



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
U.M.F. CON M/E No. 66. APODACA, NUEVO LEÓN.

**MOTIVOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL
RETARDO PARA LA REALIZACIÓN DE LA
MASTOGRAFÍA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROCÍO GONZÁLEZ CADENA

NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-80

APODACA, NUEVO LEÓN.

JUNIO 2019.



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.

**MOTIVOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL RETARDO
PARA LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROCÍO GONZÁLEZ CADENA

AUTORIZACIONES:

DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

Laura de la Garza
DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN

MA
DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UMF C/ME No. 66

[Signature]
DRA. JANET SOLTERO ESPARZA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
ADSCRITA A LA UMF C/ME No 66

[Signature]
DR. JESÚS HUMBERTO RODRÍGUEZ VEGA
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO DE TESIS
ADSCRITO A LA UMF No 43

NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-80



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**MOTIVOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL RETARDO
PARA LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

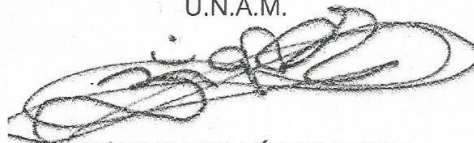
DRA. ROCÍO GONZÁLEZ CADENA

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-80

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912 con número de registro 17 CI 19 046 129 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 24/10/2017

DRA. ROCIO GONZALEZ CADENA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1912-80

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**MOTIVOS SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL RETARDO
PARA LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA**

NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-80

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por permitirme llegar a este punto en la vida, donde se culmina una meta más.

A mi esposo Juan Carlos y a mis hijas, Ana, Carla y Eva, que siempre me apoyaron y entendieron el tiempo que dedique a este proyecto.

A mis padres Manuel y Martha, que me dieron siempre las palabras de aliento para completar mis estudios.

Agradezco a mi tutor el Dr. Jesús Humberto Rodríguez Vega y a mi maestra de curso Dra. Janet Soltero Esparza, quienes dedicaron su tiempo y conocimientos para ayudarme a completar este proyecto.

Gracias a mis compañeros de residencia por el apoyo y amistad que me brindaron durante estos 3 años, en los que creamos lazos que espero continúen indefinidamente.

RESUMEN.

Título: Motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía.

González Cadena R., Rodríguez Vega J.H. Unidad de Medicina Familiar No. 43 Nuevo León.

Antecedentes: El cáncer de mama es desde el 2006 la primera causa de cáncer en la población de sexo femenino entre los 35 y 65 años de edad. Se diagnostica principalmente en estadios avanzados de la enfermedad, siendo de mejor pronóstico cuando se diagnostican en etapas iniciales. En México solo el 22% de las mujeres en rango de edad blanco, se realiza el estudio cada año.

Objetivo General: Se buscó en esta población, cuáles son los principales motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía.

Material y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, a través de una entrevista, para identificar los motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía, en mujeres en edades entre los 40 y 64 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del IMSS, durante los meses de junio y julio del 2018.

El análisis estadístico fue ejecutado con el programa Excel 2010 para cada variable y las relacionadas entre sí.

Resultados: Se realizó un estudio observacional, trasversal, de pacientes entre 40 a 64 de la UMF 43, aplicándoles una encuesta de opción múltiple, a las que no se habían realizado el estudio, se preguntó por los motivos por los cuales habían retrasado dicho examen, encontrando que el 59% presentaba un nivel de estudios de secundaria, así como que el 54% no manifiesta un motivo en particular para la no realización de la mastografía.

Conclusiones: El retardo en la realización de la mastografía, es principalmente por desinterés, ya que no perciben la necesidad de su práctica, por lo que se sugiere dar platicas en las unidades de medicina familiar en las cuales se integre a los familiares hombres y mujeres.

Palabras Clave: cáncer de mama, mastografía, motivos, no realización.

INDICE

MARCO TEÓRICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
JUSTIFICACION	16
OBJETIVOS	17
HIPÓTESIS	18
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	19
INFORMACION A RECOLECTAR	21
METODO O PROCEDIMIENTO	22
CONSIDERACIONES ETICAS	23
RESULTADOS	24
DISCUSION	32
CONCUSIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXO 1	40
ANEXO 2	41

MARCO TEÓRICO

A nivel mundial el cáncer de mama es uno de los tres más frecuentes en mujeres entre las edades de 35 y 65 años de edad, en México ha superado al cáncer cervicouterino, siendo la primera causa de cáncer en las mujeres en este rango de edad y la primera causa de muerte por patología maligna en dicho grupo.^(1,2,3,4,5,6)

La historia natural del cáncer de mama está dada por una acción hormonal sobre el epitelio mamario, que dejado a su libre evolución, va afectando a éste, pasando por procesos benignos hasta el desarrollo del cáncer y si no actuamos sobre el mismo, se desarrollarán metástasis.^(7, 8,9) Se origina más frecuentemente (90%) en los conductos y se le denomina ductal, según la clasificación de BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). El pronóstico de estos estadios es muy diferente, con supervivencia aproximada a 5 años de 95% (estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25% (estadio IV).⁽⁹⁾

En Chile, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán 65% de los cánceres de mama ocurren en mujeres entre 35 y 65 años, con mayor frecuencia en el grupo de mujeres de 40 a 50 años. Dicho estudio indica que después de los 40 años es más frecuente que aparezca esta enfermedad, sin embargo encontramos también que se está diagnosticando el cáncer de mama en mujeres cada vez más jóvenes.^(11, 12, 13,14)

La Organización Mundial de la Salud calculó que se diagnosticaron más de 1; 200,000 nuevos casos (19% del total de cánceres en la mujer) para el año 2004.

Su frecuencia varía ampliamente, siendo más frecuente en Norteamérica y Europa y en los países de Asia y África tienen la frecuencia más baja. En general, los

países latinoamericanos también tienen baja frecuencia, a excepción de Argentina y Uruguay, donde la realización de la mastografía es mayor a razón de 66% y 54% respectivamente y son los mismos que cuentan con las tasas de incidencia más altas y las razones de mortalidad/incidencia más bajas. Este hecho se explica, quizá, por el origen mayoritariamente europeo de su población, a diferencia del resto de los países latinoamericanos, donde el mestizaje entre indígenas, europeos y negros es la característica predominante. En los últimos años ha habido un aumento lento en la frecuencia de casos de cáncer de mama, en particular en Japón y Singapur, donde se ha producido un cambio de estilo de vida (“occidentalización”).⁽¹⁵⁾

En México también se ha visto este fenómeno, la frecuencia mayor de cáncer de mama es en los estados del norte y centro del país, donde el nivel socioeconómico y cultural de las mujeres es más elevado. En los estados donde predomina la población indígena y el nivel socioeconómico es menor, como Chiapas y Oaxaca, la frecuencia es mucho más baja.^(15,16)

Aunque en los países del norte de Europa, Canadá y Estados Unidos se ha observado disminución evidente de la mortalidad por cáncer de mama, gracias a la implementación de la mastografía de pesquisa y a los mejores tratamientos, esta disminución no ha sucedido en países mediterráneos o ex socialistas europeos, como: España, Portugal, Grecia, Italia, Hungría y Polonia. En México, el cáncer afecta más frecuentemente a las mujeres. En el hombre, el cáncer de mama es un padecimiento raro, con estimación, de 1, 300 nuevos casos y se calcula que 400 fallecerá.^(17, 18,19)

