



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD
ACADÉMICA GÓMEZ PALACIO, DURANGO

**Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres
derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio,
Dgo.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. OLGA OFELIA CÓRDOVA VALLE

GÓMEZ PALACIO, DURANGO, 2022.



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



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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres
derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio,
Dgo.**

AUTORIZACIONES:

m. del
DRA. MARÍA DEL CONSUELO BRETADO VILLALBA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43 (ASESOR DEL
TEMA DE TESIS)

GÓMEZ PALACIO, DURANGO

[Signature]
DR. LUIS FERNANDO TORRES CENICEROS
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UMF No. 43 (ASESOR METODOLÓGICO)
GÓMEZ PALACIO, DURANGO

[Signature]
DR. EZEQUIEL GUADALUPE CANALES QUEVEDO
DIRECTOR DE LA UMF No.43, GÓMEZ PALACIO, DURANGO
GÓMEZ PALACIO, DURANGO 2022.

**Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres
derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio,
Dgo.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AUTORIZACIONES:


DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

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


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
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



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

**Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres
derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio,
Dgo.**

HOJA DE REGISTRO DE SIRELCIS. Folio: F- 2021-902-045

Número de registro: R-2021-902-030



Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No 43

Coordinación de Educación e Investigación Clínica



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Especialidad en Medicina Familiar

Título del Protocolo:

**Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres
derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.**

Presenta:

Dra. Olga Ofelia Córdova Valle

Residente en Medicina Familiar del Curso de Especialización de Medicina Familiar Para
Médicos Generales del IMSS

Correo: amara.paulina17@gmail.com

Teléfono: 8713873219

Asesor de tesis:

Dra. María del Consuelo Bretado Villalba

Médico Familiar, UMF No 43

Correo: chelito.doc@hotmail.com

Teléfono: 8713092305

Gómez Palacio, Durango, Mayo 2022

DEDICATORIA.

Dedico y agradezco el resultado y la culminación de esta hermosa experiencia llamada residencia: a Dios, al universo, a mi persona, a mis hijos Florentino , Salma y Antonio Fígueras Cordova, a mis nietos Luciano, Santiago y André, otros familiares, en forma especial : a mis tías Lucía Y Rosalinda Valle Guzmán y a mi abuela Juana Elena León, catedráticos y en forma particular a la Dra. María del Consuelo Bretado Villalba y en forma especial y amorosa a mi amada hija Amara Paulina Cordova Valle por su apoyo constante e incondicional brindándome siempre ,su empatía, su comprensión , su tiempo, su tolerancia, , ayuda y amor , otorgado y demostrado diariamente en el transcurso de esta gran aventura de aprendizaje y enseñanza. GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS.

Índice

| | |
|--|----|
| DEDICATORIA..... | 6 |
| 1. TITULO..... | 9 |
| 2. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES..... | 9 |
| 3. RESUMEN..... | 10 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| 4.1 Cáncer de mama..... | 12 |
| 4.1.1 Definición..... | 12 |
| 4.1.2 Epidemiología..... | 12 |
| 4.1.3 Factores de riesgo..... | 15 |
| 4.1.4. Detección..... | 18 |
| 4.2 Instrumento de evaluación..... | 20 |
| 4.3 Estudios sobre conocimiento en cáncer de mama..... | 21 |
| 5. JUSTIFICACIÓN..... | 25 |
| 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 26 |
| 7. OBJETIVOS..... | 26 |
| 8. HIPÓTESIS..... | 26 |
| 9. MATERIAL Y MÉTODO..... | 27 |
| 9.1. LUGAR..... | 27 |
| 9.2. UNIVERSO..... | 27 |
| 9.3. TIEMPO..... | 27 |
| 9.4. TIPO DE ESTUDIO..... | 27 |
| 9.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 27 |
| 9.6. TAMAÑO DE MUESTRA..... | 28 |
| 9.7. TIPO DE MUESTREO..... | 28 |
| 9.8. VARIABLES..... | 28 |
| 9.9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN..... | 31 |
| 9.10. PROCEDIMIENTO..... | 32 |
| 9.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO..... | 33 |
| 10. ASPECTOS ÉTICOS..... | 34 |
| 11. RESULTADOS..... | 36 |

| | |
|--|----|
| 12. DISCUSIÓN..... | 47 |
| 13. CONCLUSIONES | 51 |
| 14. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES..... | 52 |
| 15. Aspectos de bioseguridad | 52 |
| 16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 53 |
| 17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| 18. ANEXOS | 58 |

1. TITULO

Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.

2. IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

Tesista: Dra. Olga Ofelia Córdova Valle

Categoría: Médico Residente en Medicina Familiar

Matricula: 99052662

Teléfono: 8712268100

Domicilio: Circuito Loma Grande 219, Fraccionamiento Las Lomas CP 27058

Correo: amara.paulina17@gmail.com

Asesor: Dra. María del Consuelo Bretado Villalba

Categoría: Médico Familiar

Matricula: 99103112

Teléfono: 8713092305

Domicilio: calle Nazas 198 colonia Nuevo Refugio en Gómez Palacio Durango

Correo: chelito.doc@hotmail.com

3. RESUMEN

Título. Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.

Autores: Dra. Olga Ofelia Córdova Valle Residente de Medicina Familiar, UMF No 31; Dra. María del Consuelo Bretado Villalba Médico Familiar, UMF No 43.

Introducción. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo, ocasionando importantes costos por su atención. Dado que la promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población, es importante que las mujeres posean la adecuada actitud hacia dichas actividades.**Objetivo.** Determinar las creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo. **Material y método.** Universo y lugar: mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo. **Período de tiempo:** noviembre del 2021. **Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, transversal. **Tamaño de muestra:** Se incluyó un total de 100 mujeres. **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia. **Mediciones:** Se aplicó un cuestionario de datos generales y la Escala del Modelo de Creencias de salud de Champion que consta de 6 dimensiones (susceptibilidad, seriedad, beneficios y barreras percibidas, así como motivación para la salud y autoeficacia). Los puntajes altos indican opiniones y actitudes más positivas hacia la salud para todas las dimensiones excepto la dimensiones de barreras contra la autoexploración de mama, donde las puntuaciones más altas indican más barreras. **Análisis estadístico:** Se utilizará estadística descriptiva y el programa jamovi versión 1.6.23 **Recursos e Infraestructura.** Se utilizarán las instalaciones de la UMF 43. Material autofinanciado por el investigador. **Resultados:** Se estudió a 100 mujeres adscritas a la unidad UMF No 43 de Gómez Palacio Durango, en sus datos sociodemográficos predominó una edad media de 40.5 años, en estado civil casada con 47%(47), con escolaridad profesional con 41 % (41), ocupación actual empleada con 35 %(35), con un ingreso semanal de 0-1000 con 43 %(43). En los resultados finales de nuestro estudio el puntaje total de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno fue de 108 ± 16.1 . Lo cual equivaldría en porcentaje a un 57.83%.

Conclusiones: Nuestro estudio evaluó un aspecto fundamental de autoexploración de seno en mujeres, obteniendo un el puntaje total de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno fue de 108 ± 16.1 . Es importante considerar que se debe estudiar más sobre el autoexamen, que se debe realizar sistemáticamente una vez por mes.

3. SUMMARY

Title. Beliefs about breast self-examination in women beneficiaries of the UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo. **Authors:** Dr. Olga Ofelia Córdova Valle Family Medicine Resident, UMF No 31; Dr. María del Consuelo Bretado Villalba Family Physician, UMF No 43. **Introduction.** Breast cancer is the leading cause of death from neoplasia in women worldwide, with nearly 500,000 deaths each year, of which 70% occur in developing countries, causing significant costs for their care. Given that the promotion of healthy behaviors for the prevention of breast cancer can reduce the incidence in the population by up to 30%, it is important that women have the appropriate attitude towards these activities. **Objective.** To determine the beliefs about breast self-examination in women beneficiaries of the UMF No 43 of Gómez Palacio, Dgo. **Material and method.** Universe and place: women beneficiaries of the UMF No 43 of Gómez Palacio, Dgo. Time period: November 2021. Type of study: Observational, descriptive, cross-sectional. Sample size: A total of 100 women were included. Sampling: Non-probabilistic for convenience. Measurements: A general data questionnaire and the Champion Health Beliefs Model Scale were applied, which consists of 6 dimensions (susceptibility, seriousness, perceived benefits and barriers, as well as health motivation and self-efficacy). High scores indicate more positive opinions and attitudes towards health for all dimensions except the dimensions of barriers to breast self-examination, where higher scores indicate more barriers. **Statistical analysis:** Descriptive statistics and the program jamovi version 1.6. **23 Resources and Infrastructure** will be used. The facilities of the UMF 43 will be used. Material self-financed by the researcher. **Results:** 100 women assigned to the UMF unit No. 43 of Gómez Palacio Durango were studied, in their sociodemographic data a mean age of 40.5 years prevailed, in marital status married with 47% (47), with professional schooling with 41% (41), current occupation employed with 35%(35), with a weekly income of 0-1000 with 43%(43). In the final results of our study, the total score of the scale of beliefs about breast self-examination was 108 ± 16.1 . Which would be equivalent in percentage to 57.83%.

