



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN
DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚM. 62

Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. STEFANIE MALINALLI BORJA GALICIA**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD MX, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

STEFANIE MALINALLI BORJA GALICIA

AUTORIZACIONES:

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
CUAUTITLAN, ESTADO DE MEXICO.

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO
ASESOR DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. RUBÉN RÍOS MORALES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN ORIENTE

DR(A). OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN ORIENTE

CUAUTITLAN, ESTADO DE MEXICO.

2023

Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

STEFANIE MALINALLI BORJA GALICIA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

CUAUTITLAN, ESTADO DE MEXICO.

2023

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a mi familia, a mis padres Blanca Silvia Galicia Moreno y Héctor Borja Macias por ser los principales promotores de mis sueños, por estar en cada momento de mi crecimiento personal y profesional, por apoyarme en cualquier meta que me he propuesto, por darme valores, amor y educación, por confiar en mí, por creer en mis capacidades y siempre impulsarme a continuar a pesar de lo difícil que pueda llegar a ser la situación que se me presente en mi camino, por enseñarme con ejemplo como es ser unos excelentes padres; A mi papa por ser un gran hombre, cuidarme y levantarse todas las mañanas para llevarme a cumplir mis sueños por más lejos que estos fueran. A mi mama que me guio para tomar la mejor decisión de especialidad de mi vida, a mis Hermanos Aaron Michell Borja Galicia, Héctor Omar Borja Galicia por apoyarme en todo momento, por ayudarme a la traducción de mi tesis y llenar mis días con felicidad, a mis tías Susana y Patricia Galicia Moreno por ser un apoyo en la distancia de todo lo que he logrado con la carrera en medicina y mi especialidad

A Dios por darme a mi familia, por permitirme tener y disfrutar cada minuto de esta hermosa vida y carrera.

A mi asesora de tesis la Dra. Araceli Gutiérrez Romero y a mi jefe de enseñanza el Dr. Rubén Ríos Morales por la dedicación, orientación y dirección que me han brindado en este trabajo de investigación, por apoyar mis ideas, por su paciencia, por brindarme tiempo que es importante para ustedes y sus familias, por apoyarme en ser una gran Medico Familiar.

Esta tesis la dedico a todas las personas de mi familia que han cursado con patología oncológica incluyendo a mi abuelita, pero en especial a mi Madre mi ejemplo a seguir como mujer, ejemplo de fortaleza, valentía, resiliencia y gracias a dios sobreviviente de cáncer de mama, gracias por inspirar el tema de mi tesis y hacerme una gran medico familiar con calidez y con un enfoque preventivo.

INDICE

I. RESUMEN ESTRUCTURADO	7
II. MARCO TEÓRICO.	8
II.1 Antecedentes modelo de creencias en salud.	
II.2 El Cáncer de mama.	
II.2.1 Epidemiología de cáncer de mama en México.	
II.4 Estado socioeconómico.	
II.5.1 Escala del modelo de creencias de salud de Champions.	
II.6 Escala de nivel socioeconómico de Graffar.	
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	19
III.1 Situación actual del problema	19
III.1.1 Trasendencia	19
III.1.2 Magnitud	20
III.1.3 Vulnerabilidad	21
III.1.4 Factibilidad	22
III.2 Pregunta de investigación.	24
IV. JUSTIFICACIÓN	25
V. OBJETIVOS	26
VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO.	27
VII. METODOLOGÍA	28
VII.1 Tipo de estudio	
VII.2 Población, Lugar y tiempo del estudio	
VII.3 Tipo de muestral y tamaño de la muestra	
VII. 3.1 Técnica de muestreo	
VII.4 CRITERIOS DE SELECCION:	29
VII.5 INFORMACION A RECOLECTAR	31
VII.6 METODO PARA CAPTAR INFORMACION	35
VII. 6.1 Descripción del estudio	
VII.6.2 Analisis estadisticos	36
VII.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
VIII. RESULTADOS	45
VIII. Tablas y graficas de resultados	46
IX. DISCUSION	61

X CONCLUSION.	63
X.1 Recomendaciones.	64
X.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	65
XI.ANEXOS.	69

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

Antecedentes: El modelo de creencias de salud explica y predice las conductas preventivas como la mastografía reduciendo la mortalidad de cáncer de mama **Objetivo:**

Estimar la asociación entre las creencias en salud para la realización de mastografías y el nivel socio económico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prolectivo en 351 mujeres se calculó muestra finita una proporción, muestreo no probabilístico por conveniencia ,con mujeres de 40-59 años, adscritas UMF 62, que cumplieron con criterios de inclusión, se utilizó cuestionario modelo de creencias en salud de Champions confiabilidad (0.79, 0.81 , 0.72, 0.88, 0.89) para susceptibilidad, beneficios , barreras, auto eficiencia y gravedad respectivamente y escala de Graffar confiabilidad (0.85) el análisis estadístico se realizó por estadística descriptiva calculando frecuencias , porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, el análisis bivariado para confrontación de variables entre los componentes de las creencias en salud y nivel socioeconómico

Resultados: se observó una asociación entre nivel obrero y los componentes del modelo de creencias en salud por medio de la prueba de U de Mann-Whitney ($p < 0.05$) , con una baja susceptibilidad en un 47 % ($p = 0.60$), una alta percepción de beneficios con a la mastografía en un 52.7% ($p = 0.62$), una baja percepción de barreras en un 47% ($p = 0.67$) ,una auto eficiencia alta en un 53 % ($p = 0.001$) y una alta percepción de la gravedad en un 34.2 % ($p = 0.99$)

Conclusiones: se observó solo la relación entre el nivel socioeconómico obrero y la auto eficiencia.

Palabras claves: creencias en salud, cáncer de mama, mastografía, nivel socioeconómico.

Health beliefs for the performance of mammograms and socio-economic level in early detection of breast cancer in women of the UMF 62.

Abstract:

Background: The belief model explains and predicts preventive behaviors such as mammography, reducing breast cancer mortality. **Objective:** Estimate the association between health beliefs for performing mammography and socioeconomic status in the early detection of breast cancer. in women of UMF 62 **Material and Methods:** Observational, analytical, cross-sectional and prolective study in 351 women aged 40-59 years assigned to UMF 62, finite sample, one proportion, non-probabilistic convenience sampling, who met inclusion criteria, a questionnaire based on in the Champions health belief model (reliability 0.79 susceptibility, 0.81 benefit, 0.72 barriers, 0.88 self-efficiency, 0.89 severity) and Graffar (reliability 0.85) statistical analysis was by descriptive statistics calculating frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion, the bivariate analysis for comparison of variables between beliefs components in health and socioeconomic level **Results:** an association was observed between worker level and the component of belifs in heath through the Mann-Whitney U test ($p < 0.05$) low susceptibility 47% ($p = 0.60$), high perception of benefits 52.7% ($p = 0.62$), low perception of barriers 47% ($p = 0.67$), high self-efficiency 53% ($p = 0.001$) and high perception of severity in 34.2% ($p = 0.99$) **Conclusions:** only a relationship between socioeconomic level and self-efficiency was observed.

Keywords: health beliefs, breast cancer, mammography, socioeconomic status

II. MARCO TEORICO

II.1 ANTECEDENTES MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.

Desde principios de los años 70 se han propuesto muchas teorías para ayudar a explicar los comportamientos relacionados con la salud. El modelo de creencia sobre la salud (HBM) con sus propias construcciones centrales es uno de los más prominentes, que conceptualiza las barreras potenciales o facilitadores de un comportamiento de adopción de salud deseado, es un modelo sociopsicológico que intenta explicar, predecir conductas preventivas y se usa ampliamente para explicar conductas de salud como la detección. Con base en este modelo, para tomar acciones preventivas, las personas primero deben percibir el riesgo de desarrollar cáncer (susceptibilidad percibida) y luego comprender la profundidad de este riesgo y la gravedad de sus diversas complicaciones físicas, psicológicas, sociales y económicas (gravedad percibida), por los síntomas positivos que reciben de su entorno (señales para la acción); creen que el programa de prevención del cáncer es útil y aplicable (beneficios percibidos); y percibir los factores que impiden tomar medidas como menos costosos que sus beneficios (barreras percibidas) para finalmente tomar medidas para prevenir el cáncer.¹ Norfariha Che Mohamed y colaboradores en el 2019 en Malasia, realizaron un estudio para comprobar la validez y fiabilidad de la escala del modelo de creencias sobre la salud de Champion (CHBMS) para la detección del cáncer de mama, el estudio concluyó que el CHBMS es un instrumento válido y confiable para medir las creencias de salud relacionadas con el cáncer de mama y sus métodos de detección. Posteriormente fue realizado en la población estudiantil de Malasia; reconoció que el CHBMS es un instrumento adecuado para evaluar las creencias sobre el cáncer de mama y la detección del cáncer de mama entre las mujeres, especialmente las mujeres jóvenes, para participar en el cribado del cáncer de mama, una mujer debe percibir que es susceptible a diversas percepciones que pueden influir en sus actitudes, prácticas, beneficios y barreras percibidas.²

Se han realizado muchos estudios sobre la aplicación del Modelo de Creencias en Salud (HBM) en el comportamiento de detección de mamografías, por ejemplo, los hallazgos del estudio en Irán por parte de Azar Darvishpour y colaboradores en el año 2018 demostró que los beneficios percibidos, la autoeficacia de las mujeres que las mujeres con más beneficios percibidos, menos barreras percibidas, tienen más tasas de realizar

mamografías. Sin embargo, entre las otras subescalas (susceptibilidad, severidad, autoeficacia y motivación para la salud) no hubo diferencias entre los dos grupos sobre la realización de mamografías.³ Las creencias sobre la salud juegan un papel importante en la disposición de las personas a participar en comportamientos que promueven la salud.⁴ Dada la alta incidencia de cáncer de mama en mujeres y el importante papel de las creencias en la función de la mujer y la importancia de los beneficios de la mamografía, y porque los predictores de un comportamiento son un requisito previo importante para la codificación de un programa de prevención eficaz, aumentar la conciencia, corregir creencias y comportamientos inapropiados y, en consecuencia, reducir el costo de la atención médica para las mujeres y el sistema de salud.⁴ El esfuerzo de un individuo para mejorar la salud a menudo se expresa mediante el comportamiento de búsqueda de salud individual con el uso de prácticas preventivas. CHBMS (Champions Health Belief Model Scale) sugiere que las mujeres con conocimientos suficientes sobre la prevención del cáncer de mama tienen más probabilidades de buscar atención preventiva mediante la adopción de prácticas de detección de patología mamaria con la mamografía.⁵ Un individuo tiende a adoptar comportamientos más saludables cuando percibe que el nuevo comportamiento reducirá sus posibilidades de adquirir una enfermedad. Se ha informado que muchos factores contribuyen a la demora en adoptar un comportamiento más saludable y buscar atención médica que incluye religiosidad, espiritualidad y creencias fatalistas.⁶ Las creencias fatalistas de las mujeres de que el cáncer de mama estaba "predestinado" e inevitable también puede resultar en su negativa a buscar cualquier conocimiento o tratamiento sobre su enfermedad y pueden ser una barrera importante para la probabilidad de que una persona adopte conductas de prevención del cáncer.⁷

II.2 EL CANCER DE MAMA.

La tasa de supervivencia del cáncer de mama varía en todo el mundo, que es > 80% en los Estados Unidos, aproximadamente 60% en Suecia y <40% en países de bajos ingresos. La baja tasa de supervivencia del cáncer de mama en los países en desarrollo se caracteriza por la falta de conciencia y la falta de programas de detección temprana, lo que lleva a una alta proporción de mujeres que presentan síntomas de enfermedad en etapa terminal y a la falta de instalaciones adecuadas para el diagnóstico y tratamiento.⁸

II.2.1 EPIDEMIOLOGIA DE CANCER DE MAMA EN MÉXICO.

El cáncer es de las principales causas no transmisibles de morbilidad y mortalidad, en México, entre enero y agosto de 2020 se registraron 683 823 defunciones, de las cuales 9% se deben a tumores malignos (60 421). Un año antes, en 2019, se registraron 747 784 defunciones, de las cuales 12% se deben a tumores malignos (88 683).⁹ El cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo, constituye el 25% de todos los cánceres y el cáncer más frecuente en las mujeres, la incidencia es de 1.67 millones de casos de y la primera causa de muerte en mujeres a nivel mundial.¹⁰ Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030. Una de cada 8 mujeres está afectada por el cáncer de mama, y en 20 años esta cifra puede subir a una de cada 7 mujeres. Cada año en el mundo, un millón de cánceres de mama son descubiertos y alrededor de 400 000 mujeres mueren.¹¹ Se ha estimado que una mujer muere de cáncer de mama cada 53 minutos, y cada 30 minutos se diagnostica. En América Latina es la primera causa de muerte por neoplasias malignas en mujeres, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. En México, corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo, ocupa el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad, sólo superado por el cáncer de próstata.¹²

La consulta en oncología en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) los padecimientos de la glándula mamaria ocupan el primer lugar y también lo son en cuanto a procedimientos quirúrgicos realizados por esta Coordinación.¹³ Aunque no todas tienen cáncer pero si se observa patología propia de la mama como son: mastalgia, nódulos mamarios, procesos inflamatorios, anomalías en el desarrollo de las mamas, molestias generadas por los cambios fibroquísticos, secreciones por los pezones, crecimiento de tejido mamario axilar.¹⁴

El cáncer de mama que es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria; se han identificado muchos factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, la herramienta más comúnmente utilizada para la evaluación de riesgos es la Herramienta de evaluación del riesgo de cáncer de mama, desarrollada por el Instituto Nacional del

