración mamaria.	26
5.3 Autoexploración mamaria y variables sociodemográficas	26
5.4 Creencias de Salud de la mastografía y variables sociodemográficas.	27
5.5 Cuadros y figuras de resultados.	31
<b><u>6. DISCUSIÓN</u></b>	46
<b><u>7. CONCLUSIONES</u></b>	53
7.1 Anexos	56
<b><u>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	67

## **1. INTRODUCCIÓN**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama (CaMa) es el tipo de cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo. El CaMa representa un grave problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres, tanto en Latinoamérica como en el ámbito mundial.

En México, más de 15 millones de mujeres tienen entre 40 y 69 años de edad y son muy susceptibles de desarrollar el cáncer de mama, se ha demostrado que la mortalidad por esta causa ha ido en aumento dentro de los últimos años. En el año 2010 se incrementó la mortalidad a causa del cáncer de mama, en nuestro país se reportaron 5 mil 113 defunciones, es decir, que cada dos horas una mujer murió a causa del cáncer mamario, lo cual resulta ser muy alarmante.

Actualmente este es el sorprendente panorama que vivimos, nos encontramos ante un problema de gran magnitud, muchas de las veces es poco reconocido como tal en diversas regiones de nuestro país y del mundo entero, pero que cuyo impacto rebasa más allá de las expectativas de salud de la mujer tanto en el aspecto individual, como en lo afectivo, familiar, social y también a nuestro sistema de salud.

En este contexto, está comprobado que la mastografía es el único método de diagnóstico para detectar oportuna y eficazmente el cáncer de mama, reduciendo así su incidencia. Aunque también cabe destacar la importancia de promover la autoexploración mamaria entre todas las mujeres a partir de la pubertad, a pesar de que tal y como lo establece la OMS no existen datos acerca del efecto del cribado mediante la autoexploración mamaria, pero se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres haciéndolas responsables y concientizándolas sobre su propia salud.

El objetivo del estudio fue explorar la relación que existe entre las creencias de salud sobre la mastografía en un grupo de mujeres sanas con algunas variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y práctica de autoexploración mamaria.

De acuerdo a la metodología, la población de estudio estuvo conformada por 100 mujeres sanas que se entrevistaron al acudir a las diferentes unidades móviles que realizan mastografías gratuitas del PAICMA-Inmujeres DF. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y correlacional. El instrumento de medición fue validado por la autora del mismo, la doctora Victoria Lee Champion.

El análisis de datos se efectuó con ayuda del paquete estadístico computarizado para las ciencias sociales (SPSS) versión 15.

En el capítulo de resultados se encontró que las mujeres >61 años son las que se sienten menos susceptibles al CaMa y las mujeres mayores de 52 años son las que perciben más barreras para realizarse una mastografía, siendo éste un grupo muy vulnerable porque entre más edad tenga la mujer mayor es el factor de riesgo para el CaMa. Así mismo, las mujeres con menor nivel escolar son quienes no se autoexploran y son las que tienen mayores barreras en torno a la mastografía. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en la literatura.

Los resultados del estudio demuestran la importancia de que las enfermeras formulemos nuevas estrategias de prevención, para implementarlas en un futuro con el fin de incrementar el uso de los métodos de detección oportunos para el CaMa entre las mujeres, sin olvidarnos de que la información que transmitiremos será distinta para cada una de ellas, tomando en cuenta su nivel de escolaridad y su edad, sin perder de vista que tenemos que respetar cada una de sus creencias, contribuyendo así al bienestar y calidad de vida de la mujer.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Epidemiología del cáncer de mama

De acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, viéndose que el número de casos aumenta considerablemente en todo el mundo, con diferencias relevantes en la tasa de incidencia y el riesgo de morir según sea la región geográfica.<sup>1-4</sup>

Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud, una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida. El cáncer mamario dejó de estar rodeado a los países desarrollados y a las mujeres con óptimos recursos económicos, incluso ha desplazado al cáncer cervicouterino en varias regiones de Latinoamérica, ocupando así la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres.<sup>1,4</sup>

En México, el cáncer de mama (CaMa) constituye un grave problema de salud pública. Se dice que en el año 2010 cada dos horas murió una mujer a causa de esta terrible enfermedad, convirtiéndose así en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 años y más. La tasa de mortalidad del CaMa se ha ido incrementando dentro de los últimos años e incluso ha superado a la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino. Todo esto representa en la actualidad uno de los principales desafíos para el sistema de salud en nuestro país, y que sin lugar a dudas tendrá mayor relevancia en el futuro.<sup>5-9</sup>

Es por eso que se considera de suma importancia hacer énfasis en realizar promoción para la salud, así como promover una detección temprana para contrarrestar el CaMa, estos son aspectos muy relevantes que se tratan con mayor detalle en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002.

## **2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002**

En el mes de septiembre del año 2003 es publicada en nuestro país la NOM-041-SSA2-2002 utilizada para la “Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama”, la cual es una herramienta legal de observancia obligatoria para todo el personal de salud, profesional y auxiliar de los sectores público, social y privado que brinden atención médica.<sup>10</sup> Esta Norma Oficial Mexicana nos menciona tres tipos de intervenciones para la detección oportuna del cáncer mamario de acuerdo al grupo de edad de la mujer y así como de su vulnerabilidad, e incluyen la autoexploración mamaria, la exploración clínica de mamas y la mastografía.

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, también nos señala que las mujeres deben realizarse la autoexploración mamaria mensualmente a partir de la menarca, el examen clínico de mamas debe ser efectuado por un médico o enfermera capacitados y de forma anual a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, y por último la mastografía se recomienda anualmente o cada dos años a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años o más.<sup>10-11</sup> Hoy en día está comprobado que la mastografía es la principal técnica ampliamente reconocida y utilizada como método de detección oportuna para contrarrestar dicha enfermedad.<sup>12</sup>

## **2.3 Programas de detección y prevención para el cáncer de mama**

En nuestro país también existen diversos programas y asociaciones no gubernamentales que promueven la detección oportuna y prevención para el CaMa, que tienen como objetivo principal concientizar a las mujeres para que se realicen los estudios de detección de forma periódica, con el fin de prevenir y diagnosticar oportunamente cualquier anomalía, así como de llevar a cabo un tratamiento adecuado. Algunos de los programas que existen son:

- Fundación Mexicana de Fomento Educativo para la Prevención y Detección Oportuna de Cáncer de Mama (FUCAM).
- Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama (PAICMA- INMUJERES DF).
- Red de Mastógrafos del Distrito Federal (Secretaría de Salud-Unidades Médicas Móviles).
- Asociación Mexicana Contra el Cáncer de Mama A.C. (Fundación Cim\* ab)
- Tómatelo a pecho: <http://www.tomateloapecho.org.mx/>

Lo anterior nos hace destacar que aunque desde diversas instancias se promueven programas de prevención y detección del CaMa, existen varios reportes como la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva año 2003 y 2006,<sup>13-14</sup> que nos indican que los métodos de diagnóstico son poco utilizados por las mujeres, esto a pesar de que muchas de ellas ya los conocen, situación por la cual es de interés investigar por qué las mujeres no se autoexploran ni se realizan una mastografía por iniciativa propia, todo esto visto en torno a sus creencias y reflejado en sus comportamientos de salud.

Desde hace ya muchos años, se ha intentado dar respuesta al porqué las personas no participan en los programas de detección y prevención de las diversas enfermedades. De acuerdo a lo dicho anteriormente, se sabe que siempre ha existido esa gran incógnita al respecto, pues lo ideal es que las personas acudan con regularidad a sus revisiones periódicas de salud y hagan uso de la prevención, pero ahí está el gran dilema, pues no se sabe claramente a ciencia cierta lo que ocurre, pues cada persona es diferente y actúa de distinta manera, pero se sabe que existen diversos factores que intervienen (*factores demográficos* como la edad y el sexo; *sociopsicológicos* como la ansiedad y la personalidad; y *estructurales* como la educación e historia familiar).<sup>15</sup>

## **2.4 Antecedentes del Modelo de Creencias de Salud**

En el ámbito de la Psicología, existen diversos modelos teóricos que han tratado de explicar la ocurrencia de la conducta protectora de salud y de la prevención de las enfermedades. Entre esos diversos modelos teóricos, el que más destaca es el Modelo

de Creencias de Salud (MCS) y el cuál se utiliza para abordar esta investigación enfocado hacia las creencias de salud sobre la mastografía.

El Modelo de Creencias de Salud es el modelo más antiguo, fue desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos Americanos, entre los que destacaban los psicólogos G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock, y todos ellos formaban parte del *Public Health Service* estadounidense,<sup>15</sup> quienes intentaban dar respuesta a el porqué las personas no participaban en los programas de detección y prevención de las enfermedades.

Años más tarde, Rosenstock se encargó de desarrollar y aumentar el Modelo de Creencias de Salud, el cual fue modificado tiempo después por Becker y Maiman para dejarlo como en la actualidad lo conocemos.<sup>15-16</sup>

El modelo de creencias de salud fue una de las primeras teorías que han explicado el comportamiento de la salud, y ha sido este modelo el que más atención ha originado y el que hasta hoy en día ha generado un sin número de investigaciones, enfocadas en diversos temas del área de la salud como la caries dental, VIH, tuberculosis, entre otros.<sup>17-20</sup>

Muchas investigaciones también nos hablan sobre las creencias de salud en torno al cáncer de mama y de los factores psicosociales que pueden influir en la asistencia a los controles de mastografía. Como se puede observar en el Diagrama 1 (ANEXOS), este modelo postula que la posibilidad de que una mujer se someta a un control de mastografía dependería sobre su percepción de la vulnerabilidad al cáncer de mama, de la gravedad percibida sobre el cáncer de mama, y sobre los beneficios y barreras vinculadas a la mastografía.<sup>21-24</sup>

## **2.5 Definición de términos**

### **2.5.1 Creencia**

Antes de continuar abordando el Modelo de Creencias de salud se definirá lo que es una creencia, lo que es salud y lo que es una mastografía:

Se dice que una creencia es “una tendencia o disposición a describir o relacionar objetos, eventos o situaciones, usando premisas individuales o convencionales”,<sup>25</sup> es decir, las creencias son ideas que se consideran como verdaderas, y representan la convicción que una persona tiene sobre un determinado suceso. Las creencias están orientadas hacia el comportamiento, como algo que precede de una acción determinada.<sup>26</sup> Las creencias han sido consideradas como producto de la cultura de cada una de las personas, y son las encargadas de como vemos el mundo cada uno de nosotros.

### **2.5.2 Salud**

Por otro lado, la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social del individuo y no es solamente la ausencia de enfermedad o afecciones.<sup>27</sup> Otra definición nos dice que es una situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y de otras circunstancias anormales, no se considera como una definición estática.<sup>28</sup> Dicho en otras palabras, la salud forma parte de uno de los principales pilares de la calidad de vida y del bienestar de las personas.

### **2.5.3 Mastografía**

El estudio de la mastografía (también conocido como mamografía) se define como una imagen plana de la glándula mamaria que se obtiene mediante un instrumento de rayos X; el objetivo principal de la mastografía es reconocer lesiones pequeñas (< 0.5 cm)

para así poder facilitar un diagnóstico oportuno.<sup>8</sup> “La imagen de la glándula mamaria se forma debido a la diferente atenuación sufrida por los rayos X al atravesar los medios que componen la mama. El mapa bidimensional de radiación atenuada por la mama incurre sobre el receptor de imagen (la placa radiográfica en un mastógrafo convencional o el detector electrónico en un equipo digital) y allí se forma una imagen latente que es hecha visible por un proceso químico (equipo analógico con película) o electrónico (digital). La información tridimensional de la ubicación de la lesión se logra gracias a la obtención de dos proyecciones”.<sup>11</sup>

La mastografía tiene dos finalidades principales: de pesquisa o tamizaje y diagnóstica. La mastografía de tamizaje se realizará a las mujeres asintomáticas a partir de los 40 años de edad con fines de detección e incluirá proyección céfalo-caudal y medio lateral oblicua. La mastografía diagnóstica se realizará a las mujeres que tengan un estudio radiológico previo de tamizaje anormal o cuando exista alguna de las siguientes situaciones como: antecedente personal de cáncer, masa o tumor palpable, secreción sanguinolenta por el pezón, cambios en la piel del pezón o de la areola, mama densa, densidad asimétrica, distorsión de la arquitectura, microcalcificaciones sospechosas, ectasia ductal asimétrica.<sup>29-31</sup>

El resultado de ambos tipos de mastografía se reportará con la clasificación de BIRADS (Breast Imaging Report and Database System), que consta de 7 clases diferentes de acuerdo a su estadificación y cuyos valores van del 0 al 6. Ésta clasificación se utiliza con el fin de unificar criterios sobre los diferentes hallazgos y lesiones que son encontrados en los estudios de mastografía, así como establecer las pautas a seguir ante los diversos resultados.<sup>32</sup>

## **2.6 Dimensiones del Modelo de Creencias de Salud**

Por otra parte, continuando con el abordaje del Modelo de Creencias de Salud, cabe destacar que sus principales componentes básicos provienen de las hipótesis propuestas por diversos acercamientos teóricos, y que además fue desarrollado por

teóricos cognitivos como Kurt Lewin y sus seguidores, de que la conducta de los individuos dependía especialmente dentro de dos variables: a) el *valor* que una persona atribuye a una determinada meta o un resultado en particular y b) la *estimación* que esa persona hace de la posibilidad de que una acción dada llegue a cumplir dicha meta.<sup>15</sup>

Si se ajustan estas variables precisamente al ámbito de la salud, esas variables quedarían de la siguiente manera: a) el *deseo* de la persona por evitar la enfermedad o recuperar su salud y b) la *creencia* de que una conducta saludable específica o una acción determinada puede prevenir la enfermedad o de recuperar su salud.<sup>33</sup>

