



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**FACTORES QUE LIMITAN LA
ADHERENCIA A LA DETECCIÓN DEL
CÁNCER DE MAMA EN LA UMF N°64 DEL
IMSS.**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE: MEDICO CIRUJANO

P R E S E N T A:
DRA. YADIRA JHASUE RODRIGUEZ DIAZ

DIRECTOR DE TESIS
DR. CONCEPCIÓN DE LA TORRE

ASESORAS
DRA. MARÍA LUISA PONCE LÓPEZ
DRA. CITLALLI GARCÍA PÉREZ



CD MX, AGOSTO DE 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por formarme como médica general con conocimientos científicos, valores, y actitudes para llevar a cabo una práctica responsable, competente, ética y humanística.

A las Autoridades del IMSS que me facilitaron el ingreso a la UMF N°64, sin su apoyo no habría sido posible llevar a cabo mi tesis.

A la Dra. Ivonne Mejía quien me brindó su apoyo y la asesoría necesaria para la elaboración de mi tesis.

Al Dr. Rubén Zuart por su apoyo, motivación y aportaciones para la culminación de mis estudios profesionales; al Dr. Iván Rodríguez por su apoyo ofrecido en mi tesis; al Dr. Manuel Cisneros por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, a la Ing. Erica Castellanos por apoyarme en todo momento.

A mi director de tesis, el Dr. Concepción De la Torre, y mis asesoras, la Dra. María Luisa Ponce y Dra. Citlalli García por marcar cada etapa de mi camino universitario, y su apoyo en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de mi tesis.

Y finalmente a todas las personas que me han apoyado y han hecho que esta tesis se realice con éxito, en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos, gracias.

DEDICATORIA

Llena de regocijo, de amor y esperanza, dedico esta tesis a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

A mis padres Marcela Díaz y Mario Rodríguez, por ser los principales generadores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado y convertirme en lo que soy, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí.

A mi hermana Maricela Rodríguez que siempre ha estado a mi lado, brindándome su apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida personal y profesional.

A mis abuelos Gloria Mendoza y Juan Díaz, por siempre estar en los momentos importantes de mi vida, por ser mis ejemplos para salir adelante, por su paciencia y por el amor que me han brindado incondicionalmente.

A mi tía Margarita Díaz por enseñarme a confiar en mí y en mis capacidades.

A mi Coach, maestra y amiga la Dra. Ivonne Mejía, gracias por todo el tiempo compartido, por su gran apoyo en los momentos difíciles, por haberme guiado en mi desarrollo personal y profesional, por creer en mí.

A mi compañero de vida Eduardo García, gracias por tantas ayudas y tantos aportes no solo en el desarrollo de mi tesis, sino también para mi vida.

INDICE

	Página
I. Introducción	5
II. Marco Teórico	7
III. Justificación del trabajo	16
IV. Objetivos	19
4.1 General	19
4.2 Especifico	19
V. Material y Métodos	20
5.1 Tipo de estudio	20
5.2 Población de estudio	20
5.3 Tamaño de muestra	20
5.4 Tipo de muestreo	20
5.5 Criterios de Selección	20
5.6 Operacionalización de variables	21
5.7 Técnica	24
5.8 Análisis estadístico	25
VI. Plan General	26
VII. Aspectos éticos	27
VIII. Recursos financieros y factibilidad	28
IX. Resultados	29
9.1 Análisis univariado	29
9.2 Análisis bivariado	34

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa), es una patología creciente en todo el mundo, constituye un problema prioritario de Salud Pública; la evidencia demuestra que el CaMa es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de países desarrollados y en vías de desarrollo. Se estima (2009) que más del 80% de los casos de CaMa que se detectan en México, se encuentran en etapa avanzada debido a que la detección oportuna es deficiente.

Sin embargo, la detección del CaMa en etapas preclínicas puede reducir la mortalidad; la mastografía es uno de los estudios radiológicos más útiles para dicho fin.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con recursos humanos e infraestructura para realizar la detección del CaMa; sin embargo, para lograr el objetivo general de los programas de detección temprana es necesario alcanzar un alto nivel participativo de la población; por lo que el estudio de los factores y creencias en salud que influyen en las mujeres y que intervienen en su decisión para participar activa y voluntariamente así como adoptar conductas preventivas en materia de salud, es una acción fundamental.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal en el que se incluyó a 385 mujeres en un rango de edad de 40 a 69 años, derechohabientes de la UMF No.64 del IMSS, sin diagnóstico previo de CaMa y sin mastografía en los últimos 2 años, seleccionadas por medio de un muestreo por conveniencia en la sala de espera de la consulta externa de esta unidad; en el periodo comprendido de marzo-agosto del 2018.

Se aplicó una entrevista cara a cara con las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión con un tiempo estimado de 45 minutos.

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias en salud que limitan la adherencia a la realización de la mastografía para la detección oportuna en mujeres de 40 a 69 años de edad con el fin de demostrar si existe asociación o no con las creencias en salud.

II. MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama (CaMa) es una neoplasia genética multifactorial, es más frecuente en las mujeres de países desarrollados como en vías de desarrollo. Esta neoplasia, se relaciona con la transición demográfica y los cambios en el estilo de vida de las poblaciones.^{1,2,}

En el ámbito Mundial, en el año 2007, el CaMa se ubicó en el primer lugar con 1.3 millones de casos nuevos, 27% de ellos en países desarrollados y 19% en países en desarrollo, sin embargo, las tasas de incidencia y de mortalidad tienden a ser más altas en los países de altos recursos, con una tasa de incidencia estandarizada por edad mayor de 90 por cada 100 mil mujeres en comparación con 48 por cada 100 mil en América del Sur y Europa, y menos de 20 por cada 100 mil en Asia del Este. En 2012 se estima que se diagnosticaron 1.67 millones de casos nuevos, los cuales representan el 26% de todos los cánceres ocurridos en este género.^{3,4,5}

Las tasas de incidencia observadas a nivel internacional por este tumor, varían de acuerdo a cada región del mundo. Las cifras van de 19.3 casos por cada 100 mil mujeres para África Oriental a 89.9 casos para Europa Occidental; es evidente que los países desarrollados son los más afectados como son los casos de Bélgica, Suiza, Francia e Italia (excepto Japón que refleja tasas por debajo de 40 casos por 100 mil mujeres), sin embargo muchos países en vías de desarrollo que presentan envejecimiento poblacional (transición demográfica), han manifestado consigo modificaciones en los estilos de vida de sus habitantes, mismos que propician el desarrollo de cáncer y otras enfermedades crónicas con mayor frecuencia.^{6,7}

En Latinoamérica, se diagnostican anualmente 152 mil casos nuevos, y representa una cuarta parte (24.9%) de los casos de cáncer en mujeres. La incidencia regional es 47.2 casos por cada 100 mil habitantes, una de las más alta en países del cono sur, dentro de las cuales Argentina y Uruguay, presentan tasas semejantes a la de países desarrollados (71.2 y 69.7 casos nuevos por 100 mil mujeres, respectivamente).⁸

Cada año en el mundo, alrededor de 400 mil mujeres fallecen por cáncer. La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* estima que de 6 a 29 mujeres por cada 100 mil fallecen por esta causa, por tal motivo ocupa la quinta causa de mortalidad a nivel general. Se estima que una mujer fallece a causa del CaMa, cada 53 minutos y cada 30 minutos se diagnostica un nuevo caso; afectando con más frecuencia, a mujeres jóvenes, presentando un alto impacto en la estructura familiar y en la sociedad en general, por lo que se ha convertido en una prioridad en salud.^{9,10}

Existe un grave retraso en la detección oportuna de CaMa. En consecuencia, tan sólo 5 a 10% de los casos detectados se encuentra en etapas tempranas de la enfermedad, cuando la probabilidad de sobrevivir a cinco años es mucho más alta si la mujer recibe el tratamiento médico correspondiente. Según la *American Cancer Society*, la probabilidad de sobrevivir a cinco años en Estados Unidos de América es de 98% cuando el cáncer se detecta in situ (fase 0-I), 85% en etapa II y 27% en etapas más avanzadas (III y IV).¹¹

Hasta la década de los setenta, México era de los países latinoamericanos con tasas de mortalidad bajas por CaMa, sin embargo, desde 1979 ha tenido una tendencia ascendente.¹²

A partir del 2006 la tasa de mortalidad del CaMa ha superado al cáncer cervicouterino y se ha incrementado en los últimos años, con una tasa ajustada por edad de 5.9 muertes por

cada 100 mil mujeres de 25 años y más. En el 2008 fallecieron 4,800 mujeres mexicanas, lo cual implica una defunción cada 2 horas.^{12,13}

En nuestro país, la mortalidad por CaMa es un problema prioritario en Salud Pública, ya que en los últimos 20 años se ha duplicado siendo la primera causa de muerte en mujeres de 25 años y más. Actualmente es la segunda causa de mortalidad en mujeres de 30 a 54 años de edad.¹⁴