En la actualidad se pueden realizar estudios de mama por medio de la resonancia

Magnética y la Medicina Nuclear pero debido al alto costo que implica estos exámenes son menos solicitados. ⁽¹⁹⁾

En un estudio realizado en Cuernavaca, se observa que aún con la existencia de una norma oficial para la utilización como método de tamizaje de la mastografía, el acceso al diagnóstico y el tratamiento oportuno son limitados, y la capacidad física y recursos humanos especializados son insuficientes, por lo que un alto porcentaje de casos (70%) se ha detectado en etapas localmente avanzadas o con metástasis a distancia, lo que afecta significativamente la sobrevivencia. Hasta la fecha, el programa se ha enfocado principalmente en el uso de la mastografía como estrategia de detección temprana. ^(20,21)

La tasa de mortalidad por cáncer de mama, más elevada se ubica en el grupo de mujeres de 75 años en adelante, del 57.9 % en 2009. En cambio, en los grupos de edad de 35 a 54 años, aunque también existe una tendencia ascendente, a partir del 2000 tiende a decrecer.

El perfil de la mortalidad por cáncer de mama en los dos grupos más jóvenes es distinto, dado que las tasas se han mantenido relativamente estables durante el periodo, en comparación con los grupos de mayor edad; sin embargo, las tasas no dejan de ser relevantes, sobre todo en los grupos de 35 a 44 años de edad. De acuerdo con estudios previos en México, el incremento de las tasas de mortalidad se atribuye, entre otros factores, a los cambios en los estilos de vida que se acercan a los de la población de países más desarrollados.

Es muy probable que exista una mayor cantidad de pacientes que no hayan acudido algún centro hospitalario ya sea por desconocimiento del examen o por algún tabú socio cultural que permita que estas sean tratadas por cáncer a tiempo,

además teniendo en cuenta que un factor bastante influyente en la aparición de cáncer es la presencia de un antecedente familiar.

Las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) 2012, en el cáncer de mama, indican que la mastografía de cribado no debería recomendarse a las mujeres de 40 a 49 años, debería recomendarse a las mujeres de 50 a 69 años cada 2 años y debería recomendarse a las mujeres de 70 a 74 años cada 2 años. En el estudio Identificación de lesiones mamarias malignas en México de la revista Salud Pública Mes. vol.43 no.3 Cuernavaca mayo/jun. 2001 indican “Nuestros resultados demuestran que la mayoría de las mujeres con cáncer mamario concentradas en hospitales públicos de tercer nivel en la ciudad de México son diagnosticadas en estadios avanzados, de manera tal que se reduce importantemente sus posibilidades de curación y sobrevida.”⁽²²⁾

En el artículo “Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México” María Ester Brandan y Yolanda Villaseñor Navarro, concluyen “El 90% de los casos de cáncer de mama en México son detectados gracias a que la propia paciente detecta un abultamiento o nódulo, y en estos casos ya se trata de un estadio avanzado de la patología”.⁽²³⁾

En otro estudio el 42.7% de las mujeres dijeron que les daba pena y el 73.0% que les daba miedo porque dolía realizarse la mastografía debido a la manipulación de la mama durante el estudio.⁽²³⁾

En la universidad de San Salvador se realizó un estudio en el 2010 donde se encontró que el 65% indica que la mastografía duele, el 33% dice que si tiene

temor a realizarla, y que sus guías espirituales y parejas no les impiden a realizarse dicho examen en un 80% en ambos casos. ⁽²⁵⁾

En el artículo de Ponce García, M. D. R. (2013). Creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50-69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes. El 91% de las mujeres del estudio no perciben las consecuencias de no realizarse el estudio aunado al miedo del dolor proveniente de la realización de la mastografía y a un diagnóstico serio, estrés y vergüenza. ⁽²⁶⁾

Según la NOM-041-SSA2-2002, la mastografía no deberá indicarse en mujeres asintomáticas menores de 40 años ya que no es efectiva para la detección temprana o tamizaje y conlleva riesgos potenciales. En mujeres asintomáticas de 40 a 49 años sólo se realizará cada dos años por alguna de las siguientes razones: antecedentes de cáncer de mama directos (madre, hijas o hermanas), indicación médica según valoración individual de los factores de riesgo, en mujeres asintomáticas de 50 a 69 años se realizará cada dos años sin necesidad de indicación médica y en mujeres de 70 años y más se realizará como parte del seguimiento de mujeres con antecedente personal de cáncer de mama y por indicación médica. ⁽²⁷⁾

Laura del Pilar Torres-Arreola y Svetlana Vladislavovna Doubova en el 2006, mencionan barreras para la realización de la mastografía, siendo la falta de recomendación médica, la creencia de que la mastografía no se necesita cuando no hay síntomas, la preocupación por la radiación, el dolor un nivel de estudio inferior a preparatoria y el costo del estudio, son algunas de las barreras/motivo para la no realización de la mastografía ⁽²⁶⁾; también Rivas Saravia y Saúl

Eduardo, en agosto del 2010 mencionan como factores para no realización de la mastografía el temor porque es muy doloroso o no saben en qué consiste el estudio.⁽²⁷⁾

Gustavo Nigenda y cols. en el 2009 llegaron a la observaron que en la relación con la pareja/esposo, el machismo juega un factor importante con pérdida de tiempo para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, lo cual lleva a un diagnóstico y tratamiento tardío.⁽²⁸⁾ Sin embargo en el 2014 Lourdes Campero y cols. indican que, hay mujeres que comentaron que el esposo las instaba a realizarse las detecciones, actuando entonces como facilitadores, estos son excepcionales, habiendo comentarios de los proveedores que expresan lo contrario.⁽²⁹⁾ Por otro lado, Serral G. y Borrell C. en 2017 encontraron que en el nivel socioeconómico alto (clase 1) se encuentra una mayor proporción de realización del estudio mamográfico que en las de nivel socioeconómico bajo (clase 5).⁽³⁰⁾ En el 2016, Melvin CL, Jefferson MS concluyeron que aunque en las bibliografías se referían a la religión y las creencias religiosas como favorecedores para la realización de los métodos de detección oportuna de las enfermedades, en su estudio encontraron que la tendencia a no realizarse la mastografía en las mujeres con alto grado de religiosidad es de 1.42 veces más alta que en las de nivel promedio, además en cuanto a las relaciones interpersonales (familia/esposo) negativas, se encuentra un nivel 0.98 veces mayor de no realización.⁽³¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de entre 35 y 65 años de edad. Para la Organización Mundial de la Salud el control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama es la base en la lucha contra este cáncer, se puede llevar a cabo de dos formas: diagnóstico precoz en base a los primeros síntomas y signos de la enfermedad y el cribado donde se llevan a cabo el tamizaje por medio de la mastografía el cual se considera una técnica segura, de alta sensibilidad y buena especificidad para la detección temprana de tumores de mama.

En México más de 75% de los diagnósticos se realizan en etapas avanzadas del cáncer de mama. En la Unidad de Medicina Familiar No. 43 se ha observado un aumento en las detecciones de cáncer de mama de 4 en el 2005 a 12 en el 2012 y 10 en el 2013. Con una tasa de mortalidad del mismo en esta unidad del 8.48 por 100000 habitantes en mujeres. Una de las principales razones en la falla en detección oportuna es que las pacientes no acuden a realizarse la mastografía, y esto pudiera ser debido a los diferentes motivos socioculturales en esta unidad.