El Modelo de Creencias de Salud consta de cuatro dimensiones según Rosenstock (1974) y son: la susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

La primera dimensión del Modelo de Creencias en Salud es la *susceptibilidad percibida*, ésta también se conoce como la percepción del riesgo o vulnerabilidad percibida, términos que muestran la probabilidad subjetiva de contraer una enfermedad, para esto es fundamental que la persona conozca sobre el riesgo que existe al padecer un determinado padecimiento, lo cual se encuentra muy influenciado por diversos factores que la persona incrementa o disminuye de acuerdo a su percepción del riesgo sobre la enfermedad.<sup>34</sup>

La segunda dimensión es la *severidad percibida* y se refiere a la idea que tienen las personas del nivel de gravedad de contraer una determinada enfermedad, se dice que el individuo mide ese grado de severidad primordialmente en función de las repercusiones que se tienen tanto en el aspecto individual, como en lo físico, laboral, social, familiar, etc.<sup>35</sup>

La tercera dimensión son los *beneficios percibidos*, se dice que para que la persona llegue a realizar una acción de prevención y así evitar la amenaza de contraer alguna

determinada enfermedad, es necesario que la persona sepa sobre los beneficios que se obtendrán y que sean aceptables y accesibles para ella.<sup>15,36</sup>

La cuarta y última dimensión del modelo son las *barreras percibidas*, y se conocen como los inconvenientes u obstáculos que se encuentran como potencialmente negativos de que la persona lleve a cabo una determinada conducta de salud.<sup>29-30</sup>

El Modelo de Creencias en Salud incorpora también como elementos indispensables las medidas de acción o medidas externas, ya que se dice que influyen cuando se adopta una medida de prevención y pueden ser: la información que la persona haya recibido por parte del personal de salud sobre alguna determinada enfermedad, de los medios de comunicación, de los amigos, familiares, campañas de prevención, folletos, internet, entre otros.<sup>37-38</sup>

Además, se han identificado diversas *variables demográficas* como la edad y el sexo; *sociopsicológicas* como la ansiedad, personalidad, clase social, presión del grupo y compañeros de referencia; y *estructurales* como la educación, historia familiar, historia personal de cáncer de mama. Estas variables se toman en cuenta como factores que llegan a afectar la percepción del individuo, influyendo así indirectamente en sus conductas y comportamientos de salud.<sup>15</sup>

Un resumen gráfico de la aplicación del Modelo de Creencias de Salud a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de la enfermedad, de acuerdo a Becker y Maiman (1975) se muestra en el Diagrama 2 (ANEXOS).

## 2.7 Reportes de investigación

De acuerdo con la revisión de la literatura, existen pocos reportes de investigación que se hayan realizado en nuestro país sobre las creencias de la detección de cáncer de mama por mastografía de acuerdo al Modelo de Creencias de Salud, es importante mencionar que somos una población con una cultura muy diferente y que esto debe ser

considerado por las enfermeras para identificar e implementar nuevas estrategias de prevención y promoción para la salud, tomando en cuenta cada una de los aspectos biopsicosociales de las mujeres.<sup>22,37-39</sup>

También cabe destacar la importancia de la Dra. Victoria Lee Champion quien es la autora de la Escala del Modelo de Creencias en Salud sobre la Mastografía, que es utilizada en esta investigación y que más adelante se describirán cada una de sus dimensiones. La Dra. Champion, es una profesora muy distinguida de la Universidad de Enfermería de Indianápolis, es ampliamente reconocida por su extensa trayectoria como investigadora en el área del cáncer, y por sus innumerables investigaciones sobre las creencias de salud en el cáncer de mama, la autoexploración mamaria y la mastografía de acuerdo al Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock, dichos artículos son muy importantes porque nos describen la validez y fiabilidad de la escala que ha sido aplicada en diversas poblaciones de mujeres que habitan en los Estados Unidos, y esto también nos da elementos importantes para identificar las creencias de las mujeres mexicanas.<sup>40-49</sup>

A continuación se describirán brevemente los artículos de la Dra. Champion. Destacan 2 publicaciones del año 1984 y 1987, siendo éstas las más antiguas e iniciadoras de la construcción de la escala que desarrollo de acuerdo al Modelo de Creencias de Salud, en un inicio evaluando exclusivamente la relación existente entre las variables del MCS y la autoexploración mamaria. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de las mujeres, nivel de escolaridad, antecedentes familiares de CaMa y algunas variables del MCS (susceptibilidad hacia el CaMa, beneficios de la autoexploración mamaria, barreras de la autoexploración mamaria y motivación para la salud).<sup>41,43</sup>

En un reporte de investigación de 1993 describe el perfeccionamiento de la escala que mide las dimensiones del MCS en la autoexploración mamaria, y además se incluye una nueva dimensión llamada "Confianza" que constaba de doce ítems.<sup>42</sup> Y es hasta el año de 1999 cuando se implementa una nueva escala cambiando algunos ítems que

evalúan las creencias de la mastografía de cribado con el fin de transmitir una mejor comprensión de la misma, teniendo como resultado que la escala es válida y confiable para utilizarla en investigaciones futuras, y ésta última escala es la que se emplea para la investigación de esta tesis.<sup>45</sup>

En un estudio de la Dra. Champion publicado también en el año de 1993, se hizo un enfoque únicamente en las creencias de la mastografía en mujeres mayores de 50 años de edad, encontrando diferencias estadísticas entre las variables sociodemográficas de edad, educación, religión, historia personal de CaMa y barreras entre la adherencia del uso de la mastografía.<sup>47</sup>

Se realizó otra investigación entre las variables del MCS y la adopción de la mastografía en el año 2007, en donde también se utilizaron las 5 etapas del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente. En esta investigación no se realizaron pruebas entre las variables sociodemográficas pues el propósito era identificar predictores de progresión de etapa de la mastografía con el objetivo de desarrollar intervenciones adaptadas a las creencias de las mujeres para promover el uso de la mastografía. Finalmente se encontraron diversas diferencias estadísticas entre cada una de las etapas del Modelo Transteórico y las dimensiones del MCS.<sup>44</sup>

Por último, dentro de las investigaciones de la Dra. Champion que realizó entre los años 1997-2003, se evalúan las creencias del cáncer de mama de acuerdo a la autoexploración de senos y la mastografía en población de mujeres afroamericanas y caucásicas, en general aquí se destaca que después de diversas pruebas estadísticas la escala tiene buena fiabilidad y validez aceptable en dicha población. Se encontró que el miedo, las barreras y los beneficios eran predictores significativos de la mujer a practicarse una mastografía. Finalmente se sugiere que en futuras investigaciones se incluyan mujeres con diferentes niveles educativos, otras ubicaciones geográficas, distintos grupos étnicos y estratos socioeconómicos con el fin de identificar otros hallazgos importantes.<sup>40,46,48,49</sup>

Por otra parte, existen también diversos artículos escritos por varios autores realizados en otros países que nos hablan sobre las creencias de salud que tienen las mujeres acerca del cáncer de mama y que se enfocan tanto en la autoexploración mamaria como en la mastografía. Se ha encontrado que la edad influye significativamente con las creencias sobre el uso de los medios de detección oportuna para el cáncer de mama por mastografía, y esto a su vez se observa también plasmado en tres dimensiones de las que consta el MCS (susceptibilidad hacia el CaMa, beneficios de la mastografía y barreras de la mastografía).<sup>38,52-52</sup>

Está documentado en dos artículos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil y las dimensiones del MCS de beneficios de la mastografía y barreras de la autoexploración mamaria. Por una parte, se dice que las mujeres casadas son las que mayor cumplen para realizarse una mastografía, y por otro lado que las mujeres casadas y viudas son las que menos se autoexploran, lo cual se comenta como un suceso inexplicable.<sup>40,55</sup>

Se ha demostrado que el nivel de estudios es una variable que influye en la mujer para la realización de la autoexploración mamaria y de la mastografía, pues se ha encontrado que entre menor nivel de escolaridad las mujeres no se realizan una mastografía por iniciativa propia ni tampoco una autoexploración de mamas con regularidad.<sup>24,38,39,50,51,56</sup>

En cuanto a la variable sociodemográfica ocupación destacan 2 artículos en donde se dice que las enfermeras se realizan con mayor frecuencia una mastografía y se autoexploran con mayor regularidad que las mujeres dedicadas al hogar, lo cual dentro de este contexto se explica que tal vez se deba a que las enfermeras son profesionales del área de la salud haciéndolas conocedoras sobre la magnitud del problema del CaMa, mientras que las amas de casa carecen de información o la que tienen muchas de las veces es errónea.<sup>24,53</sup>

En todos los artículos antes mencionados se encontraron significancias entre diversos ítems de las dimensiones de la escala dividiendo el grupo de mujeres en las que acuden al screening y quienes no lo hacen. También por mencionar otros artículos, se destacan diferencias estadísticas entre la autoexploración mamaria, los antecedentes familiares de CaMa y las variables del MCS.<sup>57-58</sup>

El panorama mundial del CaMa visto desde el rol de enfermería, nos hace apuntar que esta enfermedad centrará gran parte de nuestros cuidados de salud, para ello, las medidas de prevención serán las estrategias más eficaces para disminuir la morbimortalidad del cáncer de mama.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la literatura mundial se hace mención que una de las principales causas de mortalidad en la mujer es por el cáncer de mama, de ahí la importancia de una detección temprana y oportuna que se refleja en forma muy valorable en su supervivencia y en la disminución de gastos médicos y sociales. Está comprobado que la mastografía es el único método de detección oportuna para reducir el cáncer mamario. Un tumor oculto particular puede identificarse mediante el uso de la mastografía, la cual se evalúa con el sistema BIRADS, cuyos valores de 4 a 6 se consideran sospechosos de cáncer de mama y son indicación para la práctica de biopsia, cuya sensibilidad y especificidad se consideran de un 100%. Una biopsia positiva define el inicio del tratamiento. Cuando una mujer con un tumor se somete a tamizaje, la probabilidad de detección con una mastografía guarda relación con el tamaño de dicho tumor y con el estado de la mujer: premenopáusica o menopáusica. La especificidad de la mastografía es un parámetro importante, toda vez que tiene un efecto considerable sobre costos de seguimiento a casos sospechosos de cáncer de mama.<sup>9</sup>

De acuerdo con la revisión de la literatura, se ha encontrado que las creencias de salud que tienen las mujeres jóvenes y adultas influyen significativamente en sus diversos comportamientos y a su vez en sus conductas de salud sobre la detección oportuna del CaMa, viéndose afectadas por diversos factores: entre los que se destaca principalmente la edad y el nivel de escolaridad, pues se ha visto que entre mayor edad y menor nivel de escolaridad la mayoría de ellas carecen de información o la que tienen es errónea, y esto a su vez disminuye a que se realicen la autoexploración mamaria, una mastografía oportunamente y por iniciativa propia, además de que no acudan a los servicios de salud con regularidad, incluso aunque no estén enfermas.<sup>40-56</sup>

Las creencias en salud se encuentran vinculadas a la detección oportuna del cáncer de mama, pues juegan un papel primordial en el comportamiento que tienen las mujeres, y esto lo podemos ver reflejado principalmente en sus conductas de salud que

manifiestan en torno a realizarse una mastografía, esto generado por la percepción que tienen las mujeres en torno a los beneficios y las barreras que perciben sobre dicho estudio mamográfico.

Un reporte de investigación menciona que el diagnóstico temprano a través de programas poblacionales de mastografía reducen la mortalidad por cáncer de mama entre el 15% y 35%, en mujeres de 50 a 70 años de edad.<sup>8</sup> De ahí la gran importancia de explorar las creencias relacionadas con la mastografía, con el fin de promover el uso de la mastografía como principal medio de detección oportuno y veraz, así como de concientizar y sensibilizar a las mujeres ante la magnitud de este gran problema, por medio de implantación de estrategias, programas y educación para la salud, considerando su nivel de escolaridad, edad y creencias propias de cada una de las mujeres.

En nuestro país existen muy pocas investigaciones que nos hablen acerca de las creencias del cáncer de mama y de la mastografía dentro de la población de mujeres mexicanas y la influencia de éstas en la detección oportuna de la enfermedad, por lo que podemos aseverar que existe un vacío en el conocimiento que se requiere investigar para profundizar un poco más acerca de este tema, a pesar de la complejidad del mismo, es por eso que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

### **3.1 Pregunta de investigación**

¿Cómo influyen las creencias de salud de las mujeres para la detección oportuna del cáncer de mama por mastografía?

### **3.2 Hipótesis**

De acuerdo con la revisión de la literatura se espera que algunas variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la ocupación y la práctica de autoexploración mamaria influyan significativamente en las creencias de salud sobre la mastografía que tienen las mujeres sanas.

De acuerdo a la revisión de la literatura, también se espera encontrar que las mujeres no se realizan una mastografía por no comprender el procedimiento que le harán, por vergüenza, miedo al dolor, y tener cosas más importantes que hacer que realizarse una mastografía de rutina.

### **3.3 Objetivo**

- Explorar la relación que existe entre las creencias de salud sobre la mastografía en un grupo de mujeres sanas con algunas variables sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación y práctica de autoexploración mamaria.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio**

Se realiza un estudio de tipo descriptivo, transversal y correlacional.

### **4.2 Población y muestra**

Se incluyen a 100 mujeres de 25 a 71 años de edad que acuden a las diferentes unidades móviles que hacen mastografías gratuitas dentro del Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama (PAICMA) del Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México (Inmujeres DF). La selección de las mujeres se realizó al azar y de acuerdo a la ubicación de las diferentes unidades móviles. Para entrevistar a cada una de las mujeres, se acudió a las diferentes unidades móviles y se les explicó el objetivo primordial de la investigación, después se les proporcionó un breve cuestionario para que lo contestaran mientras esperaban su turno para tomarse el estudio de la mastografía.