En el año 2013, entidades federativas (14) reportaron una incidencia de CaMa en mujeres de 20 y más años superior a la nacional (28.90). En 2014 los estados con mayor número de casos nuevos fueron Campeche (97.60 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años y más), Colima (94.24 de cada 100 mil), Aguascalientes (63.33 de cada 100 mil) y Veracruz (62.36 de cada 100 mil); por otra parte, Guerrero, (8.77 por cada 100 mil mujeres de 20 años y más) Nayarit (9.15 por cada 100 mil) y Ciudad de México (10.76 por cada 100 mil) fueron los de menor incidencia en ese año. En el mismo periodo, se registraron 5,400 defunciones en mujeres con una tasa de 16.3 defunciones por 100 mil mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (24.2), Sonora (22.6) y Nuevo León (22.4).¹⁵

En el IMSS, en el año 2010 se estimó una tasa de incidencia ajustada por edad a nivel nacional de 9.43 por cada 100 mil derechohabientes de 25 años y más, siendo el grupo mayormente afectado el de edades comprendidas entre los 50 a 59 años de edad.¹⁶

Esta situación causa mayor tensión en la mujer con diagnóstico de CaMa, ya que, produce no solo un impacto en su salud, sino también en la situación económica familiar.¹⁷

Estudios realizados sobre el costo de la atención del cáncer de mama señalan que la detección temprana es la alternativa más efectiva. Debe mencionarse que, además de

generar un ahorro de recursos en la atención, la detección temprana permite aumentar la sobrevivencia de las pacientes y mejorar su calidad de vida.¹⁸

Los avances en el conocimiento sobre la enfermedad, la tecnología médica y la actual disponibilidad de tratamientos han logrado mejorías en la sobrevivencia y la calidad de vida de las mujeres con CaMa. Sin embargo, también han elevado en grado considerable el costo por unidad de mejoría en el nivel de salud (año de vida ganado, año de vida ajustado por calidad, etc.). Esto, junto con el aumento del número de casos y la detección temprana, supone notorios aumentos de la carga económica para el sistema de salud mexicano y un desafío para la estabilidad económica de las mujeres y sus hogares.¹⁹

En el caso específico del IMSS, sólo su detección y tratamiento representaron en 2002 poco más de 1 800 millones de pesos, correspondiente, al 1.7% del presupuesto ejercido por esta institución en ese mismo año.²⁰

Por lo antes mencionado se requiere de atención prioritaria al CaMa debido a su trayectoria ascendente en las últimas dos décadas, situación que se relaciona con la mayor esperanza de vida poblacional y factores de riesgo, así como la transición demográfica y epidemiológica, aunado a la deficiente detección temprana. Por lo cual, la sensibilización y la comprensión sobre los riesgos de CaMa, así como los primeros signos y síntomas y la concienciación general sobre la salud mamaria es una parte importante de un enfoque de Salud Pública. Así pues, la detección temprana con vistas a mejorar el pronóstico y el incremento del tiempo de sobrevivencia, sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer.²¹

Entendiendo por detección temprana aquellas pruebas que se realizan para encontrar una enfermedad antes de que inicien los síntomas, el objetivo principal es detectarla en su etapa

inicial y más tratable. De esta manera un programa de detección temprana establece como uno de sus principales criterios la reducción del número de muertes por la enfermedad a la cual está dirigido.^{23,22}

La *Organización Mundial de la Salud* recomienda la detección temprana del CaMa como única estrategia para el incremento del tiempo de sobrevida y reducción de la mortalidad, ya que se ha demostrado con evidencia científica que las acciones preventivas disminuyen la mortalidad en un porcentaje importante. En este sentido el personal de salud del primer nivel de atención juega un rol fundamental al dirigir las actividades de prevención primaria y secundaria, así como la detección de factores de riesgo e información educativa a las mujeres.^{24,25}

Existen pruebas de detección tempranas como son:

✚ Autoexploración mamaria

No hay datos acerca del efecto del cribado; sin embargo, se ha observado que esta práctica empodera a las mujeres y las responsabiliza de su propia salud. En consecuencia, se recomienda la autoexploración para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo, más que como método de cribado.

✚ Mastografía

Es el único método de cribado eficaz; su cobertura supera el 70%, puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 20%-30% en las mujeres de más de 50 años en los países de ingresos altos.²⁶

A pesar de los importantes avances en el conocimiento de la etiología, la prevención y el tratamiento del CaMa, así como en la expansión de la cobertura de servicios de salud, en el

país siguen persistiendo amplias disparidades en el acceso oportuno y atención de esta neoplasia, por lo que se ha traducido en detecciones tardías, disminución de la supervivencia de las mujeres y con frecuencia, en fallecimientos.²⁷

Las evidencias muestran que el control del CaMa depende en gran medida de factores sociodemográficos, culturales, económicos y de la organización de los servicios de salud. Es importante mencionar a diversos investigadores que a través de sus estudios han demostrado que existen factores, barreras y motivos para la adherencia al tamizaje de CaMa.

Por citar algunos investigadores en el tema, Andreu., et al. En Valencia, España durante el 2014 realizaron un estudio para analizar las creencias y actitudes del CaMa asociadas a la asistencia a un programa de tamizaje en diferentes grupos de edad. Se compararon las creencias de salud de un grupo de mujeres que acudían al programa de cribado con las mujeres que no realizaban esta práctica, considerando tres intervalos de edad: menores de 50 años, 50-60 años y mayores de 60. Por lo que algunas variables mostraron una diferencia significativa entre las mujeres que acudían al programa y las que no, sólo en determinados subgrupos: gravedad percibida; beneficios percibidos; actitud hacia la mastografía; control de la salud por profesionales y suerte o azar. Se encontró que la motivación general para la salud como la vulnerabilidad percibida son variables que se asocian de forma lineal y positiva con la asistencia al programa de tamizaje, concluyendo que las creencias y/o las actitudes de las mujeres relacionadas con la asistencia a los programas de prevención del cáncer de mama difieren en función de su edad.²⁸

Gummersbach E, et al. En Alemania durante el 2015, realizaron un estudio en mujeres de 50 a 69 años de edad para determinar el efecto de diferentes contenidos informativos con un folleto actualizado y otro con información ya conocida, sobre la decisión de ser evaluados o no

mediante el tamizaje mastográfico. Se envió un cuestionario junto con los dos folletos para evaluar lo siguiente: disposición para someterse a exámenes de mastografía, conocimiento, confianza decisional, experiencias personales de cáncer de mama y datos demográficos. Un análisis post-hoc mostró que las mujeres que reportaron haber tenido experiencia personal de cáncer de mama estaban más dispuestas a ser examinadas. Las mujeres que recibieron el folleto con información que ya conocían reportaron una mayor confianza decisional. Los factores más comúnmente mencionados que afectaron la decisión fueron la experiencia de cáncer de mama en familiares y conocidos cercanos y la recomendación del médico. Los folletos y todos los demás factores desempeñaron un papel secundario. Por lo que se concluyó que la mayor o menor información del folleto no afectó el conocimiento de las mujeres sobre la mastografía ni su voluntad de someterse a ella. El folleto no se consideró una ayuda para la toma de decisiones mientras que la discusión personal del tema con un profesional de la salud calificado, fue la mejor manera de asegurar una decisión informada sobre la detección.²⁹

Parsa., et al. En Hamadan, Irán durante el 2016 realizaron un estudio para evaluar el efecto de consultoría educativa para el autoexamen de mama (EEB) basado en el modelo de creencias en salud (HBM) en el conocimiento y rendimiento de mujeres mayores de 40 años que asistían a centros de atención de la salud en Hamadan, Irán, las cuales fueron asignadas al azar a grupos de intervención y de control. El grupo de intervención recibió 4 sesiones de cáncer de mama y consultoría de selección basada en el HBM. El grupo de control solo recibió la atención de rutina. El conocimiento transmitido basado en el HBM, y la práctica de la EEB se compararon antes entre los grupos, inmediatamente después y tres meses después de la consulta. Se encontró que antes de la intervención, no hubo diferencias significativas en

el conocimiento, las creencias y prácticas de la salud entre los dos grupos. Sin embargo, después de la intervención si se observó una diferencia significativa entre los dos grupos en las puntuaciones medias de los beneficios percibidos, barreras percibidas, auto-eficacia y las motivaciones de salud. También se observó diferencias significativas en términos de conocimiento y la práctica de la EEB. Por lo tanto, los resultados indican la importancia de la consulta en el conocimiento y las creencias para mejorar el rendimiento de la EEB y la prevención de cáncer de mama en las mujeres iraníes.³⁰

Quintas., et al. En La Habana, Cuba, durante el 2009, realizaron un estudio para determinar los conocimientos de exámenes que constituyen el diagnóstico de cáncer de mama, así como la participación en programas de salud dirigidos a mujeres mayores de 30 años, concluyendo que la mayoría de trabajadoras considera el autoexamen mamario y la mastografía como medios para el diagnóstico, pero el 76 % de este grupo lo realizaban de forma incorrecta y sin periodicidad, 25 % refieren no realizarse el autoexamen por desconocimiento de la técnica o por falta de interés. En las pacientes con más de 50 años el 51.42 % se ha realizado la mastografía, pero la mayoría por interés propio, solo un 27.7 % orientado por su médico familiar. Por lo tanto, se concluyó que a pesar de existir un Programa de Mama bien estructurado que establece el tamizaje por mastografía a todas las mujeres de 50 a 64 años y la realización de exámenes físicos periódicos a partir de los 30 años, así como el adiestramiento en la técnica del autoexamen mamario a toda la población femenina existen dificultades en la realización y apego del mismo al nivel de las áreas de salud.³¹