Por lo tanto, surgió la siguiente pregunta:

“¿Cuáles son los motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía?”

JUSTIFICACIÓN

Es importante saber que en México más de 75% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en etapas localmente avanzadas de la enfermedad (III y IV) de acuerdo con datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM).

Podría ser el nivel socioeconómico de las mujeres de grupos menos favorecidos o diferentes motivos socioculturales los que influyen en el retardo para la realización de la mastografía y que determinan el diagnóstico oportuno de esta patología.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar cuáles son los principales motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía, en la detección oportuna del cáncer de mama. El estudio se llevó a cabo en General Escobedo, Nuevo León, en la Unidad de Medicina Familiar número 43, que comparte características similares con otras capitales latinoamericanas en términos de menores índices de pobreza, mayor desarrollo de los servicios médicos y mejor acceso a los mismos.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

➤ Analizar los Motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si la sensibilidad influye en el retardo de realización de mastografía.
- Determinar el lugar de origen de las pacientes que no se realizan mastografía.
- Determinar el nivel socioeconómico de las pacientes que no se realizan mastografía.
- Determinar el nivel de estudios en las pacientes que no se realizan mastografía.
- Describir la ocupación en las pacientes que no se realizan mastografía.
- Determinar si las relaciones interpersonales afecta a la realización de la mastografía.
- Describir el tipo de familia en las pacientes que no se realizan mastografía.
- Determinar si la religión es el motivo de no realización de la mastografía.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS

El principal motivo sociocultural para el retardo en la realización de la mastografía es el nivel socioeconómico.

HIPÓTESIS ALTERNA

El nivel socioeconómico no es el principal motivo sociocultural para el retardo en la realización de mastografía.

HIPÓTESIS NULA

El retardo en la realización de la mastografía no está en relación a los motivos socioculturales.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO:

Según la manipulación del factor de estudio, se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal no comparativo o de prevalencia.

Según el número de mediciones: es de una sola medición

Según la relación cronológica entre el inicio del estudio y la observación de las variables de interés, es retrospectivo o histórico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Criterios de inclusión.

- Mujeres sin antecedente de cáncer de mama.
- Mujeres de entre 40 y 64 años derechohabientes de la UMF 43.
- Mujeres sin mastografía previa.

2. Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes que se encontraban en periodo de lactancia.
- Mujeres que no deseaban participar en el estudio.
- Mujeres que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico previo de cáncer de mama.

3. Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas
- Mujeres que abandonaron el estudio
- Mujeres que se realizaron la mastografía durante el estudio

MUESTRA

Población derechohabiente de la UMF 43 y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se utilizó una muestra no probabilística, por conveniencia de 255 pacientes que cumplieron con los criterios y acudieron a la unidad durante los meses de marzo a octubre del 2018.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Tipo de variable	Fuente
Mastografía	Radiografía de la mama, con imágenes de tejidos blandos con gran precisión	Estudio radiográfico para detección de cáncer de mama	Nominal 1. Si 2. No	Cualitativa independiente	Expediente electrónico y entrevista
Sensibilidad	Manera peculiar de sentir o pensar	Sentimientos relacionados a la realización de la mastografía	Nominal 1. Pudor 2. Dolor 3. Vergüenza	Cualitativa dependiente	Entrevista
Religión	Profesión y observancia de la doctrina religiosa	Su doctrina que indica sobre la mastografía	Nominal 1. Católico 2. Cristiano 3. Testigo de Jehová 4. Otras	Cualitativa dependiente	Entrevista
Lugar de origen	Entidad donde nació	Sitio donde nació	Nominal 1. Local 2. Foráneo	Cualitativa dependiente	Entrevista
Nivel socio-económico	Posición social que ocupa una persona en una sociedad	Situación económica y social, según sus ingresos	Nominal 1. Alto 2. Medio 3. Bajo	Cualitativa dependiente	Entrevista
Escolaridad	Nivel de instrucción académica	Nivel de estudios acreditado al momento del estudio	Nominal 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura	Cualitativa dependiente	Entrevista
Tipo de familia	Clasificación de la familia de acuerdo a su composición y desarrollo	Integrantes de la familia y proveedores	Nominal Composición 1. Nuclear 2. Uniparental 3. Extensa Desarrollo 1. Tradicional 2. Moderna	Cualitativa dependiente	Entrevista
Estado civil	Condición de una persona en relación a otra, en la que se crean lazos jurídicos.	Condición de soltería, matrimonio, viudez, unión libre	Nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Unión libre	Cualitativa dependiente	Entrevista
Actitud de la familia/esposo	Apoyo de la familia y esposo para realizarse la mastografía	Estimulo o negativa de la familia y pareja a realizarse la mastografía	Nominal 1. Si 2. No	Cualitativa dependiente	Entrevista

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

En febrero 2018 previa autorización del protocolo se realizó una prueba piloto con 20 encuestas a pacientes que cumplieron requisitos, con el fin de validar la encuesta.

Las entrevistas se realizaron en los meses de marzo a junio del 2018 en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 43. La entrevista constó de una sola medición, previo llenado del consentimiento informado, de una encuesta, a manera de auto-encuesta, donde cada paciente marcó entre 2 o más opciones.

Al finalizar la etapa de realización de la entrevistas, se creó una base de datos utilizando el programa de Microsoft Excel 2016 para posteriormente ser procesada por medios y métodos computarizados utilizando el paquete estadístico Excel 2010 para Windows.

CONSIDERACIONES ETICAS

En el presente estudio se investigó si hay o no rechazo a la realización de la mastografía en una muestra representativa de pacientes afiliados a la unidad de medicina familiar No. 43. Se observó la relación de factores socioculturales y el retardo de la realización de la mastografía y al final se les ofertó el estudio, entregando solicitud de mastografía a cada participante.

El estudio se realizó de acuerdo, con la declaración de Helsinki modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos; asimismo, este trabajo se efectuó conforme al código de Nuremberg, sobre normas éticas sobre la experimentación en seres humanos.

Se ejecutó de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos 16 y 17, Fracción I, II, III y en la obligación de los investigadores clínicos.

El presente estudio se ajustó a las normas Institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizó, una vez aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud.

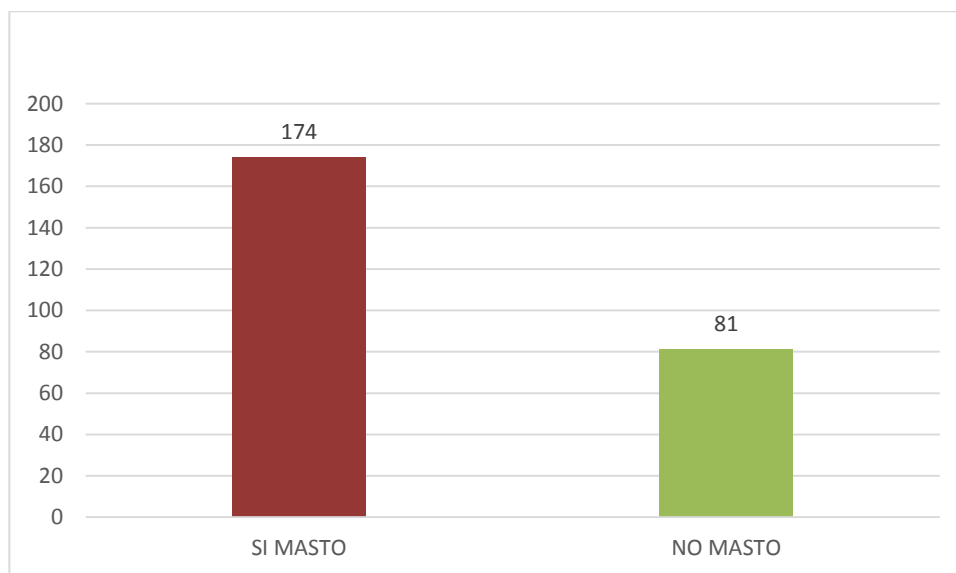
La información se manejó de forma anónima, difundiendo los resultados solo para fines de investigación. No hubo coacción en el caso de que algún participante no acepto involucrarse en forma voluntaria en la investigación.