#### **4.2.1 Criterios de inclusión**

Se tomaron como criterios de inclusión a todas las mujeres que acudieron a realizarse una mastografía en las diferentes unidades móviles, que a su vez aceptaron participar en la investigación y que contestaron el cuestionario que se les proporcionó.

#### **4.2.2 Criterios de exclusión**

Se tomaron en cuenta como criterios de exclusión a las mujeres que no desearon participar en la investigación y que además tengan o hayan tenido diagnóstico positivo de cáncer de mama.

### 4.3 Variables de estudio

**Sociodemográficas:** edad, estado civil, nivel máximo de estudios, ocupación, autoexploración mamaria.

**Creencias de salud sobre la mastografía:** representan las ideas y la convicción que una persona tiene sobre el estudio de la mastografía. Se divide en 4 dimensiones y son las siguientes:

- **Susceptibilidad hacia el CaMa.** Percepción del riesgo o vulnerabilidad percibida que tienen las mujeres sobre la probabilidad subjetiva de contraer CaMa. Esta dimensión se mide con los siguientes ítems:
  - 1.-¿Es probable que yo tenga cáncer de mama?
  - 2.-Las probabilidades de que tenga cáncer de mama en los próximos años son grandes.
  - 3.-Creo que tendré cáncer de mama en algún momento de mi vida.
- **Beneficios de la mastografía.** Se considera a la percepción de los resultados positivos que distingue la mujer al practicarse una mastografía, con el fin de realizar una acción de prevención y así evitar la amenaza de contraer el CaMa. Esta dimensión se mide con los siguientes ítems:
  - 1.-Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el cáncer de mama.
  - 2.-Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente
  - 3.-Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el cáncer de mama puede no ser tan malo.
  - 4.-Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña.
  - 5.-Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de cáncer de mama.

- **Barreras de la mastografía.** Son los inconvenientes u obstáculos que se encuentran como potencialmente negativos de que la mujer se practique una mastografía. Esta dimensión se mide con los siguientes ítems:
  - 1.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.
  - 2.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará.
  - 3.-No sé que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.
  - 4.-Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.
  - 5.-Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.
  - 6.-Hacerse una mastografía es muy doloroso.
  - 7.-Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.
  - 8.-Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.
  - 9.-No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.
  - 10.-Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.
  - 11.-Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.
- **Motivación para la salud.** Representa a los estímulos que percibe la mujer para llevar a cabo determinadas conductas de salud que beneficien su integridad. Esta dimensión se mide con los siguientes ítems:
  - 1.-Quiero descubrir problemas de salud a tiempo.
  - 2.-Mantener una buena salud es muy importante para mí.
  - 3.-Busco información para mejorar mi salud.
  - 4.-Creo que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud.
  - 5.-Puedo comer alimentos bien balanceados.
  - 6.-Puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.
  - 7.-Tengo revisiones periódicas de salud, incluso aunque no esté enfermo.

## **4.4 Procedimiento**

### **4.4.1 Para la recolección de los datos**

El instrumento que se aplicó a las mujeres que iban a realizarse la mastografía fue llenado aproximadamente de 10 a 15 minutos, las mujeres mostraron mucha confianza y accesibilidad por participar en el estudio, pues el tema les interesaba mucho y contaban con el tiempo suficiente para el llenado del cuestionario.

Fue responsabilidad de la encuestadora verificar que los cuestionarios fueran llenados correctamente y que además el cuestionario fuera comprensible para todas las mujeres entrevistadas, si no lo era se respondían dudas y preguntas, o en dado caso se auxiliaba en el llenado del cuestionario.

### **4.4.2 Para el análisis de los datos**

El análisis de los datos obtenidos se capturaron mediante una base de datos, la cuál fue elaborada mediante un paquete estadístico computarizado para las ciencias sociales SPSS versión 15 (Statistical Package for Social Sciences). Para las variables cualitativas se realizaron frecuencias y/o descriptivos, además de diversas pruebas estadísticas como Anova, T student y  $\chi^2$ . Por último se hicieron gráficas y cuadros en donde se encontraron datos estadísticamente significativos.

### **4.4.3 Descripción del instrumento de medición**

Para recabar la información de esta investigación, se utilizó la escala del Modelo de Creencias de Salud del Autoexamen de Seno y la Mastografía que creó la Doctora Victoria Lee Champion y que se encuentra publicada en un artículo del año 1999,<sup>45</sup> esta escala es producto de una amplia gama de estudios en donde se ha hablado sobre como influyen las creencias en salud que tienen la mujeres en torno a la detección

oportuna del cáncer de mama, todo esto de acuerdo al Modelo de Creencias de Salud que creó Rosenstock.<sup>40-49</sup>

Para poder utilizar la escala de la Dra. Champion, se le envió un mensaje vía correo electrónico para solicitarle una copia de su escala que elaboró, y pedirle también su autorización para poder emplearla en esta investigación enfocada en mujeres mexicanas, ya que como se mencionó anteriormente existen muy pocos reportes de investigación que se hayan hecho en nuestro país con población mexicana.

Después de recibir la respuesta de la Dra. Champion como satisfactoria y de obtener su permiso por escrito, se procedió a traducir a la lengua española la Escala de Creencias de Salud del Autoexamen de Seno y la Mastografía, o también llamada Escala de Autoexploración de Senos, pues la escala original se encuentra en el idioma inglés. Posteriormente se sometió a revisión por 4 profesionales de la disciplina y 1 médico experto en la atención de mujeres con cáncer mama, para verificar la adaptación cultural del instrumento y se atendieron las observaciones propuestas para tener la versión final que se aplicó en el estudio. A la escala final se le agregaron algunas variables sociodemográficas porque tal y como se encontró en la revisión de la literatura, éstas variables también son determinantes de las creencias de salud sobre la detección del cáncer de mama por mastografía y también de la autoexploración mamaria.

La Escala original de Creencias de Salud del Autoexamen de Seno y la Mastografía consta de 8 dimensiones y reporta un Alpha de Cronbach de .75 a .93, es importante mencionar que esta variabilidad se debe a que dicha escala ha sido perfeccionada y validada en diferentes años y en diversas poblaciones de mujeres, en este estudio se parte de la versión revisada en el año 1999 que es la más reciente y consta de las siguientes dimensiones:<sup>45</sup>

- |                       |         |
|-----------------------|---------|
| 1.- "Susceptibilidad" | 5 ítems |
| 2.- "Gravedad"        | 7 ítems |

3.- “Beneficios del autoexamen de seno”	6 ítems
4.- “Barreras del autoexamen de seno”	6 ítems
5.- “Confianza”	11 ítems
6.- “Motivación para la salud”	7 ítems.
7.- “Beneficios de la mastografía”	6 ítems
8.- “Barreras de la mastografía”	5 ítems

Este cuestionario se mide con una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral), en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.<sup>45</sup>

Para la versión final de la escala que se utilizó en esta investigación, únicamente se seleccionaron 4 dimensiones del cuestionario original de la autora junto con determinado número de ítems que se encuentran plasmados en el mismo reporte de investigación del año 1999 que anteriormente se mencionó, en donde principalmente se implementa esa nueva escala cambiando algunos ítems para una mejor comprensión, teniendo como resultado que dicha escala es válida y confiable.<sup>45</sup> Sólo se utilizaron éstas 4 dimensiones porque el eje primordial de esta investigación es evaluar únicamente las creencias de salud enfocadas a la mastografía. Las dimensiones y el número de ítems utilizados fueron las siguientes:

1.- “Susceptibilidad”	3 ítems
2.- “Beneficios de la mastografía”	5 ítems
3.- “Barreras de la mastografía”	11 ítems
4.- “Motivación para la salud”	7 ítems

En este estudio la confiabilidad de la escala para el total de los ítems fue un Alpha de Cronbach de .75, en la dimensión susceptibilidad es de .78, en los beneficios de la mastografía .55, en las barreras de la mastografía .84 y en motivación para la salud de .85, estos datos confirman la confiabilidad del instrumento para medir la variable de estudio.

Para interpretar la escala se consideró que a mayor puntaje es mayor la susceptibilidad percibida hacia el cáncer de mama, mayores beneficios percibidos en torno a la mastografía, mayores barreras de la mastografía y mayor motivación para la salud. Y a menor puntaje es todo lo contrario, tomando en cuenta el número máximo y mínimo de puntaje de acuerdo al promedio obtenido en los ítems utilizados en cada dimensión de la escala del MCS. El cuestionario final que se aplicó en esta investigación se encuentra en la sección de “Anexos”.

#### **4.4.4 Aspectos éticos y legales**

El presente trabajo de investigación se sustentó de acuerdo a los principios éticos y legales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1986), la cual señala en el Capítulo 1 lo siguiente:

- ARTÍCULO 14, fracción V, hace referencia al consentimiento informado del sujeto de estudio, una vez que se les ha dado una amplia explicación sobre los objetivos principales de la investigación y la libertad para que decidiera sobre su participación.
- ARTÍCULO 16, señala la protección de privacidad del individuo, motivo por el cual se respeto la individualidad y anonimato de las mujeres entrevistadas, ya que no se incluyeron en la investigación datos personales como nombre, domicilio u otro dato que pudiera identificarlas.
- ARTÍCULO 17, fracción I, se refiere a las investigaciones que no tienen riesgo, ante lo cual se mencionó a la persona que éste estudio no les ocasionaba ningún daño y que su participación no influiría sobre su diagnóstico y tratamiento.

Todas las mujeres incluidas en ésta investigación aceptaron participar libremente y estuvieron enteradas de los objetivos primordiales de llevarse a cabo dicho estudio.

Para poder utilizar la escala del Modelo de Creencias en Salud sobre la Mastografía, se cuenta con el permiso por escrito de la autora Victoria Lee Champion. (ANEXOS).

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Caracterización de la muestra

Los resultados de la muestra corresponden a 100 mujeres sanas que se entrevistaron al acudir a las diferentes unidades móviles que realizan mastografías gratuitas del PAICMA-Inmujeres DF.

El rango de edad de las mujeres entrevistadas fue de 25 a 71 años de edad. La media de edad de las mujeres fue de 45.35 con una desviación estándar de 11.73.

Con respecto a su estado civil se encontró que el 20% de ellas son solteras, 52% están casadas, 12% en unión libre, 7% divorciadas/separadas y 9% viudas.

Dentro del nivel máximo de estudios en su gran mayoría tiene educación primaria con un 33%, el 22% secundaria, 18% bachillerato, 18% carrera técnica y el 9% licenciatura.

Destaca en la ocupación de las mujeres que en su gran mayoría son amas de casa con un 47%, el 19% son empleadas, 19% amas de casa y trabajadoras, 8% profesionistas y un 7% son jubiladas, comerciantes o desempleadas.

En los antecedentes familiares de cáncer de mama, un 16% mencionó tener antecedentes y un 84% no tiene. Al preguntar que especificaran su parentesco el 5% contestó que su mamá, 3% hermana, 6% tía y el 2% abuela. Cuadro 1

De acuerdo a que si se realiza o no la autoexploración mamaria por lo menos cada mes un 62% si se la realiza y un 38% no lo hace. Cuadro 2

En los principales medios por los que han obtenido información acerca del cáncer de mama el 3% dijo que de ninguno; el 4% radio; 8% de revistas, folletos y libros; 3% familiares o amigos; 2% internet; 13% televisión y el 67% mencionó más de uno.

Cuando se les preguntó cuántos estudios de mastografía le habían practicado en su vida, el 41% contestó que ninguna, 22% una vez, 17% dos veces, 9% tres veces, 4% cuatro veces y el 7% cinco veces o más.

La edad en que se les realizó la primera mastografía a las mujeres se dividió en 5 intervalos; de 23-33 años un 25%, de 34-44 años el 36%, 45-55 años el 25%, 56-66 años el 13% y mayor a 67 años sólo el 1%.

Por último, se encontró que de acuerdo al tiempo en que se les practicó la última mastografía el 6% mencionó que tenía menos de un año, 22% un año, 16% dos años, 15% más de tres años y destacó que en su gran mayoría el 41% de ellas dijeron que ese mismo día que se les entrevistó iban a practicarle su primera mastografía. Cuadro 2

## **5.2 Creencias de Salud de la mastografía y la autoexploración mamaria.**

En lo que respecta a la dimensión barreras de la mastografía se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria y aquellas que no se la realizan ( $t = -2.921$ ,  $gl = 98$ ,  $p = 0.004$ ). Como puede observarse en la Figura 1, las mujeres que no se realizan la autoexploración mamaria tienen mayores barreras para realizarse la mastografía ( $29 \pm 9$ ) al compararlo con las mujeres que si se realizan la autoexploración mamaria ( $24 \pm 7$ ).

## **5.3 Autoexploración mamaria y variables sociodemográficas**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria y las que no se la realizan de acuerdo a su nivel de escolaridad ( $\chi^2 = 11.959$  con  $gl = 4$  y una  $p = .018$ ). Como puede observarse en la Figura 2, las mujeres con nivel de educación primaria son las que menos se realizan la autoexploración mamaria 20(53%) comparándolas con las del nivel secundaria 6(16%), bachillerato 6(16%), carrera técnica 5(13%) y licenciatura 1(3%). Destacando también que las mujeres que más se autoexploran son las del nivel secundaria 16(26%), en comparación con los demás niveles de escolaridad.