Castillo., et al. En Cartagena, Colombia durante el 2016 realizaron un estudio para determinar los conocimientos, las actitudes y las practicas sobre el autoexamen de mama, en mujeres de 20 a 49 años de edad de un área rural de Cartagena. Respecto al nivel de

información, percepciones y aplicación del autoexamen de mama, 73% de las mujeres conocían cómo se realiza el autoexamen y 77,8% estaban totalmente de acuerdo con que es bueno realizarlo, 68,3% consideraron que es importante realizarlo y el 63,7% lo practicaban para protegerse de enfermedades y solo tres mujeres tenían una adecuada práctica. Con ello se observó que, aunque las mujeres tenían conocimientos sobre el autoexamen de mama y una buena actitud frente a este método en el cuidado de la salud, estos no son suficientes para impactar positivamente en la práctica, mostrándose un conocimiento ambiguo sobre la técnica y generándose una barrera para la realización del autoexamen, así como, una mala práctica, que genera resultados erróneos o confusos en la mujer.³²

Yépez., et al. En León, Guanajuato durante el 2012, realizaron un estudio para determinar la perspectiva y el conocimiento sobre autoexploración mamaria con el fin de educar y reducir la mortalidad de la población femenina en mujeres mayores de 20 años de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Los autores reportaron que el 82.8% tenían conocimientos básicos sobre la autoexploración, 47% se revisaban de manera periódica, el 76.5% respondió que enfermería proporcionó esa información sin embargo el 72.8% no realizaba la autoexploración de manera ordenada. Asimismo, desde la perspectiva de las mujeres, existe vergüenza y miedo por saber que se puede tener cáncer, lo cual es una limitante para la autoexploración. Por lo tanto, concluyeron que el motivo principal para no realizarse la revisión fue la desidia y la falta de compromiso o motivación con 50% y 5% por temor a detectarse cáncer, lo cual demuestra la necesidad de información o técnicas para aumentar el conocimiento sobre el CaMa, éstas deben ser adecuadas al tipo de población y de calidad. Por lo que el equipo de salud debe otorgar información y sensibilizar a la población para poder realizar una detección temprana y así disminuir su morbilidad y mortalidad.³³

III. JUSTIFICACIÓN

El Cáncer de Mama (CaMa) es un problema de Salud Pública a nivel mundial debido a su magnitud y trascendencia epidemiológica, es más frecuente en mujeres tanto de países desarrollados como en vías de desarrollo.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* estima que de 6 a 29 por cada 100 mil mujeres fallecen por esta causa; por tal motivo el CaMa ocupa la quinta causa de mortalidad a nivel mundial. Cada año en el mundo, alrededor de 400 mil mujeres fallecen, por lo que, presentan un alto impacto en la estructura familiar.

Desde el año 1979, la tendencia de muerte por CaMa en México ha ido al alza, hasta ocupar en el año 2006 el primer lugar de mortalidad por cáncer en mujeres al igual que en países europeos y latinoamericanos, y el segundo lugar en incidencia debido al incremento de casos nuevos diagnosticados anualmente, relacionada con la transición demográfica y los cambios en los estilos de vida poblacional.

En el IMSS, en el año 2010 se obtuvo una tasa de incidencia ajustada por edad a nivel nacional de 9.43 por cada 100 mil derechohabientes de 25 años y más, por ello el grupo mayormente afectado de edades son entre los 50 a 59 años de edad.

Existe un grave retraso en la detección oportuna, en consecuencia, tan sólo 5 a 10% de los casos detectados se encuentra en las etapas preclínicas, cuando la probabilidad de sobrevivir a cinco años es mucho más alta.

A pesar del panorama anterior, se considera una neoplasia que puede ser curable si se detecta en etapas preclínicas; por lo que la OMS recomienda la detección temprana del CaMa como única estrategia para el incremento del tiempo de sobrevivir y reducción de la

mortalidad, ya que se ha demostrado con evidencia científica que las acciones preventivas disminuyen la mortalidad en un porcentaje importante, entre los procesos de detección temprana incluyen: diagnóstico precoz y la mastografía, por lo que esta última, es el estudio más útil para su detección.

La detección temprana del CaMa mediante la mastografía ha contribuido a reducir la mortalidad por CaMa entre 16 y 35% en mujeres de 50 a 69 años logrando en el año 2009 poco más de 4,000 mastografías en este grupo etáreo.

El IMSS cuenta con recurso humano e infraestructura para realizar su detección; el cual ha diseñado e implementado estrategias de programas integrados de salud conocida como PREVENIMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes.

Existen estudios realizados sobre el costo de la atención del CaMa, en donde señalan que la detección temprana es la alternativa más efectiva. Debe mencionarse que, además de generar un ahorro de recursos en la atención, la detección temprana permite aumentar la sobrevivencia de las mujeres y mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, existen diversos factores que influyen en la mujer para la realización de la mastografía, entre ellos, los del Modelo de Creencias en Salud (la percepción de la autoeficacia, susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras) que han sido estudiados desde 1984 por Champion's y cols, y que pueden asociarse o no a la realización de la mastografía, sin embargo, poco se ha encontrado y por ello existe falta de claridad en los resultados de diversos autores.

Por lo tanto, en este estudio se identificaron las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección temprana del CaMa en mujeres.

Lo anterior fundamenta el siguiente planteamiento como pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores y creencias en salud que limitan la adherencia del tamizaje de CaMa en mujeres de 40 a 69 años de edad derechohabientes que acuden a consulta en el periodo de marzo – agosto 2018 en la Unidad de Medicina Familiar N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS?

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Identificar las creencias en salud que limitan la adherencia al programa de detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años de edad en la UMF N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS.

4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población femenina de 40 a 69 años en estudio.
- Identificar si las características sociodemográficas de la población femenina de 40 a 69 años de edad influyen en las creencias en salud.
- Identificar si la autoeficacia, la susceptibilidad, la severidad, las barreras y los beneficios percibidos están asociadas a la realización de la mastografía para la adherencia a la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años de edad.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio: 34,35

Por la intervención del investigador: Observacional/ Descriptivo

Por el número de mediciones: Transversal

Por el tipo de recolección de la información: Prolectivo

5.2. Población de estudio:

Mujeres con rango de edad de 40 a 69 años, usuarias de la UMF N°64, de la Delegación México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de marzo-agosto 2018.

5.3. Tamaño mínimo de muestra: Muestra final de 385 mujeres.

Dónde:

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

- $Z_{\alpha}^2=1.96^2$ (Intervalo de confianza al 95%)
- $P=$ prevalencia de visita a los servicios preventivos (50%= 0.50)
- $q=1-p$ (1-0.50=0.50)
- $d=$ precisión $(0.05)^2=0.0025$

$$N = \frac{3.8416 * 0.50 * 0.50}{0.0025} = 385$$

5.4. Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo por conveniencia en la sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar.

5.5. Criterios de selección:

Inclusión:

- Mujeres de 40 a 69 años de edad
- Usuarias de los servicios de la UMF N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS.
- Sin diagnóstico de cáncer de mama en el momento del interrogatorio.
- Sin mamografía de tamizaje realizada en los últimos 12 meses.

Exclusión

- Todas aquellas que cumplan los criterios de inclusión pero que no quieran participar en el interrogatorio.

5.6 Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Operacionalización	Nivel de medición
Variables independientes ^{36,37}			
Número de seguridad social	Número que identifica a los ciudadanos en todas sus relaciones con la Seguridad Social: altas, bajas, variaciones de datos, cotización etc.		Cuantitativa Discreta
Edad	Tiempo transcurrido, desde la fecha de nacimiento del individuo al momento actual.	Años	Cuantitativa Continua
Nivel de Escolaridad	Grado máximo de estudios alcanzados en la vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica (Primaria y Secundaria) 2. Media Superior (Preparatoria, Carrera técnica y Comercial) 3. Superior (Licenciatura, Maestría y Doctorado) 4. Alfabetizada 5. Analfabeta 	Cualitativa Ordinal
Ocupación	Actividad económica (acciones que contribuyen a generar la oferta de bienes y servicios sean o no de carácter legal) que se realiza de manera independiente o subordinada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Empleada 3. Obrera 4. Profesionista 	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Condición de una persona en relación a su filiación o matrimonio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Divorciada 3. Soltera 4. Unión Libre 5. Viuda 	Cualitativa Nominal
Promoción de la salud (Mastografía)	Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermera 2. Médico 3. Trabajadora Social 4. Asistencia Médica 5. Familia 6. Conocidos 	Cualitativa Nominal

Antecedente Heredo-familiar de Cáncer de Mama	Historial familiar relacionada con el antecedente de haber padecido Cáncer de Mama	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Madre 3. Hermana 4. Tía 5. Abuela 	Cualitativa Nominal
Autoeficacia Percibida	Capacidades para afrontar situaciones de la vida cotidiana que le permitan la adherencia a las detecciones de cáncer de mama.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa Nominal
Susceptibilidad percibida	Probabilidad estimada por el individuo de desarrollar una enfermedad específica; personaliza el riesgo con base en las características o comportamiento de la persona.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa Nominal
Severidad percibida	Grado de preocupación de contraer alguna enfermedad que podría tener serias consecuencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa Nominal
Beneficios percibidos	Son las creencias acerca de la efectividad de las acciones preventivas; especifica los efectos positivos que se pueden esperar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa Nominal
Barreras percibidas	Obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan obtener la atención preventiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa Nominal

Variable dependiente

Realización de
mastografía

Estudio radiológico de las
mamas, tomado con un
aparato (mastógrafo) diseñado
especialmente para este fin.