Cáncer y el Proyecto Nacional Quirúrgico Adyuvante de Seno e Intestino, y se ha actualizado recientemente para estimar mejor el riesgo para las mujeres afroamericanas, isleñas del Pacífico e hispanas. Incluye edad, raza, biopsias de mama y resultados de biopsias anteriores, edad de la menarquia, edad del primer nacimiento vivo, y familiares de primer grado con cáncer de mama. Esta herramienta puede ayudar a guiar la toma de decisiones clínicas y ayudar a hacer recomendaciones individualizadas.¹⁵ Las mutaciones genéticas conocidas se encuentran en el 5% de las mujeres con cáncer de mama familiar e incluyen los genes de alta penetrancia TP53 (síndrome de LiFraumeni) (191170 OMIM), PTEN (síndrome de Cowden) y las mutaciones BRCA, así como muchos genes de baja penetrancia. De éstos, las mutaciones del gen BRCA son las más prominentes. Otro 10% de los cánceres de mama son familiares sin mutación genética conocida.¹⁶ Los genes BRCA se describieron por primera vez en 1994. Su descubrimiento ha proporcionado información significativa sobre la biología del cáncer de mama. Tanto las mutaciones BRCA1 como BRCA2 confieren un riesgo de por vida del 60% al 80% de desarrollar cáncer de mama y están asociadas con otras neoplasias malignas, incluido el cáncer de ovario.¹⁷ El BRCA1 está ligeramente más asociado con el cáncer de ovario que el BRCA2, mientras que el BRCA2 está más asociado con el cáncer de páncreas y el cáncer de mama masculino.¹⁸ Como mínimo, las mujeres con mutaciones conocidas de BRCA deben someterse a una mayor vigilancia para incluir una mamografía anual y una resonancia magnética de mama bilateral anual.¹⁹ Además de una mayor vigilancia, los pacientes con estas mutaciones pueden considerarse para mastectomía bilateral y ooforectomía bilateral.²⁰

Entre el 5-10% de todos los casos diagnosticados tienen un carácter heredofamiliar, donde solo 1% se atribuye a síndromes genéticos y los restantes porcentajes a alteraciones de los genes BRCA 1 y 2, dada la probabilidad de padecer la enfermedad por determinados factores como edad, cargas genéticas y antecedentes patológicos familiares (APF); otros factores de riesgo relacionados con el cáncer de mama son los antecedentes de menarquía precoz, la menopausia tardía o el primer embarazo tardío, los que pueden desarrollar la afección.²¹ Los precedentes de enfermedad fibroquística también aumentan el riesgo de la enfermedad, así como los anticonceptivos orales, que constituyen un peligro pequeño en el incremento de la neoplasia.²²

Las investigaciones han producido nuevas opciones terapéuticas, las cuales tienen un costo elevado. La epidemia de cáncer de mama representa un nuevo desafío para el financiamiento y la protección financiera del sistema de salud, en particular para los países en desarrollo. Los más de 100 millones de habitantes en México, el cáncer de mama es uno de los desafíos más importantes para la salud de la mujer adulta.²³ El cáncer cérvicouterino se considera una amenaza mucho mayor para la salud y las vidas de las mujeres pobres y existe la creencia de que el cáncer de mama se concentra en grupos de nivel socioeconómico elevado.²⁴

Las mujeres de bajos recursos enfrentan hoy día una doble carga a partir de las elevadas tasas de cáncer de mama y cérvicouterino. El cáncer de mama es ahora causante, en general, de un mayor número de muertes en México, comparado con el cáncer cérvicouterino, y afecta a mujeres adultas de todas las edades y niveles de ingreso.²⁵

II.3 MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN MÉXICO.

Las políticas de la secretaria de salud establecieron criterios más rigurosos para vigilar los servicios de salud públicos y privados en la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la enfermedad. Para promover la detección temprana, se ha orientado hacia la autoexploración, el examen clínico y la mamografía. Se establece un examen clínico anual realizado por personal capacitado para todas las mujeres de 26 y más años, que acudan a consulta en un centro de salud, no existe ninguna prueba directa de que sea un método eficaz para el tamizaje de este tipo de cáncer.²⁶ Se recomienda una mamografía anual o bianual para mujeres de 40 a 49 años con factores de riesgo específicos y una vez al año para todas las mujeres de 50 años y mayores, el recurso de la mamografía que puede reducir la mortalidad hasta un 23% en mujeres de 50 o más años de edad, aun con estas acciones no se garantiza los recursos ni la aplicación de las normas, por lo que la cobertura está muy lejos de ser la adecuada.²⁷

En términos económicos y la provisión de tratamiento para casos detectados, los sistemas de seguridad social de México cubren alrededor de 40 a 45% de la población y el tratamiento del cáncer de mama está incluido en el paquete de servicios disponible. Uno de los problemas más habituales son los tiempos de espera y los medicamentos no

se encuentran con frecuencia disponibles y deben pagarse del bolsillo, los servicios de la seguridad social constituyen una atención gratuita considerable.²⁸ Pero solo pueden gozar de este servicio aquellos que trabajan en el sector formal de la economía. El resto de la población depende de servicios públicos de la Secretaría de Salud. Una de las problemáticas de México es el mejoramiento y ampliación del tamizaje para promoverla detección temprana, se cuenta con información que indica que solo 5 y 10% de los casos en México se detecta en las fases iniciales de la enfermedad en comparación con el 50% en Estados Unidos, lo que dificulta el tratamiento y lo vuelve más costoso e incierto para las mujeres, sus familias y el sistema de salud.

II.4 ESTADO SOCIOECONOMICO.

Se destaca que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico residentes en áreas urbanas, acuden al examen clínico significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad sólo el 22% de las mujeres de 40 a 69 años se sometió a una mamografía en el último año, lo cual es una proporción muy baja ,de acuerdo con el Sicam, del total de 3 410 535 mujeres de 40 a 69 años que conforman el grupo blanco anual al que se le debió haber practicado la mastografía, ésta sólo se practicó a 15% y, de los 211 casos confirmados histopatológicamente, únicamente se registraron 121 mujeres tratadas en 2011. No obstante, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó en el año 2012 una participación de 36 % de la población blanco. Más recientemente, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en 2016 las entidades federativas donde se realizó un mayor número de mastografías: Ciudad de México (29.4 %), Veracruz (6.7 %) y Nuevo León (6.3 %); en contraste, Colima registró solo el 0.4 %²⁹

El detectar el cáncer de mama temprano es crucial para mejorar la salud de la mujer y reducir los costos relacionados hasta la muerte por el cáncer, la propia detección puede, en consecuencia, conducir a un aumento de la tasa de supervivencia el realizar tamizajes facilita la detección temprana que incluye la edad apropiada mamografía, examen clínico de mama (CBE) y autoexamen de mama (EEB), que actualmente son las únicas alternativas de protección de la salud disponibles.³⁰

II.5.1 ESCALA DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD DE CHAMPIONS

La Escala del Modelo de Creencias de salud de Champion fue diseñada para evaluar las dimensiones del MCS en relación con el cáncer y la autoexploración de mama, en la primera versión solo incluía las dimensiones de susceptibilidad, seriedad, beneficios, barreras y motivación para la salud (Champion, 1984) posteriormente en una revisión se agregó la dimensión de autoeficacia (Champion, 1993) mostrando ser un instrumento válido y confiable. También ha sido adaptado en diferentes países como Corea (Eun-Hyun, Jin-Sun & Mi Sook, 2002), Turquía (Gözüm & Aydin, 2004) y Lituania (Zelviene & Bogusevicius, 2007) manteniendo su estructura factorial y confiabilidad adecuada. Finalmente, el concepto de autoeficacia fue agregado dentro del MCS ya que también puede explicar el mantenimiento y la realización de conductas de salud y aporta el aspecto de que, para realizar un comportamiento, las personas deben sentirse capaces de realizarlo (Champion & Sugg, 2008)³¹

En cuanto a versiones en español este instrumento solo ha sido evaluado en su versión para mamografía en población Hispana en EUA (Medina-Shepherd & Kleier, 2010) encontrando un alfa aceptable entre 0.69 a 0.83 y en población española (Esteva et al., 2007).

En población mexicana se han realizado adaptaciones del modelo de creencias en salud de Champions en el IMSS se han llevado a cabo protocolos con variaciones del modelo, Ponce y colaboradores en el año 2013 en Aguascalientes México en la UMF 8 aplicaron el cuestionario del Modelo de Creencias en salud de Champions en mujeres de 50 a 69 años con un alfa de Cronbach para susceptibilidad percibida de 0.79, beneficios percibidos de 0.81, barreras percibidas de 0.72, autoeficacia percibida de 0.88, gravedad percibida de 0.89 encontrando que la distribución de las variables en creencias de salud fue de 8% se perciben susceptibles en relación a realizarse la mastografía, el 70.3% se percibe con beneficios de realización de mastografía y el 77.5% percibe barreras para la realización de mastografía, el 74.2% tiene un juicio positivo sobre sus capacidades para tomar decisiones futuras y el 91.6% percibe la gravedad de las consecuencias de no realizarse la mastografía auto eficiencia) por lo que las mujeres

tienen la capacidad de juicio para la toma de sesiones tienen 74.2% más probabilidad de realizarse la mastografía en comparaciones mujeres que no se perciben auto eficaces³²

Magallan y colaboradores en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2016 realizaron una tesis basada en teorías del comportamiento para la realización de mastografías y simplificaron los niveles de respuesta porque en estudios previos se había identificado la dificultad para entender la escala original y se clasificó en alto grado y bajo grado, demostró que el proceso de percepción de riesgo (gravedad percibida) no solo depende de la información que la persona tenga sobre la enfermedad ya que pueden intervenir un conjunto de otras variables, se encontró que el nivel de percepción de autoeficiencia fue alto y este al relacionarlo con la gravedad, la intención de realizarse la mastografía alta en un 97% y las mujeres cuentan con beneficios percibidos altos fue en un 68%, las barreras percibidas fueron bajas en un porcentaje del 53%.³³

Se realizó una sumatoria y se clasifica de la siguiente manera:

RANGOS	ALTA	BAJA
Susceptibilidad percibida (alfa=0.79)	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Beneficios percibidos (alfa =0.81).	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Barreras percibidas (alfa =0.72).	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Auto eficiencia (alfa =0.88).	Mayor o igual a 21	Menor de 20
Gravedad percibida (alfa =0.89)	Mayor o igual a 8	Menor de 7

II.6 ESCALA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO DE GRAFFAR

La evaluación de aspectos socioeconómicos en comunidades, se hace mediante el método Graffar-Méndez Castella (1994), basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social con un alfa de Cronbach de 0.85 se le designa un número del 1 al 5, esta escala se ha utilizado en

población mexicana para valorar el nivel socioeconómico. Sanchez Urandela y colaboradores en el año 2016 en Venezuela realizaron una revisión del conocimiento sobre cáncer de mama y prácticas de autoexamen en mujeres en edad mediana encontrando que el nivel socioeconómico no se relacionaba con su nivel de conocimiento sobre el tema.

A cada estrato se realiza la sumatoria y se clasifica de la siguiente manera.

Puntaje	Estrato
04-06	Alto
07-09	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Pobreza extrema

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III.1 SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA

III.1.1 TRASCENDENCIA

En México el cáncer de mama es un problema de salud pública, la población mayormente afectada son las mujeres de 20 años o más. Este cáncer se detecta de manera avanzada en un 70.2% de los casos. Esta cifra alarmante muestra la importancia de la promoción de la autoexploración y fomentar la detección oportuna, a pesar de las estrategias en salud de cada institución, el uso de los métodos de detección entre las mujeres mexicanas no es tan exitoso como se quisiera la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia promueve la autoexploración de mama a partir de los 20 años para identificar cambios anormales; la exploración clínica de la mama a partir de los 25 años por profesionales de la salud; y la mastografía al tener entre 40 y 69 años de edad, con una frecuencia de cada dos años, sin embargo no se ha tenido el apego al mismo y se ha utilizado en el área de psicología para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad; y en el Modelo de creencias en salud, el cual integra el estado actual y la intención de cambiar un comportamiento, las percepciones de las razones a favor y en contra del cambio y estrategias que pueden ser utilizadas para promover el cambio de comportamiento.

Las creencias en salud que llevan a las pacientes a no realizarse su mastografía afecta principalmente a las mujeres de 25 años en adelante con baja sensibilización del tema de patología mamaria maligna, por lo cual es importante conocer el motivo de rechazo a la realización de tamizaje de la patología mamaria, y valorar si esto influye con el nivel socioeconómico de las mujeres, a través del seguimiento de estos estudios se pueden identificar los factores cognitivos como las creencias relacionadas a los comportamientos de detección de cáncer de mama. Así mismo, esto puede brindar mejoras a las estrategias de promoción de la salud en la mujer, tales como intervenciones psico-educativas basadas en el Modelo de creencias de salud y técnicas cognitivo-conductuales a una población con nivel socioeconómico, ya que éstas últimas han mostrado ser efectivas para influir en las dimensiones de este modelo.

Según la Encuesta Nacional de Salud, en el caso de las mujeres de clases social más baja, el porcentaje aumenta hasta el 8.4 por ciento, por el 3.3 por ciento en la clase social más alta y es importante establecer el nivel de relación con las creencias en salud para establecer población de riesgo en la unidad.

III.1.2 MAGNITUD.

El cáncer de mama (CM) es la neoplasia más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y algunos países de América Latina. Se estima una incidencia de alrededor de 1 150 000 casos nuevos cada año en el mundo y de 410 000 fallecimientos.

El incremento que se ve determinado por el envejecimiento de la población, el aumento en la prevalencia de los factores de riesgo y la falta de un programa nacional de detección oportuna integral, lo cual resulta evidente 49.5% en los últimos 20 años, las instituciones del Sistema Nacional de Salud diagnosticaron más de 50 casos de cáncer mamario en cada día laborable, la mayoría descubierto en etapas avanzadas. El porcentaje promedio de diagnósticos, de acuerdo con el estadio clínico, es el siguiente: Estadios 0 y I, 7.4%; estadio II, 34.4%; estadios III y IV, 42.1%; no clasificables, 16.1%.

