

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA" COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO

**"ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE
ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARINA RODRIGUEZ RUIZ

ASESORA:

JONATHAN PAVEL HERNÁNDEZ PÉREZ

MÉDICOFAMILIAR
ASESOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO

CIUDAD DE MÉXICO, 2022

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL: 2021 – 3703- 079



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CDMX
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA" COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD

Título:

"ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA"

Tesis para obtener el título de posgrado en la especialidad en Medicina Familiar.

PRESENTA:

Marina Rodríguez Ruiz

Médico residente de Tercer año de la especialidad de Medicina Familiar

Matrícula: 97376287

Lugar de trabajo: Consulta Externa de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".

Tel: 55 39 07 81 90 Fax: Sin fax

e-mail: marina.facmed1@gmail.com

Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez

Médico Familiar.

Matrícula: 98384071

Lugar de trabajo: Consulta Externa de Medicina Familiar.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".

Tel: 55 55 59 60 11, Ext. 21722 Fax: Sin fax.

e-mail: pavelord@hotmail.com

Ciudad de México, 2022

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Vo.Bo.

Dra. Doris Claudia Jiménez Quintana
Directora de la Unidad de Medicina Familiar Número 28 "Gabriel Mancera"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Vo.Bo.

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar Número 28 "Gabriel Mancera"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Vo.Bo.

Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar Unidad de Medicina
Familiar Número 28 "Gabriel Mancera"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Vo.Bo.

Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez
Asesor de Tesis
Unidad de Medicina Familiar Número 28 “Gabriel Mancera”
Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3703**.
U MED FAMILIAR NUM 21

Registro COFEPRIS **17 CI 09 017 017**

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 003 20190403**

FECHA **Lunes, 26 de julio de 2021**

Dr. Jonathan Pavel Hernández Pérez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3703-079

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. PAULA AVALOS MAZA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3703

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi principal motivador cada día, por haberme dado a mi familia, a mi novio y amigos, quien han creído en mi siempre, dándome ejemplo de humildad y sacrificio, y que me dan aliento para superarme cada día.

A mi madre Guadalupe, por acompañarme en cada decisión y proyecto de mi vida, por el amor que me ha dado y el apoyo incondicional en mi vida.

A mis docentes y en especial a mi tutor Dr. Jonathan Pavel Hernández por su ayuda, paciencia y dedicación.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por la formación que me ha dado, después de años de esfuerzo y dedicación, me ha dado el título de licenciatura, próximamente el título de Especialidad.

¡Gracias!

Índice

Resumen.....	10
1 Introducción.....	11
2 Marco teórico.....	12
2.1 Antecedentes.....	12
2.2 Definiciones.....	12
2.3 Epidemiología.....	14
Factores de riesgo.....	15
2.4 Clasificación.....	16
2.5 Complicaciones.....	16
2.6 Costos totales atribuibles en México.....	17
2.7 Medidas de Prevención	17
2.8 Características de la población.....	20
3 Justificación.....	22
4 Planteamiento del problema.....	23
5 Objetivo.....	24
5.1 Objetivo general.....	24
5.2 Objetivos específicos.....	24
6 Hipótesis.....	24
6.1 Hipótesis de trabajo.....	24
7 Material y métodos.....	24
7.1 Lugar del estudio.....	25
7.2 Muestra.....	26
7.3 Población de estudio.....	26
7.6 Tamaño de la muestra.....	26
8 Criterios de selección.....	27
8.1 Criterios de inclusión.....	27
8.2 Criterios de exclusión.....	27
8.3 Criterios de eliminación.....	27
9 Definición de variables.....	28

9.1 Variables del estudio.....	28
9.2 Variables sociodemográficas.....	28
10 Operacionalización de variables.....	28
11 Análisis de datos.....	30
12 Descripción general del estudio.....	30
13 Aspectos éticos.....	31
14 Recursos.....	35
14.1 Humanos.....	35
14.2 Área física.....	35
14.3 Materiales.....	35
15 Maniobras para evitar sesgos.....	36
16. Resultados.....	38
17. Discusión.....	46
18. Conclusión.....	49
16 Cronograma de actividades.....	52
17 Bibliografía.....	53
Anexo 1 Diseño de investigación.....	56
Anexo 2 Figuras y Gráficas.....	57
Anexo 3 Instrumento de recolección de datos.....	61
Anexo 4 Consentimiento informado.....	64

Abreviaturas

ACR: Colegio Americano de Radiología

ADN: Ácido desoxirribonucleico

BRCA1 y BRCA2: Son genes humanos que producen proteínas supresoras de tumores. Estas proteínas ayudan a reparar el ADN dañado y, por lo tanto, tienen el papel de asegurar la estabilidad del material genético de cada una de las células.

CSC: Células madre cancerosas

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

UMF: Unidad de Medicina Familiar

NOM: Norma Oficial Mexicana

CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas

DOF: Diario Oficial de la Federación

PREVENIMSS. Estrategia de Programas Integrados de Salud del IMSS.

SSA: Secretaría de salud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CIE 10: Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición

GLOBOCAN: El Global Cancer Observatory (GCO) es una plataforma web interactiva desarrollada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), un órgano que forma parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

AVISA: Años de Vida Saludables perdidos

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA”

¹ Rodríguez –Ruiz Marina ,² Hernández- Pérez Jonathan Pavel, ¹⁻²Unidad de Medicina Familiar N° 28 Consulta Externa.

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama a nivel mundial y nacional es el tipo de tumor maligno más frecuente en las mujeres. Los programas de tamizaje (screening) deben ser precedidos por programas de información y educación que permitan difundir el conocimiento de la enfermedad, así como de sus factores de riesgo.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la realización de acciones de prevención del cáncer de mama en mujeres de la UMF 28 de 40 a 69 años de edad.

Materiales y métodos: Se realizará un estudio Observacional, Comparativo (analítico). Descriptivo, transversal en la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”, posterior a la aprobación del protocolo de investigación, donde se determinará la relación entre el nivel de conocimiento de cáncer de mama y las acciones de prevención de cáncer de mama que se realizan las mujeres de 40 a 69 años.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse: Se cuenta con un asesor metodológico y clínico, previa autorización, se aplicará cuestionario validado en el transcurso de los meses mayo, junio, julio, agosto, septiembre del 2021.

Recursos, Infraestructura y Factibilidad: Se cuenta con recursos humanos; un tesista y un investigador quienes respaldan el presente protocolo de estudio en el área metodológica y de investigación, estudio se llevará a cabo en las instalaciones de la UMF 28 mediante el uso de un cuestionario de conocimiento de cáncer de mama y de acciones de prevención, financiamiento absorbido por el residente.

Palabras clave: Conocimiento de cáncer de mama (factores de riesgo, medidas de prevención).

1.-Introducción

El cáncer es la principal causa de muerte en la población a nivel mundial. El cáncer de mama es en México y en el mundo el más frecuente en las mujeres y es la tercera causa de muerte por tumores malignos, su etiología es desconocida, pero se ha establecido una causa multifactorial, implicándose factores de riesgos hormonales, reproductivos, ambientales y hereditarios; los cuales en muchos casos, trabajan juntos para crear las condiciones necesarias para el desarrollo del cáncer, y la modificación de alguno de ellos ayuda a prevenirlo.

El cáncer de mama afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo; en muchos hasta el 50% ocurre en mujeres menores de 54 años

En México, por ejemplo, el 90 % de los casos de cáncer de mama 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. Las mujeres y la población en general, que cuentan con acceso a información, es posible que tengan mayor poder de decisión en relación a su capacidad para la toma de decisiones informadas y elegir lo que les conviene en relación a la salud en general.

La educación de la población sobre los signos y síntomas de la enfermedad, así como la autoexploración, han mostrado ser de gran utilidad para fomentar la toma de conciencia entre las mujeres en situación de riesgo y la búsqueda de atención temprana. Además, la realización sistemática de mastografías en la población en riesgo ha demostrado ser el método más efectivo para la detección temprana de cáncer de mama. Con base en la promoción, educación, diagnóstico y tratamiento oportuno se puede disminuir la tasa de mortalidad de esta enfermedad.

Por lo tanto, es importante evaluar el conocimiento sobre cáncer de mama en las mujeres de la UMF 28 para que se realicen acciones de prevención de cáncer de mama de forma oportuna.

En nuestro país, según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, se deben contemplar tres medidas de detección: la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mastografía, complicaciones.

2. Marco teórico

Antecedentes

El primer programa para la atención de cáncer en México, el Programa Nacional de Detección Oportuna de cáncer cérvico uterino y cáncer mamario se estableció en 1974. En 1995 México emitió la Norma Oficial para la Prevención, Tratamiento y Control de cáncer del Cuello del Útero y de Mama (NOM-014-SSA2-1994). En el 2001 se estableció el Programa de Acción Cáncer de mama como parte de la política de salud de la mujer del gobierno federal. Posteriormente, en 2002 se publicó la Norma Oficial (NOM-041-SSA2-2002) para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Ello permitió la formulación de un programa estratégico con objetivos y acciones concretas para atender esta enfermedad.¹

Al terminar la década pasada, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se desarrollaban actividades relacionadas con más de 30 programas de salud pública. A partir de 2002 se agruparon en cinco Programas Integrados de salud llamado PREVENIMSS: 1. Salud del Niño 2. Salud del Adolescente 3. Salud de la Mujer 4. Salud del Hombre 5. Salud del Adulto Mayor.²

Por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud el 19 de octubre se celebra mundialmente el día internacional de la lucha contra el cáncer de mama con el objetivo de crear conciencia y promover que cada vez más mujeres accedan a controles, diagnósticos y tratamientos oportunos y efectivos.³

Definiciones

Prevención: Son medidas que se toman para reducir las probabilidades de contraer una enfermedad o afección.⁴

Prevención primaria: Se debe realizar mediante la información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud.⁵

Prevención secundaria: Se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía. Una vez detectada la lesión a través de estos procedimientos, se procede al

diagnóstico confirmatorio y al tratamiento adecuado de manera oportuna y con calidad. Es función del prestador de servicios de salud enseñar la técnica de autoexploración a todas las mujeres que acudan a la unidad de salud. La toma de mastografía se debe realizar cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso⁵.

Al detectar patología mamaria, por clínica, y de existir el recurso, con la toma de mastografía y/o ultrasonido, se debe referir a la paciente a consulta ginecológica en un segundo nivel de atención médica⁵.

Prevención terciaria: Se debe realizar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las usuarias que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama⁵.

Participación Social: Se debe promover la participación de grupos organizados y de líderes de la comunidad, para que actúen como informadores y promotores en su núcleo de influencia. Se debe encauzar la participación de los médicos en las actividades relacionadas con campañas educativas para la detección temprana del cáncer mamario⁵

Acciones de Prevención: Son todas aquellas acciones y/o actividades que refieran realizar las mujeres sobre la prevención del cáncer de mama. ⁶

PREVENIMSS. Estrategia de Programas Integrados de Salud del IMSS, de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad, definida por el cambio de enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales⁷.

Cáncer: Término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también llamado «tumores malignos» o «neoplasias malignas»⁸.

Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis⁹.

Conocimiento: El conocimiento es la acción y efecto de conocer, es decir, de adquirir información valiosa para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. Es definido como el conjunto de habilidades, destrezas, procesos mentales e información adquiridos por el individuo, cuya función es ayudarlo a interpretar la realidad, resolver problemas y dirigir su comportamiento¹⁰.

Nivel de conocimiento: Nivel de Conocimientos Huertas W, Gómez (2002) definen tres niveles de conocimientos: A. Bueno: (optimo) existe una adecuada visión cognitiva, el manejo de acuerdo con la circunstancia son positivas, concepto y el pensamiento están relacionados, y una conexión básica con el tema. B. Regular: (medianamente logrado) conocimiento parcial; el individuo maneja conceptos básicos, desconoce de algunos temas principales emite otros eventualmente propone ideas para más logros. Intenta buscar nuevas teorías y conceptos, pero se dificulta en relacionar la idea con la teoría. C. Deficiente: (pésimo) conceptos desorganizadas, inadecuada visión cognitiva; en enunciado no son precisos y no tienen relación la idea con la teoría. ¹¹

Epidemiología

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial; en 2015 se calcula que provocó 8.8 millones de defunciones, y se identifican cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de fallecimientos: Pulmonar (1,69 millones), Hepático (788 000), Colorrectal (774 000), Gástrico (754 000) y de mama (571 000) ([OMS], 2017). Según la OMS, cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y fallecen 458 mil personas por esta causa. Es importante destacar que, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y representa 16% de los tumores malignos diagnosticados¹².