1. Si
2. No

Cualitativa Nominal

5.7. **Técnica** ^{38,39}

Se aplicó una entrevista cara a cara con las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social. El tiempo estimado para la aplicación del cuestionario fue de 45 minutos.

El instrumento estuvo conformado por:

1) Ficha de Identificación con 6 ítems

2) Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock (1958), integrado por 38 ítems, basado en el marco teórico más usado para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Los componentes básicos de este Modelo derivan de la conducta de los individuos.

De acuerdo con Rosenstock, las dimensiones del modelo son:

- a) la susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud, dimensión importante que valora como los sujetos perciben su propia vulnerabilidad a enfermar,
- b) la severidad percibida se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída, tratándose de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de salud, por un lado, consecuencias médico-clínicas y por otro lado las posibles consecuencias sociales,
- c) los beneficios percibidos dependerán de las creencias del sujeto respecto a la efectividad de las diferentes conductas preventivas a la hora de enfrentarse con la enfermedad y
- d) las barreras percibidas que se opongan a la conducta en cuestión, como pueden ser, determinadas actitudes negativas al momento de concientizar la enfermedad y pruebas de detección oportuna.

Y por último la Autoeficacia Percibida de Bandura (1987) con 10 ítems. Postula que las expectativas de la autoeficacia o confianza, en la propia habilidad para llevar a cabo una

correcta conducta preventiva son un factor a tener en cuenta a la hora de que una mujer se someta a pruebas de detección temprana del cáncer en mujeres asintomáticas.

5.8. **Análisis estadístico** ⁴⁰

- Análisis Univariado

Se utilizaron frecuencias simples y porcentajes para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la distribución de la muestra, probada estadísticamente.

- Análisis bivariado

Se calculó Razón de momios de prevalencia con IC 95% para conocer asociación entre las variables sociodemográficas y la realización de la mastografía; considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Para el análisis se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS versión 22 y Epidat versión 3.1.

VI. PLAN GENERAL

En la UMF N°.64, de la Delegación México Oriente del IMSS, se realizó la investigación; para dicho fin, en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, se identificó a las derechohabientes de 40 a 69 años de edad, mediante un muestreo por conveniencia de los diferentes consultorios en turno matutino y vespertino; a las derechohabientes que cumplieron con los criterios de selección, se les invito a participar previa explicación de la importancia y objetivo del estudio; así como la lectura y firma de consentimiento informado.

Con las derechohabientes que aceptaron participar, se aplicó el cuestionario de recolección de información, mismo que fue identificado con un número de folio progresivo que suple el nombre y garantiza la confidencialidad de las respuestas de las derechohabientes. Al término de este, se agradeció a la paciente y se continuó con el proceso descrito.

Se concluyó con el tamaño mínimo de muestra y se realizó la captura de la información contenida en el instrumento en la base de datos construida para dicho fin; cuyo acceso y operación fue responsabilidad del investigador principal, y se procedió al análisis de la información para la presentación de resultados y emisión de recomendaciones a la Unidad, fuente de información primaria, así como a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio de investigación se realizó conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación, establecidos por la Declaración de Helsinki de 1975, y de acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud; con base en lo anterior, esta investigación se consideró con riesgo mínimo.

La participación en el presente estudio fue voluntaria y conto con los medios necesarios para garantizar la confidencialidad; sin que los resultados se mantuvieran anónimos, dado que fue de utilidad para la planeación de estrategias útiles en la promoción y educación de la salud de las mujeres.

A todas las participantes se les otorgo consentimiento bajo información para su firma, previa participación en el estudio, además los potenciales riesgos o molestias identificados son los relacionados con las respuestas del cuestionario.

VIII. RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Los recursos humanos fueron el investigador y sus asesores; el investigador principal se encargó de realizar la sensibilización en sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS, así como la aplicación de los cuestionarios, análisis y retroalimentación a las autoridades de la Unidad, respecto a los resultados obtenidos.

El recurso físico, fue la Unidad de Medicina Familiar N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS, donde se aplicó el cuestionario.

El recurso material necesario fueron hojas blancas, lápices y laptop.

Material	Monto	Justificación
10 paquetes de hojas blancas	\$500.00	Impresión de cuestionarios y consentimientos informados
Laptop	\$0.00	Presentación, ya se cuenta con ella
Lápices	\$100.00	Llenado de cuestionarios

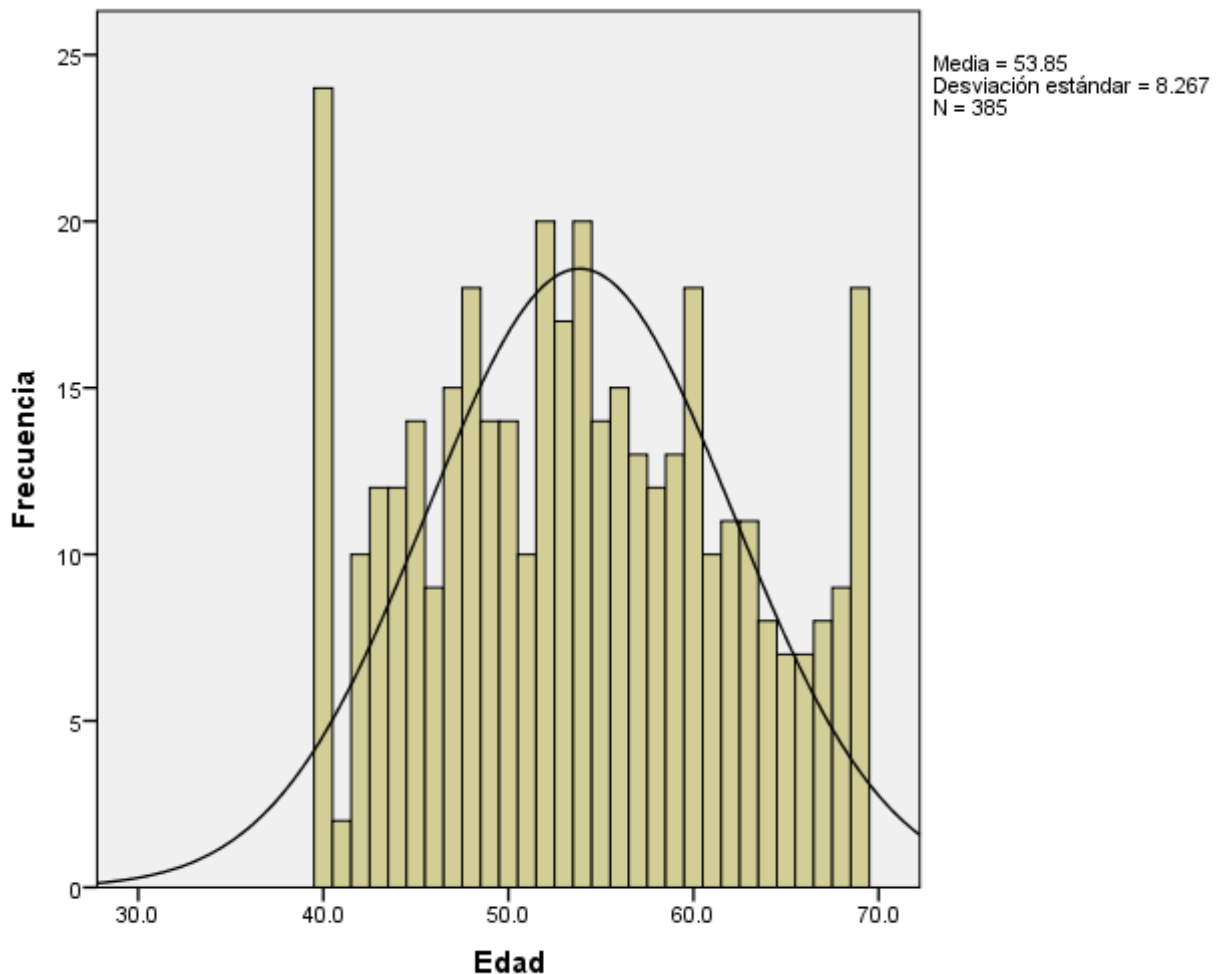
IX. RESULTADOS

9.1 Análisis univariado

Distribución de la población en estudio (figura 1)

Se estudió a 385 mujeres pertenecientes a la UMF N°64, de la Delegación México Oriente del IMSS. Se observó una distribución de la población leptocúrtica*, con un rango de edad entre 40 y 69 años, media de 53.85 años y desviación estándar de 8.27.