#### **5.4 Creencias de Salud de la mastografía y variables sociodemográficas.**

- Se encontró que existen diferencias entre la dimensión de susceptibilidad hacia el CaMa y el grupo de edad que tienen las mujeres ( $F=3.895$ ,  $gl=4$ ,  $p=.006$ ). Como puede observarse en el Cuadro 3, el grupo que da las diferencias es  $>61$  años ( $7\pm 2$ ) al compararlo con las mujeres de 25-33 años ( $10\pm 3$ ,  $p=.014$ ); y de 34-42 años ( $10\pm 2$ ,  $p=.028$ ). Siendo las mujeres  $>61$  años las que se sienten menos susceptibles al CaMa en comparación con los otros grupos de edad de mujeres jóvenes.
- Al cruzar cada uno de los ítems de la dimensión de beneficios de la mastografía con el grupo de edad de las mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en el 5° ítem “Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de CaMa” ( $F=2.905$ ,  $gl=4$ ,  $p=.026$ ). Como se puede observar en el Cuadro 4, el grupo de edad que da las diferencias es  $>61$  años ( $4\pm 2$ ) al compararlo con las mujeres de 43-51 años ( $4\pm 1$ ,  $p=.029$ ); y de 52-60 años ( $5\pm 1$ ,  $p=.029$ ). Por lo que las mujeres  $>61$  años perciben más posibilidades de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa en comparación con las mujeres de 43-51 años, y manifiestan menos posibilidades de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa comparándolas con el grupo de edad de las mujeres de 52-60 años.
- De acuerdo a la dimensión de barreras de la mastografía y el grupo de edad de las mujeres se encontraron diferencias estadísticas ( $F=3.608$ ,  $gl=4$ ,  $p=.009$ ). Como puede observarse en el Cuadro 5, el grupo de edad que da las diferencias es de 52-60 años ( $31\pm 8$ ) al compararlo con las mujeres de 25-33 años ( $23\pm 7$ ,  $p=.022$ ); y de 34-42 años ( $24\pm 8$ ,  $p=.034$ ). Deduciendo que las mujeres de 52-60 años tienen mayores barreras en torno a la mastografía que los otros grupos de edad.
- Se realizó análisis de varianza para identificar que ítems de la dimensión de barreras de la mastografía eran significativos con el grupo de edad de las mujeres,

como puede verse en el Cuadro 6, los ítems que mostraron diferencias estadísticas fueron los siguientes:

- 2° ítem, “Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará” ( $F=3.519$ ,  $gl=4$ ,  $p=.010$ ).
- 5° ítem, “Hacerse una mastografía toma mucho tiempo” ( $F=4.779$ ,  $gl=4$ ,  $p=.001$ ).
- 6° ítem, “Hacerse una mastografía es muy doloroso” ( $F=4.014$ ,  $gl=4$ ,  $p=.005$ ).
- 8° ítem, “Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria” ( $F=2.986$ ,  $gl=4$ ,  $p=.023$ ).
- 11° ítem, “Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina” ( $F=4.595$ ,  $gl=4$ ,  $p=.002$ ).

Por lo que se concluye que las mujeres de 52-60 años y  $> 60$  años son las que perciben mayores barreras para hacerse la mastografía que los demás grupos de edad.

- Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la dimensión de susceptibilidad hacia el CaMa y el estado civil de las mujeres ( $F=2.462$ ,  $gl=4$ ,  $p=.050$ ), sin embargo, al realizar las pruebas de posthoc de Tukey y Dunnett no se establece que grupo da las diferencias.
- Al analizar cada uno de los ítems de la dimensión de beneficios de la mastografía con el estado civil de las mujeres, se encontraron diferencias estadísticas en el 5° ítem “Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de cáncer de mama” ( $F=5.361$ ,  $gl=4$ ,  $p=.001$ ). Como puede observarse en el Cuadro 7, el grupo que da las diferencias es Viuda ( $3\pm 1$ ) al compararlo con las mujeres Solteras ( $4\pm 1$ ,  $p=0.004$ ); Casada ( $4\pm 1$ ,  $p=0.001$ ); Unión libre ( $5\pm 1$ ,  $p=0.000$ ); y Divorciada/Separada ( $5\pm 1$ ,  $p=0.006$ ). Por lo que las mujeres viudas creen que existen menos posibilidades de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa comparándolas con los demás estados civil.

- Al cruzar cada uno de los ítems de la dimensión de barreras de la mastografía con el estado civil de las mujeres se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el 11° ítem “Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina” ( $F=7.331$ ,  $gl=4$ ,  $p=0.000$ ). Como puede verse en el Cuadro 8, el grupo que da las diferencias es el estado civil Viuda ( $3\pm 1$ ) al compararlo con las mujeres Solteras ( $2\pm 1$ ,  $p=0.000$ ); Casada ( $2\pm 1$ ,  $p=0.000$ ); Unión libre ( $2\pm 1$ ,  $p=0.000$ ); y Divorciada/Separada ( $2\pm 1$ ,  $p=0.007$ ). Encontrando que las mujeres viudas son las que creen que son demasiado viejas para necesitar una mastografía de rutina en comparación con los demás estados civil.
  
- Se identificó que al cruzar cada uno de los ítems de la dimensión de beneficios de la mastografía con el nivel de escolaridad, sólo se hallaban diferencias estadísticamente significativas en el 4° ítem “Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una bolita muy pequeña” ( $F=5.493$ ,  $gl=4$ ,  $p=0.001$ ). Como se puede observar en el Cuadro 9, el grupo que da las diferencias es el nivel de estudios Licenciatura ( $3\pm 1$ ) al compararlo con Primaria ( $4\pm 1$ ,  $p=0.000$ ); Secundaria ( $4\pm 1$ ,  $p=0.002$ ); y Bachillerato ( $4\pm 1$ ,  $p=.048$ ). Concluyendo que las mujeres que tienen nivel de estudios de licenciatura creen en menor proporción que hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña, comparándolas con las demás mujeres de menor nivel de estudios que identifican ese beneficio de la mastografía en una mayor proporción.
  
- Se encontraron diferencias estadísticas entre la dimensión barreras de la mastografía y el nivel de escolaridad de las mujeres ( $F=3.901$ ,  $gl=4$ ,  $p=0.006$ ). Como se puede ver en el Cuadro 10, el grupo que da las diferencias es el de Primaria ( $29\pm 9$ ) y Licenciatura ( $19\pm 4$ ) con una  $p=.013$ . Por lo que las mujeres que tienen estudios de primaria tienen mayores barreras en torno a la mastografía que las de licenciatura.

- Como se muestra en el Cuadro 11, al cruzar cada uno de los ítems de la dimensión de barreras de la mastografía con el nivel de escolaridad de las mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes ítems:
- 2° ítem, “Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará” ( $F=3.794$ ,  $gl=4$ ,  $p=.007$ ).
  - 4° ítem, “Hacerse una mastografía es muy vergonzoso” ( $F=2.869$ ,  $gl=4$ ,  $p=.027$ ).
  - 5° ítem, “Hacerse una mastografía toma mucho tiempo” ( $F=3.136$ ,  $gl=4$ ,  $p=.018$ ).
  - 10° ítem, “Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía” ( $F=2.910$ ,  $gl=4$ ,  $p=.026$ ).
  - 11° ítem, “Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina” ( $F=5.031$ ,  $gl=4$ ,  $p=.001$ ).

Se concluye que las mujeres con estudios de primaria perciben mayores barreras de la mastografía que las mujeres con estudios de licenciatura.

- Se analizaron cada uno de los ítems de la dimensión de motivación para la salud y el nivel de escolaridad de las mujeres, como se observa en el Cuadro 12 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes ítems:
- 1° ítem, “Quiero descubrir problemas de salud a tiempo” ( $F=2.998$ ,  $gl=4$ ,  $p=.022$ ). El grupo que da la diferencia según la prueba de Dunnett es Bachillerato ( $4\pm 1$ ) y Primaria ( $5\pm 1$ ) con una  $p=.049$ .
  - 2° ítem, “Mantener una buena salud es muy importante para mí” ( $F=3.483$ ,  $gl=4$ ,  $p=.011$ ). El grupo que da la diferencia es Carrera Técnica ( $4\pm 1$ ) al compararlo con Primaria ( $5\pm 1$ ,  $p=.009$ ); y Bachillerato ( $5\pm 1$ ,  $p=.033$ ).

Por lo que las mujeres que tienen nivel de escolaridad bachillerato y carrera técnica son las que tienen menor motivación para la salud, en comparación con los demás grupos.

- Así mismo, al analizar los ítems de la dimensión de beneficios de la mastografía y la ocupación que tienen las mujeres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el 4° ítem “Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una bolita muy pequeña” ( $F=2.564$ ,  $gl=4$ ,  $p=.043$ ), sin embargo, al realizar las pruebas de posthoc de Tukey y Dunnett no se establece que grupo da las diferencias.

A continuación se presentan los cuadros y las figuras de los resultados.

**CUADRO 1. Características sociodemográficas de un grupo de mujeres que acudieron a realizarse una mastografía.**

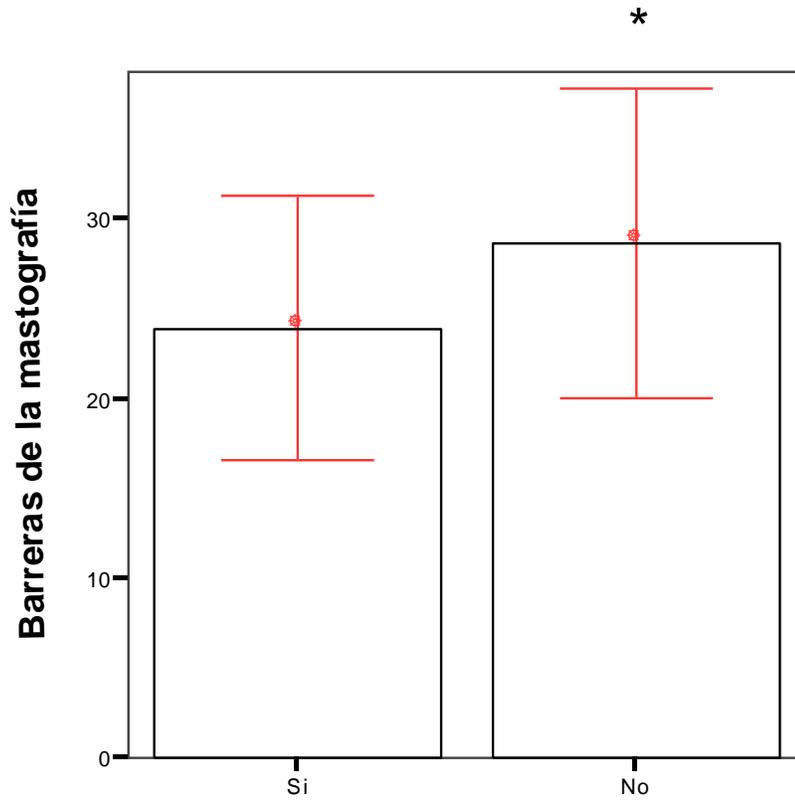
VARIABLE		F	%
<b>Grupo de edad</b>	25-33 años	18	18.0
	34-42 años	25	25.0
	43-51 años	28	28.0
	52-60 años	16	16.0
	Mayor de 61 años	13	13.0
<b>Estado civil</b>	Soltera	20	20.0
	Casada	52	52.0
	Unión libre	12	12.0
	Divorciada/Separada	7	7.0
	Viuda	9	9.0
<b>Nivel máximo de estudios</b>	Primaria	33	33.0
	Secundaria	22	22.0
	Bachillerato	18	18.0
	Carrera técnica	18	18.0
	Licenciatura	9	9.0
	Posgrado	0	0.0
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	47	47.0
	Empleada	19	19.0
	Ama de casa y trabaja	19	19.0
	Profesionista		
	Otra: (jubilada, comerciante, desempleada)	8	8.0
		7	7.0
<b>¿Tiene antecedentes familiares de CaMa?</b>	Si	16	16.0
	No	84	84.0
<b>Parentesco CaMa</b>	Mamá	5	31.2
	Hermana	3	18.8
	Tía	6	37.5
	Abuela	2	12.5

NOTA: Los datos indican frecuencias y porcentajes totales de la muestra n=100

**CUADRO 2. Uso de los métodos de detección oportuna para el CaMa entre un grupo de mujeres.**

VARIABLE		F	%
<b>¿Se realiza la autoexploración mamaria por lo menos cada mes?</b>	Si	62	62.0
	No	38	38.0
<b>¿Cuántos estudios de mastografía le han practicado en su vida?</b>	Ninguna	41	41.0
	1 vez	22	22.0
	2 veces	17	17.0
	3 veces	9	9.0
	4 veces	4	4.0
	5 veces o más	7	7.0
<b>¿A que edad le hicieron su primera mastografía?</b>	23-33 años	25	25.0
	34-44 años	36	36.0
	45-55 años	25	25.0
	56-66 años	13	13.0
	Mayor a 67 años	1	1.0
<b>¿Hace cuánto tiempo se practicó la última mastografía?</b>	Menos de 1 año	6	6.0
	1 año	22	22.0
	2 año	16	16.0
	Más de 3 años	15	15.0
	Hoy me la van a practicar	41	41.0

NOTA: Los datos indican frecuencias y porcentajes totales de la muestra n=100



**¿Se realiza la autoexploración mamaria por lo menos cada mes?**

**Figura 1. Barreras de la mastografía entre las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria y las que no se la realizan.**