Con base en el número anual de nuevos casos de cáncer de mama, de 2010 a 2019 se observa un incremento en la incidencia de esta enfermedad. En 2019 se ubica la tasa más alta (cerca de 19 casos nuevos por cada 100 mil personas de 20 años o más). También para 2019, se presenta la tasa de incidencia más alta para las mujeres (35.24 casos por cada 100 mil mujeres de 20 años o más). En los varones, la tasa más alta se presentó en el año 2011. Durante el periodo analizado no se supera un caso por cada 100 mil hombres de 20 años y más.

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es de 17.19 defunciones por cada 100 mil mujeres de 20 años o más. Las entidades con las menores tasas (de 9.29 a 13.64) son Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca, Yucatán, Campeche, Colima, Guerrero, Morelos, Hidalgo, Tabasco. En el siguiente estrato (13.65 a 18) se encuentra Tlaxcala, Puebla, México, San Luis Potosí, Veracruz, Michoacán, Guanajuato, Durango y Zacatecas. Le siguen (estrato 18.01 a 22.35) Querétaro, Coahuila, Sinaloa, Sonora,

Jalisco, Nuevo León, Aguascalientes, Tamaulipas y Nayarit. Las mayores tasas (22.36 a 26.71) se encuentran en Chihuahua, Ciudad de México, Baja California y Baja California Sur.

El cáncer de mama en el hombre (CMH) es una entidad clínica poco frecuente, representa aproximadamente 1% de todos los casos de cáncer de mama en los Estados Unidos y cerca del 0.1% de la mortalidad por cáncer en el hombre, Se estima que este año se producirán 42,260 muertes (41,760 mujeres y 500 hombres) a causa del cáncer de mama, a nivel mundial, el cáncer de mama es el más común entre las mujeres y representa 16% de los tumores malignos diagnosticados. Otro dato relevante es que 69% del total de muertes por esta enfermedad se presentan en países en desarrollo donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, dificultando su tratamiento exitoso.

III.1.3 VULNERABILIDAD

Es importante que al identificar la población en riesgo de padecer patología mamaria maligna para que podamos implementar mecanismos de atención psico-conductuales mediante la sensibilización con información dirigida al público en general sobre el cáncer de mama y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados, es sabido que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico residentes en áreas urbanas, acuden al examen clínico significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad lo cual se expresa con población vulnerable para el cáncer de mama.

España está en los puestos de cabeza en cuanto a cribado del cáncer de mama en Europa. Junto a Dinamarca y Finlandia, son los países que superan un 80 por ciento de población objetivo-cubierta, es decir, mujeres de entre 50 y 69 años a las que se le ha realizado una mamografía en los últimos dos todo esto gracias a la difusión de medidas de prevención asociadas y el uso de equipos termo sensibles.

En México no se ha logrado llegar a la meta de realización de mastografías, además se ha detectado en su mayoría en estadios avanzados, no se ha logrado enfocar la sensibilización adecuada a la población vulnerable y es importante saber en qué lugares tenemos la oportunidad de mejorar y valorar si se está otorgando la información a

personas con recursos más altos o hay muchos más factores por explorar en nuestra población de riesgo.

III.1.4 FACTIBILIDAD

Actualmente, muchos países con ingresos bajo y medio afrontan estos mecanismos mediante la difusión sobre la realización de autoexploración mamaria y la realización de tamizajes como mastografía sin embargo se debe realizar políticas cambiantes para modificar las estrategias de atención a pacientes en primer nivel con sospecha de alteraciones mamarias y diagnosticar de manera oportuna el cáncer de mama.

Las publicaciones informan múltiples y variados ejemplos de factores que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama, el Modelo de Creencias de Salud postularía que la probabilidad de que una mujer se someta a un control mamográfico dependería de: su percepción de Vulnerabilidad al cáncer de mama, la Gravedad percibida de esta enfermedad, y los Beneficios y Barreras o inconvenientes asociados a la mamografía, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención, además se ha encaminado en la realización de tamizaje y no en detectar los factores que influyen en la detección avanzada de cáncer de mama asociados al nivel socioeconómico.

En el IMSS ha implementado la estrategia de programas integrados de salud conocido como PREVENIMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes, en nuestra unidad existe la posibilidad de realización de mastografías en las unidades móviles y en la unidad especializada sin embargo aún no se ha logrado una mayor difusión de este logrando solo el 11% en nuestra unidad.

El IMSS cuenta con la Guía de Práctica Clínica: prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención.

Existe también la estrategia de prevención en México descrita en la Norma Oficial Mexicana NOM 041-SSAA2 2002 para la prevención, Diagnóstico Tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer de Mama, a pesar de estas estrategias aún no se ha alcanzado el éxito en la detección oportuna del cáncer de mama ha dependido del nivel de la participación de las mujeres a este proceso de tamizaje mamario.

III. 2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la asociación entre las creencias en salud para la realización de mastografías y el nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62?

IV. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres en el mundo. En México, representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. En los últimos años, el número de muertes causadas por esta enfermedad ha aumentado de forma alarmante, principalmente, por el retraso en el inicio del tratamiento, ya sea por la tardanza en la búsqueda de atención médica luego de que una mujer presenta un posible síntoma de cáncer de mama, o por la demora en el sistema de salud, particularmente al dar el diagnóstico definitivo.

En México, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana 041-SSA2-201 recomienda que las mujeres entre 40 y 69 años se realicen la mastografía cada 2 años, la cobertura a nivel nacional es insuficiente (20%) para contribuir con la disminución de la mortalidad, esto puede asociarse también al nivel socio económico, se destaca que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico residentes en áreas urbanas, acuden al examen clínico significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad.

Este estudio se centró en el tamizaje temprano de mujeres de 40-59 años ya que en pacientes mayores de 60 años se considera que ya se han realizado la mastografía más de una vez al año y cuenta con otra patología mamaria ya determinada.

El beneficio del estudio que ofreció al IMSS fue la identificación de factores influyentes para la falta de realización de mastografías para la detección oportuna de la patología mamaria en las mujeres en edad de riesgo para padecer cáncer de mama y se valoró si influye su nivel socioeconómico en las creencias que tiene la mujer, de esta manera se podrá reducir el impacto emocional en las familias IMSS y los costos económicos ya que un cáncer de mama que se detecta en etapa I le cuesta al IMSS 74,522 pesos al año, en cambio, cuando se diagnostica en etapa IV, que es la más avanzada, el gasto asciende a 199,274 pesos, se buscara la causa de falta de realización de tamizaje (mastografía) ya que en la población a estudiar en esta unidad solo tenemos el 11% con mastografía en el año 2020, al conocer la etiología en un futuro podremos implementar acciones encaminadas a la promoción a la salud de nuestras derechohabientes y reducir impacto en la salud pública.

El beneficio para los derechohabientes de este estudio dentro de la unidad médica y al haber realizado los cuestionarios en las mujeres de nuestra población, se identificó a las pacientes con alto riesgo de padecer cáncer de mama las cuales no se han realizado mastografía, se invitó al término del estudio a su realización y se valoró si se relacionan con el nivel socioeconómico , también se dio a conocer en qué aspectos hace falta reforzar la promoción a la salud mamaria y así poder implementar en la unidad de salud acciones encaminadas a la mejora de la atención de la derechohabiente.

El beneficio para las pacientes que participaron en este estudio es que fueron tomadas en cuenta para conocer los factores que influyen en su toma de decisiones para la realización de los métodos de tamizaje de la patología oncológica mamaria, se determinó si estas se relacionaron al nivel socioeconómico, posteriormente se aportó sensibilización y se resolvió las dudas sobre la patología mamaria maligna.

Al identificar las dimensiones del modelo de creencias en salud, se pudo establecer su relación con su nivel socio económico, para posteriormente realizar medidas de promoción pertinentes dirigidas al rechazo de la realización de mastografías y así sensibilizar a nuestra población derechohabiente sobre las acciones y medidas preventivas para su detección oportuna.

V. OBJETIVO

V.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la asociación entre las creencias en salud para la realización de mastografías y el nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar la susceptibilidad percibida a la realización de mastografías.
2. Identificar los beneficios percibidos a la realización de mastografías
3. Identificar las barreras percibidas a la realización de mastografías.
4. Identificar la auto eficiencia a la realización de mastografías.
5. Identificar la gravedad percibida a la realización de mastografías.
6. Identificar el nivel socioeconómico de las participantes.
7. Conocer la edad en mujeres de las participantes en el estudio.
8. Conocer la escolaridad de las participantes
9. Identificar el estado civil de las mujeres que participan en el estudio.
10. Conocer la ocupación de las participantes en el estudio.

VI. HIPOTESIS DE TRABAJO

Si las creencias en salud para la realización de mastografías son bajas en un 36% entonces se asociará a un nivel socioeconómico bajo en un 88%.

VII. METODOLOGIA

VII.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue

Observacional: porque se observó el fenómeno a estudiar y se recabaron datos sin llevar a cabo maniobras que modificaron alguna variable.

Analítico: porque se estableció la relación entre variables de nivel socioeconómico y creencias en salud.

Transversal: porque se realizó una sola evaluación durante el estudio, se realizó un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud donde se valoró el grado de sus componentes en cada mujer participante.

Prolectivo: porque se obtuvo información de manera simultánea a la ocurrencia del resultado.

VII. 2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en mujeres de 40-59 años adscritas a la unidad de medicina familiar no 62 ubicada en Av. 16 de septiembre No. 39 Col. Guadalupe c.p. 54800, Cuautitlán de Romero Rubio Estado de México delegación Oriente, la cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social

Contando con un universo de trabajo de 45,383 de las cuales debieron cumplir con los criterios de inclusión y exclusión

El estudio se realizó en un periodo de 3 años (2020-2023)

VII.3 TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue tomado del listado de ARIMAC de mujeres de 40 a 59 años y calculado con la fórmula de una porción finita, se estimó una población de N: 45 583, con un 95% de confianza, con una prevalencia esperada del 36% y nivel de precisión del 5%; El tamaño muestral es de 351 mujeres.

Formula de una proporción finita:

$$n = \frac{N * Z^2 p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

$$n: \frac{(45\ 583)(1.96)^2(0.36)(0.64)}{(0.05)^2(45\ 583-1) + (1.96)(0.36)(0.64)}$$

$$n: \frac{(45\ 583)(3.84)(0.36)(0.64)}{(0.0025)(45\ 582) + (3.84)(0.36)(0.64)}$$

$$n: \frac{(45\ 583)(3.84)(0.36)(0.64)}{(0.0025)(45\ 582) + (3.84)(0.36)(0.64)}$$

$$n: \frac{40\ 328.92}{113.955 + 0.88}$$

$$n: \frac{40\ 328.92}{114.83}$$

n: 351

Bibliografía: **I Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012 [consultado: mayo 2021]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>

Dónde:

n: tamaño de muestra

N: Universo de trabajo (45 583)

Za: seguridad: 95%: (1.96)

p: prevalencia del evento a favor
(0.36)**

q: es igual a 1 menos la prevalencia
(0.64)

d: precisión 5% (0.05)

VII.3.1 TECNICA DE MUESTREO

No probabilístico, aleatorizado y bajo conveniencia.

VIII.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Personas del sexo femenino.
2. Edad de 40-59 años.
3. Que no tengan diagnóstico de cáncer mama.
4. Que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.
5. Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no 62.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Mujeres con tratamiento de quimioterapia o radioterapia por patología mamaria maligna.
2. Pacientes que no completaron adecuadamente los instrumentos de evaluación.
3. Pacientes que decidieron retirarse del estudio por decisión propia antes de concluir.
4. Pacientes que perdieron su derechohabencia durante el proceso.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Pacientes que no hayan concluido la encuesta.
2. Pacientes que cambien de UMF de adscripción.

VIII.5 INFORMACION A RECOLECTAR

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Unidad de medición
Susceptibilidad Percibida	Indica la percepción subjetiva individual de sufrir un problema de salud	Se obtuvo por medio de un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud de Champions se clasifica en 1. Alta 2. Baja	Cualitativa	Nóминаl	1. Alta 2. Baja
Beneficios percibidos	La percepción de la diferencia entre las ventajas que espera recibir que tendrá que aceptar la persona a la hora de valorar, adquirir, utilizar y tirar el producto o servicio de	Se obtuvo por medio de un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud de Champions se clasifica en: 1. Alta 2. Baja	Cualitativa	Nominal	1. Alta 2. Baja

	salud.				
Barreras percibidas	El curso de la acción del sujeto resta determinado no solo por su percepción en relación a la eficiencia de la conducta saludable, sino por los costos que representa.	Se obtuvo por medio de un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud de Champions se clasifica en: 1. Alta 2. Baja	Cualitativa	Nominal	1. Alto 2. Bajo
Autoeficacia	Capacidad percibida de poder cumplir con la conducta deseada (mastografía)	Se obtuvo por medio de un cuestionario basado en el modelo de creencias en salud de Champions se clasifica en 1. Alta 2. Baja	Cualitativa	Nominal	1. Alta 2. Baja
Gravedad percibida	Se refiere a las creencias sobre la gravedad de sufrir una	Se obtuvo por medio de un cuestionario basado en el modelo de	Cualitativa	Nominal	1. Alto 2. Bajo

	determinada enfermedad o de no ser tratada una vez declarada.	creencias en salud de Champions se clasifica en 1. Alta 2. Baja			
Nivel Socioeconómico	Conjuntos de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se califica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social.	Se evaluó de acuerdo a la escala de Graffar y se clasificara en Estrato: 1. Alto (4-6 puntos) 2. Medio Alto (7-9 puntos) 3. MedioBajo (10-12 puntos) 4. Obrero (13-16 puntos) 5. Pobreza Extrema(17-20puntos)	Cualitativa	Ordinal	1. Alto. 2. Medio Alto. 3. Medio Bajo. 4. Obrero. 5. Pobreza Extrema.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales.	Se obtuvo directamente de la ficha de identificación: (años)	Cuantitativa	Continua	1. Años
Escolaridad	Conjunto de cursos que	Se obtuvo por medio de una	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. primaria

	un estudiante sigue en un establecimiento docente.	ficha de identificación contestando los grados de escuela que se hayan completado y se clasificara en -Analfabeta -primaria -secundaria -bachillerato -licenciatura -posgrado			3.secundaria 4.bachillerato 5.licenciatura 6.posgrado
Estado civil	es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y	Se obtendrá por medio de la ficha de identificación de acuerdo a cada persona se clasificará en 1.casada o unión libre 2.soltera 3. vida 4.divorciada	Cualitativa	Nominal	1.Casada o unión libre 2.Soltera 3. Vida 4.Divorciada

	deberes.				
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio. Que le genera recursos económicos.	Se obtuvo por medio de la ficha de identificación, de acuerdo con el trabajo que desempeñen y se clasificará en desempleado, profesionista, funcionario público, comerciante, trabajo no especificado.	Cualitativa	Nominal	1. Desempleada 2. Profesionista 3. funcionario público 4. Comerciante 5. Trabajo no especificado