En 2016, las entidades federativas con mayor mortalidad por cáncer de mama fueron Chihuahua (26.6), Coahuila de Zaragoza (26.0) y Ciudad de México (25.5), mientras que las entidades con menor mortalidad fueron Oaxaca (10.5) y Quintana Roo (11.9) e Hidalgo (12.7).¹³

En gráficas tomadas de GLOBOCAN 2020 se observa las tasas estimadas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad (mundo) en 2020, mujeres, todas las edades donde se aprecia que la mortalidad es menor del 50% en el total de casos de cáncer de mama (Ver anexos . Gráfica 1) En las siguientes figuras (Ver Anexos Gráfica 2 y 3) se grafica el número de casos nuevos en 2020 en todo el mundo y en México en mujeres mayores de 40 años, observándose un porcentaje mayor de afección de cáncer de mama en las mujeres con respecto a los otros tipos de cáncer, triplicando en número al segundo cáncer más frecuente en la mujer (cervicouterino). En las siguientes gráficas (Ver Anexos Gráfica 4 y 5) se observan las tasas estimadas de incidencia estandarizadas por edad en el mundo y en México en el 2020 de cáncer en mujeres de todas las edades donde igualmente se muestra la mayor incidencia de cáncer de mama respecto a los otros tipos de cáncer.

Factores de riesgo

Existe evidencia de estudios que además de la historia familiar y genética, los factores externos juegan un rol importante en la génesis del cáncer de mama, la modificación del estilo de vida, como la realización de dieta, peso corporal, ejercicio y el consumo de alcohol, son riesgos modificables de cáncer de mama.

- ❖ **Edad.** En la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años.
- ❖ **Antecedentes personales de cáncer de mama.** Una mujer que ha tenido cáncer en una mama presenta un riesgo más elevado de presentar un nuevo cáncer en cualquiera de las mamas.
- ❖ **Antecedentes familiares de cáncer de mama.** Parientes de primer grado, con antecedente de cáncer de mama o de ovarios, en especial antes de los 50 años.
- ❖ **Antecedentes personales de cáncer de ovario.** Las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 pueden aumentar en gran medida el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- ❖ **Menstruación temprana y menopausia tardía.** Las mujeres que comenzaron a menstruar antes de los 11 o 12 años, o llegaron a la menopausia después de los 55 años tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Esto se debe a que las células

mamarias están expuestas al estrógeno y a la progesterona durante un tiempo más prolongado.

- ❖ **Edad o duración del embarazo.** Las mujeres que tienen su primer embarazo después de los 35 años o nulíparas con más riesgo de padecer cáncer de mama.
- ❖ **Terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia.** El uso de la terapia hormonal con estrógeno y progestina después de la menopausia, en los últimos 5 años o durante varios años, aumenta el riesgo de que una mujer tenga cáncer de mama.
- ❖ **Anticonceptivos orales o pastillas anticonceptivas.** Algunos estudios sugieren que los anticonceptivos orales aumentan levemente el riesgo de padecer cáncer de mama.
- ❖ **Raza y origen étnico.** Las mujeres de raza blanca tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres de raza negra.
- ❖ **Factores del estilo de vida.** Mujeres posmenopáusicas con sobrepeso u obesidad, sedentarismo, alcoholismo, con mayor riesgo de padecer cáncer de mama ¹⁴⁻¹⁵

Clasificación anatomopatológica

La clasificación histopatológica de los carcinomas mamarios de acuerdo con la (OMS) se divide en no invasores (in situ), invasores y otros (enfermedad de Paget del pezón).

Aproximadamente 75-80% de los cánceres son invasivos o infiltrantes. El tipo histológico carcinoma ductal invasor representa el 70 al 80%, el segundo más común es el lobulillar invasor (5-10%). Otros tipos de cáncer menos comunes son el tubular, medular, mucinoso y papilar, entre otros. El carcinoma ductal in situ (CDIS) permanece confinado al sistema ductal de la mama sin penetrar la membrana basal. El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) se origina del lobulillo terminal ductal, pudiéndose distribuir de forma difusa por la mama. La enfermedad de Paget representa aproximadamente el 1% de los cánceres de mama ¹⁶

Complicaciones

A pesar de los avances en la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, casi el 12% de las pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama eventualmente desarrollan enfermedad metastásica o cáncer de mama que se ha extendido más allá de la mama a otras partes del cuerpo. Aún no existe cura para el cáncer de mama metastásico y se asocia con un mal pronóstico: la tasa de supervivencia a 5 años es del 26% ¹⁷.

Costos Totales atribuibles a México

Cada año se diagnostican casi 15 mil casos nuevos de cáncer de mama en el (IMSS), incrementando el número de mujeres que viven con este padecimiento, alcanzando una prevalencia de 53 mil casos en el año 2017 y ocasionando alrededor de 1,500 defunciones debidas a esta causa.

De acuerdo con el estudio “El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del IMSS”, el cáncer de mama que se detecta en etapa I le cuesta a instituciones como el IMSS 74,522 pesos al año por persona. En tanto, cuando se diagnostica en etapa IV, que es la más avanzada, el gasto asciende a 199,274 pesos por persona. Los medicamentos para calmar los efectos secundarios del tratamiento pueden encontrarse en el mercado con valor un valor de 150 hasta 5 mil pesos mensuales por persona. ¹⁸

Medidas de Prevención de Cáncer de mama

El objetivo de las medidas de prevención es detectar el cáncer de mama en estadios precoces. El creciente aumento de la información y difusión del cáncer de mama en la población general ha motivado que la mujer consulte ante la presencia de cualquier situación nueva que detecte en sus glándulas mamarias, que no le sea normal. La sensibilidad de la exploración clínica de la mama es de aproximadamente 54% con una especificidad de 94%¹⁶. A partir de los 20 años, la autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarca; entre el 7o. y 10o. día de iniciado el sangrado en la mujer menstruante y en la posmenopáusica se debe realizar en un día fijo elegible por ella.

Técnica de autoexploración de la mama.

❖ Observación

Busque hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones en la piel; desviación de la dirección o retracción del pezón o de otras áreas de la piel, así como cambios de tamaño o de la forma de los pechos, en las siguientes posiciones: Parada frente a un espejo, con el pecho desnudo, coloque los brazos a lo largo del cuerpo y observe. Junte sus manos detrás de la nuca, ponga los codos hacia delante y observe. Con las manos en la cintura, inclínese hacia adelante y empuje los hombros y los codos también hacia delante (tiene que sentir el esfuerzo en los músculos del pecho) y observe,

en (Anexos Fig 1.) se muestra una imagen que ejemplifica como realizar la observación de la mama.

❖ **Palpación.**

-Busque bolitas, zonas dolorosas, abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama, de la siguiente manera:

-De pie frente al espejo o durante el baño, levante su brazo izquierdo y ponga la mano en la nuca, con la yema de los dedos de la mano derecha revise toda su mama izquierda firme y cuidadosamente, haciendo pequeños círculos de adentro hacia fuera. Preste especial atención a la parte externa del pecho que está junto a la axila.

-Para terminar, apriete suavemente su pezón y observe si hay secreción (transparente, blanca, verde o sanguinolenta).

Haga el mismo procedimiento con la mama derecha.

-Acostada sobre su espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo de su hombro izquierdo, ponga su brazo izquierdo detrás de su cabeza y con la mano derecha revise todo el seno izquierdo de la misma forma que lo hizo parada.

-Haga lo mismo para revisar el pecho derecho.

Si encuentra alguna anomalía a la observación o a la palpación debe acudir con su médico familiar cuanto antes¹⁹. En (Anexos Fig 2.) se muestra una imagen que ejemplifica como realizar la palpación de mama.

Técnica de exploración clínica de la mama.

La realiza el médico y personal de enfermería. Se efectúa a partir de los 25 años de edad, con periodicidad anual. La sensibilidad de la exploración clínica de la mama es de aproximadamente 54% con una especificidad de 94%²⁰.

Cordialmente, indique a la mujer que pase al vestidor y se coloque la bata con la abertura hacia adelante. La exploración debe realizarse en la mesa de exploración y en un área bien iluminada.

❖ **Inspección.**

Comience siempre con la paciente sentada y los brazos relajados:

-De frente, observe cuidadosamente ambos senos en toda su extensión, incluyendo los huecos supraclaviculares, para detectar alteraciones en la forma y volumen o modificaciones en la piel: eritema, cicatrices, heridas, fístulas, retracciones, ulceraciones o piel de naranja.

-Observe también el pezón tratando de descubrir retracciones, hundimientos, erosiones, costras o escurrimiento (seroso, hemático, purulento).

-Pida a la mujer que levante los brazos por encima de su cabeza y vuelva a observar con objeto de identificar anomalías con la nueva posición, en especial diferencias en el tamaño de las mamas, formación de hundimientos, desviación del pezón y surcos o arrugas de la piel.

-A continuación, solicite que presione las manos sobre sus caderas, para que se contraiga el músculo pectoral mayor, esta posición puede poner de manifiesto una retracción cutánea que de otro modo pasaría inadvertida.

❖ **Palpación.**

Sirve para corroborar los datos obtenidos por la inspección y descubrir otros no aparentes. Debe practicarse con las yemas de los dedos índice, medio y anular, ser suave, ordenada y no despertar dolor, la utilización de talco en los dedos del explorador reduce el roce con la piel de la mama y facilita la palpación. Los tumores se sienten como formaciones redondeadas y duras que pueden o no estar fijadas a la piel.

Con la paciente aún sentada:

-Comience la palpación en el lado derecho a partir de una línea vertical imaginaria que pase por el pezón y divida a la mama en dos mitades.

-Desde la línea imaginaria palpe el lado externo de la glándula iniciando en el cuadrante superior de la mama y baje gradualmente hasta el cuadrante inferior. A continuación, explore la mitad interna, desde la línea hacia el esternón y de arriba hacia abajo.

-Con los dedos índices, medio y anular, explore los huecos supraclaviculares para buscar ganglios aumentados de volumen. Si existen debe anotarse el número, consistencia y grado de movilidad.

-La axila se explora con el brazo derecho de la paciente fijo a nivel del codo y sostenido por la mano derecha del médico o la enfermera, lo que permite la relajación del brazo y de la musculatura de la pared torácica. La axila derecha se explora con la mano izquierda. Se

consideran ganglios sospechosos de metástasis aquéllos con un diámetro superior a 1 cm, duros, irregulares y múltiples o bien entretreídos.

-Finalice explorando nuevamente el cuadrante superior externo.

-Terminado el pecho derecho, explore el izquierdo de la misma manera.

Pida a la paciente que se recueste boca arriba con las manos en la nuca, la palpación se realiza mejor si se coloca una pequeña almohada debajo del hombro del mismo lado de la mama que se va a explorar. El examinador debe valorar toda la mama, desde el esternón hasta la línea axilar media y por la parte superior desde la clavícula hasta la parte inferior de la caja torácica.

-Repita el mismo procedimiento que utilizó con la paciente sentada, comenzando con el cuadrante superior externo de la mama derecha¹⁹. En (Anexos Fig 3.) se ejemplifica la exploración clínica de mama realizada por personal de la salud,

Mastografía

La mastografía es el método de elección en la detección oportuna del cáncer mamario. Es el estándar de oro en la valoración inicial ya que es el único método que ha logrado demostrar un impacto en la mortalidad por cáncer mamario, puede reducir la mortalidad por este tumor hasta en un 30% en mujeres mayores de 50 años, según datos de la Organización Mundial de la Salud. La mastografía se divide en mastografía de tamizaje o escrutinio para las pacientes asintomáticas, y mastografía diagnóstica, en pacientes que presentan sintomatología como lesión palpable, cambios en la coloración, temperatura o textura de la piel, historia reciente de cáncer mamario o mastografía de tamizaje anormal. La mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años²⁰.

Características de población de la UMF 28

El diagnóstico de salud de la Unidad de Medicina Familiar 28 del año 2019 reportó una distribución de población de 46,014 mujeres del grupo de edad de 40 a 69 años de edad, población que compete a este estudio, la cual es una parte . ²¹. Ver (Anexo Gráfica 6) para observar la distribución de la población derechohabiente por grupos de edad y sexo.

Un estudio realizado por Sánchez Urdaneta Yasmely, "Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana", 2016; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de

mamas (en mujeres de edad mediana atendidas en la consulta ginecológica; Investigación de tipo exploratoria y descriptiva, con diseño no experimental y transeccional; se evaluaron 48 mujeres, mediante la aplicación de dos cuestionarios uno denominado “conocimiento sobre cáncer de mama” de 22 preguntas con respuestas cerradas tipo Lickert, previamente validado, con un coeficiente de test/retest de 0,94; y otro diseñado ad hoc para establecer la práctica del autoexamen. Presentando la mayoría de las encuestadas un nivel de conocimiento entre bueno (50 %) y regular (47,9 %) sobre aspectos generales del cáncer de mama, factores de riesgo, prevención y autoexamen.