**Prueba t student \*p=0.004**

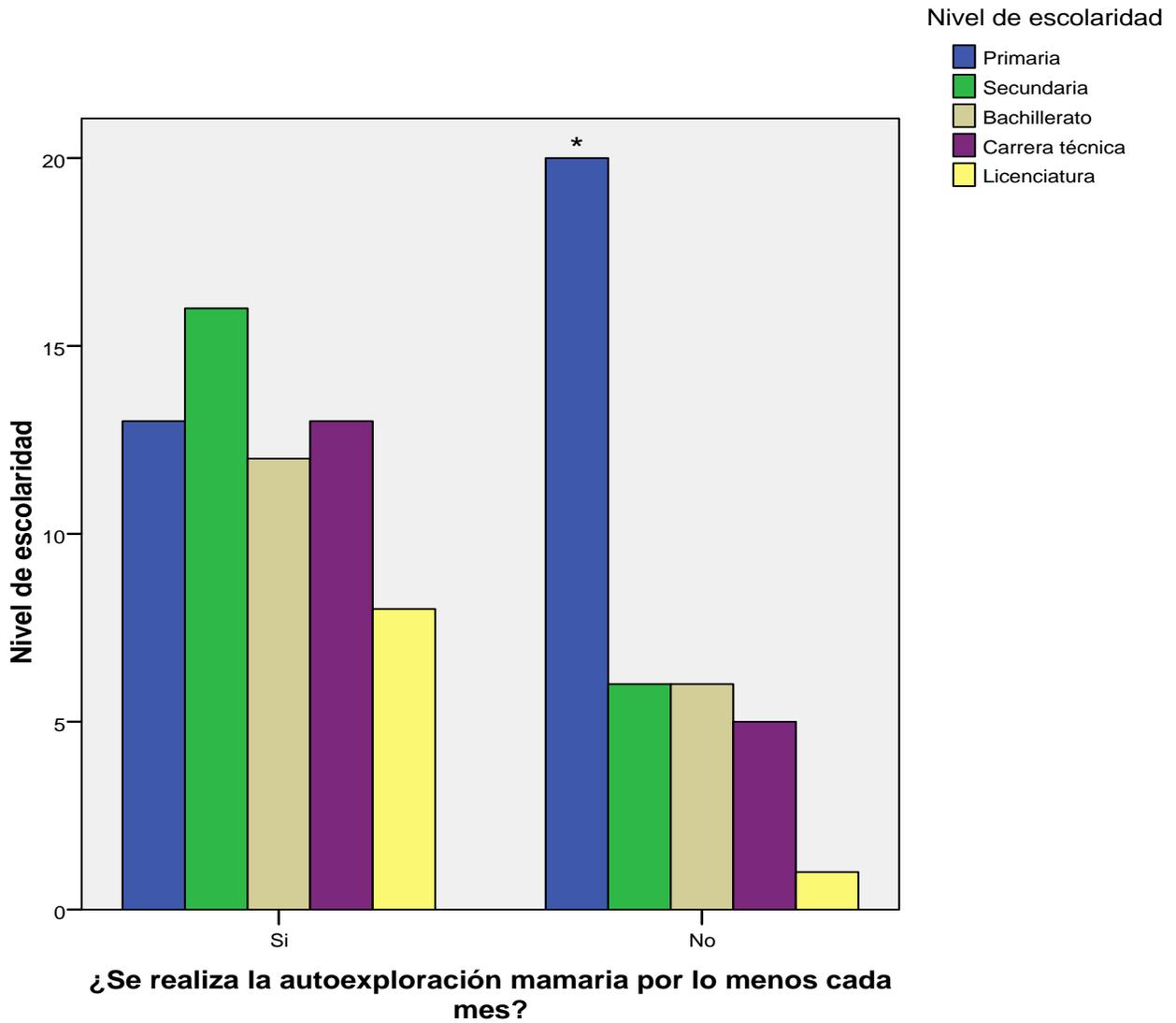


Figura 2. Nivel de escolaridad de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria y de las que no se la realizan.

Prueba  $\chi^2$  \*p=.018

**CUADRO 3. Susceptibilidad hacia el CaMa entre el grupo de edad de las mujeres.**

VARIABLE	GRUPO DE EDAD				
	25-33 años (n=18)	34-42 años (n=25)	43-51 años (n=28)	52-60 años (n=16)	> 61 años (n=13)
Dimensión de susceptibilidad hacia el CaMa	10±3	10±2	8±3	9±2	7±2*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**  
**Mujeres > 61 años vs 25-33 años; vs 34-42 años \*p<0.05**

**CUADRO 4. Ítems de la dimensión beneficios de la mastografía entre el grupo de edad de las mujeres.**

VARIABLE	GRUPO DE EDAD				
	25-33 años (n=18)	34-42 años (n=25)	43-51 años (n=28)	52-60 años (n=16)	>61 años (n=13)
1.-Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el CaMa.	3±1	3±1	3±1	4±1	3±1
2.-Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
3.-Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el CaMa puede no ser tan malo.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
4.-Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña.	4±1	4±1	4±1	4±1	5±1
5.-Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de CaMa.	4±1	4±1	4±1	5±1	4±2*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Mujeres >61 años vs 43-51 años; vs 52-60 años \*p<0.05**

**CUADRO 5. Barreras de la mastografía entre el grupo de edad de las mujeres.**

VARIABLE	GRUPO DE EDAD				
	25-33 años (n=18)	34-42 años (n=25)	43-51 años (n=28)	52-60 años (n=16)	>61 años (n=13)
Dimensión barreras de la mastografía	23±7	24±8	25±8	31±8*	29±8

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Mujeres 52-60 años vs 25-33 años; vs 34-42 años \*p=<0.05**

**CUADRO 6. Ítems de la dimensión barreras de la mastografía entre el grupo de edad de las mujeres.**

VARIABLE	GRUPO DE EDAD				
	25-33 años (n=18)	34-42 años (n=25)	43-51 años (n=28)	52-60 años (n=16)	>61 años (n=13)
1.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.	2±1	2±1	2±1	3±2	2±1
2.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará.	2±1	2±1	2±1	3±2*	3±1
3.-No se que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.	3±1	2±1	3±1	3±1	3±2
4.-Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.	2±1	2±1	2±1	3±1	2±1
5.-Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.	2±1	2±1	3±1	3±2*	3±1
6.-Hacerse una mastografía es muy doloroso.	3±1	3±1	3±1	4±1*	4±1
7.-Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.	2±1	2±1	2±1	2±1	3±1
8.-Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.	2±1	2±1	2±1	3±1*	2±1
9.-No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.	3±1	3±2	3±1	3±1	3±1
10.-Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.	2±1	2±1	2±1	2±1	2±1
11.-Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.	1±1	2±1	2±1	2±1	3±1*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Mujeres 52-60 años y > 60 años \*p=<0.05**

**CUADRO 7. Ítems de la dimensión beneficios de la mastografía entre el estado civil de las mujeres.**

VARIABLE	GRUPO DE EDAD				
	Soltera (n=9)	Casada (n=52)	Unión libre (n=12)	Divorciada/ Separada (n=12)	Viuda (n=7)
1.-Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el CaMa.	4±1	3±1	3±1	3±1	4±1
2.-Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente.	4±1	4±1	4±2	5±1	4±1
3.-Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el CaMa puede no ser tan malo.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
4.-Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
5.-Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de CaMa.	4±1	4±1	5±1	5±1	3±1*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Mujeres Viudas vs Soltera; vs Casada; vs Unión libre; vs Divorciada/Separada \*p<0.05.**

**CUADRO 8. Ítems de la dimensión barreras de la mastografía entre el estado civil de las mujeres.**

VARIABLE	ESTADO CIVIL				
	Soltera (n=20)	Casada (n=52)	Unión Libre (n=12)	Divorciada/ Separada (n=7)	Viuda (n=9)
1.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.	3±2	2±1	3±2	3±2	2±1
2.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará.	2±2	2±1	2±1	3±2	3±2
3.-No se que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.	3±1	2±1	3±2	3±2	3±2
4.-Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.	2±1	2±1	2±1	2±2	3±1
5.-Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.	3±1	3±1	2±1	3±2	3±1
6.-Hacerse una mastografía es muy doloroso.	3±2	4±1	3±1	3±2	3±1
7.-Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.	2±1	2±1	2±1	2±1	2±1
8.-Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.	2±1	2±1	2±1	3±1	2±1
9.-No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.	3±1	3±1	3±1	4±1	3±1
10.-Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.	2±1	2±1	2±1	2±1	2±1
11.-Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.	2±1	2±1	2±1	2±1	3±1*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Mujeres Viudas vs Soltera; vs Casada; vs Unión libre; vs Divorciada/Separada \*p<0.05.**

**CUADRO 9. Ítems de la dimensión beneficios de la mastografía entre el nivel de escolaridad de las mujeres.**

VARIABLE	NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS				
	Primaria (n=33)	Secundaria (n=22)	Bachillerato (n=18)	Carrera Técnica (n=18)	Licenciatura (n=9)
1.-Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el CaMa.	3±1	4±1	3±1	3±1	3±1
2.-Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
3.-Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el CaMa puede no ser tan malo.	4±1	4±1	4±1	4±1	3±1
4.-Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña.	4±1	4±1	4±1	4±1	3±1*
5.-Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de CaMa.	4±1	5±1	4±1	4±1	4±1

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Licenciatura vs Primaria; vs Secundaria; vs Bachillerato \*p<0.05.**

**CUADRO 10. Barreras de la mastografía entre el nivel de escolaridad de las mujeres.**

Variable	Primaria (n=33)	Secundaria (n=22)	Bachillerato (n=18)	Carrera técnica (n=18)	Licenciatura (n=9)
Dimensión barreras de la mastografía	29±9	27±8	24±7	23±7	19±4*

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey.**

**Primaria vs Licenciatura \*p<0.05**

**CUADRO 11. Ítems de la dimensión barreras de la mastografía entre el nivel de escolaridad de las mujeres.**

VARIABLE	NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS				
	Primaria (n=33)	Secundaria (n=22)	Bachillerato (n=18)	Carrera Técnica (n=18)	Licenciatura (n=9)
1.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.	3±1	3±2	2±1	2±1	2±1
2.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará.	3±2*	2±1	2±1	2±1	1±1
3.-No se que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.	3±1	3±1	3±1	2±1	2±1
4.-Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.	3±1*	2±1	2±1	2±1	1±1
5.-Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.	3±1*	3±1	2±1	3±1	2±1
6.-Hacerse una mastografía es muy doloroso.	4±1	3±2	3±2	3±1	3±1
7.-Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.	2±1	2±1	2±1	2±1	2±1
8.-Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.	2±1	2±1	2±1	2±1	1±1
9.-No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.	3±1	3±1	3±1	2±1	2±1
10.-Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.	2±1*	2±1	2±1	2±1	1±1
11.-Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.	2±1*	2±1	2±1	2±1	1±1

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey**

**Primaria vs Licenciatura \*p<0.05.**

**CUADRO 12. Ítems de la dimensión motivación para la salud entre el nivel de escolaridad de las mujeres.**

VARIABLE	NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS				
	Primaria (n=33)	Secundaria (n=22)	Bachillerato (n=18)	Carrera Técnica (n=18)	Licenciatura (n=9)
1.-Quiero descubrir problemas de salud a tiempo.	5±1	5±1	4±1*	4±1	5±1
2.-Mantener una buena salud es muy importante para mí.	5±1	5±1	5±1*	4±1*	5±1
3.- Busco información para mejorar mi salud.	4±1	4±1	4±1	4±1	5±1
4.-Creo que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud.	5±1	5±1	4±1	4±1	5±1
5.-Puedo comer alimentos bien balanceados.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
6.-Puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1
7.-Tengo revisiones periódicas de salud incluso aunque no esté enfermo.	4±1	4±1	4±1	4±1	4±1

**Prueba Anova de un factor con prueba posthoc de Tukey y Dunnett.**

**1° ítem, prueba Dunnett: Bachillerato vs Primaria \* p<0.05.**

**2° ítem, Carrera Técnica vs Primaria; vs Bachillerato \* p<.05.**

## 6. DISCUSIÓN

De acuerdo con la revisión de la literatura, en años recientes se ha reportado sobre un incremento gradual de CaMa en diversos países del mundo, convirtiéndose así actualmente en nuestro país como la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre las mujeres mexicanas.<sup>4-7</sup>

Hoy en día existe una incidencia mucho mayor de cáncer mamario en mujeres cada vez más jóvenes, alejándonos de la idea sobre que ésta era una enfermedad que solamente les daba a las mujeres adultas. Es por eso que es muy importante promover la autoexploración mamaria entre las mujeres a partir de la menarca, el examen clínico de mamas desde los 25 años de edad y el uso de la mastografía anualmente o cada dos años a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo, y en forma anual a toda mujer de 50 años o más.<sup>10,29</sup> Como ya se ha hecho hincapié anteriormente, está evidenciado que el estudio de la mastografía es el único método de detección oportuna del CaMa, y que de esta manera se puede reducir significativamente la morbimortalidad entre las mujeres.

Vivimos ante un problema de gran magnitud, aun existe un gran desafío para nosotras las enfermeras, porque bien sabemos que el uso de estas pruebas de cribado entre la población femenina es realmente muy bajo o casi nulo, esto a pesar de que la mayoría de ellas tienen conocimiento sobre su existencia y accesibilidad de diversos programas de salud que promueven el uso de la mastografía por medio de estudios gratuitos con el fin de ayudar eficazmente a mujeres con bajos recursos, y así mismo detectar oportunamente este mal. Es por eso que ésta investigación se realizó con el propósito de detectar las creencias que tienen las mujeres sobre el uso de la mastografía, identificando beneficios y barreras manifestadas en torno a ella para que en un futuro se diseñen nuevas estrategias y nuevos programas que impulsen hacia la prevención, concientizando y sensibilizando a cada una de las mujeres ante este gran problema de salud pública que nos afecta gravemente.