Los datos personales de los pacientes fueron resguardados confidencialmente y los resultados obtenidos de la encuesta durante el estudio, se utilizaron únicamente con propósito de investigación, para lo que se solicitó que firmaran un consentimiento informado, aceptando participar en el estudio.

RESULTADOS

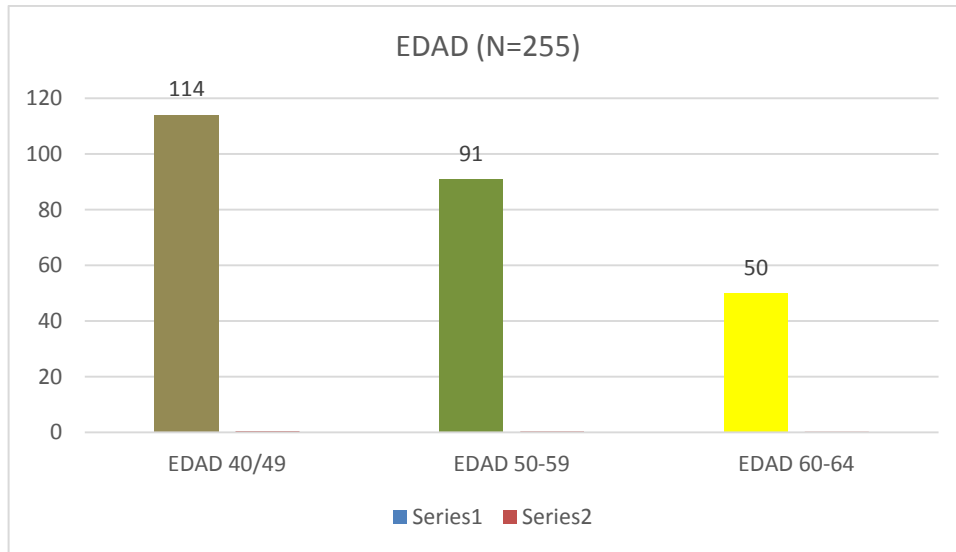
Se realizó un estudio observacional, trasversal, de una sola muestra a pacientes entre 40 a 64 años que acudieron a consulta externa de la UMF 43, Escobedo Nuevo León, aplicándose una encuesta de opción múltiple acerca de la realización o no del estudio de mastografía, a las que no se lo habían realizado, se les pregunto los motivos por los cuales habían retrasado dicho examen.

En la Gráfica 1 se indica que se contó con una muestra de 255 pacientes en el grupo de edad ya descrito, de las cuales 174 (68.2%) ya se la habían realizado y solamente 81 (31.7%) no se la habían hecho aún.



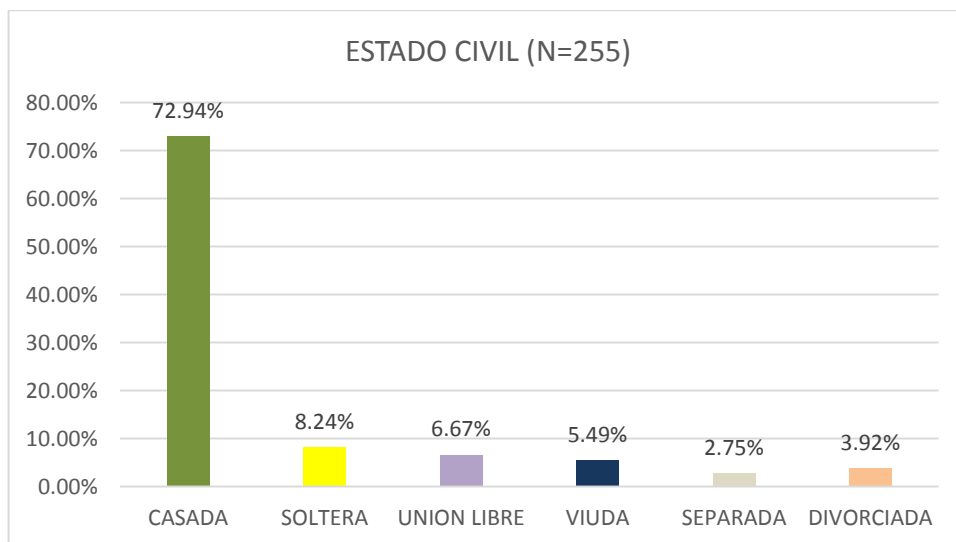
Gráfica 1.

En lo referente a datos demográficos, en la Grafica 2 se observa que los grupos de edades fueron las siguientes: 114 de 40-49 años (44.7%), 91 de 50-59 años (35.6%) y 50 de 60-64 años (19.6%) siendo esta misma proporción encontrada en aquellas quienes no se habían realizado dicho estudio.



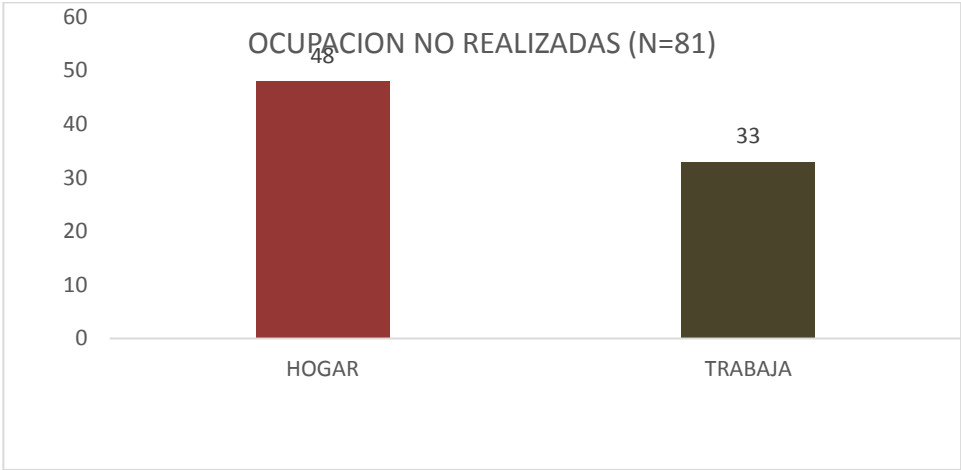
Gráfica 2

En la Grafica 3, se muestra el estado civil, encontrado en las pacientes que no se practicaron el estudio: donde 57 estaban casadas (70.3%), 14 solteras (17%), las restantes se encontraban en unión libre, viudas, divorciadas y separadas con 3% cada una de ellas.