Conclusions: Our study evaluated a fundamental aspect of breast self-examination in women, obtaining a total score of the scale of beliefs about breast self-examination was 108 ± 16.1 . It is important to consider that more study should be done on self-examination, which should be carried out systematically once a month.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Cáncer de mama.

4.1.1 Definición

El tejido mamario está compuesto por lóbulos que son glándulas involucradas en la producción de leche, así como ductos que conectan los lóbulos al pezón y tejido conectivo, tejido graso y tejido linfático. El cáncer de mama ocurre cuando hay un crecimiento no regulado de células dentro de cualquiera de los componentes de la mama, aunque esto ocurre con mayor frecuencia en los lóbulos (1).

La guía de práctica clínica prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención (GPC: S-001-08) lo define de la siguiente manera: crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tienen la capacidad de diseminarse (2).

Por su parte la norma oficial mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011), al cáncer in situ de la mama como: tumor maligno confinado al epitelio que recubre un conducto o un lobulillo sin rebasar la membrana basal. Por su parte si se refiere de un cáncer invasor lo define de la siguiente forma: tumor que se diseminó más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que lo rodean (3).

4.1.2 Epidemiología

El registro del observatorio global de cáncer de la organización mundial de salud (GLOBACON WHO) en el 2018 publicó que, en total, se habían diagnosticado 18,08 millones de nuevos casos de cáncer en el que el de pulmón (con tráquea y bronquios, representó 2,09 millones de casos), mama (2,09 millones de casos) y próstata (1,28 millones de casos) los tres más frecuentes, lo que coloca al cáncer de mamá como el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial. En las mujeres

el cáncer de mama es, con mucho, el más frecuente (2,09 millones de casos), seguido del pulmón (0,72 millones de casos) y el cuello uterino (0,57 millones de casos) y cánceres de colon (0,58) (4).

En cuanto al cáncer de mama en 2018, se estima que 2,1 millones de mujeres fueron diagnosticados con cáncer de mama, aproximadamente uno nuevo caso diagnosticado cada 18 segundos. Adicionalmente, 626.679 mujeres con cáncer de mama murieron (5).

A nivel mundial, la incidencia del cáncer de mama ha ido en aumento y esa tendencia se espera que continúe. Ha habido una tasa anual de aumento del 3,1% en la incidencia de cáncer de mama desde 641.000 casos en 1980 hasta más 1,6 millones en 2010.¹³ Para 2030, el número de diagnósticos de cáncer de mama se espera que en todo el mundo aumente a casi 3,2 millones por año (6).

La incidencia varía en todo el mundo, con una mayor incidencia en regiones de ingresos altos (92 por 100.000 en América del Norte) en comparación a las regiones de ingresos más bajos (27 por 100.000 en África central y Asia oriental (4).

Hubo aproximadamente 0,5 millones de muertes en todo el mundo por cáncer de mama en 2013, lo que equivale aproximadamente a casi una muerte por minuto y representa el 15% de todas las muertes por cáncer. Las tasas de mortalidad varían aún más que la incidencia, ya que la supervivencia al cáncer es significativamente menor en los países de ingresos bajos y medios en comparación con los países de ingresos altos (6).

La incidencia del cáncer de mama y las tasas de mortalidad aumentan con la edad; alrededor del 95% de los casos nuevos ocurren en mujeres de 40 años o más. Las tasas de incidencia de cáncer de mama en el Estados Unidos siguen aumentando después de la menopausia y es más alto en las categorías de edad

avanzada. Las tasas de incidencia estandarizadas por edad son más altas entre las mujeres blancas que mujeres negras, aunque las mujeres negras en los Estados Unidos tienen una mayor mortalidad tasa que las mujeres blancas (7).

En cuanto a la magnitud actual del cáncer de mama en México, a partir de 2006 éste ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años desplazando de esa posición al cáncer cervicouterino. En el año 2010 la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18.7 por 100 mil mujeres de 25 y más años, lo que representa un incremento del 49.5% en los últimos 20 años (8).