Un estudio realizado por Gisela González Ruiz “Impacto de una intervención educativa en el conocimiento del cáncer de mama en mujeres colombianas”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento sobre prevención y control de cáncer de mama, antes y después de una intervención educativa, utilizando como instrumento de recolección de información la encuesta diseñada y validada por Santos y Mata en el 2011. El análisis estadístico se hizo utilizando el software Past v.3.14, mediante comparación de medias y prueba de *Wilcoxon* para muestras no paramétricas; se tuvo en cuenta un valor de p con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %., Se confirmó que, una vez que se desarrolló la intervención educativa se incrementó el conocimiento sobre prevención y control del cáncer de mama en el grupo de mujeres que participaron en el estudio. La presente investigación corrobora que una de las principales formas de lograr cambios en el conocimiento de las mujeres sobre la prevención y características del cáncer de mama son las intervenciones educativas, que suelen ser fáciles y de bajo costo; lo que puede incidir positivamente en la identificación temprana de la alteración. Un estudio realizado en Ixmiquilpan, Hidalgo en marzo del 2014 llamado “Implementación de una estrategia de comunicación sobre la prevención y detección del cáncer de mama”, dirigida a mujeres del área rural, donde el objetivo fue valorar el efecto de una estrategia de comunicación sobre el conocimiento de la prevención y detección de cáncer de mama en mujeres del área rural de Ixmiquilpan, Hidalgo por el Instituto Nacional de Salud Pública, con el objeto de promover la revisión periódica de las mamas por personal capacitado; concluyéndose de acuerdo con las mediciones previa y posterior que la intervención implementada consiguió modificar conocimientos sobre prevención y detección de cáncer de mama, siendo comparados con el folleto de la secretaría de salud.

3. Justificación

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer a nivel mundial y nacional, esta enfermedad es la tercera causa de mortalidad en nuestro país y la segunda a nivel mundial. El cáncer de mama afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo en muchos hasta 50% ocurre en mujeres menores de 54 años, por tal motivo es importante la realización de estudios de tamizaje, ya que la finalidad es la detección en etapas tempranas, para favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica y contribuir de esta manera al bienestar de las personas, de las comunidades y de las familias; lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud y así lograr un mayor impacto en los programas de prevención, promoción y protección a la salud.

La muerte de un integrante de una familia afecta seriamente el bienestar, la supervivencia y el desarrollo de la familia, se genera una pérdida de productividad económica, una disminución de los ingresos familiares, carencias afectivas y de protección.

Existe evidencia que las mujeres que poseen conocimientos sobre la salud de la mama conocen las características normales de éstas y tienen mayores probabilidades de detectar una lesión y solicitar atención inmediata si perciben algo anormal. De igual manera, aún falta educación para mujeres sobre salud de la mama, a pesar de que existe evidencia que sugiere que las mujeres con capacitación tienen mayor probabilidad de detectar una lesión.

México es el segundo país con mayor gasto de bolsillo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): en 2016, más del 40% del gasto total en salud provino directamente de los ingresos de las personas.

A nivel institucional, se han realizado esfuerzos para determinar la carga de la enfermedad, entre ellos encontramos el estudio realizado con información de los años 1995 y 2000, en donde se determinó el número total de AVISA entre los afiliados al IMSS. Para el año 1995 el total de AVISA fue de 3 734 140, y en el año 2000 de 7 297 691, para ambos años el mayor contribuyente fueron las ENT. En el año 1995 el número de AVISA por neoplasias malignas fue de 354,225 y para el 2000 de 743 270.

4. Planteamiento del problema

El cáncer de mama es una de las principales afecciones de salud y a nivel mundial, es el tipo de tumor maligno más frecuente en las mujeres (OMS, s.f.-c). En México, durante las últimas décadas se ha presentado un aumento en el número de casos y se estima que en 2020 habrá 16 500 casos nuevos. Algunas de las razones que inciden en el incremento de casos de este tipo de cáncer son: el aumento de la población de mujeres de 35 a 54 años, mayor número de tamizajes (estudios de detección) para esta enfermedad, los factores de riesgo asociados a cambios socioculturales y ambientales y la predisposición genética a mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 ligados a esta enfermedad.

Por edad al morir, son pocas las mujeres jóvenes de 15 a 29 años que mueren por cáncer de mama (1%), 13% tienen entre 30 a 44 años, y más de la tercera parte (38%), cuentan con una edad de 45 a 59 años; la mayoría fallece después de los 59 años (48%) .

Por tal motivo debe concientizarse a la población de que el cáncer de mama es actualmente un problema creciente de salud pública en México y de la importancia de la detección oportuna, que permita realizar diagnóstico temprano, de lesiones clínicamente ocultas (lesiones no palpables) ya que una de las principales dificultades en nuestro país es el diagnóstico tardío. Los programas de tamizaje (screening) deben ser precedidos por programas de información y educación que permitan difundir el conocimiento de la enfermedad.

A pesar de las controversias sobre el costo-beneficio de la mamografía de tamizaje, la publicación de grandes series ha demostrado que los programas llevados de manera adecuada reiteran a la mamografía como el único método efectivamente probado capaz de reducir la mortalidad por cáncer de mama hasta en 30% en mujeres entre 40 y 74 años.

Según la OMS menciona que cuando el cáncer de mama se detecta en una etapa temprana, las posibilidades de curación son elevadas, si se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre el nivel de conocimiento de cáncer de mama y las acciones de prevención de cáncer de mama que se realizan las mujeres de la UMF 28?

5. Objetivos

Objetivo general:

Identificar la relación entre el nivel de conocimiento y la realización de acciones de prevención del cáncer de mama en mujeres de la UMF 28.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y prevención del cáncer de mama en las mujeres de 40 a 69 años de edad de la UMF 28.
- Identificar las acciones de prevención sobre del cáncer de mama que se realizan las mujeres de 40 a 69 años de edad de la UMF 28.
- Determinar si factores como la escolaridad, ocupación, estado civil influyen sobre el conocimiento y las acciones de prevención de cáncer de mama que se realizan las mujeres de 40 a 69 años de edad de la UMF 28.

6. Hipótesis

6.1 Hipótesis de trabajo:

El nivel de conocimiento de cáncer de mama influye en el grado de aplicación de acciones de prevención de cáncer de mamá que se realizan las mujeres.

El nivel de conocimiento de cáncer de mama no influye en el grado de aplicación de acciones de prevención de cáncer de mama que se realizan las mujeres

Factores como la escolaridad, ocupación, estado civil influyen en el grado de aplicación de acciones de prevención de cáncer de mama que se realizan las mujeres.

7. Material y métodos

Previa autorización del Comité Local de Investigación, se realizará un estudio Observacional, Comparativo, transversal; en pacientes femeninas entre 40 y 69 años adscritas a la UMF 28 ubicada en la delegación Benito Juárez, en el trascurso de los siguientes tres meses (mayo, junio, julio) mediante una encuesta previamente validada mencionada llamada “ conocimiento de cáncer de mama” descrita a continuación:

Características del instrumento:

El cuestionario “conocimiento del cáncer de mama” consiste en un listado de veintidós (22) interrogantes con respuestas cerradas dirigidas a conocer los saberes acerca del Cáncer de Mama, mediante una escala tipo lickert con las siguientes aseveraciones: “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”; a las respuestas más positiva se les otorgó un valor de tres (3) y a la más negativa de cero (0), por lo que se podía obtener una puntuación máxima entre cero (0) y sesenta y seis (66) puntos. El nivel de conocimiento se determinó mediante una escala de valoración o baremo, siendo distribuido en las siguientes categorías: bueno (si la puntuación final del cuestionario era igual o mayor a 45 puntos), regular (cuando la puntuación final del instrumento estuvo entre 23 y 44 puntos) o malo (si la puntuación del instrumento era menor o igual a los 22 puntos). La confiabilidad de dicho cuestionario se realizó mediante el cálculo de la estabilidad o confiabilidad por test-retest (= 0,917); mientras que la validez de su contenido y apariencia se estableció mediante el juicio de expertos.

El segundo instrumento denominado “práctica del autoexamen de mamas”, fue diseñado ad hoc y consistió en un cuestionario mixto con 08 preguntas de respuestas cerradas, bien sea dicotómicas o con múltiples alternativas, destinadas a establecer la práctica de este método de pesquisa en la población a estudiar³².

Este estudio se realizó en Venezuela y tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer de mama y práctica del autoexamen de mamas (en mujeres de edad mediana atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Venezuela

Lugar del estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”. Av. Gabriel Mancera 800, esquina. San Borja, Colonia del Valle, CP: 03100 Alcaldía Benito Juárez Ciudad de México.

Muestra:

Tipo de muestreo - Probabilístico: Se seleccionarán a las pacientes de forma aleatoria, de manera que todas las mujeres de entre 40 a 69 años de edad que cumplan los criterios de inclusión, donde todas tienen la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra.

Población de estudio:

Mujeres adscritas a la UMF 28 de 40 a 69 años.

Tamaño de la muestra:

Se realizará un trabajo de tipo observacional, donde las variables son de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno en estudio en la población de referencia, por lo cual la muestra se calculó a través de fórmula para población infinita (cuando se desconoce el total de unidades de observación que la integran o la población es mayor a 10,000).

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde: n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

La suma de la p y la q siempre debe dar 1. Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

El valor de Z con un nivel de confianza del 95% = 1.96

d = valor de 5 Sustituyendo en la fórmula:

$$n = (1.96)^2 (0.5) (0.5) / 0.05^2$$

$$n = 3.84 pq / d^2$$

$$n = (3.84) (0.25) / 0.0025$$

$$n = 0.96 / 0.0025$$

$$n = 384$$

8. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Derechohabientes a la UMF 28.
- Pacientes de sexo Femenino.
- Pacientes femeninas entre 40 y 69 años.
- Pacientes que deseen participar y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con antecedente de diagnóstico de cáncer de mama

Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.
- Pacientes que decidan retirarse del estudio.

9. Definición de variables

Variables del estudio:

- Independiente

Nivel de conocimiento sobre cáncer de mama

- Dependiente

Realización de acciones de prevención de cáncer de mama

Variables sociodemográficas:

- ❖ Edad
- ❖ Estado civil
- ❖ Ocupación
- ❖ Escolaridad

10. Operacionalización de variables

Tabla 1. Variables del estudio

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Nivel de conocimiento	Independiente	Conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal.	Es el grado de conocimiento preestablecido ya sea bueno, regular, malo, sobre cáncer de mama.	ITEMS Cualitativa nominal Valor final Bueno Regular Malo	Conocimiento de cáncer de mama: Factores de riesgo Complicaciones Exploración de mama Mastografía Ultrasonido mamario
Acciones de prevención	Dependiente	Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa. ⁸⁹	Las acciones son las actividades desarrolladas, aprendidas y aplicadas sobre la prevención del cáncer de mama, la cual está relacionada con el conocimiento que poseen las mujeres.	ITEMS Cualitativa nominal Valor final Inadecuado o Adecuado	Realización de Mastografía Realización de autoexploración mamaria Exploración mamaria por enfermera o médico

Tabla 2. Variables Sociodemográficas.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.	Esta variable se obtendrá por medio de la aplicación de cuestionario y se categorizará en años cumplidos.	Cuantitativa	Edad en años
Escolaridad	Periodo de tiempo en que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Se recolectará por medio de la aplicación de un cuestionario y se categorizará en la opción señalada.	Cualitativa	1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Licenciatura 5.- Ninguno
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza una persona.	Se obtendrá por medio de la aplicación de cuestionario y será incluida en el grupo correspondiente.	Cualitativa	1.- Obrero 2.- Empleado 3.- Hogar 4.- Desempleado 5.- Jubilado
Estado civil	Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determinan su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia	Interrogatorio	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Union libre

11. Análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizará el software SPSS versión 22 para Windows, mediante Chi Cuadrada y coeficiente de correlación de Pearson y para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

12. Descripción general del estudio

Previa autorización del Comité Local de Investigación, en el transcurso de los siguientes meses de mayo, junio y julio del año 2021, el investigador abordará a las pacientes que se encuentren en espera de su consulta, en los pasillos de la UMF 28 con una cordial invitación para participar en el protocolo de investigación a las mujeres de 40 a 69 años de edad que cuenten los criterios de inclusión, donde se realizaran las siguientes Intervenciones: posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicara las fichas de identificación y un cuestionario sobre nivel de conocimiento de cáncer de mama en mujeres previamente validado de 20 minutos sobre su conocimiento sobre cáncer de mama, así como acciones de promoción a la salud sobre cáncer de mama.