VIII. METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Posterior a la aceptación el protocolo de por el comité de investigación y comité de ética, se procedió a iniciar con el cronograma de actividades:

1. Se le solicito al área de ARIMAC el censo de las mujeres en edad de 40 a 59 años derechohabiente de la UMF 62 con los números telefónicos de las mismas, con la finalidad de hacerles la invitación a ser parte de nuestro estudio.
2. Se les llamó por teléfono por listado y se les explicaron los objetivos del presente estudio de manera concisa el propósito del estudio y los beneficios obtenidos para la paciente.
3. En dado caso que alguna no acepto participar se pasó al siguiente contacto de la lista y así sucesivamente, hasta completar el total de la muestra.
4. Se le programo una cita en la unidad de medicina familiar no 62 en grupos de 10 personas cada 15 min, en el aula de enseñanza, se resolvieron dudas y aclaraciones sobre lo informado por vía telefónica.
5. Al aceptar ser parte del protocolo, proseguimos a dar por escrito el consentimiento informado para su autorización.
6. Una vez autorizado y completado el tamaño de la muestra, se dio una segunda cita en la unidad de medicina familiar no 62 en grupos de 15 personas cada 30 min.
7. Se realizó por parte del investigador la ficha de identificación previamente foliada con instrucciones que fue llenado por la paciente donde se recolectaron los siguientes datos: (edad, escolaridad terminada, ocupación y si se ha realizado la mastografía los últimos 2 años)
8. Posteriormente se entregaron dos cuestionarios impresos uno basado en el modelo de creencias en salud de Champions y otro de Graffar con las instrucciones para su llenado.

Y de la misma manera durante 3 días, al término del estudio se vació los resultados en una base de datos para su análisis estadístico.

VIII. ANALISIS DE DATOS

Se utilizó el programa estadístico SPSS V20.

En un primer momento se hizo un análisis univariado.

A) Cualitativas nominales (susceptibilidad, beneficios, barreras, autoeficacia, gravedad, estado civil y ocupación) se analizaron por medio de frecuencias - porcentajes y se representó por medio de tablas y grafico de barra o de pastel.

B) Cualitativas ordinales (nivel socioeconómico y escolaridad) se analizaron por medio de frecuencias - porcentajes y se representaron por medio de tablas y gráficas de pastel.

C) Cuantitativas continuas (edad). Al ser los datos de distribución libre se analizaron por medio de mediana y valores máximos- mínimos y se representó medio de grafica de barras y de error.

En un segundo momento se realizó un análisis bivariado para buscar la relación entre variables s utilizo la **prueba de U de Mann-Whitney con** un valor de $p < 0.05$.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio se desarrolló cumpliendo con los siguientes aspectos éticos:

1. Código de Núremberg
2. Declaración de Helsinki
3. Informe Belmont
4. Reglamento de la ley general de salud
5. Norma oficial mexicana 0012
6. Ley federal de adaptación de datos personales en posesión de los particulares.

1. Código de Núremberg.

a) Es esencial la firma del consentimiento informado. Es totalmente voluntaria la decisión de someterse a este estudio de investigación, **se obtuvo previo a cualquier procedimiento la firma del consentimiento informado, al igual que con antelación se dio la explicación de los objetivos del estudio, de igual modo tuvo el derecho a retirarse de este si así lo consideró.**

b) Hace referencia a la utilidad del estudio. **La utilidad social fue poder conocer si las creencias en salud y el nivel socioeconómico interfieren en la realización de mastografías y así poder encaminar las medidas preventivas y el riesgo a no realizarse la mastografía de las mujeres, mediante pláticas psico-conductuales.**

c) El experimento debe ser diseñado de tal manera que se justifiquen los resultados esperados. **Se realizó una investigación previa sobre las afecciones que tiene el modelo de creencias en salud y el nivel socioeconómico en población mexicana y la realización de mastografías.**

d) El experimento debe ser ejecutado de tal manera que no cause daño innecesario. **Este estudio fue accionado y supervisado por personal médico capacitado para explicar los objetivos del estudio, su justificación como problema de salud pública**

y resolviendo las dudas pertinentes que los participantes tengan, sobre todo cuidando su integridad y privacidad.

e) Debe hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al paciente. **Se realizó metódicamente el estudio, cuidando su privacidad y ante cualquier disturbio a su salud mental se canalizó a médico familiar.**

f) El estudio será conducido por personal calificado. **El estudio se realizó por personal médico que está capacitado y previamente estudiaron el instrumento de evaluación.**

g) El sujeto humano tiene la libertad de ponerle fin al experimento en caso de imposibilidades para concluirlo. **El participante tuvo el derecho a no terminar la prueba si percibiese peligro para su estado físico y mental, por ejemplo, alguna descompensación orgánica por enfermedades de base, o si al responder los ítems en el instrumento se sintieron vulnerados, podría dejar el estudio.**

2. Declaración de Helsinki.

a) La investigación debe perseguir los principios éticos y científicos universales. **Se respetó el principio de autonomía para que tuviera aceptación o no estuviera de acuerdo en no participar en el estudio; todo esto se realizó con la intención de hacer el bien respecto a su estado de salud haciendo una detección de alteraciones cognitivas y darle una atención medica pertinente.**

b) El diseño y realización de cualquier procedimiento experimental en seres humanos deberá ser presentado a un comité de ética. **El diseño de este estudio fue de tipo analítico, utilizamos cuestionarios basados en el modelo de creencias en salud de Champions y nivel socioeconómico de Graffar, se pretendió cuidar en todo aspecto médico y legal al paciente, por eso es que fue descrito este protocolo de investigación.**

c) La investigación biomédica que implica seres humanos deberá ser realizada por personal apto. **Este estudio se realizó por un Médico residente y supervisado por un Médico Familiar Titular de la especialidad de medicina familiar.**

d) Todo proyecto de investigación que implique personas debe tener una evaluación de los riesgos y beneficios para las personas y terceros. **Se explicó al paciente la pertinencia del estudio, así como también se dieron a conocer los riesgos mínimos que se presenta en dicho estudio, en el cual se podría obtener un resultado que pudiera alterar el estado psicológico y percepción.**

e) Respetar el derecho de los participantes de salvaguardar su integridad. **Se contó con un espacio físico para que se pudieran ejecutar los cuestionarios de manera individual a los candidatos, con la finalidad de que no se sintieran expuestos o vulnerados.**

f) Preservar la exactitud de los datos. **Los resultados obtenidos y limitantes del estudio fueron descritos con precisión, para que no interfirieran en los objetivos del estudio.**

g) Informar a los posibles participantes todo referente al estudio. **Se informó a los candidatos todo lo referente al estudio, de igual modo se comunicó previamente a la firma del consentimiento por escrito los objetivos y riesgos del estudio, así como en dado caso reiterar lo antes mencionado en cualquier momento necesario.**

3. Informe de Belmont.

a. Respeto a la autonomía, beneficencia y justicia. **La autonomía del paciente se aplicó cuando el paciente decidió por voluntad, afines a su interés y sin presiones a participar en este proyecto, se le dio protección personal, médica y legal; así como fuese el respetar en un momento dado la decisión del paciente en caso de que haya deseado retirarse del estudio. La beneficencia se aplicó cuando se deseó conocer, con el único fin de haberle podido hacerle bien al paciente, sin presentar alguna limitación psicológica que pudiera generarle repercusión en su salud y persona en un futuro. La justicia se aplicó cuando se le hizo la invitación a la totalidad de la población en estudio para participar y recibir el beneficio de la realización de la encuesta.**

4. Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para salud, título segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

a) Artículo 13: Respeto a la dignidad, protección de sus derechos y dignidad. **Los candidatos tuvieron la libertad de decidir si estuvieran o no de acuerdo de someterse al cuestionario, así mismo el consentimiento informado manifestó los objetivos, riesgos, beneficios del estudio; así como la privacidad y protección de sus datos y persona.**

b) Artículo 14. Habla del desarrollo del estudio de investigación, aspectos éticos y científicos. **Se buscó con este estudio conocer si la susceptibilidad, beneficios, barreras, autoeficacias , gravedad percibida y el nivel socioeconómico puede interferir en la realización de mastografías, al igual que el llenado de un consentimiento informado donde se le explica el procedimiento del llenado del cuestionario, con las condiciones óptimas para conservar la privacidad y bienestar del paciente; objetivos, beneficios , riesgos del estudio, así como las intervenciones en caso de tener datos de deterioro cognitivo para una atención médica apropiada en el futuro. Y también, se manifestó que la revocación del consentimiento puede suceder en el momento que la persona lo decida, en el caso que se sienta vulnerado, sin tener repercusiones en su atención médica en la UMF y externamente.**

c) Artículo 15. Aleatorización de pacientes a estudios experimentales, **en este estudio no se manipularon variables.**

d) Artículo 16. Habla de proteger la privacidad del paciente. **Se realizaron los cuestionarios en un área asignada y de manera individualizada, la confiabilidad de sus datos fue usada estrictamente para este estudio y se autorizó cuando el paciente firmó el consentimiento informado.**

e) Artículo 17. Habla referente al riesgo de investigación y se clasifica en sin riesgo, mínimo y riesgo mayor. **Mi proyecto se catalogó con riesgo mínimo ya que no hubo un daño físico, pero si influyó en cambios psicológicos, ya que se utilizaron dos instrumentos: el primero fue la valoración de las creencias en salud sobre la realización de mastografías y el segundo aunado a valorar su estado socioeconómico con los cuales la paciente puede sentirse vulnerable al dar a conocer dicha información.**

f) Artículo 20. Habla del consentimiento informado. **Se tuvo la disposición de un consentimiento informado institucional el cual expuso el título del estudio, los objetivos, la metodología y beneficios o riesgos de este.**

g) Artículo 21. Habla de la veracidad del consentimiento informado. **Después de haber realizado las llamadas telefónicas para hacerles la cordial invitación a los candidatos a participar en el estudio, se les citó en el aula de enseñanza con el fin de explicarles por grupos cual era la intención del estudio, como se iba realizar , los riesgos, los beneficios y la reiteración precisa respecto a que la privacidad y confidencialidad de sus datos y persona son principios para nuestro estudio; de igual modo se mostró el consentimiento informado, se leyó con ellos, hubo aclaración dudas o preguntas; se informó que el consentimiento es revocable y en cualquier momento, incluso durante la prueba el paciente estaban en su derecho de no continuar el cuestionario sin ningún tipo de afección a su integridad.**

h) Artículo 22. Consentimiento informado por escrito. **Se hizo uso del formato actual de consentimiento informado institucional, que cumple con todos los requisitos establecidos en este artículo.**

i) Artículo 24. Habla de la obtención de los datos. **No se podría realizarse el estudio a familiares directos o persona de confianza de los investigadores, de haber sido el caso que algún paciente derechohabiente de la UMF y ser familiar de los investigadores, la información tuvo que ser recabada por otro médico capacitado.**

j) Artículo 27. Habla de los participantes con alteraciones psiquiátricas. **Dentro de nuestro protocolo, no se involucraron patologías psiquiátricas que involucraran o modificaran el estudio.**

5. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012

a. Apartado 6. Habla de la presentación y autorización de los protocolos de investigación. **Una vez terminado el protocolo de investigación se dispuso a revisión, para que el Comité de Investigación y Ética emitieran un dictamen de aceptación para que se pudiera proseguir a la realización las encuestas.**

b. Apartado 7. Hace referencia al seguimiento de investigación. Se cumplió con los lineamientos de este apartado y se emitieron los dictámenes de seguimiento y estatus de la investigación.

c. Apartado 8. Habla de las instituciones o establecimientos donde se realiza la investigación. El estudio se realizó dentro de la UMF 62 en un área asignada para la aplicación de las encuestas, de igual modo en la unidad se cuenta con la atención de consulta médica y en caso de presenciar algún daño en la salud del paciente se le brindó la atención pertinente. De igual modo se informó al comité de Ética sobre estos acontecimientos.

d. Apartado 10. Habla del investigador. El investigador principal se rigió bajo los estatutos éticos y científicos, sin dañar al paciente, se realizó el consentimiento informado ajustado a nuestras intenciones académicas, así mismo la obtención de información fueron de personas externas a nuestras redes sociales intimas, o relaciones familiares. Informamos a la familia y al comité de ética sobre los riesgos que pudieran suscitarse durante la aplicación del cuestionario.

e. Apartado 11. Habla de la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. La responsabilidad de la seguridad física estuvo bajo la tutela de los investigadores, el consentimiento informado pudo ser revocable cuando la familia o sujeto así lo hayan deseado, en caso de algún daño físico fue responsabilidad de nosotros como investigadores.

f. Apartado 12. Habla sobre la información implicada en la investigación. Los datos recabados por medio de las encuestas se manejaron únicamente por los investigadores, la privacidad de estos estuvo sujeta bajo setenta y dos meses; el participante pudo solicitar información de sus resultados cuando lo deseara.

6. LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

a. Artículo 7. Habla de los lineamientos para la recolección de los datos conforme a la ley. Para la obtención de datos se le repartió nuevamente al paciente la finalidad del estudio, la utilidad de sus datos personales, así como de los resultados que

hayan resultado de la prueba, reiterando la privacidad de estos datos exclusivamente con fines del estudio.

b. Artículo 8. Habla del expreso del consentimiento informado. **Se realizó de manera verbal la presentación de nuestro estudio, con la intención de que el paciente conociera los objetivos, riesgos, beneficios, procedimientos a realizar, aspectos estadísticos y éticos, la resolución de sus dudas y preocupaciones; para posteriormente obtener la firma en un consentimiento informado determinado el cual explicó lo comentado verbalmente.**

c. Artículo 9. Habla de la obtención de datos personales sensibles. **Se consideraron datos sensibles a aquellos que podían alterar la esfera más íntima del involucrado; al estadificar sus pensamientos hayan podido generar incomodidad de las pacientes así como su estado socioeconómico, por lo tanto se les explicó la finalidad de dicha encuesta y el candidato estuvo en todo su derecho de retirarse del estudio en el momento que se sintiera en riesgo alguno.**

d. Artículo 11. La base de datos con los datos contenidos deberá ser veraz, pertinente y actual. **Los resultados obtenidos que se incorporaron a la base de datos únicamente fueron plasmados si se conseguían todas las variables en cada uno de los pacientes, si por algún motivo en alguno no se respondieran, inmediatamente fueron anulados esos datos, así mismo después de setenta y dos meses estos fueron eliminados.**

e. Artículo 12. Se refiere a la limitación de los datos personales únicamente para el fin establecido. **Se interrogaron únicamente las variables que se deseaban conocer, no se recabaron datos personales o nombres agregados para este estudio.**

f. Artículo 13. La manipulación de los datos personales será el adecuado y relevante para el fin del estudio. **Para nuestro estudio la toma de datos fueron los necesarios para poder comprobar nuestra hipótesis, nos limitamos a tomar otros o a exceder el tiempo de uso de estos, a más de setenta y dos meses.**

g. Artículo 14. Se velará por el cumplimiento de los principios de protección de los datos personales. **Se usaron los datos personales obtenidos con la debida**

responsabilidad jurídica plasmada en la sección de privacidad del consentimiento informado

A. Procedimiento para la evaluación, registro, seguimiento, enmienda y cancelación de protocolos de investigación presentados ante el comité local de investigación en salud y el comité local de ética en investigación 2810-003-002.

Dicho procedimiento fue actualizado el 18 de octubre de 2018. Se debe consultar los siguientes anexos los cuales cuentan el formato oficial y cada uno cuenta con un instructivo de llenado los cuales deben ser registrados y no debe de omitir cada uno de los datos.

- I. Anexo 2 Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos) Clave 2810-009-013
- II. Anexo 3 Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad) y Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años) Clave 2810-009-014

IX. RESULTADOS

Al estimar la asociación entre las creencias en salud, las cuales se subdividen en: susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficiencia y la gravedad percibida con el nivel socioeconómico, en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, mediante la prueba U de Mann-Whitney, se obtuvo con respecto a la asociación entre la susceptibilidad percibida a tener cáncer de mama y el nivel socio económico: el nivel obrero una presento una baja percepción en un 47 % seguido del nivel medio bajo en un 22.5% ($p=0.60$) (Tabla1 y Grafica 1). Con respecto a la asociación de los beneficios percibidos de la mastografía y el nivel socio económico: el nivel obrero presento una alta percepción en un 52.7% seguido del medio bajo en un 20.8% ($p=0.62$) (Tabla 2 y Grafica 2). Al asociar las barreras percibidas a la realización de mastografía y el nivel socio económico: el nivel obrero presento una baja percepción en un 47%, seguido del nivel medio bajo con un 20.8%($p=0.67$) (Tabla 3 y Grafica 3). Al asociar la percepción de autoeficacia en las mujeres para realizarse la mastografía y el nivel socio económico: el nivel obrero presento una auto eficiencia alta en un 53 %, seguido del medio bajo en un 23.6% ($p=0.001$) (Tabla 4 y Grafica 4). En cuanto a la asociación de la gravedad percibida al cáncer de mama y el nivel socio económico: el nivel obrero presento una alta percepción de la gravedad en un 34.2 %, seguido del medio bajo con 14.8% ($p=0.99$) (Tabla 5 y Grafica 5). Además, se identificó que la susceptibilidad percibida a la realización de mastografías en mujeres fue de predominio baja en un 80.3% (tabla 6, grafica 6). Los beneficios percibidos fueron altos en un 86 % (tabla 7, grafica 7). Las barreras percibidas fueron bajas en un 80.9% (tabla 8, grafica 8). La auto eficacia percibida fue alta en un 90.6% (tabla 9, grafico 9). La gravedad percibida fue alta en un 60% (tabla 10 grafica 10). Se identificó que el nivel socio económico que predomino fue el nivel obrero en un 59.8%, seguido del 25.6% del nivel medio bajo (tabla 11 y grafica 11). La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 50.3 años con una edad máxima de 59 años y mínima de 41 años (tabla 12, grafica 12). En cuanto a la escolaridad se identificó que el 38.7% su ultimo nivel de estudios fue secundaria, seguido de primaria en un 23.1% (tabla 13, grafica 13). El estado civil identificado más frecuente en las mujeres fue 55.8% casada, seguida de 25.8% soltera (tabla 14, grafica14). La ocupación con mayor porcentaje fue trabajo no especificado en un 71.2% seguida de profesionista en un 12.5%

IX.1 TABLAS Y GRAFICOS DE RESULTADOS

Tabla 1. Susceptibilidad percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

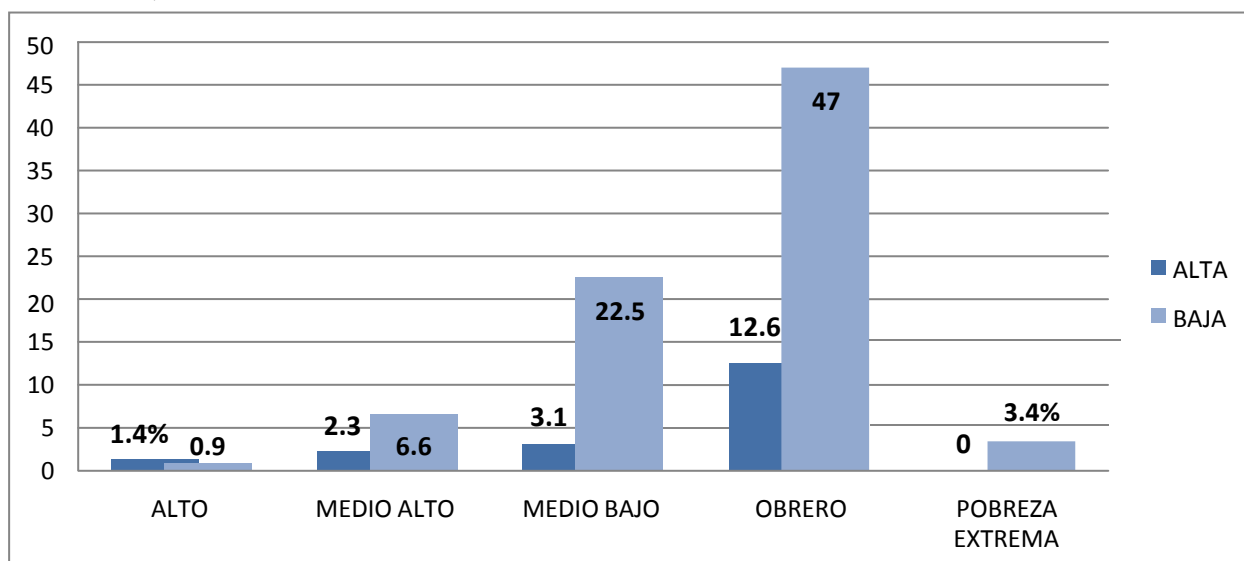
NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTA SUSCEPTIBILIDAD		BAJA SUSCEPTIBILIDAD		P
	FC	%	FC	%	
ALTO	5	1.4	3	0.9	0.60
MEDIO ALTO	8	2.3	23	6.6	
MEDIO BAJO	11	3.1	79	22.5	
OBRERO	45	12.8	165	47	
POBREZA EXTREMA	0	0	12	3.4	
TOTAL	69	19.7	282	80.3	

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Prueba de U de Mann-Whitney con un valor de $P < 0.05$

Grafica 1. Susceptibilidad percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 1

Simbología: Porcentaje %

Tabla 2. Beneficios percibidos para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

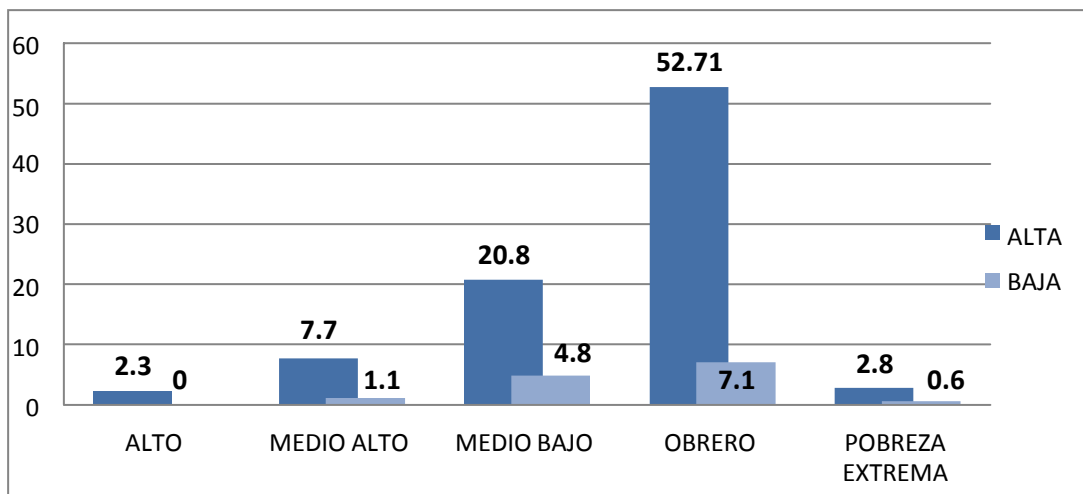
NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTOS BENEFICIOS		BAJOS BENEFICIOS		P
	FC	%	FC	%	
ALTO	8	2.3	0	2.3	0.62
MEDIO ALTO	27	7.7	4	1.1	
MEDIO BAJO	73	20.8	17	4.8	
OBRERO	185	52.7	25	7.1	
POBREZA EXTREMA	10	2.8	2	0.6	
TOTAL	303	86.3	282	80.3	

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Prueba de U de Mann-Whitney con un valor de $P < 0.05$

Grafica 2. Beneficios percibidos para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla 2

Simbología: Porcentaje %

Tabla 3. Barreras percibidas para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

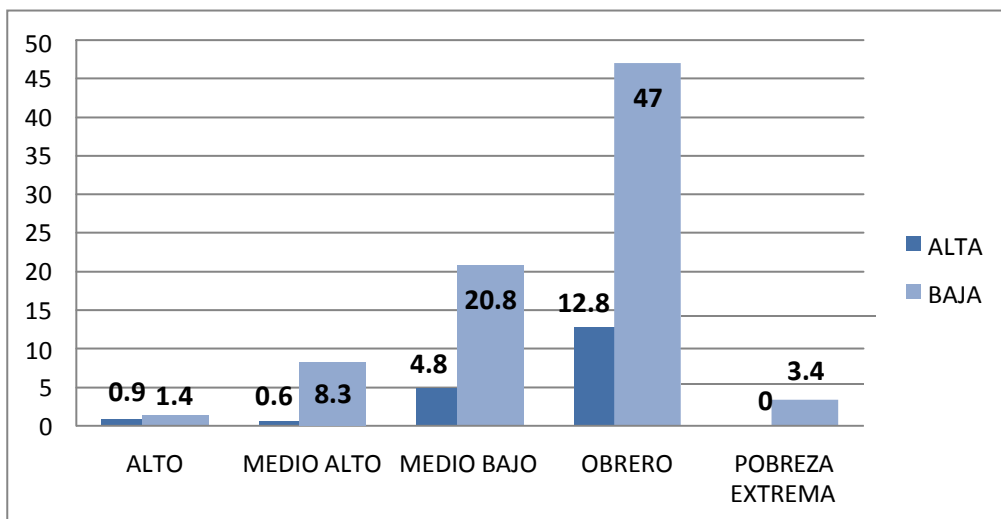
NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTAS BARRERAS		BAJAS BARRERAS		P
	FC	%	FC	%	
ALTO	3	0.9	5	1.4	0.67
MEDIO ALTO	2	0.6	29	8.3	
MEDIO BAJO	17	4.8	73	20.8	
OBRERO	45	12.8	165	47	
POBREZA EXTREMA	0	0	12	3.4	
TOTAL	67	19.1	284	80.9	

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Prueba de U de Mann-Whitney con un valor de $P < 0.05$

Grafica 3. Barreras percibidas para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 3

Simbología: Porcentaje %

Tabla 4. Autoeficiencia percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