El análisis de la mortalidad por área geográfica muestra diferencias notorias por entidad federativa, con las tasas más altas en los estados del centro y norte. Seis estados concentraron la mitad de las muertes por cáncer de mama en 2010: Distrito Federal (13.4%), México (12.4%), Jalisco (8.2%), Veracruz (6.4%), Nuevo León (6%) y Guanajuato (3.8%). En el periodo de 1990 a 2010, la tasa de mortalidad por cáncer de mama aumentó en todos los estados, siendo los de mayor incremento Chihuahua, Coahuila y Guerrero, con aumentos de más de 200%; en contraste, aquellos con menor elevación fueron: Aguascalientes, Durango y Baja California (8).

Respecto a la incidencia, según los últimos datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), en 2003 se presentaron 12 433 nuevos casos de cáncer de mama (316 más que en el año anterior), la mayor parte en los grupos de 40 a 59 y de 70 años y más, patrón similar al encontrado en 2002. Ello significa que, en 2003, 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 (8).

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%. Lamentablemente no se cuenta con un registro nacional que permita conocer la incidencia precisa de esta enfermedad; según uno de los datos

más actuales al respecto, en 2008 la incidencia de cáncer de mama en nuestro país fue de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes (9).

4.1.3 Factores de riesgo

Menos del 10% de los cánceres de mama pueden ser atribuidos a una mutación genética heredada. El cáncer de mama es más común asociados con factores ambientales, reproductivos y de estilo de vida, algunos de los cuales son potencialmente modificables (10).

Los efectos carcinógenos del estrógeno se han propuesto como dos vías. El primero implica la señalización activa a través del receptor de estrógeno (ER) que altera la expresión génica, aumentando la proliferación y, por lo tanto, la probabilidad de mutaciones. La segunda vía implica el metabolismo oxidativo del estrógeno en metabolitos de quinona. Estos metabolitos de quinona pueden formar aductos de ácido desoxirribonucleico (ADN) o alternativamente ser oxidado y reducido en catecoles para crear especies reactivas de oxígeno, causando daño oxidativo al ADN. Prolongar la exposición al estrógeno en la vida de una mujer, por lo tanto, aumenta teóricamente su riesgo de desarrollar cáncer de mama. Sin embargo, el descubrimiento de la heterogeneidad tumoral y sutilezas etiológicas ha complicado nuestra comprensión tradicional de los factores de riesgo reproductivos y el cáncer de mama, con estudios más recientes que no muestran estas asociaciones, y a veces contradicen supuestos previos (10).

Edad.

La incidencia y la mortalidad por cáncer de mama aumentan proporcionalmente con la edad. En todo el mundo, esta enfermedad alcanza su punto máximo alrededor de los 60 años con una fuerte inclinación a partir de los 40 años (11).

Por supuesto, existen algunas excepciones. Por ejemplo, en América Latina, entre el 20% y el 30% de los cánceres de mama se diagnostican entre las edades de 20 y 44, duplicando aproximadamente la proporción correspondiente observada en los registros combinados de EE. UU. y Canadá (12).

Menarquia/Menopausia.

Una edad más joven en la menarquia y una edad más avanzada en la menopausia aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama. El riesgo de cáncer de mama es aproximadamente un 20% más alto entre las niñas que comienzan a menstruar antes de los 11 años en comparación con las que comienzan a los 13 años de edad. Además, las mujeres que experimentan la menopausia a los 55 años o mayores tienen aproximadamente un 12% más de riesgo en comparación con las que lo hacen entre de 50 a 54 años (1).

Raza.

Encuestas del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), Programa de epidemiología y resultados finales (SEER) mostró que, en los Estados Unidos, que con un ajuste para la edad la incidencia de cáncer de mama para las minorías étnicas fue menor que el de las mujeres blancas, con 141 casos por 100.000 en mujeres blancas, 122 casos por 100.000 en mujeres afro estadounidenses, 97 casos por 100.000 en mujeres asiáticas y de las islas del pacífico, 90 casos por 100.000 en mujeres hispanas y 58 casos por 100.000 en nativas americanas y de Alaska (13).

Esta diferencia en la incidencia de cáncer de mama con respecto a la etnia también se observa en estadísticas mundiales de cáncer de mama. La diferencia de factores de riesgo a través de las etnias y el uso de detección de la mamografía podría explicar algunas de las diferencias, pero la incidencia de cáncer de mama seguía siendo significativamente más bajo en las mujeres afroamericanas que en las mujeres blancas cuando se ajustan por estas diferencias. A pesar de la menor incidencia general, las mujeres afroamericanas tienen más probabilidades de ser diagnosticados con cáncer de mama en gran parte HER negativo en comparación con las mujeres blancas. Aunque la razón de estas diferencias no se entiende completamente, puede involucrar el conocido asociaciones entre ciertos factores de riesgo y subtipos de la enfermedad (13).