13. Aspectos éticos

En el presente proyecto el procedimiento se apega a:

- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los Criterios para la ejecución de los Proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 5.5. Toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles. 11.3 y 11.7 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un protocolo de investigación y todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismo. 11.5 . En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella.
- ❖ De acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos” establecidas en el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 2016, el presente protocolo se basa en sus pautas: **1**-Valor social y científico, y respecto a los derechos; **2**-Investigación en entornos de escasos recursos; **3**-Distribución equitativa de beneficios y riesgos de participar en una investigación, **7**-Involucramiento de la comunidad; **8**-Asociaciones de colaboración y formación de capacidad para la investigación y la revisión de la investigación, **9**-Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, **12**-Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud
- ❖ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 59ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, en sus apartados: 6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. 7. La investigación médica está sujeta a

normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. 8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. 23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

- ❖ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). APÉNDICE 1 “Elementos de un Protocolo (o documentos asociados) para las investigaciones relacionadas con la salud con seres humanos”. APÉNDICE 2 “Obtención del consentimiento informado: información esencial para los posibles participantes en una investigación”.
- ❖ Apegado al Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud según los siguientes artículos, Artículo 3º: III. A la prevención y control de los problemas de salud; IV. Artículo 13 - “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar”. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17-Una Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el

acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Artículo 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

- ❖ Apegándose al “Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”, el presente protocolo se basa en sus principios: I. Respeto a las personas. Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, es decir, tienen la capacidad de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones descritos en el consentimiento informado. Las personas con autonomía disminuida tienen derecho a la protección. II. Beneficencia. Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar en el sentido de no hacer daño y aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. III. Justicia. Los riesgos y beneficios del estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio, evitando bajo toda circunstancia procedimientos de riesgo exclusivamente a población vulnerable. En su apartado de Aplicaciones: I. Consentimiento informado: El respeto por las personas exige que a los sujetos se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no. Esta oportunidad se provee cuando se satisfacen estándares adecuados de consentimiento informado el cual contiene tres elementos: a) Información; II. Valoración de riesgos y beneficios: Requiere organizar con cuidado los datos importantes incluyendo, en algunos casos, maneras alternas de obtener los beneficios que se persiguen con la investigación. III. Selección de sujetos: Del mismo modo que el principio del respeto por las personas se expresa en la exigencia del consentimiento y el principio de la beneficencia en la valoración de riesgos y beneficios, el principio de justicia da lugar a la exigencia moral de que hay procedimientos y resultados justos en la selección de los sujetos de investigación.

- ❖ Apegado al “Código de Nuremberg” Normas éticas sobre experimentación en seres humanos: I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo. IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario. V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación. VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento. VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte. VIII El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento. IX Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Aspectos de bioseguridad: Por las características y diseño del estudio no existen aspectos de bioseguridad correspondientes.

Conflictos de interés: Declaro que el grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

14. Recursos

Humanos:

- Investigador principal: Médico Residente de Medicina Familiar Rodríguez Ruiz Marina
- Investigador clínico: Médico Jonathan Pavel Hernández Pérez

Área física:

Unidad de Medicina Familiar de la UMF 28 “Gabriel Mancera”, consulta externa.

Materiales:

- Instrumento de recolección de datos: Encuesta
- Computadora.1 Laptop.
- Copias de encuestas 384.
- Plumas: 20 plumas.
- Hojas. # hojas blancas
- Consentimiento Informado. 384 copias

Factibilidad de estudio

Se cuenta con recursos humanos; un tesista y un investigador quienes respaldan el presente protocolo de estudio en el área metodológica y de investigación, el cual se llevará a cabo en las instalaciones de la UMF 28 mediante el uso de un cuestionario de conocimiento de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años.

Se cuentan con recursos humanos, físicos y con la infraestructura necesaria para que el presente protocolo de estudio resulte factible.

14. Maniobras para evitar sesgos

De acuerdo con el diseño del presente estudio, los potenciales sesgos que podían presentarse y que por tanto deben evitarse son:

- Recolección de datos:

Maniobra para evitar sesgo: la misma persona se encargará de realizar el cuestionario a todos los participantes.

- Errores al momento del registro de los datos:

Maniobra para evitar sesgo: se realizará una doble verificación al momento de registrar la información en la base de datos.

- Doble registro de datos:

Maniobra para evitar sesgo: Se utilizará el número de seguridad social como identificador único, con lo que se eliminarán duplicados en la base de datos.

- Malinterpretación de la información:

Maniobra para evitar sesgo: se corroborarán los resultados de la investigación con el apoyo de un asesor metodológico especialista en epidemiología y desarrollo de proyectos de investigación.

- Sesgo de detección:

Maniobra para evitar sesgo: Este sesgo se encuentra asociado a la calidad de las evaluaciones y detecciones, las cuales se realizan de manera sistematizada, por personal capacitado, con instrumentos calibrados y con una misma metodología, a todos los pacientes que participaran en el estudio se les realizaran las mismas mediciones, a aquellos participantes que no tengan información completa serán eliminados del estudio.

..

15. Resultados

Se incluyeron 370 pacientes del sexo femenino en el presente estudio que cumplían con los criterios de inclusión, con una mediana de edad de 57 años (RIC 51,63); las características sociodemográficas basales se encuentran en la Tabla 1, observando un mayor predominio poblacional con escolaridad secundaria (n=135) 35.6% y preparatoria (n=99) 26.8%; se encontró una distribución de ocupación Hogar del 54.9% y Empleada de un 45.1%, y en cuanto al estado civil predomina el grupo de casadas(n=165) 44.6 % seguido del grupo de solteras (n=109) 29.5%, y en tercer lugar en unión libre (n=52) 14.1%.

Tabla 1. Características sociodemográficas basales	
	n=370 (100%)
Edad (años) ^a	57 (51, 63)
Escolaridad ^b	
Analfabeta (%)	1 (0.3)
Primaria (%)	42 (11.4)
Secundaria (%)	135 (36.5)
Preparatoria (%)	99(26.8)
Educación superior (%)	93 (25.1)
Ocupación ^b	
Hogar (%)	203 (54.9)
Empleada (%)	167 (45.1)
Estado civil ^b	
Soltera (%)	109 (29.5)
Casada (%)	165 (44.6)
Unión libre (%)	52 (14.1)
Separada/Divorciada (%)	30 (8.1)
Viuda (%)	14 (3.8)
a. Los valores se muestran en mediana y RIC	
b. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes	

El grado de conocimiento encontrado en la muestra fue de predominio Regular (n=227) 61.4%, seguido de conocimiento Bueno en (n=128) 34.6%, y malo en (n=15) 4.1% así como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Grado de Conocimiento		
	Frecuencia n=370	Porcentaje (%) 100
Bueno	128	34.6
Regular	227	61.4
Malo	15	4.1

Tabla 3. Factores de riesgo sociodemográficos y nivel de conocimiento de cáncer de mama				
Factores	Bueno n=128	Regular n=227	Malo n=15	p
Edad^a(años)	56 (49,61.75)	58 (51,64)	60 (54,69)	p=0.131
Escolaridad^b				x²= 2.990p=0.935
Analfabeta (%)	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	
Primaria (%)	15 (11.7)	25 (11.0)	2 (13.3)	
Secundaria (%)	46 (35.9)	82 (36.1)	7 (46.7)	
Preparatoria (%)	33 (25.8)	63 (27.8)	3 (20.0)	
Educación superior (%)	33 (25.8)	57 (25.1)	3 (20.0)	
Ocupación^b				x²= 3.502 p=0.174
Hogar (%)	64 (50)	128 (56.4)	11 (73.3)	
Empleada (%)	64 (50)	99 (43.6)	4 (26.7)	
Estado civil^b				x²=7.140 p=0.524
Soltera (%)	43 (33.6)	63 (27.8)	3 (20.0)	
Casada (%)	58 (45.3)	98 (43.2)	9 (60.0)	
Unión libre (%)	17 (13.3)	34 (15.0)	1 (6.7)	
Separada/Divorciada (%)	6 (4.7)	22 (9.7)	2 (13.3)	
Viuda (%)	4 (3.1)	10 (4.4)	0 (0)	
a. Los valores se muestran en mediana y RIC, se empleo la prueba Kruskall Wallis para variables de libre distribución b. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X ²				

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los factores de edad escolaridad y estado civil entre las categorías de grado de conocimiento; al

realizar la valoración de la ocupación se encontró una $p > 0.05$; sin embargo se observó una mayor frecuencia de mujeres con ocupación de Hogar entre el grupo de Mal grado de conocimiento, por lo que se realizó un análisis entre grupos tomando como categoría de referencia el grado Bueno de conocimiento, se encontró una χ^2 de 2.91 con una $p = 0.088$, datos se muestran en la tabla 3.

Tabla 4. Realización de autoexploración de mama por grado de conocimiento.					
Realización de Autoexploración de mama^a	Bueno n=138	Regular^bn=227 ($\chi^2= 1.873$ $p=0.173$)	Malo^bn=15 ($\chi^2= 0.650$ $p=0.423$)	Total n=370	$\chi^2=$ 2.028 p=0.363
Si (%)	112 (87.5)	186 (81.9)	12 (80.0)	310 (83.8)	
No (%)	16 (12.5)	41 (18.1)	3 (20.0)	60 (16.2)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante χ^2 b. Análisis entre grupos mediante χ^2 , categoría de referencia "Bueno"					

No existen diferencias estadísticamente significativas en la realización de autoexploración entre los grupos, solo se observa una mayor frecuencia de no realización de autoexploración de mama en el grupo de mal conocimiento de cáncer de mama como se observa en la tabla 4.

Tabla 5. Frecuencia de realización de autoexploración de mama por grado de conocimiento.					
Frecuencia de realización de autoexploración de mama^a	Bueno n=112	Regular n=187	Malo n=12	Total, n=311	$\chi^2=4.020$ p=0.403
Una vez a la semana (%)	26 (23.2)	47(25.1)	1 (8.3)	74 (23.8)	
Una vez al mes (%)	57 (50.9)	86 (58.1)	5 (41.7)	148 (47.6)	
Una vez al año (%)	29 (25.9)	54 (28.9)	6 (50.0)	89 (28.6)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante χ^2					

Se encontró que el 23.8% de la muestra se realiza autoexploración de mama una vez a la semana, 47.6% una vez al mes, y 28.6% una vez al año, la distribución por grupos se muestra a continuación; se observó una mayor frecuencia de autoexploración una vez al año en el grupo de Nivel Malo de conocimiento siendo

del 50%, en comparación con los grupos Bueno con 25.9% y Regular 28.9%, como se observa en la tabla 5.

Se encontró que el 62.3% de la muestra se realiza la autoexploración cuando se le ocurre, seguido del 19% que lo realiza de manera indiferente, solo el 10.3% de la muestra se lo realiza de manera correcta que es después de la menstruación en las mujeres en edad de fertilidad, sin embargo, solo el 3.9% de las pacientes que no menstrúan lo hacen de manera correcta un día fijo al mes. Entre los grupos según el grado de conocimiento no se encontraron diferencias en el momento de la realización de la autoexploración mamaria, como se observa en la tabla 6.

Tabla 6. Momento de realización de autoexploración de mama por grado de conocimiento.					
Momento de realización de autoexploración de mama^a	Bueno n=112	Regular n=186	Malo n=12	Total n=310	$\chi^2=13.33$ $p=0.205$
Antes de la menstruación (%)	1 (0.9)	6 (3.2)	0 (0)	7 (2.3)	
Durante la menstruación (%)	5 (4.5)	2 (1.1)	0 (0)	7 (2.3)	
Después de la Menstruación (%)	10 (8.9)	21 (11.3)	1 (8.3)	32 (10.3)	
Indiferente (%)	25 (22.3)	33 (17.7)	1 (8.3)	59 (19.0)	
No menstruo, pero lo hago siempre un mismo día al mes (%)	3 (2.7)	7 (3.8)	2 (16.7)	12 (3.9)	
No menstruo, pero lo hago cuando se me ocurre (%)	68 (60.7)	117 (62.9)	8 (66.7)	193 (62.3)	

a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante χ^2

Se encontró que el 65.8% de las pacientes se realiza la autoexploración debido a decisión personal, 24.8% por recomendaciones del médico, 5.2% por familiares y amigos, y 4.2% por los métodos de comunicación.