Figura 1. Distribución de la Población en estudio



Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento “Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS”. *Distribución leptocúrtica: presenta un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales de la variable, más apuntada.

Características Sociodemográficas (cuadro 1)

Se estudió a 385 mujeres pertenecientes a la UMF N°64 del IMSS, Delegación México Oriente. Se estratificó la muestra en tres grupos de edad (40-49, 50-59 y 60-69) para controlar los sesgos de esta variable. El grupo de edad de 50-59 años presento mayor proporción respecto a los otros dos grupos, representando el 38.4%, con una media de edad de 53.8 años, mediana de 54 años, moda de 40 años y desviación estándar de 8.27.

Cuadro 1. Características sociodemográficas

Variables	Estratos	n	%	Medidas de Tendencia Central
Edad	40-59	130	33.8	Me 53.8 M 54
	50-59	148	38.4	Mo 40 Mínimo 40
	60-69	107	27.8	Máximo 69 DE 8.27
Estado Civil	Casada	226	58.7	
	Unión Libre	35	9.1	
	Divorciada	4	1	
	Soltera	72	18.7	
	Viuda	48	12.5	
Escolaridad	Básica	275	71.4	
	Media Superior/Superior	94	24.4	
	Alfabetizada	10	2.6	
	Analfabeta	6	1.6	
Ocupación	Ama de Casa	273	70.9	
	Empleada	92	23.9	
	Obrera	7	1.8	
	Comerciante	13	3.4	

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento “Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS”.

Con relación al estado civil las mujeres casadas representan la mayor proporción de la población (58.7%) seguida en frecuencia por las solteras (18.7%), viudas (12.5%), unión libre (9.1%) y divorciadas (1%).

La escolaridad se midió de acuerdo con el nivel educativo y número de años aprobados al momento de la entrevista. Se encontró que el 71.4% de las mujeres contaban con nivel

básico, 24.4% tenían nivel medio superior y superior, y el 4.2% restante no asistió a la escuela (alfabetizada y analfabeta).

Respecto a la ocupación, la mayor proporción de las mujeres (70.9%) refirió dedicarse exclusivamente a las labores del hogar (ama de casa), seguida en frecuencia por aquellas que trabajan con remuneración económica, empleada (23.9%), comerciante (3.9%) y obrera (1.8%).

Antecedentes para Cáncer de Mama y Mastografía (cuadro 2)

Con respecto a los principales antecedentes heredofamiliares del cáncer de mama de la población estudiada, es importante señalar que el 14.6% tienen un familiar con dicha enfermedad, siendo la hermana el parentesco más frecuente (5.5%), seguida de la tía (3.9%), madre (3.4%) y abuela (1.8%).

Cuadro 2. Antecedentes para Cáncer de Mama y Mastografía

Variables	Estratos	n	%
Antecedente Heredofamiliar de Cáncer de Mama	Madre	13	3.4
	Hermana	21	5.5
	Tía	15	3.9
	Abuela	7	1.8
	Ninguno	329	85.5
Promovió la mastografía	Médico	52	13.5
	Enfermera	130	33.8
	Asistente Medica	7	1.8
	Trabajadora Social	9	2.3
	Nadie	187	48.6
Antecedente de Mastografía	Si	216	56.1
	No	169	43.9

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento “Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS”.

Con relación al antecedente mastográfico de tamizaje para cáncer de mama se identificó que el 44% de la población femenina no se ha realizado la mastografía en un tiempo mayor a 2 años lo cual fue referido al momento de la entrevista.

Respecto a la promoción de la mastografía, se encontró que el 48.6% de las mujeres no habían recibido información del tamizaje, sin embargo, el personal de salud, conformado por enfermeras (33.8%), y médicos (13.5%) del primer nivel de atención fueron los que tuvieron mayor frecuencia de dicha actividad.

Variables del Modelo de Creencias en Salud (cuadro 3)

En relación a las variables del modelo de creencias en salud se encontró que el 81.8% (315) de la población se percibe con habilidades y aptitudes positivas para llevar a cabo una correcta conducta preventiva, por lo que la mayoría de las mujeres estudiadas podrían tomar decisiones favorables, respecto al tamizaje de cáncer de mama. Asimismo, el 90.9% (350) de la población mencionó percibir beneficios derivados de la realización de la mastografía, además de efectividad en la misma como estudio de tamizaje. Sin embargo, el 96.4% (371) no se consideran vulnerables o susceptibles a enfermar de cáncer de mama, aun así, el 89.9% (346) si percibe la gravedad de la pérdida de salud a causa de la enfermedad y sus posibles consecuencias sociales. Finalmente, el 52.5% (202) tiene actitudes negativas al momento de enfrentar la enfermedad, ya sean físicos, psicológicos y/o sociales que influyen en la realización de la mastografía.

Cuadro 3. Distribución general de Variables del Modelo de Creencias en Salud

Variables	Estratos	n	%
Autoeficacia Percibida	Baja	70	18.2
	Alta	315	81.8
Susceptibilidad Percibida	Baja	371	96.4
	Alta	14	3.6
Severidad Percibida	Baja	39	10.1
	Alta	346	89.9
Beneficios Percibidos	Baja	35	9.1
	Alta	350	90.9
Barreras Percibidas	Baja	183	47.5
	Alta	202	52.5

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento “Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS”.

9.2 Análisis bivariado

Para realizar el análisis bivariado se dicotomizaron las variables independientes de creencias en salud (autoeficacia, susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras percibidas) en baja y alta creencia, asimismo se estratificó la muestra en tres grupos de edad (40-49, 50-59 y 60-69) para controlar los sesgos de esta variable, asociadas con la participación de la mastografía.

Las variables que se relacionaron con las creencias en salud fueron las siguientes:

Variables sociodemográficas y creencias en salud.

Edad: Se estratifico en tres grupos la edad y se consideró como grupo de comparación a las mujeres de 50-59 años; en la autoeficacia percibida el grupo de mujeres de 40-49 años tienen 1.78 veces más oportunidad de percibir las habilidades para llevar a cabo una correcta conducta preventiva (RMP 1.78, IC95% 1.12-3.52), en comparación con el grupo de alta autoeficacia. En las mujeres de 60-69 años la variable no resultó asociada (RMP 0.69 IC95% 0.37-1.25).

En la susceptibilidad percibida el grupo de mujeres de 40-49 años tiene 1.14 veces más oportunidad de percibir su vulnerabilidad a enfermar de cáncer de mama (RMP 1.14 IC95% 0.32-4.04), que el grupo en comparación. También las mujeres de 60-69 años tienen 1.11 veces de oportunidad de percepción (RMP 1.11 IC95% 0.29-4.23).

En los beneficios percibidos las mujeres de 40-49 años tienen 1.45 veces más oportunidad de percibir la efectividad de la mastografía (RMP 1.45 IC95% 0.60-3.32) que el grupo de 50-59 años. Para el grupo de las mujeres de 60-69 años representó 1.31 veces de beneficios (RMP 1.31 IC95% 0.55-3.11).

Con respecto a la severidad percibida se consideró como grupo de comparación las mujeres de 60-69 años, siendo el grupo de mujeres de 50-59 años quienes tiene la mayor oportunidad de percibir la gravedad de la pérdida de salud como consecuencia del cáncer de mama con 1.20 veces más (RMP 1.20 IC95% 0.53-2.73) que el grupo de alta severidad, por otra parte, las mujeres de 40-49 años tienen una percepción del 1.13 veces de enfermar (RMP 1.13 IC95% 0.49-2.60).

En relación a las barreras percibidas se consideró como grupo de comparación las mujeres de 40-49 años; las mujeres de 60-69 años tienen más actitudes negativas al momento de concientizar la enfermedad y la mastografía, se identificó que tiene hasta 1.51 veces más (RMP 1.51 IC95% 0.90-2.53) que el grupo de altas barreras y en las mujeres de 50-59 años la asociación fue de 1.08 veces (RMP 1.08 IC95%0.67-1.74).

Cuadro 5 Variable sociodemográfica edad y creencias en salud.

Variables		Edad		
		40-49	50-59	60-69
		n (%)	n (%)	n (%)
Autoeficacia Percibida	Baja	15 (3.90)	28 (7.27)	27 (7.01)
	Alta	115 (29.87)	120 (31.17)	80 (20.78)
RMP* (IC95%)^a		1.78 (1.12-3.52)	1	0.69 (0.37-1.25)
P^ε		0.089		0.226
Susceptibilidad Percibida	Baja	125 (32.47)	143 (37.14)	103 (26.75)
	Alta	5 (1.30)	5 (1.30)	4 (1.04)
RMP* (IC95%)^a		1.14 (0.32-4.04)	1	1.11 (0.29-4.23)
P^ε		0.834		0.877
Severidad Percibida	Baja	21 (5.45)	3 (0.78)	15 (3.90)
	Alta	205 (53.25)	32 (8.31)	109 (28.31)
RMP* (IC95%)^a		1.13 (0.49-2.60)	1.20 (0.53-2.73)	1
P^ε		0.761	0.647	
Beneficios Percibidos	Baja	10 (2.60)	16 (4.16)	9 (2.34)
	Alta	120 (31.17)	132 (34.29)	98 (25.45)
RMP* (IC95%)^a		1.45 (0.63-3.32)	1	1.31 (0.55-3.11)
P^ε		0.372		0.524
Barreras Percibidas	Baja	57 (14.81)	68 (17.66)	58 (15.06)
	Alta	73 (18.96)	80 (20.78)	49 (12.73)
RMP* (IC95%)^a		1	1.08 (0.67-1.74)	1.51 (0.90-2.53)
P^ε			0.725	0.112

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento "Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS". *Razón de momios de Prevalencia. ^aIntervalo de Confianza al 95%. ^εValor de P.