### **Creencias de Salud de la mastografía y la autoexploración mamaria.**

De acuerdo a los resultados de esta investigación, se encontró que las mujeres que no se autoexploran tienen mayores barreras para realizarse la mastografía al compararlo con las mujeres que si se la realizan, lo cual resulta ser un hallazgo nuevo porque en ninguno de los artículos que se revisaron se establecieron dichas diferencias, tal vez debido a que únicamente se analizaba la frecuencia de la autoexploración mamaria pero con otras dimensiones del MCS que solamente evaluaban los beneficios y barreras en torno a la autoexploración de mamas y no con los ítems de beneficios y barreras de la mastografía.

También en los resultados de este estudio se estableció que no existían diferencias entre la práctica de la autoexploración mamaria y las dimensiones de la escala: susceptibilidad hacia el CaMa, beneficios de la mastografía y motivación para la salud, lo cual concuerda con un artículo de Turquía en el que se determinaban los niveles de conocimiento sobre el cáncer de mama en un grupo de mujeres con el fin de evaluar las creencias de salud, en el cual estas tres dimensiones de la escala tampoco se asociaron significativamente con la autoexploración mamaria.<sup>55</sup>

### **Autoexploración mamaria y variables sociodemográficas**

Dentro del análisis de éstas variables se encontró que las mujeres con nivel de educación primaria son las que menos se realizan la autoexploración mamaria comparándolas con las que tienen estudios de secundaria, bachillerato, carrera técnica y licenciatura. Esto concuerda con tres artículos que se revisaron en los que se deduce que existen diferencias en la frecuencia de la autoexploración de mamas de acuerdo al nivel de escolaridad, porque entre menor nivel de escolaridad menos práctica de autoexploración.<sup>24,42,54</sup> Se dice también que entre mayor nivel de escolaridad mayor practica de autoexploración mamaria, aunque esto no concuerda con los hallazgos de este estudio porque aquí se destacó que las mujeres que más se autoexploran son las que tienen estudios de secundaria, y no las de nivel licenciatura que se supondría debieran ser, tal vez esto se deba a que la muestra total de mujeres con licenciatura no

es homogénea con los demás niveles y por eso fueron las mujeres con secundaria las que resultaron ser las que más se autoexploran.

En esta investigación se estableció que no existían diferencias entre la práctica de autoexploración mamaria por edad, estado civil y ocupación de las mujeres, esto concierne totalmente con lo reportado en la literatura,<sup>41,55</sup> pues se plasma que dichas variables no son determinantes para que una mujer se autoexplora.

### **Creencias de Salud de la mastografía y variables sociodemográficas.**

De acuerdo con la dimensión susceptibilidad hacia el CaMa y la variable sociodemográfica edad, en este estudio se manifiesta que las mujeres >61 años son las que se sienten menos susceptibles al CaMa en comparación con los otros grupos de edad de mujeres más jóvenes, lo cual resulta ser un dato curioso puesto que se supondría que debiera ser al revés, es decir, que las mujeres jóvenes de 25-33 años no sea el grupo que se sienta más susceptible de padecer CaMa sino las mujeres mayores de 61 años porque el riesgo del CaMa aumenta conforme avanza la edad, aunque esto también sería un factor clave porque así ese grupo de mujeres jóvenes adoptaría en mayor medida conductas preventivas para contrarrestar dicha enfermedad, pero en general lo idóneo es que fuera así en todas las mujeres independientemente de su edad porque todas somos vulnerables. Este resultado es parecido con un artículo en el que las puntuaciones de las mujeres entre 60 y 65 años fueron bajas en la dimensión de susceptibilidad respecto a las mujeres de menor edad, lo que también refleja una menor percepción de susceptibilidad al CaMa.<sup>38</sup> Asimismo también se asemeja con otro estudio en el que se incluyeron tres grupos de edad: <50 años, entre 50-60 años y más de 60 años, dividiendo cada uno en mujeres que acuden al screening y quienes no acuden, encontrando diferencias estadísticas similares entre el grupo de edad y la dimensión susceptibilidad hacia el CaMa.<sup>50</sup>

Conforme a los ítems de la dimensión beneficios de la mastografía con el grupo de edad, en este estudio se encontró que las mujeres >61 años perciben más posibilidades

de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa en comparación con las mujeres de 43-51 años, y manifiestan menos posibilidades de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa comparándolas con el grupo de edad de las mujeres de 52-60 años. Este hallazgo no coincide con lo revisado en la literatura porque no establecen diferencias significativas entre la edad y la dimensión beneficios de la mastografía.<sup>38,53</sup> En otro artículo que analiza la variable edad y beneficios de la mastografía, se encontraron diferencias pero se utilizan distintos ítems a los que se manejaron en esta investigación, por lo que tampoco concuerda con los resultados establecidos.<sup>50</sup>

En cuanto a la dimensión barreras de la mastografía y el grupo de edad de las mujeres se dedujo que las mujeres de 52-60 años y > 60 años son las que tienen mayores barreras en torno a la mastografía que los otros grupos de edad, y al analizar cada uno de los ítems de dicha dimensión destacaron los siguientes: 2° ítem “Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará”, 5° ítem “Hacerse una mastografía toma mucho tiempo”, 6° ítem “Hacerse una mastografía es muy doloroso”, 8° ítem “Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria”, 11° ítem “Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina”. Estos resultados coinciden con los hallazgos de dos reportes de investigación en los que por una parte se concluye que conforme aumenta la edad de la mujer también aumenta su percepción de las barreras de dicha dimensión,<sup>38</sup> y por otro lado los ítems número 2, 5, 6 y 8 concuerdan con los reportados en una investigación en la cuál también existían diferencias estadísticas entre la edad de las mujeres mayores y dichos ítems.<sup>50</sup>

También en los resultados de este estudio se estableció que no existían diferencias estadísticamente significativas con la variable sociodemográfica edad y la dimensión motivación para la salud, esto concierda con los estudios en los que se utiliza dicha dimensión pero no se establecen diferencias con la variable edad.<sup>51,53,56</sup>

Conforme a la variable sociodemográfica estado civil y la dimensión susceptibilidad hacia el CaMa, en esta investigación se encontraron significancias pero no se

estableció que grupo era el que daba las diferencias, esto se sustenta con los estudios revisados en los que tampoco se asociaron dichas variables.<sup>38,40,47,53</sup>

De acuerdo a los resultados de los ítems de la dimensión beneficios de la mastografía y el estado civil de las mujeres, se encontró que las mujeres viudas creen que existen menos posibilidades de que una mastografía disminuya sus posibilidades de morir de CaMa comparándolas con los demás estados civil, este hallazgo no concuerda con lo revisado en la literatura porque en general sólo se mencionaba que las mujeres casadas son las que mejor cumplen para realizarse una mastografía y que en cuanto el estado civil de las mujeres perciben beneficios pero no se especifica que grupo ni que ítems de la escala marcan las diferencias.<sup>53</sup>

En cuanto a los ítems de la dimensión barreras de la mastografía y el estado civil, resultó que las mujeres viudas son las que creen que son demasiado viejas para necesitar una mastografía de rutina en comparación con los demás estados civil, este hallazgo tampoco coincide con las investigaciones consultadas porque no se establece que las barreras de la mastografía estén influenciadas por el estado civil de las mujeres y que además destaquen ciertos ítems que establezcan diferencias.<sup>38,53</sup>

En esta investigación no se encontraron diferencias estadísticas entre la variable sociodemográfica estado civil y la dimensión motivación para la salud, lo cual se sustenta totalmente con los estudios revisados.<sup>38,53</sup>

Conforme a los resultados del análisis de la variable sociodemográfica nivel de escolaridad, en esta investigación se identificó que las mujeres que tienen nivel de estudios de licenciatura creen en menor proporción que hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña, comparándolas con las demás mujeres de menor nivel de estudios que identifican ese beneficio de la mastografía en una mayor proporción. Como ya se había mencionado anteriormente, la muestra total de las mujeres con licenciatura y primaria no es homogénea, teniendo como resultado que este hallazgo es contradictorio con lo revisado en la literatura, aunque también

cabe mencionar que en la mayoría de los reportes consultados destacan en su gran mayoría las mujeres con estudios de primaria y muy pocas con licenciatura, en donde también se establecen diferencias estadísticas entre los beneficios percibidos de la mastografía y las cinco etapas del Modelo Transteórico pero sin especificar el nivel de escolaridad de las mujeres que daban las diferencias,<sup>40,45,46,48</sup> y en otra investigación tampoco concuerdan porque se encontró que las mujeres con estudios de primaria detectan muy poca percepción de los beneficios en torno a la mastografía.<sup>51</sup>

También se encontró que las mujeres que tienen estudios de primaria tienen mayores barreras en torno a la mastografía que las de nivel licenciatura, al identificar los ítems que más destacaban en dicho análisis fueron los siguientes: 2° ítem “Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará”, 4° ítem, “Hacerse una mastografía es muy vergonzoso”, 5° ítem, “Hacerse una mastografía toma mucho tiempo”, 10° ítem, “Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía”, 11° ítem, “Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina”, esto coincide con una investigación en donde se menciona que las mujeres con menor nivel de estudios son las que perciben más barreras para hacerse una mastografía.<sup>38</sup> En otras investigaciones destacaron los mismos ítems antes mencionados, y aunque presentan una traducción diferente tienen la misma idea.<sup>50,51,56</sup>

Conforme a los resultados se estableció que las mujeres que tienen nivel de escolaridad bachillerato y carrera técnica son las que tienen menor motivación para la salud, en comparación con los demás grupos, este hallazgo es nuevo porque en ningún artículo se establece que existan diferencias estadísticas entre dichas variables.

También se encontró que no existían diferencias estadísticamente significativas entre la variable sociodemográfica nivel de escolaridad y la dimensión de susceptibilidad hacia el CaMa, lo cual concuerda con 2 investigaciones en las que se analizaron esas mismas variables pero no se encontraron diferencias.<sup>38,40</sup>

En cuanto a la variable sociodemográfica ocupación con los ítems de la dimensión de beneficios de la mastografía, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el 4° ítem “Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una bolita muy pequeña”, pero no se estableció que grupo daba las diferencias. Esto no concuerda con lo reportado en la literatura porque en estos estudios únicamente se establecieron diferencias entre la ocupación de las mujeres dedicadas al hogar y las que eran enfermeras, éstas últimas con los hallazgos de que se realizan con mayor frecuencia una mastografía y se autoexploran con mayor regularidad que las mujeres dedicadas al hogar y a su vez perciben mayores beneficios en torno a la mastografía, y conforme a los resultados de esta investigación no hubo mujeres que se dedicaran a la enfermería, por lo tanto no se pudieron establecer diferencias entre dichas variables.<sup>24,53</sup>

Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y las dimensiones de escala: susceptibilidad hacia el CaMa, barreras de la mastografía y motivación para la salud, coincidiendo en su totalidad con la literatura revisada que tampoco estableció asociaciones.

## **7. CONCLUSIONES**

El Cáncer de Mama es hoy en día una enfermedad devastadora para las mujeres que representa constantemente un gran desafío para la salud pública de nuestro país, de ahí la gran importancia que juega el papel de enfermería que debe enfocarse principalmente hacia la prevención.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, se han encontrado hallazgos muy interesantes sobre las creencias que tienen las mujeres en torno a la mastografía y la autoexploración mamaria que nos dan muchos elementos clave que podemos tratar nosotras las enfermeras.

Los resultados del estudio permiten aceptar la hipótesis propuesta con relación a la edad ya que por un lado, las mujeres mayores de 61 años son las que se sienten menos susceptibles al CaMa en comparación con los otros grupos de edad de mujeres más jóvenes, y por otra parte, las mujeres mayores de 52 años son las que perciben más barreras para realizarse una mastografía, siendo éste un grupo muy vulnerable pues como ya sabemos entre más edad tenga la mujer mayor es el factor de riesgo para el CaMa, además de que estas mujeres son quienes principalmente deben realizarse la mastografía periódicamente, pero muchas de ellas al identificar ciertas barreras optan por no realizarse una mastografía.

Así mismo, las mujeres que no se autoexploran son las que expresaron mayores barreras para realizarse una mastografía, y aquellas con menor nivel escolar son quienes no se autoexploran y también tienen mayores barreras en torno a la mastografía, ellas catalogan a la mastografía como un procedimiento doloroso, vergonzoso, tienen miedo a las radiaciones, creen que toma mucho tiempo, manifiestan que no comprenden lo que le harán en dicho estudio y que tienen deberes más importantes que hacerse una mastografía.

Estas barreras se pueden disminuir mediante campañas de salud por parte de enfermería dirigidas hacia el reconocimiento de estos posibles obstáculos por medio del suministro de información que transmita seguridad y bienestar en la mujer, como por ejemplo mencionarles que la duración de la mastografía es muy breve, que muy pocas mujeres son las que sienten dolor, además de insistir en que el cáncer es asintomático en una primera fase. Debemos hacer hincapié en que hoy en día los avances de la tecnología son cada vez mejores y que las opciones de tratamiento ofrecen muchas ventajas si el cáncer de mama se diagnostica oportunamente.

También es necesario mencionarles que el único método que ha demostrado ser útil para la detección oportuna del CaMa es la mastografía y no supone una pérdida de tiempo, puede provocar cierta molestia o incomodidad pero que no tiene porque sentirse avergonzada ya que el estudio es realizado por personal femenino, además los rayos X no implican ningún riesgo a su salud y en la mayoría de los casos simplemente confirmará que no hay ningún problema y que todo va bien.