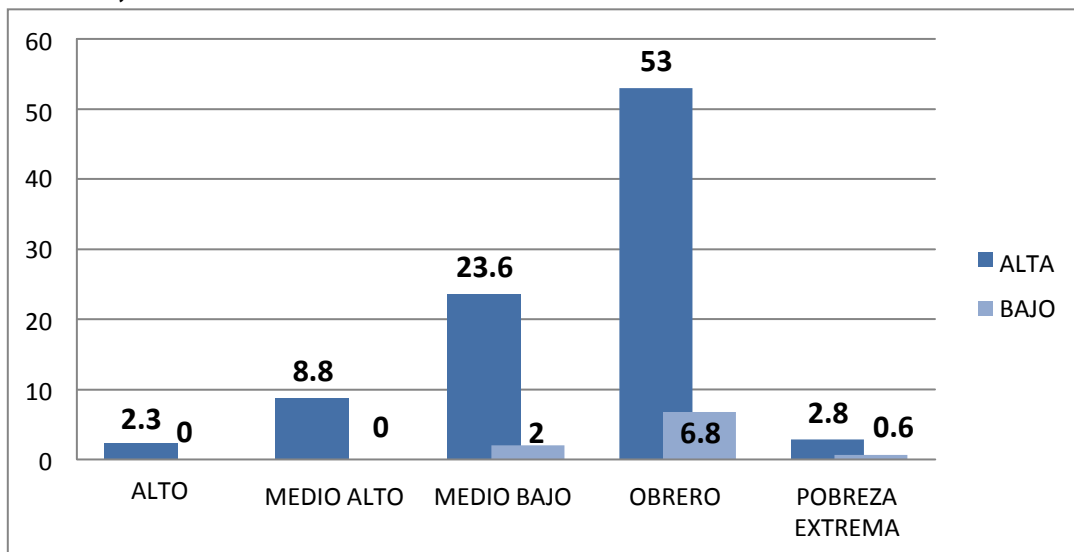
NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTA AUTOEFICIENCIA		BAJA AUTOEFICIENCIA		P
	FC	%	FC	%	
ALTO	8	2.3	0	0	0.001
MEDIO ALTO	31	8.8	0	0	
MEDIO BAJO	83	23.6	7	2	
OBRERO	186	53	24	6.8	
POBREZA EXTREMA	10	2.8	2	0.6	
TOTAL	318	90.6	33	9.4	

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Prueba de U de Mann-Whitney con un valor de $P < 0.05$

Grafica 4. Autoeficiencia percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021



Fuente: Tabla no 4

Simbología: Porcentaje %

Tabla 5. Gravedad percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

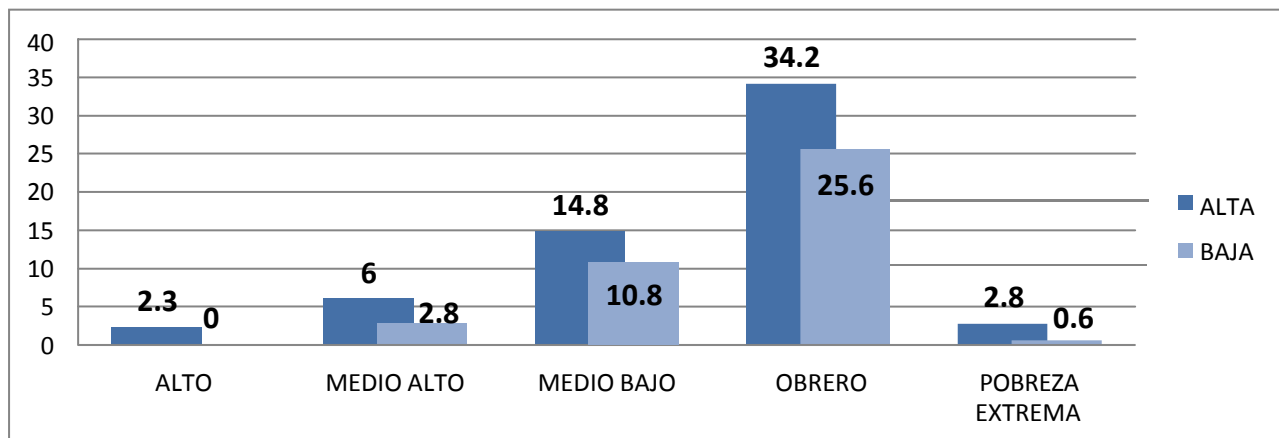
NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTA GRAVEDAD		BAJA GRAVEDAD		P
	FC	%	FC	%	
ALTO	8	2.3	0	0	0.99
MEDIO ALTO	21	6.0	10	2.8	
MEDIO BAJO	52	14.8	38	10.8	
OBRERO	120	34.2	90	25.6	
POBREZA EXTREMA	10	2.8	2	0.6	
TOTAL	122	60.1	140	39.9	

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Prueba de U de Mann-Whitney con un valor de $P < 0.05$

Tabla 5. Gravedad percibida para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 5

Simbología: Porcentaje %

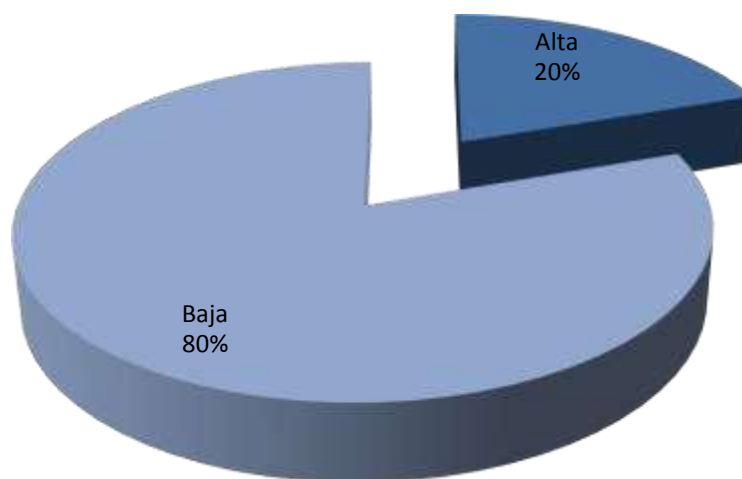
Tabla 6. Susceptibilidad percibida para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.

Susceptibilidad percibida	FC	%
ALTA	69	19.7
BAJA	282	80.3
TOTAL	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 6. Susceptibilidad percibida para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 6

Simbología: Porcentaje %

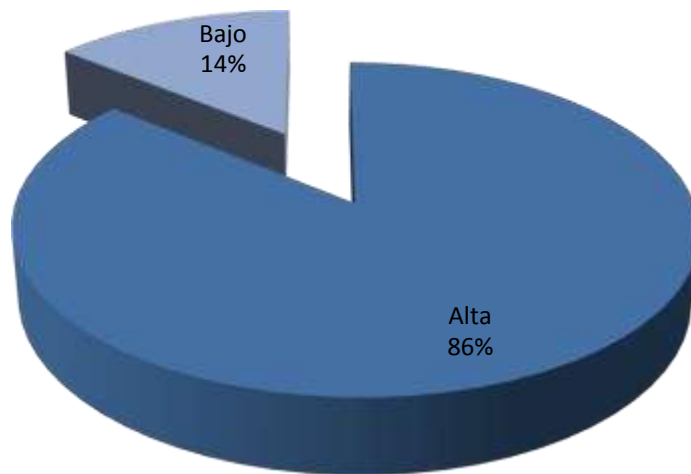
Tabla 7. Beneficios percibidos para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.

Beneficios percibidos	FC	%
ALTA	303	86.3
BAJA	48	13.7
TOTAL	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Grafica 7. Beneficios percibidos para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 7

Simbología: Porcentaje %

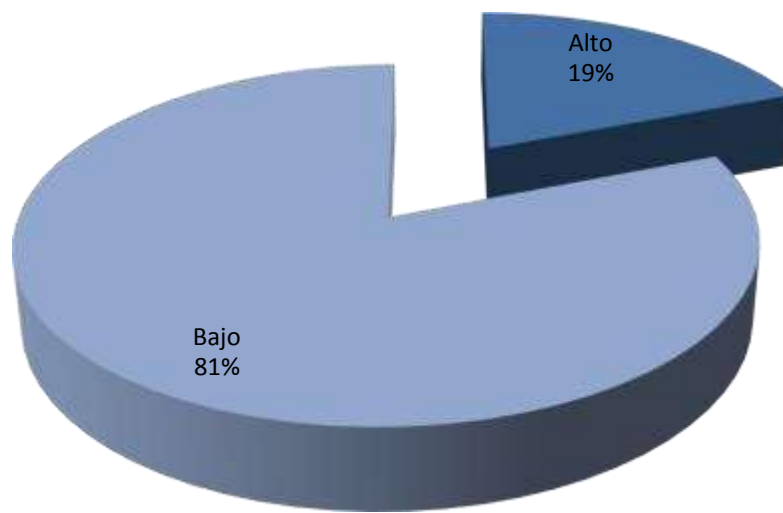
Tabla 8. Barreras percibidas para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.

Barreras percibidas	FC	%
ALTA	67	19.1
BAJA	284	80.9
TOTAL	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Grafica 8. Barreras percibidas para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 8

Simbología: Porcentaje %

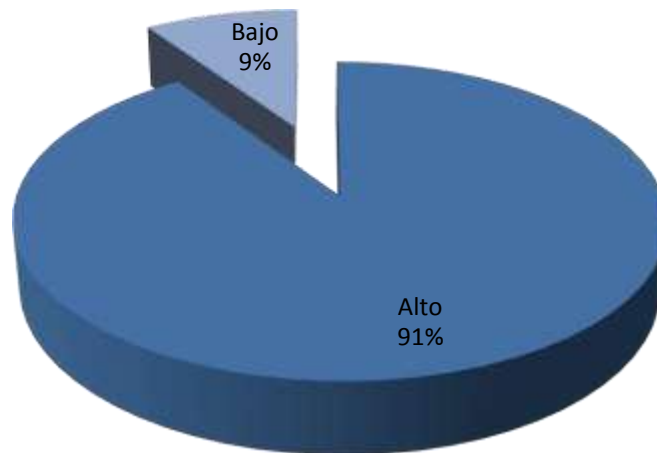
Tabla 9. Autoeficacias percibidas para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021.

Autoeficacia percibida	FC	%
ALTA	318	90.6
BAJA	33	9.4
TOTAL	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 9. Autoeficacias percibidas para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021



Fuente: Tabla no 9

Simbología: Porcentaje %

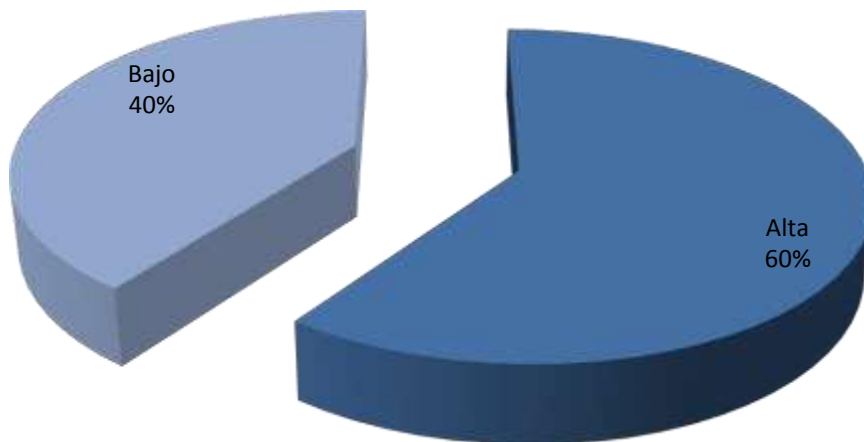
Tabla 10. Gravedad percibida para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021

Gravedad percibida	FC	%
ALTA	211	60.1
BAJA	140	39.9
TOTAL	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 10. Gravedad percibida para la realización de mastografías en mujeres de la UMF 62, 2021



Fuente: Tabla no 10

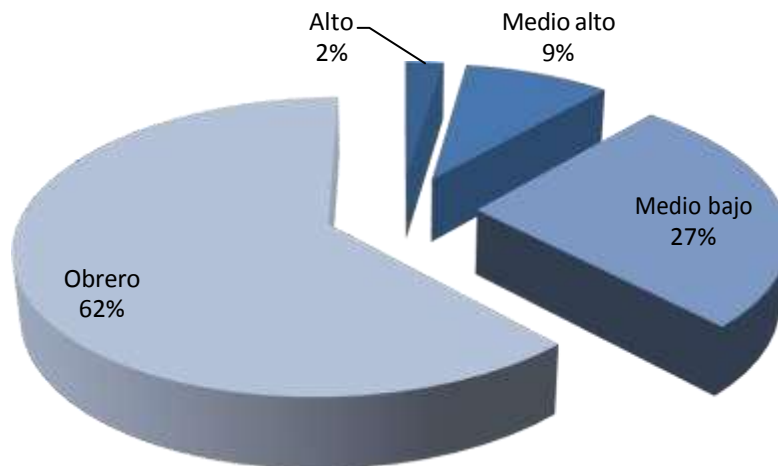
Simbología: Porcentaje %

Tabla 11. Nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FC	%
Alto	8	2.3
Medio alto	31	8.8
Medio bajo	90	25.6
Obrero	210	59.8
Pobreza extrema	12	3.4
Total	350	100

Fuente: Encuesta
 Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 11. Nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



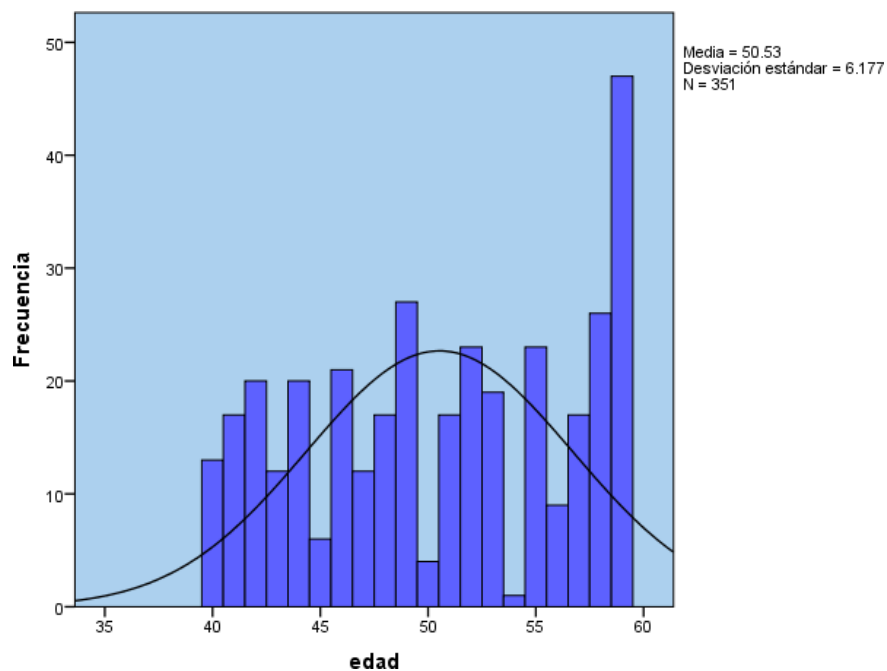
Fuente: Tabla no 11
 Simbología: Porcentaje %