Características de la mama.

Hay varias formas de medida de la densidad mamaria (MD), y existe controversia sobre la medida que mejor se correlaciona con el riesgo de cáncer de mama. The Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) es la herramienta más comúnmente utilizada clínicamente e incluye cuatro categorías (casi en su totalidad grasa, densidad dispersa, heterogéneamente densa y extremadamente densa). Muchos estudios han demostrado que, después del ajuste por edad e índice de masa corporal (IMC), la MD es un factor de riesgo independiente para el cáncer de mama, con un RR que oscila entre 1,8 y 6.0 en mujeres con MD alta (HMD) en comparación con aquellos con MD baja (LMD) (13).

Ingresos, educación y cobertura de seguro.

En todo el mundo, existe una disparidad en la supervivencia del cáncer de mama basada en el ingreso medio de cada país, así como su índice de desarrollo humano, que es una medida del bienestar nacional calculado a partir del promedio de la expectativa de vida, años promedio de escolaridad e ingreso nacional bruto per cápita. Los estudios han demostrado que la razón de mortalidad e incidencia del cáncer de mama es significativamente más baja en países con un índice de desarrollo humano muy alto en comparación con aquellos con alto, medio y bajo índice de desarrollo humano (14).

Paridad.

Se sabe que la maternidad y la falta de ella influyen en el riesgo de cáncer de mama desde que Bernardino Ramazzini documentó un aumento en la incidencia de cáncer de mama en monjas en el siglo XVIII. Durante el último siglo, estas observaciones han sido apoyadas por numerosos estudios epidemiológicos. Dependiendo de la edad a la que comienza la maternidad, después de un período transitorio de aumento de riesgo inmediatamente después del embarazo, la paridad proporciona protección de por vida contra el cáncer de mama hasta 50% (15).

Cuanto mayor es la madre a la edad del primer parto a término, cuanto menor sea la protección que confiere el embarazo. Después de los 35 años, la paridad

aumenta paradójicamente el riesgo en comparación con las mujeres que no han tenido hijos. Un incremento en el número de nacimientos también confiere protección con partos que proporcionan una reducción adicional del 10% en el riesgo. Además, el espaciamiento entre los nacimientos puede influir en el riesgo de cáncer de mama, con menos de 1 año o más de 3 años que brindan más protección que un espacio de nacimiento de 1 a 2 años. El efecto protector de la maternidad es importante tener en cuenta en relación con las actuales tendencias reproductivas (15).

Genética.

Los factores familiares y genéticos aumentan el riesgo, especialmente a medida que el número de familiares afectados por la enfermedad aumenta. Las mutaciones genéticas más comunes asociadas con cáncer de mama son el BRCA1 y BRCA2, que ocurren en aproximadamente 1 de cada 300 a 500 mujeres en la población general. Las mutaciones en estos genes son más comunes en familias que tienen inicio de cáncer de mama en edades más jóvenes, cáncer de mama bilateral, cáncer de mama masculino, cáncer de ovario, múltiples casos de cáncer de mama y ascendencia judía asquenazí. El riesgo de cáncer de mama a la edad de 70 años es aproximadamente el 65% para mujeres con mutaciones BRCA1 y 45% para mujeres con BRCA2 (16).

4.1.4. Detección.

Hay varias técnicas de diagnóstico por imágenes disponibles para evaluar la mama. La modalidad más utilizada y estudiada para la detección del cáncer de mama es la mamografía. La ecografía se usa típicamente como un complemento de la mamografía para una evaluación adicional de las áreas sospechosas y se ha usado como un complemento de la mamografía para mujeres con senos densos, aunque los datos para esta práctica están incompletos. La resonancia magnética (IRM) se utiliza actualmente para la detección de pacientes de alto riesgo junto con la mamografía (17).

Mastografía.

La mamografía digital ha reemplazado en gran medida a la mamografía con película, con poca diferencia en general de tasas de detección de cáncer para mujeres mayores; sin embargo, la mamografía digital puede ser más precisa para mujeres menores de 50 años y aquellas con senos densos. Hay buena evidencia de que la mamografía puede reducir la mortalidad por cáncer de mama, pero los beneficios frente a los riesgos varían según la edad, los factores de riesgo y la frecuencia de detección. Los ensayos clínicos no aleatorizados (ECA) informaron resultados de mortalidad con factores de riesgo en base a la edad y la frecuencia de cribado entre los intervalos, factores distintos a estos no han sido evaluados (18).