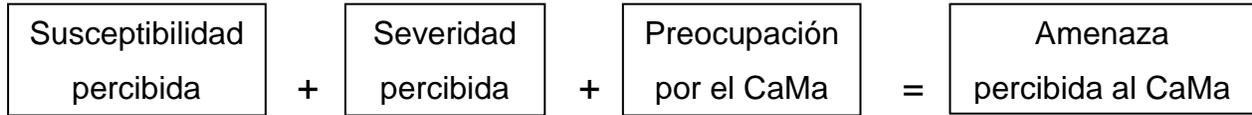
Para influir en que las mujeres se realicen la autoexploración mamaria, nosotras las enfermeras también podemos enseñarles la técnica correcta de manera personal a cada una de ellas, pues en algunos reportes de investigación se ha mencionado que de esa manera las mujeres comprenden mejor la técnica y es más fácil que se la realicen correctamente y con regularidad, a pesar de que esto no garantiza al 100% su efectividad, puede a lo mejor dar algunos elementos sobre barreras o beneficios que pueden ser utilizados para futuras investigaciones y diseño de programas preventivos.

Sabemos que no tenemos una tarea fácil, porque no podemos incidir ante las creencias que ya tienen las mujeres como producto de su cultura, de sus comportamientos y conductas de salud. Podríamos planear nuevas intervenciones y estrategias encaminadas hacia la prevención del CaMa, así como de medir periódicamente su eficacia con el fin de evaluar su cumplimiento, y en dado caso restablecerlas con el fin de implementar otras estrategias que se adapten a las conductas de las mujeres.

Sensibilicemos a nuestras amigas, conocidas, madres e hijas sobre esta terrible enfermedad, pero sin llegar a generarles miedo o ansiedad, porque bien sabemos que el cáncer de mama no distingue de edad, educación, estado civil, ocupación, raza y nivel socioeconómico. Entender y comprender que la prevención solamente está en nuestras manos es responsabilidad de cada una de nosotras, aunque es necesario que la población se concientice sobre la magnitud de este gran problema.

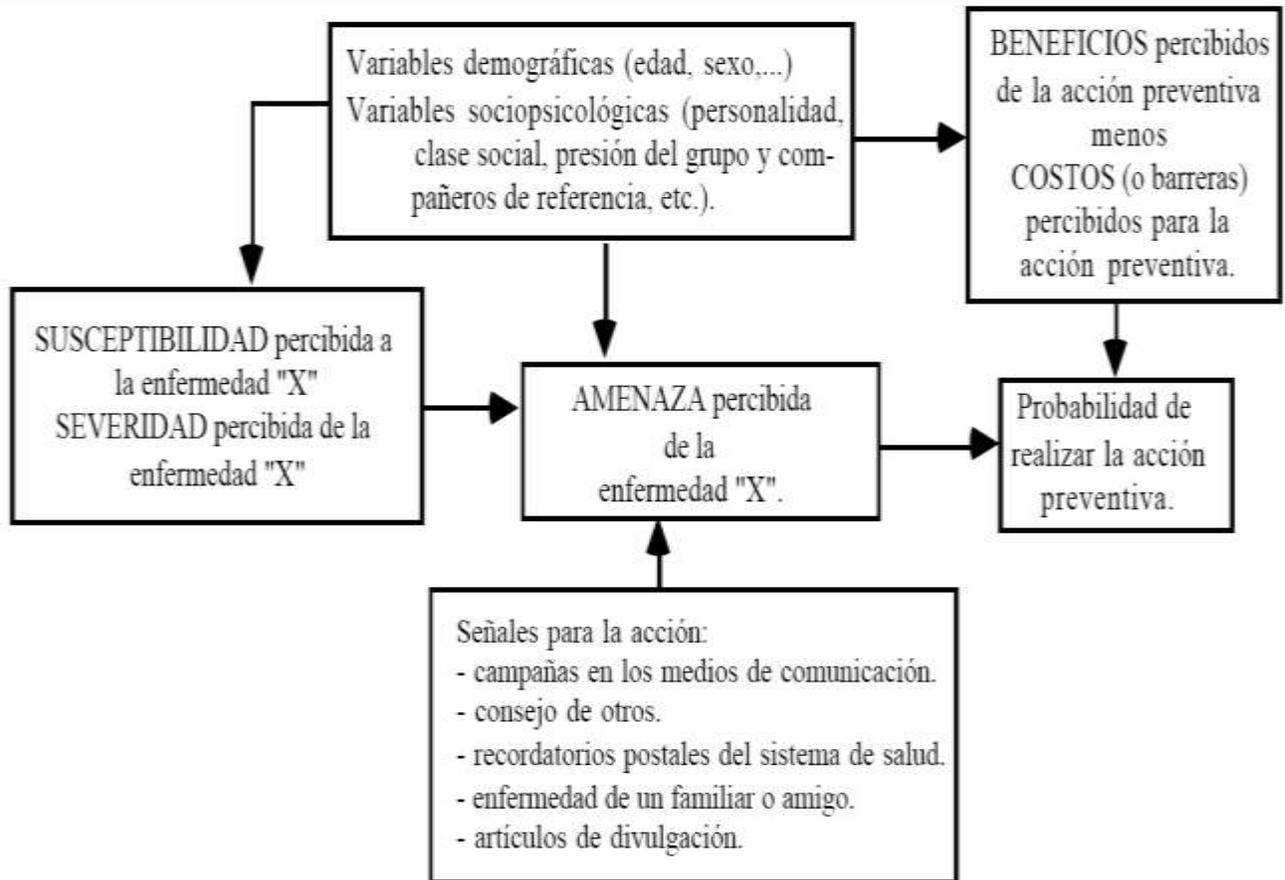
# ANEXOS

**Diagrama 1. Variables del MCS en el CaMa**



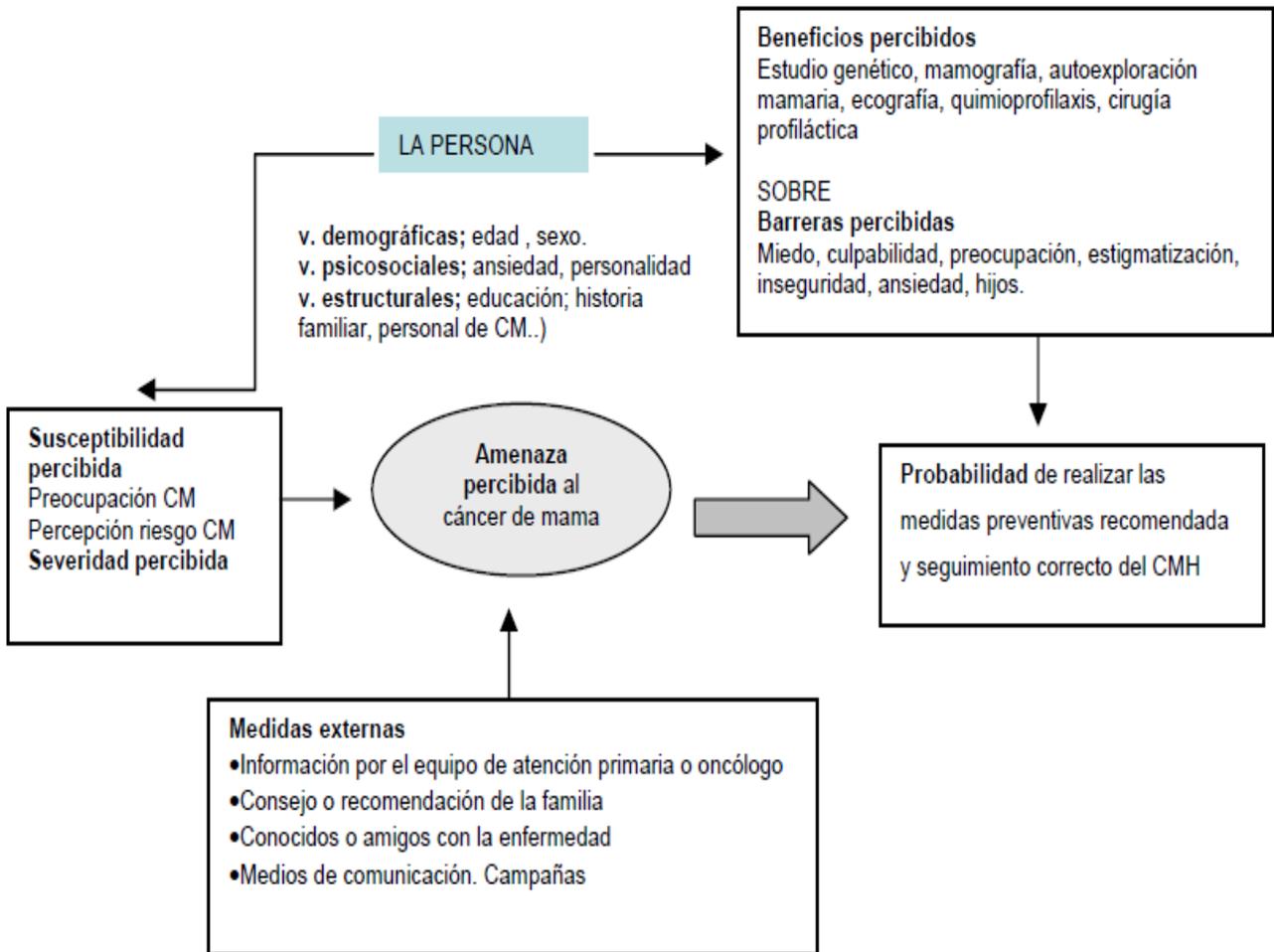
Tomado de: Cabrera-Torres E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético. (Tesis Doctoral) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Catalunya; 2008

Diagrama 2. MCS aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva, de acuerdo a Becker y Maiman (1975).



Tomado de: Moreno-San Pedro E, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003; 3 (1): 91-109.

Diagrama 3. Modelo de creencias de salud en cáncer de mama hereditario



Tomado de: Cabrera-Torres E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético. (Tesis Doctoral) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Catalunya; 2008.

## Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	PROPIEDADES Y OPERACIONES	NIVEL DE MEDICIÓN	CÓDIGO
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad cumplida en años referida por la persona.	=, ≠, >, <,  —  ,  relativo	Intervalar	El que aparece
<b>Estado civil</b>	Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Conocer el estado civil de la persona.	=, ≠	Nominal	1) Soltera 2) Casada 3) Unión libre 4) Divorciada/ Separada 5) Viuda
<b>Nivel máximo de estudios</b>	Conjunto máximo de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel máximo de estudios que tiene la persona.	=, ≠, >, <	Ordinal	1) Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4) Carrera técnica 5) Licenciatura 6) Posgrado
<b>Ocupación</b>	Labor que desempeña una persona, en la cual ocupa la mayor parte de su tiempo, puede o no tener retribución económica.	Saber la ocupación de la persona.	=, ≠	Nominal	1) Ama de casa 2) Empleada 3) Ama de casa y trabaja 4) Profesionalista 5) Otros
<b>Autoexploración mamaria</b>	Es un procedimiento mediante el cual una mujer explora sus mamas y estructuras accesorias para detectar la presencia de alteraciones que pudieran indicar un proceso maligno.	Saber si la persona se realiza la autoexploración de mamas por lo menos cada mes.	=, ≠	Nominal	1= Si 2= No

<b>Creencias de salud sobre la mastografía</b>	Representan las ideas y la convicción que una persona tiene sobre el estudio de la mastografía.	Conocer las creencias que tienen las mujeres en torno a la mastografía, por medio de la escala del MCS que consta de 4 dimensiones y son: susceptibilidad hacia el CaMa, beneficios de la mastografía, barreras de la mastografía y motivación para la salud.	=, ≠, >, <	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente de acuerdo</li> <li>2) De acuerdo</li> <li>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)</li> <li>4) En desacuerdo</li> <li>5) Totalmente en desacuerdo</li> </ol>
<b>Dimensión Susceptibilidad hacia el CaMa</b>	Percepción del riesgo o vulnerabilidad percibida que tienen las mujeres sobre la probabilidad subjetiva de contraer CaMa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-¿Es probable que yo tenga cáncer de mama?</li> <li>2.-Las probabilidades de que tenga cáncer de mama en los próximos años son grandes.</li> <li>3.-Creo que tendré cáncer de mama en algún momento de mi vida.</li> </ol>	=, ≠, >, <	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente de acuerdo</li> <li>2) De acuerdo</li> <li>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)</li> <li>4) En desacuerdo</li> <li>5) Totalmente en desacuerdo</li> </ol>
<b>Dimensión beneficios de la mastografía</b>	Se considera a la percepción de los resultados positivos que distingue la mujer al practicarse una mastografía, con el fin de realizar una acción de prevención y así evitar la amenaza de contraer el CaMa.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el cáncer de mama.</li> <li>2.-Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente</li> <li>3.-Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el cáncer de mama puede no ser tan malo.</li> <li>4.-Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una "bolita" muy pequeña.</li> <li>5.-Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de cáncer de mama.</li> </ol>	=, ≠, >, <	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente de acuerdo</li> <li>2) De acuerdo</li> <li>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)</li> <li>4) En desacuerdo</li> <li>5) Totalmente en desacuerdo</li> </ol>
<b>Dimensión barreras de la mastografía</b>	Son los inconvenientes u obstáculos que se encuentran como potencialmente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.-Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.</li> <li>2.-Tengo miedo de hacerme una mastografía</li> </ol>	=, ≠, >, <	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Totalmente de acuerdo</li> <li>2) De acuerdo</li> <li>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo</li> </ol>

	negativos de que la mujer se practique una mastografía.	<p>porque no entiendo lo que se hará.</p> <p>3.-No sé que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.</p> <p>4.-Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.</p> <p>5.-Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.</p> <p>6.-Hacerse una mastografía es muy doloroso.</p> <p>7.-Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.</p> <p>8.-Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.</p> <p>9.-No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.</p> <p>10.-Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.</p> <p>11.-Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.</p>			<p>(neutral)</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>
<b>Dimensión motivación para la salud</b>	Representa a los estímulos que percibe la mujer para llevar a cabo determinadas conductas de salud que benefician su integridad.	<p>1.-Quiero descubrir problemas de salud a tiempo.</p> <p>2.-Mantener una buena salud es muy importante para mí.</p> <p>3.-Busco información para mejorar mi salud. 4.-Creo que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud.</p> <p>5.-Puedo comer alimentos bien balanceados.</p> <p>6.-Puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.</p> <p>7.-Tengo revisiones periódicas de salud, incluso aunque no esté enfermo.</p>	=, ≠, >, <	Ordinal	<p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>



<b>c) ¿Qué le recomendó el médico?</b> 1) Ultrasonido 2) Mastografía 3) Mastografía y ultrasonido 4) Me refirieron con el oncólogo	<b>d) ¿Finalmente que hizo?</b> 1) Me practicaron ultrasonido y/o mastografía 2) Me realizaron una biopsia 3) Me refirieron al oncólogo 4) Me intervinieron quirúrgicamente
--	---

**PARTE 2. INSTRUCCIONES:** Lea con atención cada uno de los siguientes enunciados y marque con una “X” aquella que esté de acuerdo con su forma de pensar. Por favor sólo marque una respuesta.