Estado Civil: Se identificaron tres grupos importantes dentro del estado civil; mujeres casadas, aquellas que viven en unión libre y mujeres sin pareja en donde se incluyó a las solteras, viudas y divorciadas.

En la autoeficacia percibida se utilizó como grupo de comparación a las mujeres casadas; el grupo con mayor autoeficacia fue el clasificado como mujeres sin pareja el cual presentó 1.82 veces más oportunidad de confiar en la propia habilidad para desempeñar acciones preventivas (RMP 1.82 IC95% 0.98-3.36) que las mujeres casadas. Las mujeres que viven en unión libre la asociación fue de 1.30 veces de autoeficacia (RPM 1.30 IC95% 0.51-3.32).

Con respecto a la susceptibilidad percibida el grupo en comparación fueron las mujeres que se encuentran en unión libre; las mujeres casadas resultaron con una asociación de 1.57 veces más oportunidad de percibir el riesgo real de desarrollar una enfermedad específica (RMP 1.57 IC95% 0.19-12.69) que el grupo en comparación y para las mujeres que se encuentran sin pareja tienen 1.13 veces más de susceptibilidad (RPM 1.13 IC95% 0.12-10.47).

En los beneficios percibidos los grupos de mujeres casadas (RMP 1.32 IC95% 0.42- 4.14) y sin pareja (RMP 1.32 IC95% 0.39-4.45) tienen 1.32 veces más oportunidad de percibir la efectividad de las acciones preventivas, así como la mastografía, en comparación con las mujeres en unión libre.

Por otra parte, en la severidad percibida se utilizó como grupo de comparación a mujeres sin pareja; encontrándose que el grupo en unión libre presentó 1.46 veces más percepción de la gravedad de presentar una determinada enfermedad o de dejarla sin tratar una vez diagnosticada, (RMP 1.46 IC95% 0.39-5.39) que aquellas mujeres que no tienen pareja. En las mujeres casadas la variable presentó 1.34 (RMP 1.34 IC95% 0.66-2.17) veces de percepción de la gravedad.

En la percepción de las barreras, las mujeres en unión libre presentaron 2.25 veces más obstáculos percibidos o reales que impiden o dificultan la realización de la mastografía (RPM 2.25 IC95% 1.01-4.99) que las mujeres sin pareja, y en las mujeres casadas la variable resultó 1.10 veces más de barreras percibidas (RPM 1.10 IC95% 0.71-1.71).

Cuadro 6. Variable sociodemográfica estado civil y creencias en salud.

Fuente:	Variables		Estado Civil		
			Casada	Unión Libre	Sin Pareja
		n (%)	n (%)	n (%)	
Autoeficacia Percibida	Baja	48 (12.47)	6 (1.56)	16 (4.16)	
	Alta	178 (46.23)	29 (7.53)	108 (28.05)	
RMP* (IC95%)^a		1	1.30	1.82	
P^ε			(0.51-3.32)	(0.98-3.36)	
			0.557	0.053	
Susceptibilidad Percibida	Baja	216 (56.10)	34 (8.83)	120 (31.17)	
	Alta	10 (2.60)	1 (0.26)	4 (1.04)	
RMP* (IC95%)^a		1.57	1	1.13	
P^ε		(0.19-12.69)		(0.12-10.47)	
		0.667		0.912	
Severidad Percibida	Baja	21 (5.45)	3 (0.78)	15 (3.90)	
	Alta	205 (53.25)	32 (8.31)	109 (28.31)	
RMP* (IC95%)^a		1.34	1.46	1	
P^ε		(0.66-2.71)	(0.39-5.39)		
		0.408	0.561		
Beneficios Percibidos	Baja	20 (5.19)	4 (1.04)	11 (2.86)	
	Alta	206 (53.51)	31 (8.05)	113 (29.35)	
RMP* (IC95%)^a		1.32	1	1.32	
P^ε		(0.42-4.14)		(0.39-4.45)	
		0.623		0.647	
Barreras Percibidas	Baja	109 (28.31)	11 (2.86)	63 (16.36)	
	Alta	117 (30.39)	24 (6.23)	61 (15.84)	
RMP* (IC95%)^a		1.10	2.25	1	
P^ε		(0.71-1.71)	(1.01-4.99)		
		0.644	0.042		

Elaboración propia con Información del Instrumento "Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS". *Razón de momios de Prevalencia. ^aIntervalo de Confianza al 95%. ^εValor de P.

Ocupación: Para esta variable se agruparon aquellas mujeres que trabajan con remuneración económica, se clasificaron como "trabajadora" (empleada, obrera, comerciante) y mujeres que se dedican exclusivamente a las labores del hogar (ama de casa).

En la variable de autoeficacia percibida se utilizó como grupo de comparación a las amas de casa, todas aquellas mujeres trabajadoras presentaron 2.24 veces más de oportunidad de percibir las habilidades para llevar a cabo una correcta conducta preventiva (RPM 2.24 IC95% 1.15-4.37). Sin embargo, en las barreras percibidas resultó una asociación de 1.23 veces más

actitudes negativas u obstáculos que dificultan esta atención (RPM 1.23 IC95% 0.79-1.92) en comparación con las que se dedican al hogar.

Por otra parte, en la susceptibilidad percibida se consideró como grupo de comparación a las mujeres que trabajan; las amas de casa tienen una asociación de 1.52 veces más de oportunidad de percibir su vulnerabilidad a enfermar de cáncer de mama (RPM 1.52 IC95% 0.41-5.57), también en la severidad percibida la cual resultó en 1.09 veces más percepción de la gravedad de la pérdida de salud como consecuencia de la enfermedad (RPM 1.09 IC95% 0.53-2.24) y en los beneficios percibidos se asoció 1.95 veces más la oportunidad de percibir la efectividad de la mastografía (RPM 1.95 IC95% 1.10-3.97) que el grupo a comparar.

Cuadro 7 Variable sociodemográfica ocupación y creencias en salud.

Variables		Ocupación	
		Ama de casa n (%)	Trabajadora n (%)
Autoeficacia Percibida	Baja	58 (15.06)	12 (3.12)
	Alta	215 (55.84)	100 (25.97)
RMP* (IC95%)^a		1	2.24 (1.15-4.37)
P_ε			0.015
Susceptibilidad Percibida	Baja	262 (68.05)	109 (28.31)
	Alta	11 (2.86)	3 (0.78)
RMP* (IC95%)^a		1.52 (0.41-5.57)	1
P_ε		0.520	
Severidad Percibida	Baja	27 (7.01)	12 (3.12)
	Alta	246 (63.90)	100 (25.97)
RMP* (IC95%)^a		1.09 (0.53-2.24)	1
P_ε		0.807	
Beneficios Percibidos	Baja	20 (5.19)	15 (3.90)
	Alta	253 (65.71)	97 (25.19)
RMP* (IC95%)^a		1.95 (1.10-3.97)	1
P_ε		0.060	
Barreras Percibidas	Baja	139 (36.10)	63 (16.36)
	Alta	134 (34.81)	49 (12.73)
RMP* (IC95%)^a		1	1.23 (0.79-1.92)
P_ε			0.341

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento "Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS". *Razón de momios de Prevalencia. ^aIntervalo de Confianza al 95%. ^εValor de P.

Nivel Escolar: Esta variable se subdividió en nivel escolar bajo (educación básica) y nivel escolar alto (media superior y superior) con relación a los años aprobados por las mujeres.

En la autoeficacia percibida las mujeres de nivel escolar alto presentaron 1.75 veces más oportunidad de percibir sus capacidades para afrontar situaciones, que les permita llevar a cabo una correcta conducta preventiva (RPM 1.75 IC95% 0.87-3.53). Se encontró que en la susceptibilidad percibida tienen 2.56 veces más oportunidad de percibir su vulnerabilidad ante una enfermedad que en comparación con las mujeres de nivel escolar bajo.

Por otra parte, en la severidad percibida las mujeres de nivel escolar bajo tienen 1.53 veces más de percibir la gravedad de la pérdida de salud y que podría tener serias consecuencias (RPM 1.53 IC95% 0.73-3.19); también en los beneficios percibidos resultó una asociación de 1.01 veces más de percibir la efectividad de la mastografía (RPM 1.01 IC95% 0.45-2.24) en comparación con las mujeres de nivel escolar alto.

Con respecto a las barreras percibidas las mujeres de nivel escolar alto tienen 2 veces más actitudes negativas u obstáculos que impiden un tamizaje mastográfico oportuno (RPM 2 IC95% 1.23-3.25) que el grupo de mujeres de nivel escolar bajo.