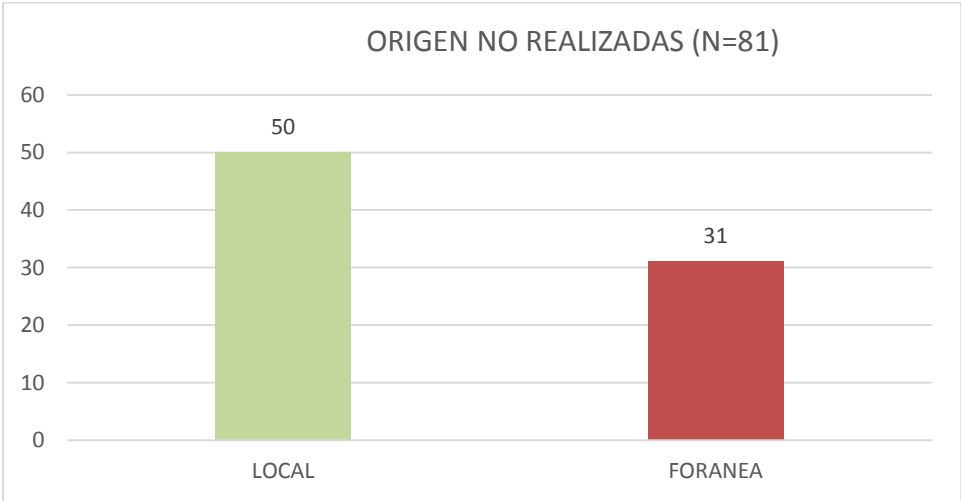
Gráfica 3

En la Grafica 4 se observa que según su ocupación, 48 participantes que no se habían realizado la mastografía se dedican al hogar (59.2%), y 33 trabajan (40.7%).



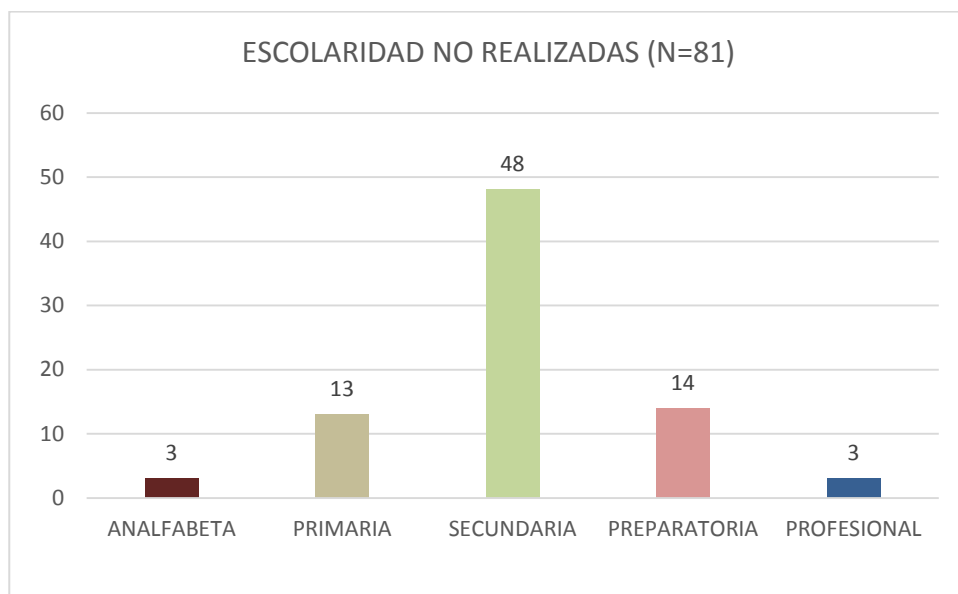
Gráfica 4

En la Gráfica 5 se muestra que de las mujeres que no se han realizado mastografía, 50 (61.7%) refirieron lugar de nacimiento local y 31 refirieron de origen foráneo (38.2%).



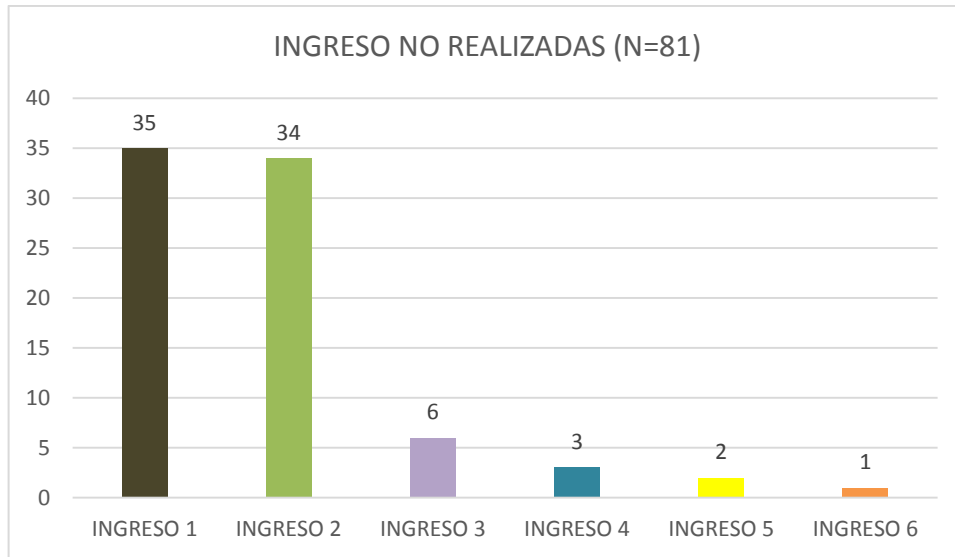
Gráfica 5

En la Gráfica 6 se clasifica a las pacientes que no se han practicado de mastografía por grado de escolaridad, donde el rezago más alto se encontró en aquellas con secundaria, siendo 48 las que refirieron este grado de estudios (59.2%), y el más bajo fue para profesional y analfabeta, con 3% cada uno de ellos.



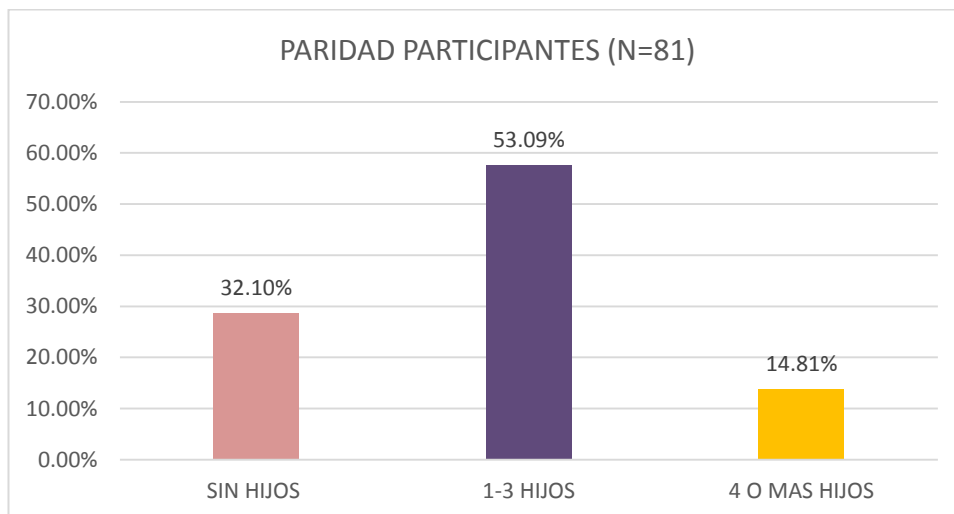
Gráfica 6

En la clasificación por ingreso, en la Gráfica 7 el hallazgo fue que la tasa más alta para no realizarse el estudio, fue entre los 2 ingresos más bajos, con 43 % y 41 % respectivamente.