**Ejemplo:**

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
No sé que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.	<b>X</b>				

	Total-mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (Neutral)	En desa-cuerdo	Total-mente en desa-cuerdo
12. ¿Es probable que yo tenga cáncer de mama?					
13. Las probabilidades de que tenga cáncer de mama en los próximos años son grandes.					
14. Creo que tendré cáncer de mama en algún momento de mi vida.					
15. Si me realizo una mastografía y el resultado es normal, no me preocupo tanto por el cáncer de mama.					
16. Hacerse una mastografía me ayudará a encontrar lesiones en los senos tempranamente.					
17. Si me encuentran lesiones a través de una mastografía, mi tratamiento para el cáncer de mama puede no ser tan malo.					
18. Hacerse una mastografía es la mejor manera para encontrar una “bolita” muy pequeña.					
19. Hacerse una mastografía disminuye mis posibilidades de morir de cáncer de mama.					
20. Tengo miedo de hacerme una mastografía porque puede ser que encuentre algo que está mal.					
21. Tengo miedo de hacerme una mastografía porque no entiendo lo que se hará					

	Total- mente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo (Neutral)	En desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
<b>22.</b> No sé que tengo que hacer para que me hagan una mastografía.					
<b>23.</b> Hacerse una mastografía es muy vergonzoso.					
<b>24.</b> Hacerse una mastografía toma mucho tiempo.					
<b>25.</b> Hacerse una mastografía es muy doloroso.					
<b>26.</b> Las personas que realizan las mastografías son groseros con las mujeres.					
<b>27.</b> Hacerse una mastografía me expone a una radiación innecesaria.					
<b>28.</b> No me acuerdo de pedir cita para una mastografía.					
<b>29.</b> Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mastografía.					
<b>30.</b> Soy demasiado vieja para necesitar una mastografía de rutina.					
<b>31.</b> Quiero descubrir problemas de salud a tiempo.					
<b>32.</b> Mantener una buena salud es muy importante para mí.					
<b>33.</b> Busco información para mejorar mi salud.					
<b>34.</b> Creo que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud.					
<b>35.</b> Puedo comer alimentos bien balanceados.					
<b>36.</b> Puedo hacer ejercicio al menos 3 veces por semana.					
<b>37.</b> Tengo revisiones periódicas de salud, incluso aunque no esté enfermo.					

**¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!**



INDIANA UNIVERSITY  
SCHOOL OF NURSING  
DEPT

April 15, 2011

Jessica Jousset Pérez Robles

México Distrito Federal

Dear Ms. Robles,

Thank you for your interest in my work. You have permission to revise the tools that were sent to you via email as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

Victoria Champion, PhD, RN, FAAN  
Mary Margaret Walther Distinguished Professor  
Edward W. and Sara Stam Collipher Endowed Chair  
Executive Associate Dean for Research Affairs

VC:dd

Enclosure

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control (Consultado 8 febrero 2011). Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Carga de cáncer de mama (Consultado 8 febrero 2011). Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer de mama (Consultado 8 febrero 2011). Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index3.html>

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020 (Consultado 8 febrero 2011). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>

<sup>5</sup> Knaul FM, López-Carrillo L, Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Romieu I, et. al. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Publica Mex. 2009; 51 (2): 138-140 (Consultado 7 marzo 2011). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a02.pdf>

<sup>6</sup> El Universal. Cáncer de mama, primera causa de muerte en México (Consultado 4 febrero 2011). Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/634609.html>

<sup>7</sup> La Jornada. Creció mortalidad por cáncer de mama en 2010: 5 mil 113 decesos (Consultado 3 febrero 2011). Disponible en: <http://www.vanguardia.com.mx/creciomortalidadporcancerdemamaen20105mil113decesos-634851.html>

<sup>8</sup> Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Publica Mex. 2009; 51 (2): 350-360.

<sup>9</sup> Valencia-Mendoza A, Sánchez-González G, Bautista-Arredondo S, Torres-Mejía G, M Bertozzi S. Costo-efectividad de políticas para el tamizaje de cáncer de mama en México. *Salud Publica Mex.* 2009; 51 (2): 296-304.

<sup>10</sup> Secretaria de salud Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (Consultada 11 de mayo del 2010). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>

<sup>11</sup> Brandan ME, Villaseñor-Navarro Y. Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Cancerología.* 2006; (1): 147-162.

<sup>12</sup> Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, et. al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Publica Mex.* 2009; 51 (2): 335-344.

<sup>13</sup> López-Carrillo L, Suárez-López L. Cáncer de mama, la salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias UNAM. 2007: 236-252.

<sup>14</sup> López-Carrillo L, Suárez-López L, Torres-Sánchez L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Publica Mex.* 2009; 51 (2): 345-349.

<sup>15</sup> Moreno-San Pedro E, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica.* 2003; 3 (1): 91-109.

<sup>16</sup> Becker MH, Maiman L. Socio behavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care.* 1975; 13: 10-24.

<sup>17</sup> Granados-Andrade AM, Núñez-Toscano MP. Creencias de salud y hábitos positivos. (Tesis de Licenciatura) Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.

<sup>18</sup> Vargas-Esquivel LM. Creencias sobre vejez y salud en Adultos Mayores y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención. (Tesis de Maestría) Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.

<sup>19</sup> Moreno-Alfaro AM. Modelo de creencias sobre salud bucodental en una muestra de madres y perfil de caries de sus hijos, Delegación Magdalena Contreras DF. (Tesina de Licenciatura) Facultad de Odontología. Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.

<sup>20</sup> Soto-Mas F, Lacoste Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez -León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71 (4): 335-341.

<sup>21</sup> Schencke M, Espinoza S, Muñoz N, Messing H. Actitud y conducta frente al autoexamen de mama entre profesionales de salud en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). 1993; 114 (4): 317-325.

<sup>22</sup> Gloria-Delgado BA. Práctica de autoexploración de mama: susceptibilidad y autoeficacia percibida. (Tesis de Maestría). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2003.

<sup>23</sup> Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33 (5): 677-688.

<sup>24</sup> Belguzar K, Cengiz HA. Health beliefs and breast self-examination in a sample of Turkish nursing students and their mothers. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 18: 1412-1421.

<sup>25</sup> Corral V, Frías M, Romero M, Muñoz A. Validity of a scale of beliefs regarding the positive effects of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse & Neglect*. 1995; 19, 660-670.

<sup>26</sup> Obregón-Salido FJ. "Las creencias como un factor disposicional del comportamiento". *Revista Sonorense de Psicología*. 1996; 10 (1,2): 43-49.

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar (Consultado 8 Agosto 2011). Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

<sup>28</sup> Gispert C, Gárriz J, Villalba M, Cassan A, Grasa V, et. al. *Diccionario de Medicina* Océano Mosby. Editorial Océano. España, 2007; p. 1158.

<sup>29</sup> Cárdenas-Sánchez J, Sandoval-Guerrero F. Segunda revisión del Consenso Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario Colima, México 2005. *Gamo*. 2006; 5 (2): 3-21.

<sup>30</sup> Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 4(3): 1-70.

<sup>31</sup> Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003; 2: 1-20.

<sup>32</sup> Crocco MC, Stoisa D, Lucena ME, Costamagna C. Cáncer de mama y BIRADS (RX-US- RMI): Puesta al día. ANUARIO FUNDACIÓN Dr. J. R. VILLAVICENCIO. 2004; 12: 68-75. (Consultado 8 Agosto 2011) Disponible en:

<http://www.villavicencio.org.ar/pdf/068%20Cancer%20de%20mama%20y%20BRRADS.pdf>

<sup>33</sup> Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado el VIH/SIDA. Modelo Creencias de Salud Health Belief Model (Consultado 6 octubre 2010). Disponible en: <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/15-modelo-creencias-de-salud.html>

<sup>34</sup> Cabrera-Torres E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético. (Tesis Doctoral) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de Catalunya; 2008.

<sup>35</sup> Croyle, RT. Theory at a Glance A Guide For Health Promotion Practice. 2<sup>a</sup>.ed. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: National Institutes of Health NIH; September 2005.

<sup>36</sup> Poss JE. Developing a New Model for Cross-Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. Advances in nursing science. 2001; 23 (4): 1-15

<sup>37</sup> Cabrera AG, Tascón GJ, Lucumí CD. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2001; 19 (001): 90-101.

<sup>38</sup> Ehrenzweig Sánchez Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Avances en Psicología Latinoamericana. 2007; 25 (001): 7-21.

<sup>39</sup> González-Juárez L. Creencias de salud de las mujeres y uso de servicios de detección oportuna de cáncer. (Tesis de Maestría) Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León; 1997.

<sup>40</sup> Esteva M, Ripoll J, Sánchez-Contador C, Collado F, Tebé C, Castaño E, et al. Adaptación y validación del cuestionario de susceptibilidad, beneficios y barreras ante el cribado con mamografía. *Gac Sanit.* 2007; 21(4): 282-9.

<sup>41</sup> Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex.* 2009; 51 (2): 254-262.

<sup>42</sup> Champion VL, Menon U. Predicción de mamografía y autoexploración mamaria en mujeres afroamericanas. *Cancer Nursing.* 1997; 20 (5): 315-322.

<sup>43</sup> Champion VL. The Relationship of Breast Self-Examination to Health Belief Model Variables. *Research in Nursing & Health.* 1987; 10: 375-382.

<sup>44</sup> Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *NURSING RESEARCH.* 1993; 42 (3): 139-143.

<sup>45</sup> Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ADVANCES IN NURSING SCIENCE.* 1984: 73-85.

<sup>46</sup> Menon U, Champion V, Monahan PO, Daggy J, Hui S, et. al. Health Belief Model Variables as Predictors of Progression in Stage of Mammography Adoption. *American Journal of Health Promotion.* 2007; 21 (4): 255-261.

<sup>47</sup> Champion VL. Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening. *Research in Nursing & Health.* 1999; 22: 340-348.

<sup>48</sup> Vadaparampil ST, Champion VL, Miller TK, Menon U, Skinner CS. Using the Health Belief Model to Examine Differences in Adherence to Mammography Among African-American and Caucasian Women. *Journal of Psychosocial Oncology.* 2003; 21 (4): 59-79.

<sup>49</sup> Miller AM, Champion VL. Mammography in women  $\geq$  50 years of age, predisposing and enabling characteristics. *Cancer Nursing*. 1993; 16 (4): 260-269.

<sup>50</sup> Champion VL, Monahan PO, Springston JK, Rusell K, Zollinger TW, et.al. Measuring Mammography and Breast Cancer Beliefs in African American Women. *J Health Psychol*. 2008; 13 (6): 827–837.

<sup>51</sup> Russell KM, Champion VL, Perkins SM. Development of Cultural Belief Scales for Mammography Screening. *ONCOLOGY NURSING FORUM*. 2003; 30 (4): 633-640.

<sup>52</sup> Andreu-Vaillo Y, Galdón-Garrillo MJ, Durá Ferrandis E, Carretero Gómez S, Tuells Hernández J. Edad, creencias de salud y asistencia a un programa de cribado mamográfico en la comunidad valenciana. *Revista Española de Salud Pública*. 2004; 78 (001):65-82.

<sup>53</sup> Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, García V, Ibáñez E. Participación en cribados mamográficos y creencias de salud: una perspectiva de proceso. *PSICOONCOLOGÍA*. 2007; 4 (2-3): 345-365.

<sup>54</sup> Pakenham KI, Pruss M, Clutton S. The utility of socio-demographics, knowledge and health belief model variables in predicting reattendance for mammography screening: a brief report. *Psychology and Health*. 2000; 15: 585-591.

<sup>55</sup> Fischera SD, Frank DI. El Modelo de Creencias en Salud como un predictor de cribado mamográfico. *El Diario de Conducta de Salud, Educación y Promoción*. 1994; 18 (4): 61-70

<sup>56</sup> Cabeza E, Catalán G, Avellà A, Llobera J, Pons O. Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. *Rev Esp Salud Pública*. 1999; 73 (4): 489-499.

<sup>57</sup> Erbay Dünder P, Özmen D, ÖZTÜRK B, Haspolat G, Akyıldız F, et. al. El conocimiento y las actitudes de auto-examen de mama y la mamografía en un grupo de mujeres en una zona rural en el oeste de Turquía. BMC Cáncer. 2006; 6: 43-43.

<sup>58</sup> Durá E, Andreu Y, Galdón MJ, Tuells J. Razones de no asistencia a un programa de cribado mamográfico. PSICOONCOLOGÍA. 2004; 1 (1): 31-50.