Ultrasonido.

La ecografía no se utiliza como una modalidad de detección inicial para el cáncer de mama, pero se ha utilizado como herramienta complementaria además de la mamografía para ciertos grupos de alto riesgo, en particular mujeres con pechos densos. Hay datos limitados que sugieren que las pruebas adicionales pueden aumentar la sensibilidad, pero disminuir la especificidad, lo que conduce a más falsos positivos y biopsias para los pacientes (19).

Resonancia magnética nuclear.

La resonancia magnética de mama se utiliza principalmente para la detección de personas de mayor riesgo debido a su mayor sensibilidad para detectar el cáncer de mama. La resonancia magnética de mama no se usa para pacientes de riesgo promedio debido a su menor especificidad y mayor costo en comparación con la mamografía. Una revisión sistemática de estudios prospectivos de resonancia magnética y mamografía para la detección del cáncer de mama en pacientes de alto riesgo (específicamente, conocidas o sospechadas de cáncer de mama hereditario o radiación de tórax precoz) encontró que la resonancia magnética es más sensible y menos específica que la mamografía sola, pero combinada con la mamografía tuvo la mayor sensibilidad (0,94, IC 0,90-0,97) (20).

Exploración de mamas.

Los exámenes clínicos de las mamas (ECM) se eliminaron recientemente de algunas recomendaciones de detección dada la baja calidad de la evidencia para sugerir un beneficio sobre la mortalidad por cáncer de mama. Un estudio con sede en EE. UU. al evaluar el beneficio adicional de ECM para la mamografía se encontró que 0.4 cánceres invasivos adicionales se detectaron por 1000 mujeres, pero con 20,7 falsos positivos adicionales (21).

4.2 Instrumento de evaluación

El modelo de creencias de salud (MCS) es uno de los más utilizados en la investigación para explicar el cambio y el mantenimiento de comportamientos relacionados con la salud y como una guía para las intervenciones en esta área (22).

El MCS integra diferentes dimensiones que en conjunto explican las conductas de cuidado de la salud tales como la susceptibilidad percibida y la seriedad percibida de las consecuencias de la enfermedad que implican las creencias sobre la amenaza de la enfermedad. También contempla las creencias sobre los beneficios, los costos y barreras para realizar el comportamiento de salud; los estímulos para la acción que pueden ser internos como presentar algún síntoma o externos como atender alguna campaña preventiva, y la motivación por la salud que es la predisposición de las personas a responder a este tipo de estímulos por el valor que le dan a su salud (22,23).

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 (22).

La Escala del Modelo de Creencias de salud de Champion fue diseñada para evaluar las dimensiones del MCS en relación al cáncer y la autoexploración de mama, en la primera versión solo incluía las dimensiones de susceptibilidad, seriedad, beneficios, barreras y motivación para la salud posteriormente en una revisión se agregó la dimensión de autoeficacia mostrando ser un instrumento válido y confiable. En cuanto a versiones en español este instrumento ha sido

evaluado en su versión para mamografía en población Hispana, en población española y población mexicana (24-25).

La versión original fue elaborada por Champion para una muestra de mujeres estadounidenses y cuenta con 42 ítems que evalúan las 6 dimensiones o subescalas del modelo de creencias de salud: susceptibilidad, seriedad, beneficios y barreras percibidas, así como motivación para la salud y autoeficacia. Las opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1= muy de acuerdo a 5= muy en desacuerdo). Se ha reportado un alfa de Cronbach en un rango de .83 a .93 (24). Las puntuaciones más altas en cada subescala son: 3 a 15 para la sensibilidad percibida, 6 a 30 para la percepción gravedad, 4 a 20 para los beneficios de la autoexploración de mama, 8 a 40 para las barreras contra la autoexploración de mama, 10–50 para la autoeficacia y 5–25 para la motivación para la salud. Los puntajes altos indican opiniones y actitudes más positivas hacia la salud para todas las subescalas excepto la subescala de barreras contra la autoexploración de mama, donde las puntuaciones más altas indican más barreras (24).