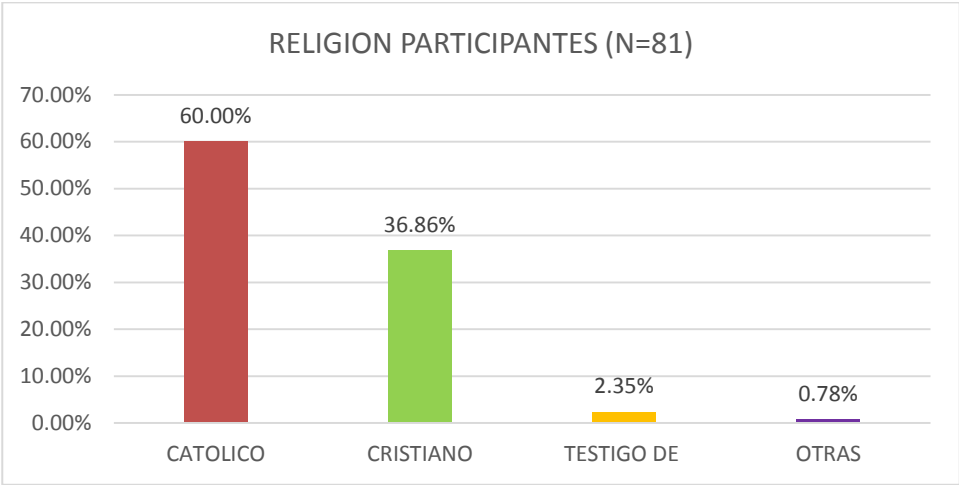
Gráfica 7

En la Gráfica 8 según su paridad, 43 mujeres tenían de 1 a 3 hijos (53%), 26 no tenían hijos (32.1 %) y el resto (14.8 %) tenían 4 o más hijos.



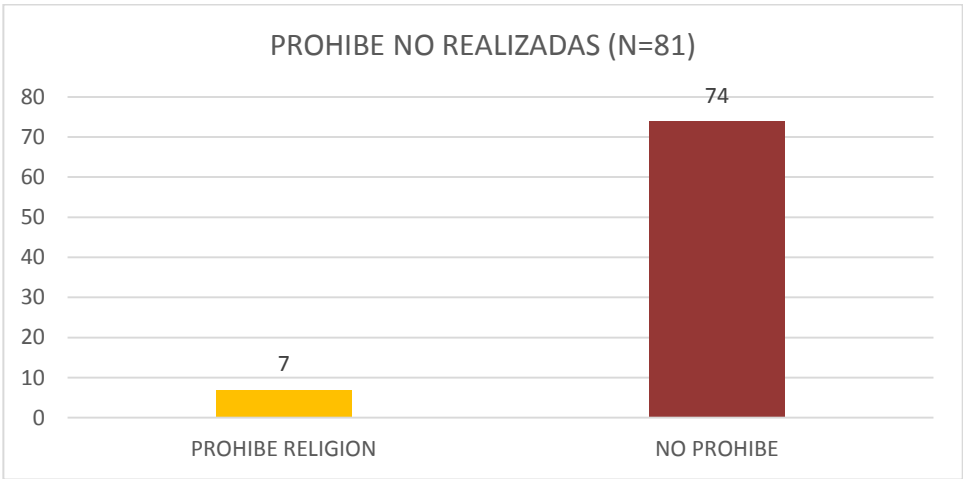
Gráfica 8

En la Gráfica 9 las religiones predominantes en aquellas que no se habían realizado la mastografía, fueron la religión católica y cristiana, con 59 y 37% cada una respectivamente.



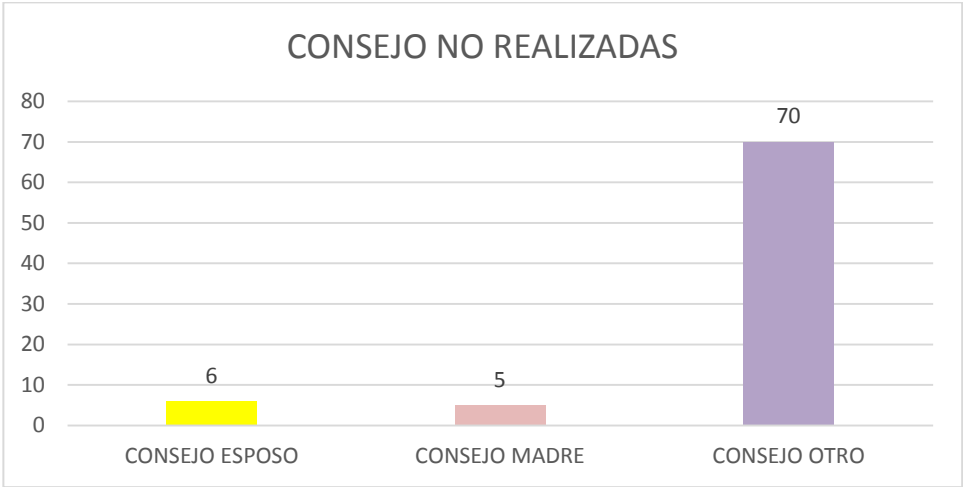
Grafica 9.

En cuanto a la prohibición religiosa para la no realización del estudio, en la Gráfica 10, se encontró que 74 participantes (91.3%) refirieron que su religión no se los prohíbe, y 7 (8.6%) manifestaron que su religión si se los prohíbe.



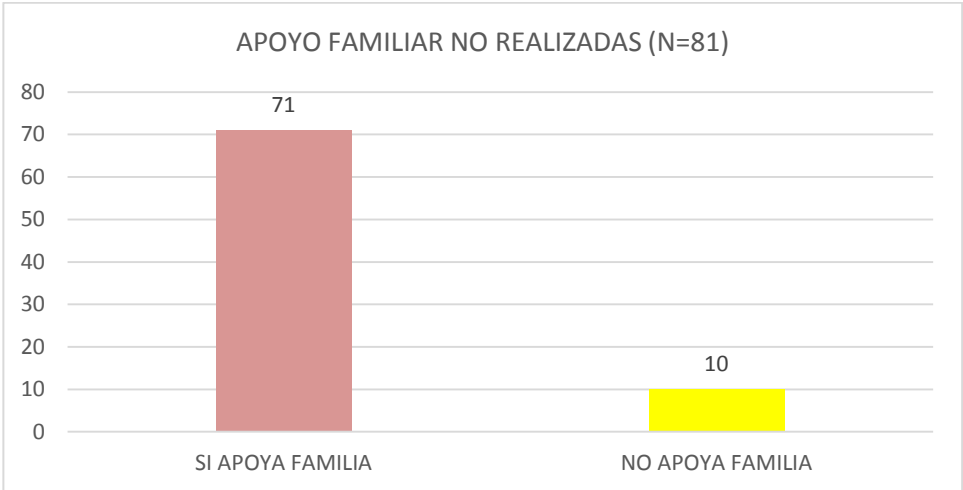
Gráfica 10.