Tabla 12. Edad en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

	VALORES
MEDIA	50.53
MEDIANA	51
MODA	59
VALORES MINIMOS	40
VALORES MAXIMOS	59

Fuente: Encuesta

Gráfico 12. Edad en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 12

Simbología: Porcentaje

N:muestra total

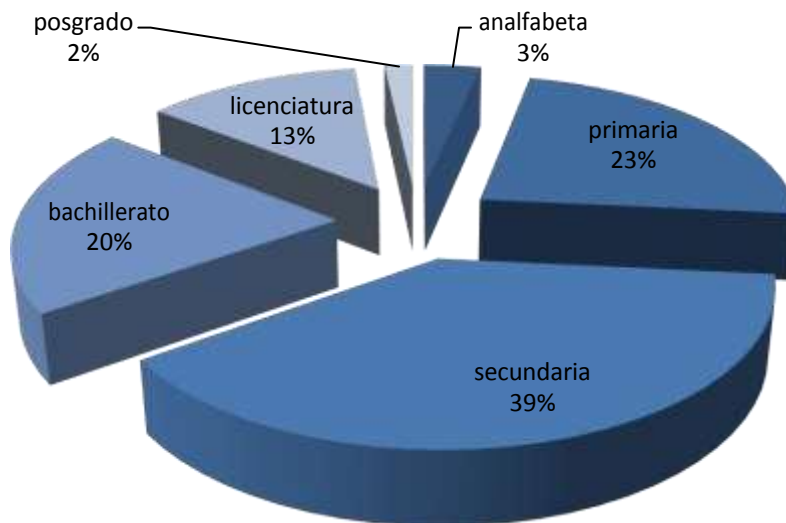
Tabla 13. Escolaridad en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FC	%
Analfabeta	12	3.4
Primaria	81	23.1
Secundaria	136	38.7
Bachillerato	71	20.2
Licenciatura	45	12.8
Posgrado	6	1.7
Total	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 13. Escolaridad en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 13

Simbología: Porcentaje %

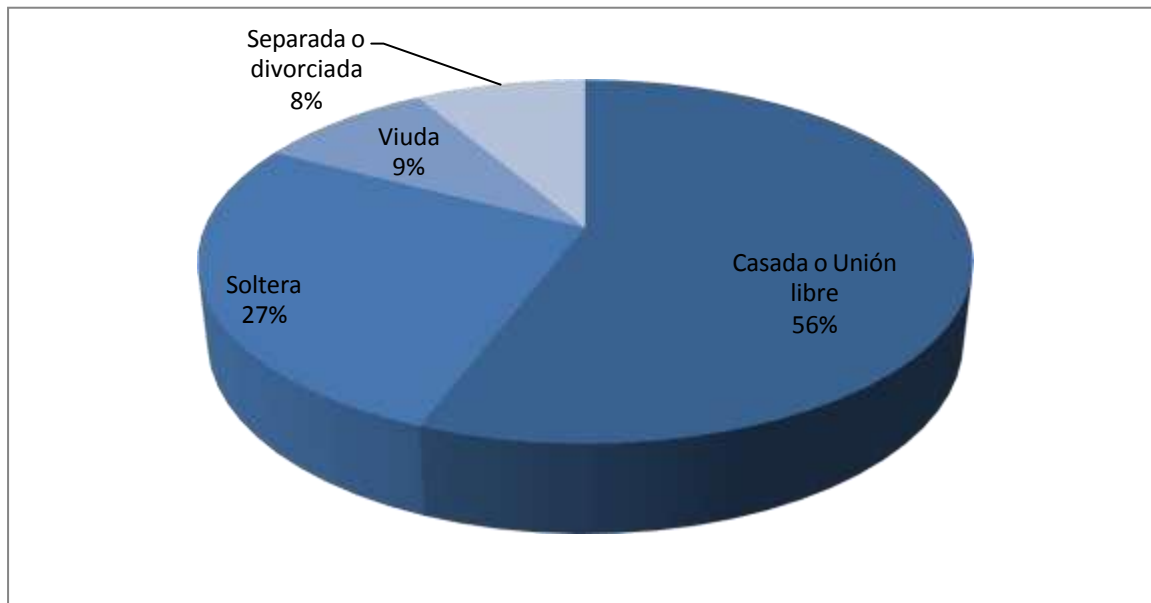
Tabla 14. Estado civil en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

ESTADO CIVIL	FC	%
Casada o Unión libre	196	55.8
Soltera	94	26.8
Viuda	31	8.8
Separada o divorciada	30	8.5
Total	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Grafica 14. Estado civil en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 14

Simbología: Porcentaje %

Tabla 15. Ocupación en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.

OCUPACION	FC	%
Desempleada	10	2.8
Profesionista	44	12.5
Funcionario publico	4	1.1
Comerciante	43	12.3
Trabajo no especificado	250	71.2
Total	351	100

Fuente: Encuesta

Simbología: FC Frecuencia, Porcentaje %

Gráfico 15. Ocupación en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62, 2021.



Fuente: Tabla no 15

Simbología: Porcentaje %

IX. DISCUSION:

El cáncer de mama constituye el 25% de los cánceres a nivel mundial, siendo el más frecuente en mujeres, con una incidencia de 1.67 millones de casos posicionándose como la primer causa de muerte, las mujeres se sienten vulnerables ante este padecimiento asumiendo que las consecuencias pueden ser graves, por lo cual el uso de la mastografía debería reducir o eliminar este sentimiento, sin embargo no son conscientes de la susceptibilidad a padecer esta enfermedad, por lo que esta población no realiza estudios de prevención de manera rutinaria y lo cual se ha observado, de manera frecuente, que se relaciona con su nivel socio económico sin embargo en este estudio se demostró que no hay asociación entre los beneficios percibidos de este procedimiento, las barreras percibidas y la gravedad percibida de las mujeres sobre el cáncer de mama, con el nivel socio económico, sin embargo, si se asoció con un nivel de auto eficiencia alto y el nivel socio económico obrero en un 53% , factor que no se había estudiado previamente.

Azar Darvishpour y colaboradores (2018) en Irán ,realizo un estudio para determinar predictores de comportamiento de detección de cáncer de mama basados en el modelo de creencias de salud, demostrando que las mujeres con más beneficios percibidos y menos barreras percibidas, tienen más probabilidad de realizarse la mastografía, comparado a este estudio se encontró que en nuestra población el 86% percibe un alto beneficio y el 80.9% cuentan con percepción baja de barreras para realizarse la mastografía en esta unidad, por lo tanto, más de la mitad de nuestra población tendrían mayor probabilidad para realizarse el procedimiento.

Knaut. y colaboradores (2009) en México, realizo un estudio llamado el cáncer de mama un reto para la sociedad y los sistemas en salud, destaca que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socio económico residentes en áreas urbanas, acuden al examen clínico significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad, comparado con este estudio el 66% cuenta con bajo nivel de escolaridad (analfabetismo, primaria y secundaria) y el 62 % cuentan con nivel socio económico bajo (obrero) por lo tanto más de la mitad de nuestra población estaría en riesgo.

Ponce (2013) en la UMF 8 del IMSS de Aguascalientes realizó un estudio asociando las creencias de salud y la realización de mastografías, en donde observo que el 85.7% de

su población se perciben susceptibles con relación a realizarse la mastografía a diferencia de este estudio en el cual se reportó el 86.3% baja percepción de susceptibilidad lo cual es un factor riesgo para la falta de realización según el modelo de creencias en salud de Champions.

Al contrario de nuestra hipótesis, Petra (2018) en España, realizó un estudio para valorar los pensamientos sobre su población y la mamografía, encontrando que las mujeres de mayor nivel socio económico de diferentes grupos étnicos tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, que las mujeres de niveles socio económicos más bajos de los mismos grupos en este caso las mujeres con alto nivel socio económico presentan un nivel susceptibilidad alto en un 1.4 % siendo este un factor de riesgo.

X. CONCLUSION.

En la presente investigación se encontró en el periodo de Julio 2021 a Febrero 2022 con una muestra de 351 pacientes mujeres de 40 a 59 años de edad adscritas en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, el 59.8% de total de la población cuentan con un nivel socio económico obrero de acuerdo a la clasificación de Graffar y al estimar a asociación entre las creencias en salud para la realización de mastografías y el nivel socio económico en la detección temprana de cáncer de mama, se obtuvo en su mayoría del total de la población encuestada que el 80% tiene una baja percepción de susceptibilidad al cáncer de mama, es decir no se creen susceptibles al riesgo de tener cáncer de mama independientemente de su nivel socioeconómico , lo cual es alarmante a pesar de los esfuerzos institucionales ya que no se ha logrado sensibilizar a las pacientes.

En base a los resultados encontrados podremos concluir que no hay asociación entre tener un nivel socio económico y las medidas de creencias de salud, únicamente encontrando significancia de asociación en la auto eficiencia, lo que se traduce que las mujeres obreras cuentan con mayor percepción de capacidad para poder realizarse la mastografía lo cual es un factor de buen pronóstico para las mujeres que deciden realizarse la mastografía en nuestra unidad tomando en cuenta que las mujeres están bien informadas sobre las acciones que pueden llevar a cabo en esta institución para solicitar la realización de dicho estudio.

Además, se pudo identificar que en su mayoría de nuestra población perciben beneficios altos para realizarse la mastografía en un 86%, las barreras que se interponen entre la mujer y el estudio fueron bajas en un 90.6%, la gravedad percibida sobre el cáncer de mama fue del 60% lo que descuerdo a varios autores es un factor de buen pronóstico para la adopción de medidas preventivas.

Es de vital importancia el informar a las pacientes sobre la patología mamaria y los factores asociados independiente de su nivel socioeconómico continuar con la adopción de estrategias individualizadas sobre la susceptibilidad de cada paciente a tener Cáncer de Mama.

XII. RECOMENDACIONES.

La población tomada en este estudio en su mayoría conto con un nivel socioeconómico obrero ya que es la población que en su mayoría contamos en la unidad de medicina familiar, sin embargo es importante considerar que las creencias de salud son un campo muy poco estudiado en México y a pesar de no asociarse con el nivel socio económico, nos da un panorama de las creencias de nuestra población, en su mayoría al contestar su baja susceptibilidad fue debido a que no creían tener factores de riesgo genéticos, sin embargo es bien sabido que solamente el 7 al 10% de las mujeres con cáncer de mama cuentan con antecedentes heredofamiliares en primera línea, considero que hubiera sido importante en este apartado agregar esa pregunta, además que en la elaboración del estudio consideran que a mayor edad menor el riesgo por lo tanto no consideran importante realizarse la mastografía a mayor edad, considero que las mujeres cuentan con información errada sobre la realización de mastografía y a pesar de que se han tomado muchas estrategias en el instituto para informarlas esta es insuficiente ,es de vital importancia que la información sea individualizada para determinar el riesgo en cada paciente, fomentar la autoexploración y las medidas preventivas.

Durante la realización del cuestionario las pacientes tuvieron dudas al contestar algunas preguntas del instrumento de creencias en salud por lo que se acercaban para aclararlas, ya que no estaban familiarizadas a la escala tipo Likert y les fue difícil diferenciar las respuestas, por lo que el tiempo de la encuesta fue más de lo planeado y fue importante aclarar previo a la realización del mismo.

Durante la realización de la escala de Graffar no toma en cuenta otros ingresos familiares de las pacientes por lo que podría ser un sesgo importante para discernir el nivel socioeconómico de nuestra población.

Al final de este se les invitaba a realizarse la mastografía en caso de no habérsela realizado, siendo en su mayoría una actitud positiva, se les derivó a su médico familiar para revisión y envió al mismo, considerando que el abordaje de la paciente de manera personalizada y previa concienciación

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. - Norfariha C. M, Soo-Foon. M, Bee-Chiu. L. Validity and Reliability of Health Belief Model Questionnaire for Promoting Breast Self-Examination and Screening Mammogram for Early Cancer Detection, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2019, (20). 2865-2873.
- 2.-. Zahra. K, Mohammad A. M.S, Ali A.V, Behnaz E., Hossein F., Fatemeh Y., Predictors of mammography based on Health Belief Model in Khorramabad women. J Educ Health Promot. 2019, Vol. 8. Pp.180-186
3. - Darvishpour A, Vajari SM, Noroozi S. Can Health Belief Model Predict Breast Cancer Screening Behaviors? Open Access Maced J Med Sci. 2018. (19) 949-953.
4. - Santana D. V. Madelynn B.S.D. Health Beliefs and Breast Cancer Screening in Rural Appalachia: An Evaluation of the Health Belief Model. The Journal of Rural Health. 2017. (33).350-360.
- 5.- Masoudiyekta L, Rezaei-Bayatiyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. Effect of Education Based on Health Belief Model on the Behavior of Breast Cancer Screening in Women. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018 (5), 114-120.
6. - Kendra Guilford, Erin McKinley & Lori Turner. Breast Cancer Knowledge, Beliefs, and Screening Behaviors of College Women: Application of the Health Belief Model, American Journal of Health Education. 2017. Vol. (48)256-263.
- 7.- Meneses-Echávez J. F, Martínez-Torres J., Chavarriaga-Ríos M. C, González-Ruiz. K, Vinaccia-Alpi. S, Rincón-Castro A. D. et al. Creencias y conocimientos relacionados a la práctica del autoexamen de mama en mujeres universitarias de Colombia: Un estudio descriptivo. chil. obstet. ginecol. 2018. (83). 120-129.
- 8.- Juárez-García D. M, Téllez A., García-Cadena C. H. Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. Acta de investigación psicol. 2019. (9)7-14.
- 9.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día internacional de contra el cáncer de mama 19 de Octubre, México: INEGI; 2020.