Se observa que incluso sin existir una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, las pacientes con Buen grado de conocimiento, se realizan la autoexploración de mama por decisión personal en mayor proporción (73.2%),

comparado a los grupos de regular 61.8% y Malo 58.3%; esto nos sugiere que el grado de conocimiento involucra un incremento en la frecuencia de autoexploración clínica por decisión personal, como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Motivo de realización de autoexploración de mama por grado de conocimiento					
Motivo de realización de autoexploración^a	Bueno n=112	Regular n=186	Malo n=12	Total n=310	$\chi^2=9.834$ $p=0.132$
Decisión personal (%)	82 (73.2)	115 (61.8)	7 (58.3)	204 (65.8)	
Recomendaciones del médico (%)	22 (19.6)	52 (28.0)	3 (25.0)	77 (24.8)	
Familiares y amigos (%)	4 (3.6)	12 (6.5)	0 (0)	16 (5.2)	
Métodos de comunicación	4 (3.6)	7 (3.8)	2 (16.7)	13 (4.2)	

a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante χ^2

Se observa que las principales barreras para no realizar la autoexploración de mama son el No saberlo Hacer en un 47.7% de los casos y la falta de presencia de síntomas en un 45.6% de los casos, componiendo un 93% de las barreras que impiden su realización, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. Barrera para no realizar autoexploración de mama por grado de conocimiento					
Barrera para no realizarlo	Bueno n=44	Regular n=97	Malo n=8	Total n=149	$\chi^2=3.151$ $p=0.925$
No se hacerlo (%)	21 (47.7)	45 (46.4)	5 (62.5)	71 (47.7)	
No me interesa (%)	2 (4.5)	1 (1.0)	0 (0)	3 (2.0)	
Por temor a encontrar enfermedad (%)	1 (2.3)	2 (2.1)	0 (0)	3 (2.0)	
No tengo síntomas, no es necesario (%)	19 (43.2)	46 (47.4)	3	68 (45.6)	
Nunca podría tener cáncer (%)	1 (2.3)	3 (3.1)	0 (0)	4 (2.7)	

a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante χ^2

Al realizar un análisis entre grupos se observó que en el grupo de conocimiento Regular se presenta un valor de p cercano al 0.05, y al realizar el contraste con el grupo de Mal nivel de conocimiento, se encuentra una $p<0.05$, lo que representa que las pacientes en el grupo Malo tienen una menor frecuencia de realización de

exploración clínica de mama, como se observa en la tabla 9.

Tabla 9. Realización de exploración clínica de mama por grado de conocimiento					
Realización de exploración clínica de mama^a	Bueno n=128	Regular^bn=227 (x²= 3.658 p=0.055)	Malo ^bn=15 (x²=4.011 p=0.045)	Total n=370	x²=5.390 p=0.068
Si (%)	116 (90.6)	189 (83.3)	11 (73.3)	316 (85.4)	
No (%)	12 (9.4)	38 (16.7)	4 (26.7)	54 (14.6)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X ² b. Análisis entre grupos mediante x ² , categoría de referencia "Bueno"					

En contraste se observa una p significativa $p < 0.05$, con un incremento en la realización de la exploración clínica anual en el grupo de un nivel Malo de conocimiento, como se observa en la tabla 10.

Tabla 10. Frecuencia de realización de exploración clínica de mama por grado de conocimiento					
Frecuencia de realización de exploración clínica	Bueno n=116	Regular n=190	Malo n=11	Total n=317	x²=0.9826p=0.043
Una vez al año (%)	42 (36.2)	84 (44.2)	6 (54.5)	132 (41.6)	
Una vez cada 2 años (%)	51 (44.0)	53 (27.9)	2 (18.2)	106 (33.4)	
Una vez cada 5 años (%)	23 (19.8)	53 (27.9)	3 (27.3)	79 (24.9)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X ²					

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ni en el análisis entre grupos entre el nivel de conocimiento y la relación con la realización de mastografía. Como se observa en la tabla 11.

Tabla 11. Realización de mastografía por nivel de conocimiento					
Realización de mastografía^a	Bueno n=128	Regular^b n=227(x²=2.196 p=0.138)	Malo^b n=15 (x²=0.003 p=0.950)	Total n=370	x²=2.345p=0.310
Si (%)	120 (93.8)	202 (89.0)	14 (93.3)	336 (90.8)	
No (%)	8 (6.3)	25 (11.0)	1 (6.7)	34 (9.2)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X ² b. Análisis entre grupos mediante x ² , categoría de referencia "Bueno"					

Se encontró que el 31.6% de la muestra se realiza mastografía una vez al año, 43.7% una vez cada 2 años, 18.6% una vez cada 5 años y 6.2% una vez cada 10 años, la distribución por grupos se muestra a continuación; se observó una mayor frecuencia de realización de mastografía una vez al año en el grupo de Mal nivel de conocimiento siendo del 42.9%, en comparación con los grupos Bueno con 33.9% y Regular 29.4%. Se observó una mayor frecuencia de realización de mastografía una vez cada dos años en el grupo de Buen nivel de conocimiento siendo del 47.9%, en comparación con los grupos Regular con 42.6% y Malo 21.4%. Como se observa en la tabla 12.

Tabla 12. Frecuencia de realización de mastografía por nivel de conocimiento					
Frecuencia de realización de mastografía^a	Bueno n=121	Regular n=204	Malo n=14	Total n=339	x²=7.751p=0.257
Una vez al año	41 (33.9)	60 (29.4)	6 (42.9)	107 (31.6)	
Una vez cada 2 años	58 (47.9)	87 (42.6)	3 (21.4)	148 (43.7)	
Una vez cada 5 años	17 (14.0)	43 (21.1)	3 (21.4)	63 (18.6)	
Una vez cada 10 años	5 (4.1)	14 (6.9)	2 (14.3)	21 (6.2)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X ²					

Se encontró que el 72.6 % de las pacientes se realiza mastografía por decisión personal, 25% por recomendaciones del médico, 2.1% por familiares y amigos, y 0.3 % por los métodos de comunicación. No se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. Motivo para realizar mastografía por nivel de conocimiento					
Motivo para realizar mastografía^a	Bueno n=122	Regular n=204	Malo n=14	Total n=340	$\chi^2=2.530$ $p=0.865$
Decisión personal	90 (73.8)	147(72.1)	10 (71.4)	247 (72.6)	
Recomendaciones del médico (%)	29 (23.8)	52 (25.5)	4 (28.6)	85 (25.0)	
Familiares y amigos (%)	2 (1.6)	5 (2.5)	0 (0)	7 (2.1)	
Medios de comunicación	1 (0.8)	0 (0)	0 (0)	1 (0.3)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X^2					

Se observa que las principales barreras para no realizar mastografía son por la falta de presencia de síntomas en un 73.2% de los casos y el no saber cómo acceder a realizarse el procedimiento en un 14.6% por falta de difusión de información, componiendo un 87.8% de las barreras que impiden su realización. Como se observa en la tabla 14.

Tabla 14. Barreras para no realizar mastografía por nivel de conocimiento					
Barreras para no realizarlo^a	Bueno n=10	Regular n=30	Malo n=1	Total n=41	$\chi^2=4.146$ $p=0.844$
No sé hacerlo (%)	3 (30)	3 (10)	0 (0)	6 (14.6)	
No me interesa (%)	0 (0)	1 (3.3)	0 (0)	1 (2.4)	
Por temor a encontrar enfermedad (%)	0 (0)	3 (10)	0 (0)	3 (7.3)	
No tengo síntomas, no es necesario (%)	7 (70)	22 (73.3)	1 (100)	30 (73.2)	
Nunca podría tener cáncer (%)	0 (0)	1 (3.3)	0 (0)	1 (2.4)	
a. Los valores se muestran en frecuencias y porcentajes, análisis mediante X^2					

16.Discusión

El estudio realizado tuvo como objetivo conocer el grado de conocimiento de cáncer de mama y su relación con la realización de acciones de prevención que se realizan las mujeres de la UMF 28, encontrándose que un 61.4% de la muestra tiene grado de conocimiento regular, 34.6% bueno, y 4.1% malo. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la realización de acciones de prevención; sin embargo, si se observa mayor frecuencia de realización de las acciones, así como una mejor ejecución de las mismas en el grupo de nivel conocimiento bueno.

Una de las hipótesis planteaba que las variables sociodemográficas influirían en el grado de conocimiento de cáncer de mama, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de conocimiento y las variables sociodemográficas, sin embargo, se observó una mayor frecuencia de mujeres con ocupación Hogar en el grupo de conocimiento Malo; también se observó que el grupo de mujeres con escolaridad secundaria tienen un porcentaje mayor de nivel de conocimiento bueno; así como que las mujeres con estado civil casada tienen mayor conocimiento sobre cáncer de mama.

Se encontró que el grupo de nivel Malo de conocimiento de cáncer de mama se realiza con menor frecuencia la autoexploración de mama. También se encontró que la falta de conocimiento sobre el cáncer de mama, así como la falta de conocimiento en la realización de autoexploración, puede llevar al grupo con un grado de conocimiento malo a realizar las detecciones por un médico o personal de salud con una mayor frecuencia en comparación con las que si se realizan autoexploración.

Basados en la revisión sistemática se encontró que los programas de tamizaje (screening) deben ser precedidos por programas de información y educación que permitan difundir el conocimiento de la enfermedad, y que esto conlleva a la mujer a realizarse prácticas de prevención de cáncer de mama. No se encontró relación significativamente estadística entre el conocimiento y las acciones de prevención; sin embargo, se encontró que las mujeres con un buen grado de conocimiento se

realizan las acciones de prevención en mayor porcentaje de manera correcta (con una técnica, frecuencia y momento correcto). Sin embargo basados con los resultados y en los comentarios de las pacientes nos damos cuenta hay muchos factores socioculturales que intervienen en la realización o no de las acciones de prevención.

El grupo de nivel de conocimiento bueno se realiza la autoexploración de mama por decisión personal en mayor porcentaje y se realiza este procedimiento con mayor frecuencia en comparación con los otros grupos, por lo que el conocimiento sobre el cáncer de mama puede influir en la realización de este procedimiento.

No hubo diferencia significativamente estadística en la realización y en la frecuencia de la mastografía entre los grupos, sin embargo hubo y mayor porcentaje de realización de dicho procedimiento en el grupo de nivel de conocimiento malo, por lo que la ignorancia sobre el tema de cáncer de mama conlleva a la mujer a realizarse con más frecuencia dicho procedimiento. ,

El personal de salud que realiza en mayor porcentaje la exploración clínica de mama en las pacientes encuestadas de la UMF 28 es el personal de enfermería, por lo que constantemente debe capacitarse a este grupo para que lo realice de manera correcta.

Las mujeres que son empleadas se realizan menos acciones de prevención independientemente del grado de conocimiento y del nivel de estudios, por lo que la ocupación puede ser un determinante para realizarse o no las acciones de prevención por los horarios laborales.

Un 62% de la muestra no se realiza la autoexploración de mama por falta de conocimiento de la técnica. Los pacientes del grupo de conocimiento regular se realizan con mayor frecuencia la autoexploración de mama, por lo que incluso el desconocimiento de esta patología lleva a la paciente a realizarse de manera más frecuente.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de conocimiento y las variables sociodemográficas, sin embargo, se observó una mayor frecuencia de mujeres con ocupación de Hogar entre el grupo de Mal grado de conocimiento, por lo que se realizó un análisis entre grupos tomando como categoría de referencia el grado Bueno de conocimiento, se encontró una χ^2 de 2.91 con una $p=0.088$.

17. Conclusiones

El grado de conocimiento encontrado en la muestra fue de predominio Regular en un 61.4%, seguido de conocimiento Bueno en un 34.6%, y malo en 4.1%.

El grado de conocimiento no fue un factor estadísticamente significativo para la realización de las acciones de Prevención de Cáncer de mama.

Los factores sociodemográficos no son estadísticamente significativos para la realización de acciones de prevención.

Las acciones de prevención de Cáncer de mama (autoexploración, exploración clínica por personal de salud y la mastografía) que se realizan las pacientes de la muestra del presente estudio en un mayor porcentaje son efectuadas por decisión personal, sobre todo en el grupo de buen conocimiento.

Al revisar los resultados de las encuestas se encontró que las mujeres desconocen en su mayoría el momento que se deben realizar las acciones de prevención, así como la frecuencia de las mismas. También se encontró que la mayoría desconocen los factores de riesgo para el cáncer de mama; y dentro del grupo de mujeres que tienen un nivel de conocimiento bueno decían que esa información no había sido otorgada por personal de salud. Motivo por lo cual considero que las campañas de Cáncer de mama en esta Unidad de Medicina Familiar deben ser más frecuentes y deben estar incluidas pláticas a la mujer derechohabiente impartidas por médicos familiares, médicos residentes y médicos pasantes para la difusión de información clara y amplia sobre técnica de autoexploración, sobre la mastografía, factores de riesgo y frecuencia de realización de cada acción de prevención, así como para aclaración de dudas.