4.3 Estudios sobre conocimiento en cáncer de mama

En un estudio realizado en mujeres iraníes en el año 2012, participaron 500 mujeres que residían en el medio urbano, con un promedio de edad de 31.2 años con una desviación estándar (DS) de 9.4, se les aplicó el cuestionario de escalas de modelo de creencias de salud de Champion obteniendo los siguientes hallazgos; las puntuaciones medias de las diferentes escalas de dominio del modelo de creencias entre las mujeres que realizaron autoexploración de mama y ECM versus aquellas que no lo hicieron. Los resultados de la prueba de rango de Wilcoxon mostraron que las puntuaciones medias en los dominios de los beneficios percibidos, la motivación para la salud, y la confianza / autoeficacia percibida fue significativamente mayor entre los que realizaron autoexploración de mamas y ECM en comparación con aquellas que no lo hicieron (26).

En general, el los puntajes medios fueron más bajos que el nivel promedio en la escala de Likert de percepción de susceptibilidad, gravedad, y barreras. Se realizó

un odds ratio (OR) para puntuación alta (con una media de >3) frente a puntuación baja (media <3) en cada subescala para realizar autoexploración de mamas, ECM y mamografía mediante regresión logística múltiple. Después de ajustar por edad, educación de la mujer, ocupación de la mujer, educación del marido, antecedentes familiares de cáncer de mama, ingresos familiares, y nivel de conocimiento del cáncer de mama, la puntuación alta en el dominio de los beneficios percibidos de la autoexploración de mamas fue significativamente asociado positivamente con la práctica de la autoexploración de mamas [OR ajustado de 1,73 (IC 95% 1,11-2,72), 4,01 (IC 95% 2,39-6,73) y 2,01 (IC 95% 1,30-3,08), respectivamente en cada uno de los dominios mencionados anteriormente (26).

Del ECM con un OR ajustado 1,65 (IC 95% 1,0- 2,95), 2,33 (IC 95% 1,39-3,91) y 1,58 (IC 95% 1,0-2,53), respectivamente. Se observó una mayor razón de posibilidades en particular para la subescala de confianza percibida / autoeficacia, mientras que no se observó una asociación significativa con respecto a la percepción de susceptibilidad, seriedad y barreras con la realización de autoexploración de mamas y ECM. Además, no se encontró asociación entre el modelo de creencias en salud (HBM) y las subescalas y práctica de mamografías (26).

En otro estudio realizado en 350 mujeres turcas, con un promedio de edad 33.25 +/- 10.27. Se encontró que el 47,7% de las mujeres participantes estaban en el grupo de edad de 20 a 29 años, 72,3% de ellas estaban casadas, el 43,7% de ellos eran egresados de la escuela primaria y el 64,3% tenía un ingreso mensual que era igual a sus gastos mensuales (27).

Se detectó que el 87,4% de las mujeres que participaron 2 de ellas tuvieron 2 hijos, el 65,4% de ellos estaban amamantando en ese momento, el 90.0% no tenía ninguna otra enfermedad y tampoco relacionada a las mamas, 98.0% nunca habían sido diagnosticados con cáncer de mama, el 92,0% no tenía ningún familiar con diagnóstico de cáncer en su historial médico (27).

Se encontró que el 52,3% de las mujeres recibieron información sobre exploración de mamas y el 54,6% de ellos recibió esa información de un profesional sanitario. Se encontró que el 82,0% de las mujeres que participaron en el estudio no recibió un examen de mama realizado por un profesional de la salud en el último año, el 89,7% de ellas no se había realizado una mamografía en el último año, El 60,3% de ellos había realizado la autoexploración mamaria en el último año y el 39,7% de no haberla realizado en el último año (27).

Cuando se investigaron los puntajes de las subdimensión de la escala de Champion de las mujeres participantes, se encontró que el puntaje promedio de la subdimensión de susceptibilidad fue 7.79 ± 2.38 , el puntaje promedio de la subdimensión de gravedad fue $23,30 \pm 5,82$, la puntuación media de la beneficio fue de $15,48 \pm 4,03$, el puntaje promedio de la subdimensión de obstáculos fue $26,34 \pm 7,64$, el puntaje promedio de salud de la subdimensión de motivación fue $32,77 \pm 9,11$ y la puntuación media de la subdimensión de autoconfianza fue de $25,20 \pm 5,02$ (27).

Cuando se comparó la diferencia entre los puntajes promedio de la escala del modelo de creencias en salud de las mujeres que refirieron haber realizado una autoexploración de mama el último año y las que no, la diferencia entre los puntajes promedio de las subdimensiones de beneficio ($t = 3.608$, $p = 0.000$), obstáculo ($t = -4.915$, $p = 0.000$), motivación para la salud ($t = 9.142$, $p = 0.000$), y autoconfianza ($t = 4.157$, $p = 0.000$) se encontró una diferencia estadísticamente significativa (27).