Comunicado de prensa: 462/20 <https://www.inegi.org.mx> › propósito › mama0_Nal.pdf.
Consultado 12 de marzo 2021

10.- Yisel. C.R. A. Eugenia. R. M. T. Caridad. C. G. Bárbara. J. S. Wilfredo V. M.. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Ciencias Médicas. 2015. (19). 619-629.

11.- Meybol. S. R. Simbala. A. D. Valenzuela. N. N. Morales. I. O. Gelabert. R. S. Conocimiento del cáncer de mama en estudiantes de enfermería. Ciencia y Enfermería. 2019. (25). 1-9.

12.- Antonio. M. A. Labastida. S. A. Espejo. F. A. Rodriguez. S. C. Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Cirugía y Cirujanos. 2017. (85.) 201-207.

13. - Cindy B. M, Leigh A. N., Breast Cancer. A Review for the General Surgeon. Clinical Review & Education. 2013. (148). 971-979.

14. - Wörmann B. Breast cancer: basics, screening, diagnostics and treatment. Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten. 2017. (40). Pp. 55-64.

15. - Gonzalo. M. A. Cáncer de mama. Perinatol Reprod Hum. 2012. (26). . 81-82.

16. - Espinoza. R.M. Cáncer de mama. Revista Médica Sinergia. 2017. (2) 8-12.

17. - Harbeck N, Gnant M. Breast cancer. Lancet. 2017. (18). Pp. 1134-1150.

18.- Kolak A., Kamińska M., Sygit K., Budny A., Surdyka D., Kukielka-Budny B. et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 2017. (24). 549-553.

19.- Imigo G., F., Mansilla S., E., Delama G., I., Poblete S., M., & Fonfach Z., C. Clasificación molecular del cáncer de mama. Cuadernos de Cirugía. 2018. (25). 67-74.

20. - Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al. Risks of Breast, Ovarian, and Contralateral Breast Cancer for BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. JAMA. 2017. (317)2402-2416.

21.- Couch FJ, Shimelis H, Hu C, et al. Associations Between Cancer Predisposition Testing Panel Genes and Breast Cancer. JAMA Oncol. 2017. (3).1190-1196.

- 22.- Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci.* 2017. (13) 1387-1397.
- 23.- Merino. J.A.B. Torres. M.T. Ros. M.L.H. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radilogia.* 2017. (59) 368-379.
- 24.- Cofré. E. S. Comunicación para la salud: aproximaciones epidemiológicas y socioculturales al cuerpo-enfermo de las mujeres con cáncer de mama. *Comunicación de la SEECI.* 2020. (51). 169-183.
- 25.- Moreno M.M. Gutiérrez. D. I. Raydel Z. G. Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión.* 2017. (2). 1-6.
- 26.- Lostaunau V. Torrejón C. Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Act.Psi.* 2017. (31). 75-90.
27. - Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res.* 2017. (50)
- 28.- Lara T. M. C, Olmedo Z. Á. Detección temprana y diagnóstico del cáncer mamario. *Rev. Fac. Med.* 2011. (54). 04-17.
29. - Licari T.A. Mammography Safety Revisited. *Radiol Technol.* 2019. (91). 191-195.
- 30.- Petra. R. Varelaa. J. Baena. C. Alicia. Q. Cutillasa. M. González. Guerrero E. ¿Qué piensan las mujeres sobre la mamografía de cribado? Encuesta en el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. *Senología y Patología Mamaria.* 2018. (31), 4-11.
31. Juárez-García Dehisy Marisol, Téllez Arnoldo, García-Cadena Cirilo H. Escala del Modelo de Creencias de Salud para la Autoexploración de Mama en Estudiantes Universitarias. *Acta de investigación psicol [revista en la Internet].* 2019 [citado 2022 Mayo 22]; 9(1): 7-14.
32. Ponce Garcia M.R, Alanis O. Creencias en salud asociadas a la realización de mastografía para la detención oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes, 2013

33. Magallan del Angel K.C., Nuñez Rocha G. Análisis de percepción de riesgo para cáncer de mama y su relación con la intención de uso de la mastografía en jóvenes universitarias, Universidad Autonoma de Nuevo Leon, 2016
34. Knaul Felicia M, López Carrillo L. Lazcano Ponce E., Gómez D, Romieu I. , Torres G.. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2022 Jun 20] ; 51



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.
Patrocinador externo (si aplica)*: Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar no. 62., Avenida 16 septiembre No. 39 Colonia Guadalupe CP: 54800 Cuautitlán México, Estado de México Oriente.
Número de registro institucional: Justificación y objetivo del estudio:	Se encuentra pendiente. Justificación: Si sabemos lo que usted cree sobre el cáncer de mama, del estudio de sus senos, su posibilidad económica y eso provoque que usted no se haga el estudio, podremos ver a tiempo si usted está en peligro de que en un futuro pudiera darle una enfermedad en sus senos. Objetivo: Buscaremos si tiene que ver lo que usted cree sobre el cáncer de mama, sobre el estudio de sus senos, con su posibilidad económica y que esto provoque que no se haga el estudio de sus senos.
Procedimientos:	Le hare unas preguntas para conocer su edad, hasta que año estudió, si está casada o no, después le entregará un primer cuestionario para saber su posibilidad económica y al terminar le entregará el segundo cuestionario para conocer su opinión sobre del cáncer de mama y el estudio de sus senos.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos: Este estudio es de riesgo mínimo: lo que significa que no pude afectar a su salud o producirle un daño en su cuerpo, ya que solo se le pedirá contestar los cuestionarios. Molestias: Pudiera sentirse incomoda o preocupada el estar dando información personal o de su manera de pensar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que recibirá usted al participar en este estudio, es que al saber lo que usted cree del cáncer de mama y el estudio de sus senos y si esto tiene que ver con su posibilidad económica, podremos apoyarla con mayor información y orientarla sobre las dudas que tenga, para que usted se haga a tiempo el estudio en sus senos; si fuera necesario la llevare con su médico familiar para que le pida el estudio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Resultados: Terminando los cuestionarios podremos saber el resultado, en caso de que usted quiera saberlos se le dará en el momento Alternativas de tratamiento: Si fuera necesario la llevare con su médico familiar para que le pida el estudio de sus senos.
Participación o retiro:	Usted es libre de querer o no participar en este estudio podrá retirarse en el momento que desee sin ningún efecto malo en su atención médica actual, dentro de la unidad de medicina familiar.
Privacidad y confidencialidad:	Privacidad: Los datos personales que usted nos proporciona serán cuidados al identificar el cuestionario solo con un folio, jamás se usara su nombre. Confidencialidad: Los datos de mantendrán empaquetados en nuestra unidad durante setenta y dos meses, únicamente podrán ser vistos y conocidos por los investigadores de este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio
- Si acepto participar en el estudio y que se toma la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar en el estudio y que se toma la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por se destruirá la misma

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

Investigadora o Investigador Responsable: [Dra. Araceli Gutiérrez Romero, Médico familiar de la unidad de medicina familiar no 62, teléfono 58720066 ext. 51423, correo: araceli.gutierrezr@imss.gob.mx](#)

Colaboradores: [Dra. Stefanie Malinalli Borja Galicia, Residente en medicina familiar de la unidad de medicina familiar no 62, teléfono:5543777010, correo:rainbow_steff@hotmail.com](#)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: **Lic. Oscar Israel Huerta Sorroza**, presidente de Comité de Ética de Investigación en Salud del CLIE del IMSS :Avenida Circunvalación S/N, La Quebrada, Cuautitlán Izcalli CP 54769, Teléfono 5532441660, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

_____ Nombre y firma	Dra. Stefanie Malinalli Borja Galicia, Residente en medicina familiar de la unidad de medicina familiar no 62, teléfono:5543777010, correo:rainbow_steff@hotmail.com
_____ Testigo 1	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma

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

ANEXOS

ANEXO B INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de identificación:

1. Edad _____ años

Folio _____

2. Ultima Escolaridad terminada

a) Analfabeta	b) Primaria	c) Secundaria
d) Bachillerato	e) Licenciatura	f) Posgrado

3. Estado civil

a) Casada unión libre	o	b) Soltera	c) Viuda	d) separada o divorciada
--------------------------	---	------------	----------	--------------------------

4. Ocupación

1. Desempleada	2. Profesionista	3. Funcionario público	4. Comerciante	5. Trabajo no especificado
----------------	------------------	------------------------	----------------	----------------------------

ANEXO C ESCALA BASADA EN EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD DE CHAMPIONS

Esta encuesta es para la realización de estudio llamado: **Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.**

Deberá colocar una (X) de acuerdo a sus pensamientos sobre cada pregunta.

I Susceptibilidad	Demasiado Probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada probable
I.1 ¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos cinco años?	1	2	3	4	5
I.2 ¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos diez años?	1	2	3	4	5
I. 3¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos 20 años?	1	2	3	4	5
I. 4 ¿En comparación con otra mujeres. Las posibilidades de que yo contraiga cáncer de mama son mayores o menores?	1	2	3	4	5
II Beneficios percibidos	Demasiado probable	Muy probablee	Probable	Poco probable	Nada Probable
II.1 Si el cáncer es detectado a temprana edad ¿Hay probabilidades de que sea tratado exitosamente?	5	4	3	2	1
II.2 ¿Hay probabilidades de que la mastografía me ayude a detectar el cáncer de mama cuando está iniciando?	1	2	3	4	5
II.3 ¿Hay probabilidad de que la mastografía me ayude a detectar lasbolitas antes de que se pueda detectar manualmente?	5	4	3	2	1
II.4 ¿Hay la probabilidad de que la mastografía disminuya mis Posibilidades de morir por cáncer de mama?	5	4	3	2	1
III Barreras percibidas	Demasiado probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada Probable
III.1¿Es probable que una ¿Mastografía sea inconveniente para mi?	1	2	3	4	5

III.3 ¿Es probable que el tratamiento de cáncer de mama sea peor que el mismo cáncer?	1	2	3	4	5
III.4 ¿Qué tan probable es que el Tratamiento de cáncer de mama me ocasione muchos problemas?	1	2	3	4	5
III.17 ¿Es probable de que no me haga la mastografía debido a que se me olvide la fecha de la cita?	1	2	3	4	5
VI. Autoeficacia	Demasiado probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada Probable
VI.2 ¿Que tan probable es el que pueda conseguir algún medio de trasporte para acudir a hacerme una Mastografía?	5	4	3	2	1
VI.4 Si me detectaran algún problema en los resultados de la mastografía, ¿es probable de que pueda hablarlo con el médico o la enfermera ?	5	4	3	2	1
VI.5 Si estoy preocupada ¿Es probable que me haga una mastografía?	5	4	3	2	1
VI.6 ¿Qué tan probable es que me haga una mastografía aun si no sé qué esperar de los resultados de la mastografía?	5	4	3	2	1
VI.7 ¿Es probable de que consiga algún apoyo para pagar mi mastografía?	5	4	3	2	1
VI.8 ¿Es probable de que pueda hacer una cita para que me realicen la mastografía ?	5	4	3	2	1
VI.9 ¿Es probable de que encuentre un lugar donde hacen mastografía o que sepa donde se hacen las mastografías?	5	4	3	2	1
VI.10 ¿Hay la probabilidad de hacerme una mastografía?	5	4	3	2	1
Gravedad percibida	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Medio de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La idea de que el cáncer de mama me da miedo	5	4	3	2	1

Cuando pienso en el cáncer de mama, mi corazón late más rápido	5	4	3	2	1
Tengo miedo de pensar en cáncer de mama	5	4	3	2	1

RANGOS	ALTA	BAJA
Susceptibilidad percibida	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Beneficios percibidos	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Barreras percibidas	Mayor o igual a 16	Menor a 15
Auto eficiencia	Mayor o igual a 21	Menor de 20
Gravedad percibida	Mayor o igual a 8	Menor de 7

ANEXO D ESCALA DE NIVEL SOCIOECONÓMICO DE GRAFFAR

Esta encuesta es para la realización de estudio llamado: **Creencias en salud para la realización de mastografías y nivel socioeconómico en la detección temprana de cáncer de mama en mujeres de la UMF 62.**

Deberá colocar una (X) de acuerdo a las características de su familia.

<p>1. Profesión del jefe de Familia</p> <p>() 1.- Profesión universitaria, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)</p> <p>() 2.- Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.</p> <p>() 3.- Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o Productores.</p> <p>() 4.- Obreros especializados y parte de los del sector informal (con primaria completa)</p> <p>() 5.- Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía (sin primaria completa)</p>
<p>2.- Nivel de instrucción de la Madre</p> <p>() 1.- Enseñanza universitaria o su equivalente</p> <p>() 2.- Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.</p> <p>() 3.- Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior</p> <p>() 4.- Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)</p> <p>() 5.- Analfabeta</p>
<p>3.-Principal fuente de ingresos de la Familia</p> <p>() 1.- Fortuna heredada o adquirida</p> <p>() 2.- Ganancias o beneficios, honorarios profesionales</p> <p>() 3.- Sueldo mensual</p> <p>() 4.- Salario semanal, por día, entrada a destajo</p> <p>() 5.- Donaciones de origen público o privado</p>
<p>4.- Condiciones de la vivienda</p> <p>() 1.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.</p> <p>() 2.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.</p> <p>() 3.- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2</p> <p>() 4.- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.</p> <p>() 5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas</p>

Puntaje	Estrato
04-06	Alto
07-09	Medio alto
10-12	Medio bajo
13-16	Obrero
17-20	Pobreza extrema