En la GRÁFICA 11 se indica quién es el que aconseja no realizarse la mastografía, 70 mujeres (86.4%) comentaron que fue una amiga, 6 (7.4%) por consejo del esposo y 5 (6.1%) por consejo de su madre.



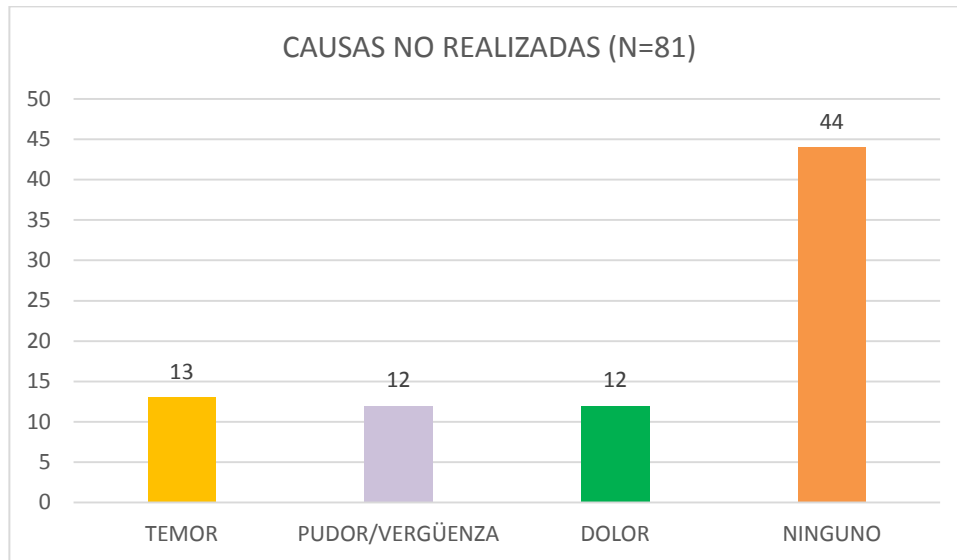
Gráfica 11

En la GRÁFICA 12 se aprecia el apoyo familiar, donde 71 participantes refirieron si contar con dicho apoyo (87.6%) y 10 no contaban con dicho apoyo (12.3%).



Gráfica 12

Explorando los motivos personales para la no realización de mastografía, en la Gráfica 13 el porcentaje más alto de participantes menciona no contar con motivo alguno (54.3%), seguidas de temor (16%), pudor (14%) y dolor (14%).



Gráfica 13

DISCUSIÓN

En el tamizaje para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, según las guías de practica medica se establece la realización de la mastografía cada 2 años, a partir de los 49 años, aunque se ha establecido su utilidad a partir de los 40 años, por lo cual, en los programas institucionales se recomienda la práctica del mismo a partir de los 40 años.

En este estudio se pretendió encontrar cuales son los motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía, en el estudio de Lourdes Campero y cols. en 2014 se observa que, las pacientes comentaron que el esposo las instaba a realizarse las detecciones, actuando entonces como facilitadores, estos son excepcionales, en este estudio se detecto que solo el 7.3% de los esposos no estaba de acuerdo en que se practicaran la mastografía, con lo cual correspondería a mas de 90% de apoyo de los esposos.

50 mujeres de las que no se han realizado mastografía refirieron domicilio local (61.7%), y 31 refirieron ser foráneas (38.2%),

Según el grado de escolaridad, el rezago más alto se encontró en aquellas con secundaria, siendo 48 las que refirieron este grado de estudios (59.2%), seguido por el nivel de preparatoria con el 14%, contrario a lo encontrado por Laura del Pilar Torres-Arreola y Svetlana VladislavovnaDoubova en el 2006, que mencionan como barreras para la realización de la mastografía, un nivel de estudio inferior a preparatoria y el costo del estudio.

En la clasificación por ingreso, el hallazgo fue que la tasa, más alta para no realizarse el estudio, fue entre los 2 ingresos más bajos, con 43 y 41 por ciento de los más bajos respectivamente.

Las religiones predominantes en aquellas que no se habían realizado la mastografía fueron la religión católica y cristiana, con 59 y 37% cada una respectivamente. En cuanto a la prohibición religiosa para la no realización del estudio, 74 participantes (91.3%) refirieron que su religión no se los prohíbe y 7 (8.6%) manifestaron que si les prohíbe, similar en la universidad de San Salvador se realizó un estudio en el 2010 donde se encontró que el 80% indica que sus guías espirituales y parejas no les impiden a realizarse dicho examen en un 80% en ambos casos.

En el estudio de Laura del Pilar Torres-Arreola y Svetlana Vladislavovna Doubova en el 2007, el 42.7% de las mujeres dijeron que les daba pena y el 73.0% que les daba miedo y el 91% de las mujeres del estudio no perciben las consecuencias de no realizarse el estudio porque dolía realizarse la mastografía debido a la manipulación de la mama durante el estudio, en este estudio se observó que de los motivos personales para la no realización de mastografía, el porcentaje más alto de participantes mencionó no contar con motivo alguno (54.3%), seguidas de temor (16%), pudor (14%) y dolor (14%); quedando de manifiesto que prevalece el desinterés de las pacientes a realizarse la mastografía.

CONCLUSION

En el presente estudio se validó la hipótesis nula de que el nivel socioeconómico no era el principal motivo en el retardo para la realización de la mastografía, siendo el desinterés, el principal factor socioeconómico, además de encontrar que el 59% de las pacientes que no se ha realizado la mastografía, cuentan con un nivel de estudios de secundaria.

Finalmente se podría sugerir la implementación de campañas para la concientización de la práctica de la mastografía, al menos cada 2 años a partir de los 40 años, dentro de las mismas unidades médicas, así como integrar a los familiares hombres y mujeres, para que se logre la meta de realizar diagnósticos tempranos y así aumentar la supervivencia de las pacientes que resultaran positivas.

Dichas campañas deberán contar con pláticas, videos educativos y orientadores, así como folletos informativos para las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez, C. M. L., & Pérez, J. M. H. (2016). Importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de mama. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 7(1), 67-76. (Dr. Carlos Michel López Rodríguez, 2016).
2. Cuevas, S. A. R., & García, M. C. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *GinecolObstetMex*, 74(11), 585-593.
3. Guerrero, J. (2011). El rol de la mamografía en el diagnóstico del cáncer de mama. *Editoriales Páginas*, 68.
4. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Cáncer de mama: prevención y control*.
5. López-Carrillo, L., Torres-Sánchez, L., López-Cervantes, M., & Rueda-Neria, C. (2001). Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud pública de México*, 43(3), 199-202.
6. Sanfilippo, J. Lic. María Isabel Moreno Hernández.
7. Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773), 234.
8. Dantes, H. G., & Alanis, S. X. O. Diagnóstico y Detección del Cáncer Mamario Versión preliminar 1. Enero, 2009 DE-003.
9. Ocón Hernández, O., Fernández Cabrera, M. F., Pérez Vicente, S., Dávila Arias, C., Expósito Hernández, J., & Olea Serrano, N. (2010). Supervivencia en cáncer de mama tras 10 años de seguimiento en las provincias de Granada y Almería. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 705-715.