Cuadro 8 Variable sociodemográfica nivel escolar y creencias en salud.

Variables		Nivel Escolar	
		Nivel Bajo (Básica) n (%)	Nivel Alto (Media Superior, Superior) n (%)
Autoeficacia Percibida	Baja	52 (13.51)	11 (2.86)
	Alta	223 (57.92)	83 (21.56)
RMP* (IC95%)^a		1	1.75 (0.87-3.53)
P_ε			0.108
Susceptibilidad Percibida	Baja	269 (69.87)	88 (22.86)
	Alta	6 (1.56)	6 (1.56)
RMP* (IC95%)^a		1	2.56 (0.80-8.17)
P_ε			0.099
Severidad Percibida	Baja	24 (6.23)	12 (3.12)
	Alta	251 (65.19)	82 (21.30)
RMP* (IC95%)^a		1.53 (0.73-3.19)	1
P_ε		0.254	
Beneficios Percibidos	Baja	26 (6.75)	9 (2.34)
	Alta	249 (64.68)	85 (22.08)
RMP* (IC95%)^a		1.01 (0.45-2.24)	1
P_ε		0.972	
Barreras Percibidas	Baja	132 (34.29)	61 (15.84)
	Alta	143 (37.14)	33 (8.57)
RMP* (IC95%)^a		1	2.00 (1.23-3.25)
P_ε			0.004

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento "Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS". *Razón de momios de Prevalencia. ^aIntervalo de Confianza al 95%. ^εValor de P.

Realización de mastografía: Esta variable se identificó como “SI” aquellas mujeres que se han realizado la mastografía y como “NO” aquellas mujeres que nunca se han realizado el estudio radiológico.

Para la autoeficacia percibida las mujeres que SI se realizaron la mastografía presentaron 5.34 veces más oportunidad de tener confianza en su propia habilidad para llevar a cabo una correcta conducta preventiva (RMP 5.34 IC95% 2.95-9.67) ($P=0.000$). En la susceptibilidad percibida tienen 2.00 veces más oportunidad de percibir su vulnerabilidad de desarrollar cáncer de mama (RMP 2.00 IC95% 0.61-6.50). También en la severidad percibida resultó una asociación de 1.10 veces más oportunidad de percibir la gravedad de contraer la enfermedad (RMP 1.10 IC95% 0.56-2.15) y en los beneficios percibidos tienen 1.79 veces más oportunidad de percibir la efectividad (RMP 1.79 IC95% 0.85-3.77) de las diferentes conductas preventivas a la hora de enfrentarse con el cáncer de mama, que aquellas mujeres que NO se realizaron la mastografía.

Con respecto a las barreras percibidas se encontró que el grupo de mujeres que NO se realizaron la mastografía tienen 1.11 (RMP 1.11 IC95% 0.74-1.67) veces más actitudes negativas al momento de concientizar el cáncer de mama, además de obstáculos que impiden o dificultan la realización de la mastografía de manera oportuna.

Cuadro 9. Asociación del modelo de creencias en salud con la realización de la mastografía.

Variables		Mastografía	
		Si	No
		n (%)	n (%)
Autoeficacia Percibida	Baja	17 (4.42)	53 (13.77)
	Alta	199 (51.69)	116 (30.13)
RMP* (IC95%)^a		5.34 (2.95-9.67)	1
P_ε		0.000	
Susceptibilidad Percibida	Baja	206 (53.51)	165 (42.86)
	Alta	10 (2.60)	4 (1.04)
RMP* (IC95%)^a		2.00 (0.61-6.50)	1
P_ε		0.239	
Severidad Percibida	Baja	21 (5.45)	18 (4.68)
	Alta	195 (50.65)	151 (39.22)
RMP* (IC95%)^a		1.10 (0.56-2.15)	1
P_ε		0.764	
Beneficios Percibidos	Baja	24 (6.23)	11 (2.86)
	Alta	192 (49.87)	158 (41.04)
RMP* (IC95%)^a		1.79 (0.85-3.77)	
P_ε		0.119	
Barreras Percibidas	Baja	100 (25.97)	83 (21.56)
	Alta	116 (30.13)	86 (22.64)
RMP* (IC95%)^a		1	1.11 (0.74-1.67)
P_ε			0.582

Fuente: Elaboración propia con Información del Instrumento "Factores que limitan la adherencia a las detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS". *Razón de momios de Prevalencia. ^aIntervalo de Confianza al 95%. ^εValor de P.

X. CONCLUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue identificar las creencias en salud que limitan la adherencia al programa de detección temprana del cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años de edad. La mayor proporción de mujeres en estudio se centró en el grupo de edad de 50 a 59 años (38.4%), casadas (58.7%), con nivel educativo básico (71.4%) y dedicadas al hogar (70.9%).

Hay que destacar que un factor relevante y primordial es la alta participación de las mujeres en la mastografía, se estima que este programa preventivo tiene el 50% de participación, lo cual se demuestra en el estudio con una asistencia del 56% de dicho tamizaje.

El estudio demuestra la asociación de las creencias en salud con diversas variables sociodemográficas y con la asistencia al tamizaje, las cuales se basa en la percepción del estado de salud ante una determinada enfermedad. Así pues, las mujeres de 40-49 años de edad, sin pareja, trabajadoras y que previamente se han realizado una mastografía se perciben con mayor autoeficacia, por lo que, tendrán una mayor adherencia a la mastografía y aquellas mujeres que cuentan con nivel de escolaridad alto tienen mayor susceptibilidad respecto al cáncer de mama, por lo que, sería más probable de adoptar prácticas adecuadas de autocuidado.

Por otra parte, no hay una diferencia significativa en cuanto a la severidad percibida en relación a las variables sociodemográficas y la asistencia al tamizaje por lo que, se requiere de un estímulo más intenso para desencadenar una respuesta favorable.

Ahora las mujeres dedicadas al hogar tienen una mayor probabilidad de percibir beneficios a partir de la realización de mastografía, lo cual es un indicativo de que estas mujeres seguirán buscando ayuda profesional y/o realicen acciones de autocuidado para detectar el CaMa oportunamente. Con relación al estado civil, las mujeres en unión libre perciben más barreras para la realización de la mastografía al igual que aquellas con nivel de escolaridad alto; las barreras mencionadas fueron las siguientes: incomodidad, dolor a la mastografía, vergüenza y la más significativa, miedo a encontrar alguna anomalía.

Por ello, el análisis destacó aspectos que deben ser trabajados en el proceso educativo de las mujeres, mi propuesta es que, a través de estrategia de difusión de información suficiente, veraz y oportuna se refuercen los aspectos que aumenten la probabilidad de que se realicen una mastografía, como son: la percepción de la susceptibilidad y severidad del cáncer de mama, medida a través de la evaluación del riesgo de padecer esta enfermedad. Por otra parte, fortalecer las acciones preventivas de detección oportuna del cáncer de mama, así como, minimizar las barreras percibidas que dificulta la adherencia a la mastografía, a través de un ambiente de confianza y por ultimo reforzar los beneficios en cuestión de eficacia y de prevención para lograr un cambio de comportamiento.

Esto se consigue intensificando las campañas de promoción de la salud y llevando a cabo la difusión de información mediante reuniones departamentales, sesiones generales y material audiovisual en las que se sensibilice y ayude a adoptar y mantener hábitos de vida saludable, incorporando además personal voluntario en actividades extramuros.

XI. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados y de acuerdo a lo reportado en la literatura con respecto a las creencias en salud y su relación con la adherencia a la mastografía, se demostró que la autoeficacia está fuertemente asociada ($p=0.000$) (RMP5.34 IC95%2.95-9.67) con la realización del tamizaje, lo que significa que tendrán más habilidades y aptitudes positivas para llevar a cabo una correcta conducta preventiva y así tomar decisiones favorables, al igual que en el estudio de *Grembowski* en donde revela que los altos niveles de autoeficacia tienen resultados benéficos para el funcionamiento del individuo y su bienestar general, también *Andreu* encontró que la autoeficacia es una variable que se asocia de forma lineal y positiva con la asistencia al programa de tamizaje, sin embargo para *Abbazzadeth* quien estudio también la variable, no encontró relación alguna.

Respecto a la percepción de la susceptibilidad se encontró asociación significativa para el nivel escolar alto, similar a lo encontrado por *Galdón-Durá* quienes de forma reiterada han asociado esta variable sociodemográfica con la adherencia a controles mastográficos. Sin embargo, se encontró que el 96.4% de las mujeres estudiadas no perciben la susceptibilidad a enfermar de cáncer de mama. Según la OPS-OMS, las personas tienden a ser resistentes, es una tendencia a sentirse seguras, lo que induce a pensar que el peligro no es una amenaza verdadera, aunque afecte a personas conocidas. Otros estudios apoyan lo dicho, *Calvocoressi-Kasi* encontraron una no susceptibilidad percibida y la creencia de que el cáncer no era una enfermedad seria, a tal punto que, aunque existiera una masa tumoral, la interpretan como algo sin importancia.