Al principio de la aplicación del instrumento las pacientes mostraban en la mayoría un poco de desinterés, sin embargo, durante el desarrollo del mismo se observó un cambio de actitud con gran curiosidad sobre cuáles eran los factores de riesgo para el cáncer de mama y sobre la técnica de realización de la autoexploración de

mama. Por lo que considero que se necesita realizar pláticas más personalizadas en el momento de la espera del derechohabiente para su consulta, donde se permite una mejor interacción y se puede efectuar un mayor impacto a la población para que realice sus acciones de prevención.

Muchas mujeres entrevistadas mencionaban que no se realizan la mastografía o la exploración clínica de mama por personal de salud por que los horarios de su jornada laboral y los horarios de la Unidad de Medicina Familiar no se los permitía, así como sus distintas labores del hogar que realizan; por lo que como Institución el IMSS para aumentar el número de mujeres que acudan a sus acciones de prevención debe implementar campañas los fines de semana y ser horarios flexibles para cubrir una mayor población derechohabiente, esto se puede lograr apoyándonos de trabajo social para que se comuniquen con las mujeres y haya difusión de campañas, así también contratando personal para fines de semana y que estas campañas tengan mayor frecuencia.

Durante la aplicación del instrumento varias pacientes comentaron que no se realizan la mastografía con la frecuencia recomendada por su médico familiar por el dolor que conlleva la realización de este procedimiento; por lo que durante las campañas sobre la promoción de acciones de prevención y el médico en su consultorio debe aclarar que este procedimiento puede causar dolor y que este es totalmente normal, que no tendrá repercusiones en su salud, y que es una molestia que será momentánea; eliminando mitos y creencias de la población para que la mujer deje el miedo a un lado y se explique los beneficios del procedimiento.

Un gran número de mujeres durante la aplicación del instrumento mencionaron realizarse las acciones de prevención con una mayor frecuencia por tener familiares con antecedente de Cáncer de mama.

Al aplicar la encuesta algunas pacientes mencionaron que el factor para no realizarse las acciones de prevención de cáncer de mama era “pena” o que sus esposos no les permiten que nadie las vea desnudas; por lo que los factores

culturales y sociales influyen en la realización de acciones de prevención.

El motivo de no realizarse acciones de prevención es por ausencia de síntomas, por eso se debe dar difusión de que el cáncer de mama da sintomatología cuando se presenta etapas avanzadas, y que el objetivo de estas acciones como su nombre lo dicen es Prevenir el cáncer; que no se debe esperar a los síntomas para realizar una Mastografía diagnóstica y más bien aumentar el número de mastografías de tamizaje.

Hay muchos factores que influyen en la falta de realización de acciones de prevención en la mujer derechohabiente de la UMF 28, por lo que aparte de difusión de información el IMSS como Institución de salud debe buscar mas maneras para llegar a la población y se realice un mayor tamizaje sobre Cáncer de mama y evitar diagnósticos tardíos.

18. Cronograma de actividades

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA”

Rodríguez –Ruiz Marina¹, Hernández- Pérez Jonathan Pavel², ¹Médico Residente de Medicina Familiar, UMF No. 28 Gabriel Mancera, ²Especialista en Medicina Familiar, Médico adscrito a la UMF No. 28 y Profesor ayudante de la Residencia en Medicina Familiar de la UMF No. 28

TEMA / FECHA	AÑO 2020												AÑO 2021												AÑO 2022					
	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06		
Elección del tema de investigación	■	■																												
Introducción													■																	
Marco teórico			■	■	■	■			■				■																	
Planteamiento del problema y pregunta de investigación			■																											
Justificación				■	■																									
Hipótesis, objetivos					■																									
Material y métodos						■	■		■																					
Criterios de selección				■																										
Variables de estudio				■																										
Descripción del estudio (estrategia)										■	■																			
Consentimiento informado			■																											
Aspectos éticos		■												■	■															
Factibilidad del estudio, conflicto de intereses										■																				
Recursos										■																				
Cronograma	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Referencias bibliográficas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Anexos							■		■																					
Incorporación al SIRELCIS													■																	
Aprobación del SIRELCIS														■																
Ejecución del protocolo y recolección de datos															■	■	■	■	■	■										
Análisis de datos																					■	■								
Descripción de resultados																						■	■							
Conclusiones																								■	■	■	■	■		
Integración y revisión final																									■	■	■	■		
Impresión del trabajo																												■		
Difusión de resultados																												■		

Realizado

19. Bibliografía

- 1.- Maza M. El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil, Salud pública Méx, Enero 2009, Vol.51 supl.2, Cuernavaca. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800025
- 2.- Gutiérrez-Trujillo, Gonzalo; Flores-Huerta, Samuel; Fernández-Gárate, Irma H, Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos, Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006, vol. 44, núm. 1, México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745537002.pdf>
- 3- Organización Mundial de la Salud. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama, [Internet]. 2020 [consultado 10 mayo 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/
- 4.-Instituto Nacional del Cancer, Diccionario del cancer, [Internet]. 2020 [consultado 12 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/prevencion>
- 5.-Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [Internet]. 17.03.2003. [consultado 10 junio 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>
- 6.-Power By Oxford LEXICO, Diccionario de inglés y español, sinónimos y traductor de español a inglés [Internet]. 2020 [consultado 04 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/practica>.
- 7.-Norma que establece las disposiciones para la aplicación de los programas integrados de salud PREVEINMSS, en el Instituto Mexicano del Seguro Social año 2011 , [Internet]. 2020 [consultado 17 junio 2020], Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/2000-001-019.pdf>
- 8-Organización Mundial de la Salud, Cáncer, [Internet]. 2020 [consultado 28 junio 2020],. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- 9- Tratamiento del Cáncer de mama En Segundo y Tercer Nivel de Atención, Guía de Práctica Clínica , México. Actualizacion 2017. Disponible en:
- 10- Significados, Significado del conocimiento [Internet]. 2020 [consultado 04 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>
- 11.- Ponce S. Conocimiento sobre la función de investigación, establecido en el código de ética y deontología, en enfermeras de establecimientos de salud del distrito de puno, Reposi Univ.

Altiplano 2016 30 (1) : 18-19. Peru. Disponible en:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3669>

12.- INEGI 2014, Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama (19 de octubre 2014), [Internet]. [consultado 05 agosto 2020. Disponible en:
<https://www.infocancer.org.mx/?c=cancer-cifras&a=estadisticas-cancer-mama-2014>

13.-GLOBOCAN 2020, Estadísticas mundiales sobre el cáncer para informar sobre el control y la investigación del cáncer. [Internet]. 2020 [consultado 10 abril 2021], Disponible en:
<https://gco.iarc.fr/>.

14.- Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. Nov 2017. 1. Int J Biol Sci. 2017;13(11):1387-1397. doi:10.7150/ijbs.21635, China. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29209143/>

15.- American Society of Clinical Oncology, Cáncer de mama: Factores de riesgo y prevención. [Internet]. Junta Editorial de Cancer.Net, 10/2018 [consultado 03 agosto 2020]., Disponible en:
<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevenci%C3%B3n>

16.-Espinosa M., Cáncer de Mama, Revista Sinergia, Enero 2018 Vol.2 Num:1 pp:8 12, Costa Rica. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/58>

17.- Peart O. Metastatic Breast Cancer. Radiol Technol. 2017;88(5):519M-539M. USA. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28500107/>

18.-El Heraldo de México, ¿Cuánto vale un tratamiento de cáncer de mama? [Internet]. México, 12 octubre 2019, [consultado 20 agosto 2020], Disponible en:
<https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2019/10/12/cuanto-vale-un-tratamiento-de-cancer-de-mama-124553.html>

19.-Guía Técnica para la Atención Integral del Cáncer de Mama, Instituto Mexicano del Seguro Social, Octubre de 2019, México.

20.- Ortiz M., Actualidades en la detección oportuna de cáncer mamario: mastografía y ultrasonido, Acta médica grupo Ángeles. octubre-diciembre 2016, Volumen 14, Supl. 1, Cd. De México. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/ams161b.pdf>

21.- Contreras J., Rodríguez J., Diagnóstico de salud de la UMF 28, Promoción agosto 2019- Julio 2020

22.- INEGI , Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre).[Internet]. Comunicado de prensa NÚM. 462/20 15 de octubre de 2020 [consultado

02 noviembre 2020],

Disponible

en:

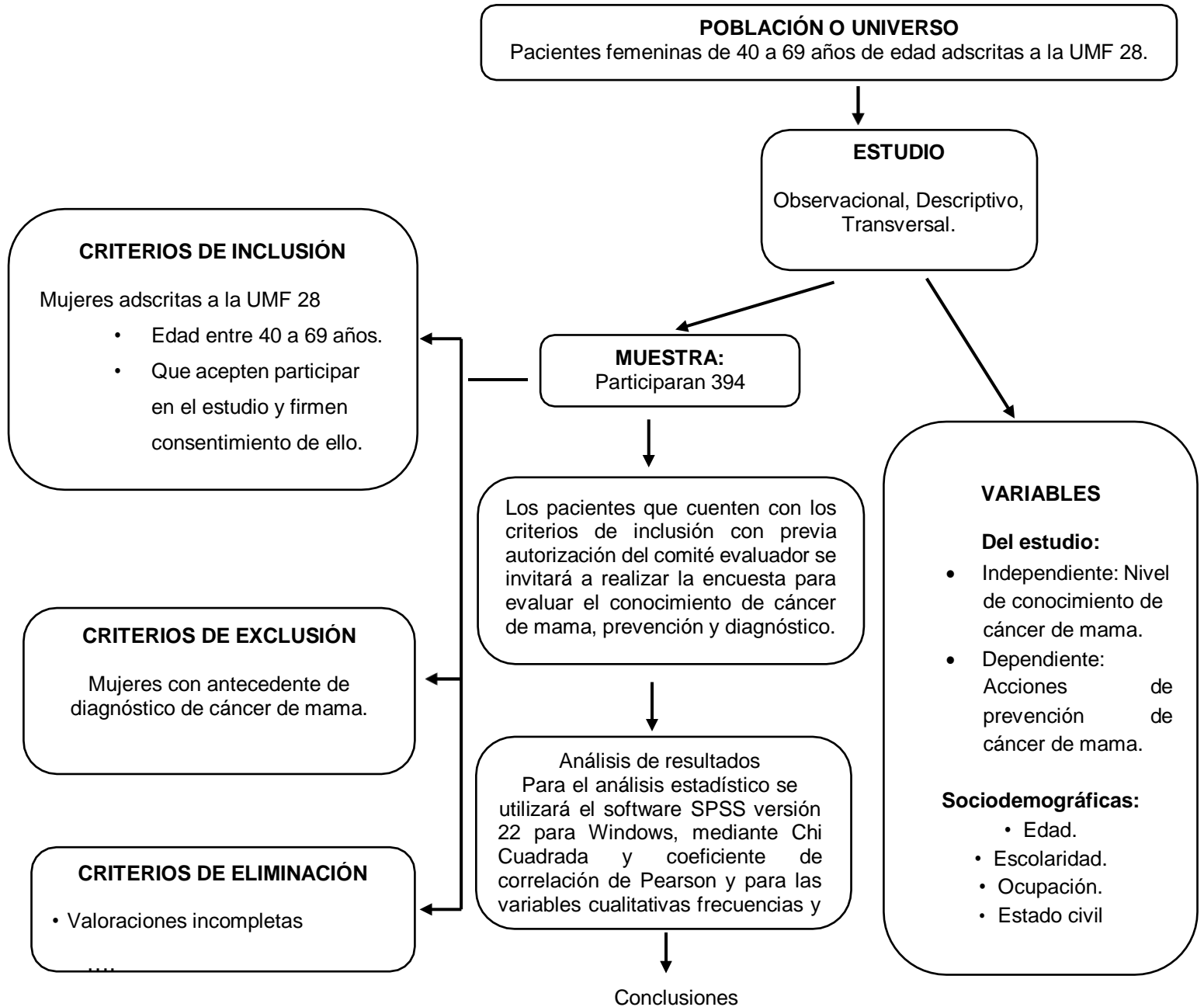
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Cancermama20.pdf>

Anexo 1

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO: “ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA”