10. Torres-Sánchez, L. E., Rojas-Martínez, R., Escamilla-Núñez, C., Vara-Salazar, E. D. L., & Lazcano-Ponce, E. (2014). Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011. *salud pública de México*, 56(5), 473-491.
11. Mendoza Loayza, B. L. (2013). Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de mamografía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins–EsSalud 2013.
12. Uribe, A. (2016). Cáncer de mama. *Cáncer*, 11(2).
13. González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G., & López-Carrillo, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro. *Salud pública de México*, 52(6), 533-543.
14. Vara-Salazar, E. D. L., Suárez-López, L., Ángeles-Llerenas, A., Torres-Mejía, G., & Lazcano-Ponce, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud pública de México*, 53(5), 385-393.
15. Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud pública de México*, 51, s335-s344.
16. Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. A., Ocampo, R., & Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *salud pública de México*, 53(6), 478-485

17. Hernández-Valencia, M., Hernández-Quijano, T., Zárate, A., & Saucedo, R. (2014). Utilidad y riesgos de la mamografía rutinaria para detectar cáncer de mama. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 52(6), 704-8.
18. Chevalier, M., & Torres, R. (2010). Mamografía digital. *Revista de Física Médica*, 11(1).
19. Maita Quispe, F., Fernandez, L., Luis, J., Panozo Borda, S. V., Muñoz Galind, L., Gutiérrez Flores, C., & Zegarra Santiesteban, W. (2012). Valor diagnóstico de la ecografía y la mamografía en pacientes con neoplasias de mama del Hospital Obrero N 2 de la Caja Nacional de Salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 35(2), 59-61.
20. González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G., & López-Carrillo, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro. *Salud pública de México*, 52(6), 533-543.
21. AbugattasSaba, J., Manrique Hinojosa, J., & Vidaurre Rojas, T. (2015). Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), 311-319.
22. López-Carrillo, Lizbeth, Torres-Sánchez, Luisa, López-Cervantes, Malaquías, & Rueda-Neria, Celina. (2001). Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pública de México*, 43(3), 199-202.
23. Brandan y Villaseñor, Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México, *Cancerología 1* (2006): 147-162.
24. Mendoza Loayza, B. L. (2013). Cultura de prevención sobre autoexamen de mama y estudio mamográfico en pacientes atendidas en el servicio de

- mamografía del hospital nacional Edgardo RebagliatiMartins–EsSalud 2013.
25. Ponce García, M. D. R. (2013). Creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50-69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes.
 26. Torres-Arreola, L. D. P., & Vladislavovna Doubova, S. (2007). Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(2).
 27. Rivas Saravia, Saúl Eduardo; Quintanilla Cruz, Laura María y Rivera Martínez, Hugo Antonio (2010) Factores biológicos y socioculturales que influyen en la realización de examen de mama en mujeres atendidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en el Hospital de Maternidad de San Salvador, en el periodo comprendido en los meses de febrero a mayo 2010.
 28. Nigenda, Gustavo; Caballero, Marta; González-Robledo, Luz María; (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública de México*, Sin mes, s254-s262.
 29. Campero, Lourdes, Atienzo, Erika E, Marín, Eréndira, Vara-Salazar, Elvia de la, Pelcastre-Villafuerte, Blanca, & González, Guillermo. (2014). Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Pública de México*, 56(5), 511-518

30. Serral G, Borrell C, Puigpinós Riera R. Socioeconomic inequalities in mammography screening in Spanish women aged 45 to 69. *Gac Sanit.* 2017 Mar 5.
31. Melvin CL, Jefferson MS, Rice LJ, Cartmell KB and Halbert CH (2016) Predictors of Participation in Mammography Screening among Non-Hispanic Black, Non-Hispanic White, and Hispanic Women. *Front. Public Health* 4:188. doi: 10.3389/fpubh.2016.00188

Anexo 1: Cuestionario para identificar los motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía para pacientes femeninas de 40-64 años de edad.

NÚMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-80

SE HA REALIZADO MASTOGRAFÍA: SÍ ____ NO ____

LA SIGUIENTE ENTREVISTA, CONSISTE EN CONOCER LOS MOTIVOS POR LOS CUALES USTED NO SE HA REALIZADO LA MASTOGRAFIA.

Fecha _____

Número de cuestionario: _____

Ficha de identificación

N.S.S. _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____ Lugar de nacimiento: _____

Marque la respuesta correcta

1) Escolaridad 1. Analfabeta ____ 2. Primaria ____ 3. Secundaria ____
4. Preparatoria ____ 5. Licenciatura ____

2) Ingreso neta 1. 0-5000 ____ 2. 6000-10000 ____ 3. 7000-10000 ____ pesos
4. 11000-15000 ____ 5. 16000-20000 ____ 6. 21000 y mas ____

3) Religión
1. Católico ____ 2. Cristiano ____ 3. Testigo de Jehová ____
4. Otras ____

4) ¿En su religión, está prohibido realizarse mastografía? Sí ____ No ____

5) ¿Alguna de las siguientes personas, le aconsejó no realizarse la mastografía?

Esposo ____ madre ____ vecina/comadre/amiga ____ otro ____


6) ¿La apoya su esposo/familia a realizarse el estudio? Si ____ No ____

7) Número de hijos 1. 0 ____ 2. 1-3 ____ 3. 4 o más ____

8) ¿De los siguientes cuál considera que influyó para no realizarse la mastografía?

1. Temor ____ 2. Pudor/vergüenza ____ 3. Dolor ____ 4. Ninguno

Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado

 <p>IMSS INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Motivos socioculturales que influyen en el retardo para la realización de la mastografía	
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica	
Lugar y fecha:	Escobedo, Nuevo León, Octubre 2017	
Número de registro:	Pendiente	
Justificación y objetivo del estudio:	El cáncer de mama ocupa uno de los primeros lugares de causa de muerte en las mujeres mexicanas, la mastografía nos ayuda a detectar esta enfermedad, a pesar de esto, pocas mujeres acuden a realizársela. Por lo que el principal objetivo de este estudio es conocer los motivos por los cuales no se la realizan.	
Procedimientos:	Entrevista	
Posibles riesgos y molestias:	No se pone en riesgo la vida, solamente podría ocasionar incomodidad ante las preguntas,	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Educación sobre cáncer de mama y la importancia de realizarse la mastografía	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de aceptar, se le entregará solicitud de mastografía.	
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, si en cualquier momento, decide abandonar el estudio, es libre de hacerlo sin repercusiones	
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza la seguridad del resguardo de la información obtenida en la entrevista, no se difundirán los datos personales que ésta contenga. Los resultados obtenidos, se utilizarán con fines de investigación y estadística	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica No autoriza que se tome la muestra. Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	La UMF 43 cuenta con mastógrafo para realizar el estudio, en caso de solicitarlo.	
Beneficios al término del estudio:	Realización de mastografía	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. Rocío González Cadena	
Colaboradores:	Dr. Jesús Humberto Rodríguez Vega	
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		
Nombre y firma del encuestador	Testigo 1 Testigo 2	
	Nombre, firma y parentesco,	Nombre, firma y parentesco
Clave: 2810-009-013		