Por otra parte, la severidad percibida en nuestro estudio no resulto significativa en relación a las variables sociodemográficas, pero se encontró una RMP de 1.10 veces más

oportunidad de percibir la gravedad de la pérdida de salud como resultado de la enfermedad y sus posibles consecuencias sociales y familiares en quienes si se realizan la mastografía, resultado similar realizado por *Andreu-Galdón* que mencionan que las mujeres que si se realizan la conducta mamográfica muestran una mayor susceptibilidad, lo que incrementaría la probabilidad de llevar a cabo la conducta preventiva, aunque no existieran otros desencadenantes de la misma.

En cuanto a los beneficios percibidos encontramos que las mujeres de 40-49 y de 60-69 años de edad tienen mayor oportunidad de percibir la efectividad de la mastografía, por lo que seguirán buscando ayuda profesional y realizando acciones de autocuidado para detectar el cáncer de mama, asimismo, en el estudio de *Andreu-Galdón* señalan que estos beneficios se asocian positivamente con la asistencia al programa en mujeres menores de 50 años y mayores de 60 años.

En relación a la percepción de las barreras encontramos que el 52.5% mencionó tener algún obstáculo ya sea físico, psicológico y/o social que influyeron en la realización de la mastografía, resultado que se ve reflejado en la no realización de la misma con 1.11 veces más barreras, al compararlo con el estudio realizado por *Trigoni y Cols.* donde encontró que la mayoría de las mujeres identificaron varias razones para no realizarse la mastografía, dentro de las cuales incluyeron: escaso conocimiento e indicaciones de la mastografía, vergüenza, estrés, miedo al procedimiento y a un diagnóstico positivo, también en el estudio de *Yépez* encontró que el motivo principal para no realizarse la mastografía fue la desidia y la falta de compromiso o motivación y temor a detectarse cáncer, barreras que siguen presentes hoy en día.

Por lo que *Yépez* menciona, que el equipo de salud debe de otorgar información y sensibilizar a la población para poder realizar una detección temprana y así disminuir su morbilidad y mortalidad.

XII. REFERENCIAS

- 1 Sosa-Duran EE, García Rodríguez FM., Panorama Epidemiológico del Cáncer en México. Rev. Mex Anest. Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp S130-S132
- 2 GPC. Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención. México; Secretaria de Salud, IMSS 2017 S-001-08 Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf>
- 3 Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control Consultado el 16 de febrero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- 4 Lozano-Ascencio R, Gómez-Danés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, et al., Breast cancer trends in Latinoamérica and the Caribbean. Salud Pública Mex 2016; 51(Supl. 2):147S-156S
- 5 Ceballos-García GY, Giraldo-Mora CV. Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Chía, Colombia 2011 Agosto Vol. 11 N° 2 140-157
- 6 Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama 2015 Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11266%3A2015-breast-cancer-awareness-month&catid=5041%3Acancer-media-center&Itemid=41587&lang=es
- 7 Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud Pública Méx 2009; 51(2):350-360.
- 8 López-Ríos O, Lazcano-Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández-Avila M. La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica? Salud Pública Mex 1997; 39:259-265.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el Cáncer OMS:2014 <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- 10 International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN 2008 Breast Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 Summary, consultado el día 22 de noviembre del 2011 www.globalcan.iarc.fr
- 11 American Cancer Society [Internet] Estados Unidos, Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) 18 registros, Instituto Nacional del Cáncer, 2017 <https://cancerstatisticscenter.cancer.org>
- 12 De la Vara-Salazar E., Suárez-López L. et. al. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(5):385-393

- 13 Santos Uscanga-Sánchez MC, Torres-Mejía G, et, al. Breast cancer screening process indicators in Mexico: a study case; un estudio de caso. Salud Publica Mex 2014; 56:528-537
- 14 INEGI: Estadísticas A Propósito del Día Mundial De La Lucha Contra el Cáncer De Mama, 2015 <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- 15 IMSS. Boletín epidemiológico 2010. Disponible en <http://11.33.41.38:90/portal/>
- 16 Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E., El costo de la atención medica del cáncer mamario. Salud Publica de México, Vol 51, 2009.
- 17 Torres-Arreola P, Vladislavovna Doubova S. et al. Detección oportuna del cáncer de mama. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (2): 157-166
- 18 Secretaría de Salud, 2002. "Programa de Acción: Cáncer de Mama". México.
- 19 F. Franco-Marina, R. Lozano, B. Villa, P. Solís, 2006. "La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias". Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. México.
- 20 De la Vara-Salazar E., Suárez-López L. et, al. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(5):385-393
- 21 Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de Mama. Consultado el 23 de febrero del 2018. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es
- 22 Declaración de recomendación final: Cáncer de mama: detección. Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening>
- 23 Detección temprana del cáncer de seno. Consultado el 6 de febrero del 2018. Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=screening-breast>
- 24 Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: Prevención y Control. Consultado el 18 de enero del 2018. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
- 25 NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- 26 Organización Mundial de la Salud. Cáncer: Prevención del Cáncer. Consultado el 16 de enero del 2018. Disponible en <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>
- 27 Agudelo Botero M. Sociodemographic determinants of access to breast cancer screening in Mexico: A review of national surveys. Salud Colectiva, 2013 Enero-Abril Buenos Aires, 9 (1):79-90

- 28 Andreu-Vaillo Y, Galdón-Garrido MJ, Durá-Ferrandis E, et al. Age, Health Beliefs and Breast Cancer Screening Program Participation in Valencian Community, Spain. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 65-82, N.º 1 Enero-Febrero.
- 29 Gummersbach E, In der Schmitzen J, Mortsiefer, et al., Willingness to Participate in Mammography Screening., *Deutsches Ärzteblatt International, Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 61–8
- 30 Parsa P, Mirmohammadi A, Khodakarami B, et al., Effects of Breast Self-Examination Consultation Based on the Health Belief Model on Knowledge and Performance of Iranian Women Aged Over 40 Years, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 17, 2016, (8), 3849-3854.
- 31 Quintas Santana M, et al. Conocimientos sobre exámenes para el diagnóstico del cáncer mamario entre trabajadoras del hospital de Ciego de Avila. *Rev Habanera de Ciencias Médicas*. 2012;12(5): p673-678
- 32 Castillo I, Bohórquez C, et al. Knowledge, attitudes and practices on the breast self-examination in women of the rural area of Cartagena. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient* 2016 enero-junio 19(1):5-14.
- 33 Yépez-Ramírez D, de la Rosa AG, Guerrero-Albarracán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2012; 20(2): 79-84.
- 34 Hernández Sampieri R., Fernández –Collado C., Metodología de la Investigación., 4ª edición, McGraw-Hill Interamericana, 2006
- 35 Hernández M, Lazcano E, Oropeza C, eds. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios, 2ª ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
- 36 "Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice" National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. xx-xxxx Printed September 2005
- 37 Glosario Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consultado el 23 de febrero del 2018. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ehenoe>
- 38 Moreno San Pedro M, Roales-Nieto JG. El Modelo de Creencias en Salud: Revisión Teórica Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol. /Intern. Jour. Psych, Psychol.Ther* 2003, Vol.3,Nº1,pp.91-109
- 39 Olivari Medina C, Urra Medina Eugenia. Self-Efficacy and Health Behaviors. *Ciencia y Enfermería XIII* (1): 9-15, 2007 ISSN 0717-2079
- 40 Hernández M, Lazcano E, Oropeza C, eds. Epidemiología. Diseño y análisis de estudios. 2ª ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.

XIII. ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Enero 2018	Enero	Enero	Febrero	Febrero	Marzo
Búsqueda De Información	X	X	X			
Marco Teórico			X	X		
Antecedentes				X	X	
Planteamiento del Problema					X	
Objetivos Justificación					X	
Metodología					X	
Diseño de Instrumento					X	
Entrega al CAC FesZ						X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abril 2018	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Recolección de datos en la UMF	X	X	X		
Análisis estadístico de datos			X		
Resultados y discusión			X	X	
Conclusiones				X	
Entrega, revisión y correcciones De Tesis					X
Entrega final					X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
(ADULTOS)

Nombre del estudio: “Factores que limitan la adherencia a las
detecciones de Cáncer de Mama en el IMSS”

Lugar y fecha: UMF N° 64 a _____ de _____ del 2018.

Justificación y objetivo del estudio

Conocer los principales factores, barreras, motivos y creencias en salud que influyen en la asistencia a los programas de detección de Cáncer de Mama.

Procedimientos

Cuestionario para recolección de información y tarjeta informativa relacionada con el tamizaje de Cáncer de Mama.

Posibles riesgos y molestias

Considerado con riesgo mínimo.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio

Identificar los principales factores que influyen en la toma de decisiones en cuestión de acciones preventivas para la detección oportuna de Cáncer de Mama.

Participación o retiro

La participación es de forma voluntaria y se podrá retirar en cualquier momento si así lo decida.

Privacidad y confidencialidad

Se tendrá un folio progresivo para su privacidad y confidencialidad de la derechohabiente.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Yadira Jhasue Rodríguez Díaz., **Investigador Responsable:** Yadira Jhasue Rodríguez Díaz. **Colaboradores:** Dra. Ivonne Mejía Rodríguez, **Teléfono:** 55-1909.2137 En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

firma del entrevistado

Nombre y firma del Investigador