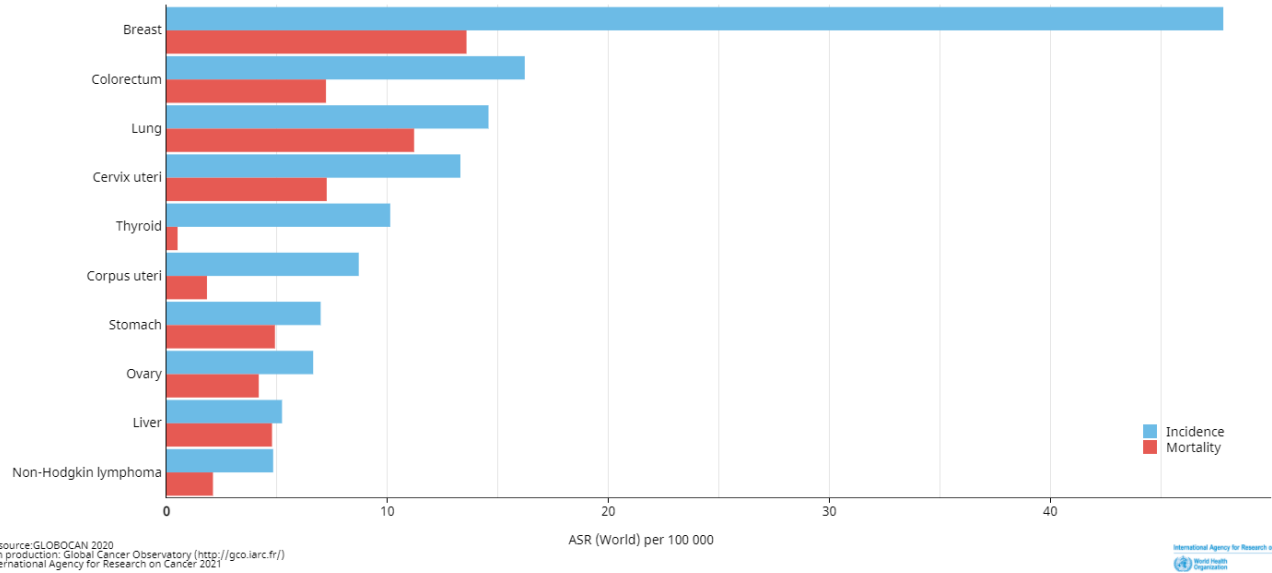
Rodríguez –Ruiz Marina¹, Hernández- Pérez Jonathan Pavel², ¹Médico Residente de Medicina Familiar, UMF No. 28 Gabriel Mancera, ²Especialista en Medicina Familiar, Médico adscrito a la UMF No. 28 y Profesor ayudante de la Residencia en Medicina Familiar de la UMF No. 28



Anexo 2. Figuras y Gráficas

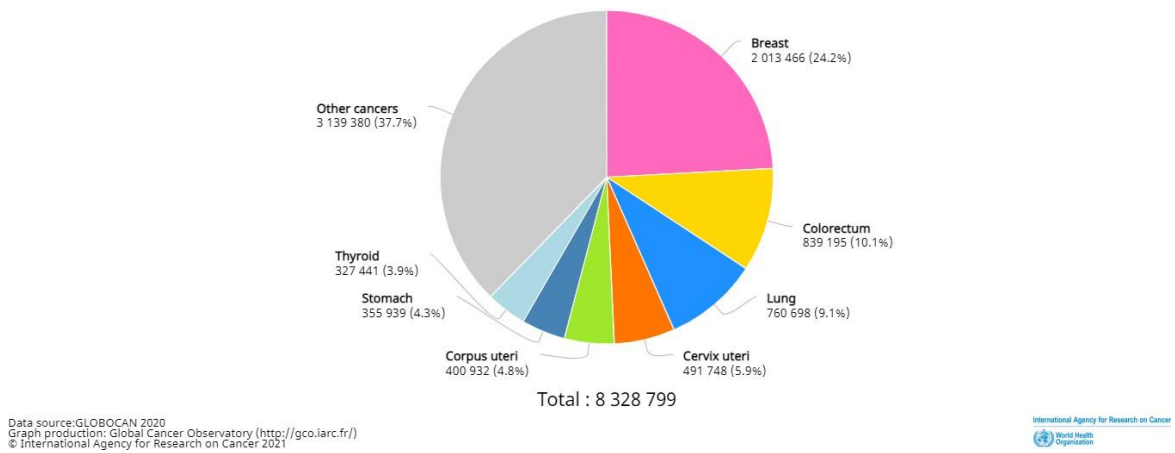
Gráficas

Tasas estimadas de incidencia y mortalidad estandarizadas por edad (mundo) en 2020, en todo el mundo, mujeres, todas las edades



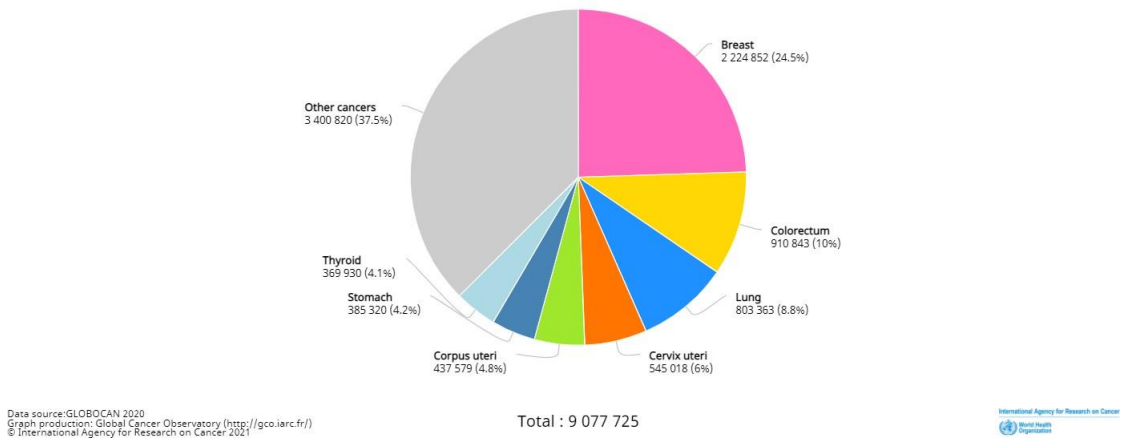
Gráfica 1.

Número estimado de casos nuevos en 2020, en todo el mundo, mujeres, mayores de 40 años



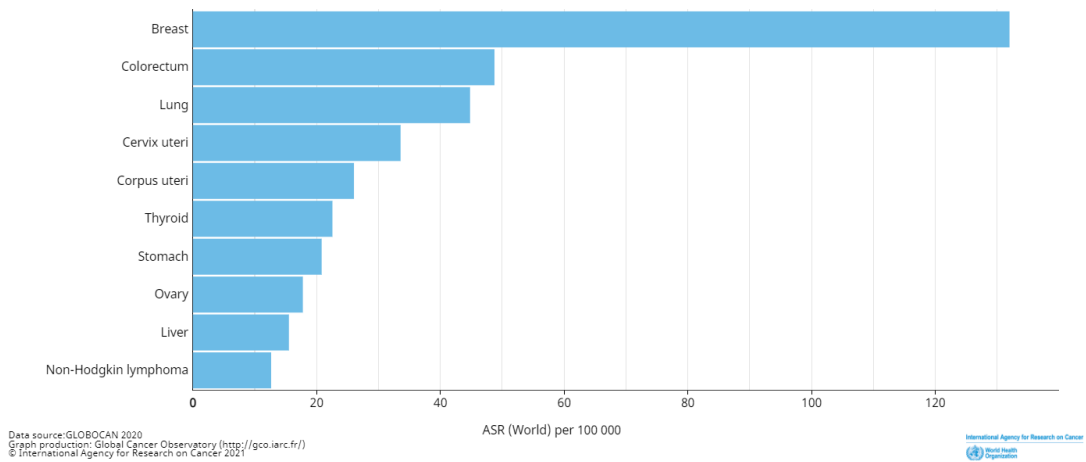
Gráfica 2.

Número estimado de casos nuevos en 2020, América Latina y el Caribe, en todo el mundo, México, mujeres, mayores de 40 años



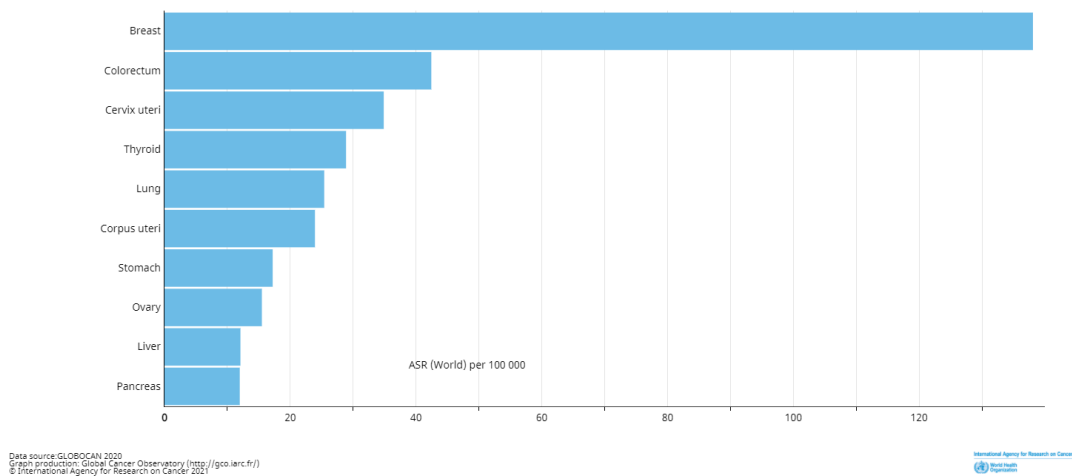
Gráfica 3.

Tasas de incidencia estimadas estandarizadas por edad (mundo) en 2020, en todo el mundo, mujeres, mayores de 40 años



Gráfica. 4.

Tasas de incidencia estimadas estandarizadas por edad (mundo) en 2020, América Latina y el Caribe, México, mujeres, mayores de 40 años



Gráfica. 5.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

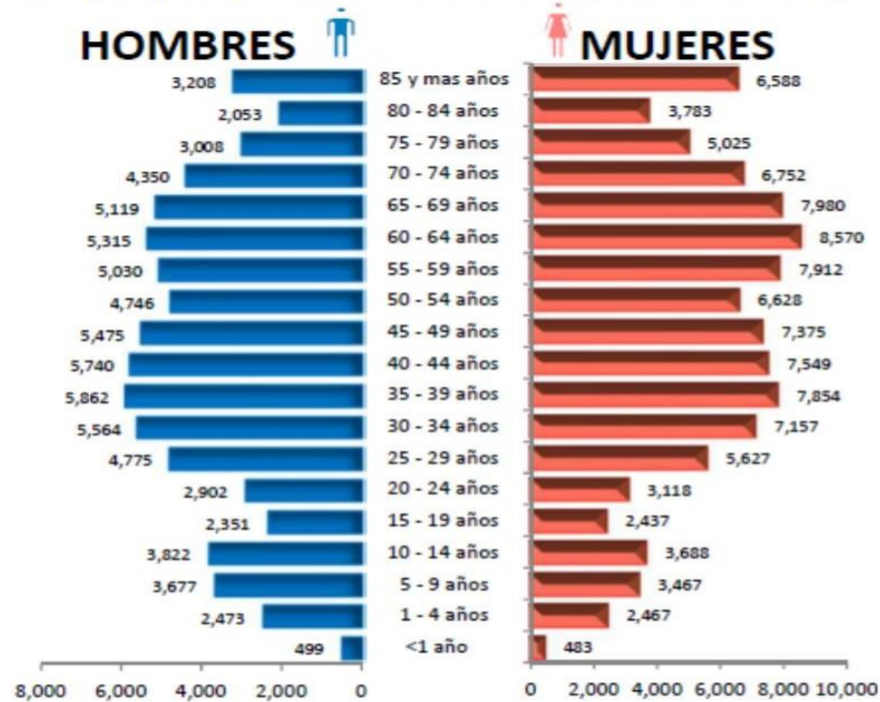


Figura 9: Distribución de la población adscrita a la UMF No. 28 por grupos de edad y sexo

Gráfica 6. Tomado de Diagnostico de salud de la Unidad de Medicina Familiar 28 del año 2019.
Figuras

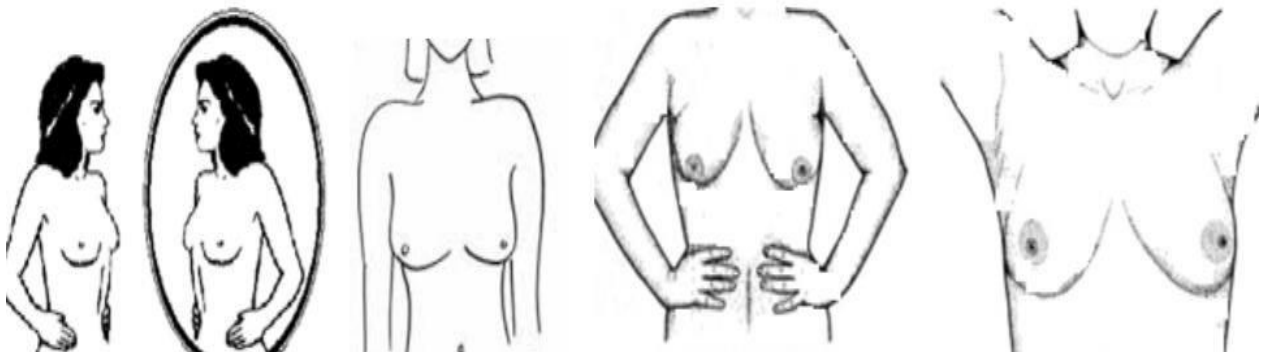


Fig1. Tomado de Guía de Práctica Clínica Prevención, tamizaje y Referencia Oportuna de casos sospechosos de Cáncer de Mama en el primer nivel de atención. Actualización 2017.

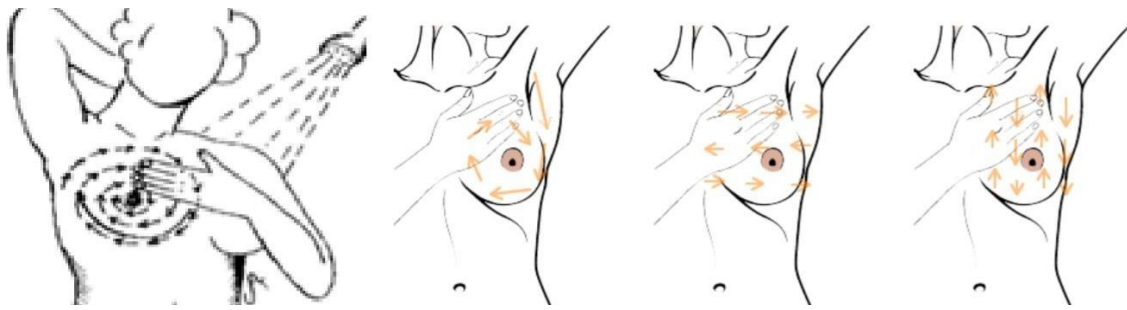


Fig2. Tomado de Guía de Práctica Clínica Prevención, tamizaje y Referencia Oportuna de casos sospechosos de Cáncer de Mama en el primer nivel de atención. Actualización 2017.

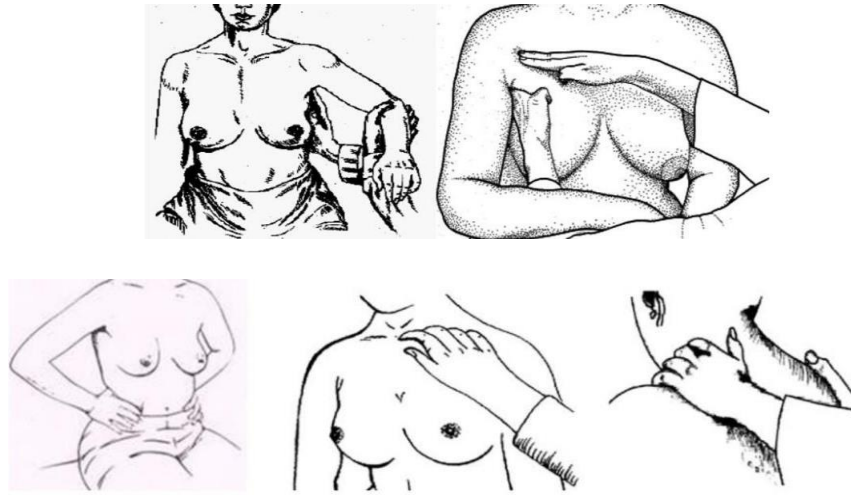


Fig3. Tomado de Guía de Práctica Clínica Prevención, tamizaje y Referencia Oportuna de casos sospechosos de Cáncer de Mama en el primer nivel de atención. Actualización 2017.



Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA”

Rodríguez –Ruiz Marina¹, Hernández- Pérez Jonathan Pavel², ¹Médico Residente de Medicina Familiar, UMF No. 28 Gabriel Mancera, ²Especialista en Medicina Familiar, Médico adscrito a la UMF No. 28 y Profesor ayudante de la Residencia en Medicina Familiar de la UMF No. 28

Encuesta de Práctica de acciones de Prevención de cáncer de mama Ficha de Identificación

Nombre: _____

Número de Seguridad Social _____

Edad _____ Ocupación _____ Estado civil _____

Nivel de estudios _____

Lea atentamente los siguientes enunciados y subraye la respuesta correcta.

Práctica autoexamen de mamas

1.- ¿Usted se realiza autoexploración mamaria?

- Si
- No

2. ¿-Con qué frecuencia lo realiza?

- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Una vez al año

3.- Momento en que se realiza la autoexploración

- Antes de la menstruación
- Durante la menstruación
- Después de la menstruación
- Indiferente
- No menstruo, pero lo hago siempre un mismo día al mes
- No menstruo, pero lo hago cuando se me ocurre.

4.- ¿Qué la motiva a realizarlo?

- Decisión personal
- Recomendaciones del medico
- Familiares y amigos
- Medios de comunicación

5.- ¿Hay alguna barrera para no realizarlo?

- No sé hacerlo
- No me interesa
- Por temor a encontrar enfermedad

- No tengo síntomas, no es necesario
- Nunca podría tener cáncer.

Práctica de examen clínico de mama

1- Usted ha acudido a realización de examen clínico de mama por personal de salud?

- Si
- No

2- ¿Con que frecuencia lo realiza?

- Una vez al año
- Una vez cada 2 años
- Una vez cada 5 años

Práctica de mastografía

1.-¿Usted se ha realizado la mastografía?

- a) Si
- b) No

2.-¿Con que frecuencia lo realiza?

- a) Una vez al año
- b) Una vez cada 2 años
- c) Una vez cada 5 años
- d) Una vez cada 10 años

3.-¿Qué la motiva a realizarlo?

- a) Decisión personal
- b) Recomendaciones del médico
- c) Familiares y amigos
- d) Medios de comunicación

4.-¿Hay alguna barrera para no realizarlo?

- a) No sé hacerlo
- b) No me interesa
- c) Por temor a encontrar enfermedad
- d) No tengo síntomas, no es necesario
- e) Nunca podría tener cáncer.



DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Lea cuidadosamente cada afirmación y señale en la escala la opción que mejor exprese su opinión en donde:
3 Significa totalmente de acuerdo, **2** significa de acuerdo, **1** significa en desacuerdo, **0** significa en total desacuerdo.

CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DEL CÁNCER DE MAMA				
Alternativas Ítems	Totalmente en desacuerdo (0)	En desacuerdo (1)	De acuerdo (2)	Totalmente de acuerdo (3)
1.El cáncer de mama podría ser mortal salvo que lo detecten a tiempo				
2.El cáncer de mama podría aparecer en una mujer luego de haber padecido de uno, en otro lugar del cuerpo.				
3.El cáncer podría transmitirse (ser hereditario) de familia en familia.				
4.Las mujeres que se desarrollaron muy jóvenes (ejemplo las niñas que tienen su primera menstruación antes de los 12 años) tienen mayor chance de presentar cáncer de mamas.				
5.Las mujeres que presentan la última menstruación muy tardíamente (ejemplo a los 55 o más años) son las que pueden tener mas frecuentemente cáncer de mamas.				
6. Si una mujer nunca tiene hijos podrían presentar cáncer de mama.				
7.Aquellas mujeres que salen embarazadas tardíamente (ejemplo a los 35 años o mas años) tienen mas chance de presentar cáncer de mama.				
8.Las pacientes que toman anticonceptivos hormonales (ejemplo píldora o pastilla anticonceptiva) tienen mas probabilidad de tener cáncer de mama.				
9. Si una mujer luego de la menopausia toma hormonas (tratamiento hormonal sustitutivo) podría presentar cáncer de mama.				
10. La mujeres que se exponen a radiaciones en un futuro podrían tener cáncer de mama.				
11. Las mujeres que han recibido trauma en la mama podrían tener en un futuro cáncer de mama				
12. Las mujeres que se alimentan con una dieta rica en grasas y colesterol tienen mas chance de presentar cáncer de mama				
13. La mujeres fumadoras tienen mas chance de desarrollar cáncer de mama				
14.Si una mujer consume frecuentemente alcohol (ejemplo cerveza, whisky, ron) tiene mas riesgo de presentar cáncer de mama.				
15. Toda mujer mayor de 40 años debe realizarse una mamografía.				
16. He escuchado que la mamografía debería ser complementado con un ecograma mamario.				
17.Considera que el autoexamen de mama es importante para prevenir el cáncer de mama.				
18. Creo que el autoexamen mamario me permitiría detectar a tiempo cáncer de mama.				
19.El autoexamen de mama debe ser aplicado todos los meses entre 7-10 días, después del ciclo menstrual.				
20. Si la mujer no menstrua el autoexamen de las mamas debe realizarse en un día fijo mensualmente.				
21. El autoexamen de las mamas deben realizarlo todas las mujeres mayor de 20 años.				
22. El autoexamen de las mamas le permite a la mujer darse cuenta si presenta cambios en sus mamas como diferencias de tamaño, hundimiento en la piel , abultamiento o tumoración.				

Nivel de conocimiento sobre cáncer en mujeres				
Nivel de conocimiento		Fa		%
Bueno	Puntaje ≥ 45	24		50
Regular	Puntaje 23-44	23		47.9
Malo	Puntaje ≤ 22	01		02.1

Anexo 4. Carta de consentimiento informado

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA”

Rodríguez –Ruiz Marina¹, Hernández- Pérez Jonathan Pavel², ¹Médico Residente de Medicina Familiar, UMF No. 28 Gabriel Mancera, ²Especialista en Medicina Familiar, Médico adscrito a la UMF No. 28 y Profesor ayudante de la Residencia en Medicina Familiar de la UMF
28

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Asociación entre el nivel de conocimiento y la realización de acciones de prevención del cáncer de mama en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar no. 28 Gabriel mancera
Patrocinador externo	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, Calle Gabriel Mancera 800 ESQ. SAN BORJA ENTRE EJE 6 SUR, Angel Urraza, Col del Valle Centro, 03100 Ciudad de México, CDM, a mes de junio del 2021
Número de registro:	R-: 2021 – 3703- 079
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que este protocolo (investigación) busca identificar el nivel de conocimiento que tengo sobre cáncer de mama con el objetivo de realizar acciones de reforzamiento de promoción de salud sobre cáncer de mama en la UMF 28.
Procedimientos:	Se me hace una cordial invitación, para participar en el protocolo de investigación la cual consiste en resolver una encuesta sobre mi conocimiento de cáncer de mama la cual me tomara en responder de 10 a 15 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos mínimos ya que durante la aplicación del instrumento puedo llegar a tener sentimientos negativos derivadas de la aplicación de este como: tristeza, enojo, fastidio, incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que el beneficio de esta investigación es información sobre factores de riesgo, acciones de prevención y diagnóstico de cáncer de mama y derivación para realización de mastografía en caso de contar con los criterios.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	Se me informa que mi participación es voluntaria y que, si decido retirarme o no participar, continuaré teniendo acceso a los servicios de salud u otras prestaciones que recibo en el IMSS. Así mismo puedo hacer las preguntas que desee al inicio o a lo largo del estudio a la persona encargada del estudio.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que la información que se obtenga como parte de este estudio será confidencial, que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Marina Rodríguez Ruiz Médico residente de segundo año	
Investigador Responsable:	Jonathan Pavel Hernández Pérez, Médico Familiar, UMF No. 28, matrícula: 98384071. Correo electrónico: pavelord@hotmail.com ; teléfono 5559611, ext. 21722. Fax: Sin fax
Colaboradores:	Marina Rodríguez Ruiz, Médico Residente de Medicina Familiar, UMF 28, Matrícula 97376287, celular 5539078190 correo electrónico:marina.facmed1@gmail.com. Fax: <u>Sin fax</u> .
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	
<hr/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <hr/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr/> <p>Marina Rodríguez Ruiz</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <hr/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013	