Se realizó una tesis en el Aguascalientes, México en 182 mujer derechohabientes del Instituto Mexicano Del Seguro Social, con una edad de media de 62.3, un 67.3% eran casadas, el 59.3% de ellas su ocupación era ser ama de casa, el 49.5% de ellas contaba con educación primaria. En cuanto a la distribución de las variables de creencias de salud se encontró que el 87.5% se percibían susceptibles a realizarse una mastografía, el 70.3% percibía los beneficios de realizarse una mastografía; sin embargo, el 77.5% percibía barreras para la

realización de la misma y el 91.2% percibe la gravedad de las consecuencias de no realizarse la mastografía (autoeficacia) (28).

5. JUSTIFICACIÓN

Magnitud: A nivel mundial las tasas de incidencia de cáncer de mama tienen una variación considerable en todo el mundo; las más altas se encuentran en Europa y Norteamérica con cifras estandarizadas de 99.4 por 100 mil mujeres. En México la prevalencia de esta patología es de 7.57 casos por cada 100 mil habitantes y en nuestra unidad afecta a un total de 93 pacientes. En el IMSS ocupa la 3ª causa de consulta y la 12ª de morbimortalidad.

Trascendencia: El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo, ocasionando importantes costos por su atención. Dado que la promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población, es importante que las mujeres posean la adecuada actitud hacia dichas actividades.

Impacto: En la UMF No 43 no se cuenta con estudios sobre esta problemática. En relación a ello contamos con los medios necesarios para la realización de este estudio y se espera que su desarrollo genere el conocimiento necesario para establecer medidas acordes a la situación propia de la unidad, que contribuyan a generar propuestas para mejorar la atención de dicha patología.

Factibilidad: Para la realización del presente estudio se cuenta con el recurso humanos, institucionales, de espacio, infraestructura, materiales, temporales, económicos y las consideraciones éticas necesarias.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.?

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar los aspectos sociodemográficos de las mujeres participantes.
2. Determinar el puntaje de las dimensiones de la Escala del Modelo de Creencias de salud

8. HIPÓTESIS

No necesaria por tratarse de un estudio descriptivo.

9. MATERIAL Y MÉTODO

9.1. LUGAR

UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.

9.2. UNIVERSO

Mujeres derechohabientes al IMSS, adscritas a la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.

9.3. TIEMPO

Noviembre de 2021

9.4. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal

- Es observacional ya que no se intervino en la población a estudiar.
- Siendo descriptivo ya que se describieron las características de una población.
- Es transversal ya que se realizó una medición en un solo tiempo.

9.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.5.1 Criterios de inclusión

Mujeres derechohabientes adscritas a la UMF No 43.

Edad de 25 a 69 años.

Que aceptaron participar en el estudio, que acudió a la consulta durante el tiempo de estudio y firmó carta de consentimiento informado.

9.5.2 Criterios de exclusión

Paciente con respuestas incompletas a la escala del modelo de creencias de salud.

9.5.3 Criterios de eliminación

Ninguno.

9.6. TAMAÑO DE MUESTRA

Por tratarse de un estudio descriptivo de tipo exploratorio, no se calculó tamaño de muestra. Se incluirá un total de 100 mujeres

9.7. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia

9.8. VARIABLES

Variable dependiente: Creencias sobre la autoexploración de seno.

Variables intervinientes:

- Edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico, antecedente heredofamiliar de cáncer de mama, último examen de cáncer mama.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo | Escala | Categorías o unidades de medición |
|--|-----------------------|--|------------------------|--------|-----------------------------------|
| Creencias sobre la autoexploración de seno | | De acuerdo al puntajes de cada dimensión (susceptibilidad, seriedad, beneficios y barreras percibidas, así como motivación para la salud y autoeficacia) de la Escala del Modelo de Creencias de salud de salud de Champion, los puntajes más altos indicaron opiniones y actitudes más positivas hacia la salud (excepto la dimensión de barreras contra la autoexploración | Cuantitativa continua. | Razón. | Puntaje de cada dimensión |

| | | | | | |
|--|---|---|------------------------|---------|--|
| | | de mama, donde las puntuaciones más altas indicaron más barreras) | | | |
| Edad | Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento hasta un momento determinado. | Años referidos por el paciente. | Cuantitativa continua. | Razón. | Número de años |
| Estado civil | Situación legal de las personas determinada por sus relaciones provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes. | Estado civil expresado por el paciente | Cualitativa Nominal | Nominal | -Soltero -Unión libre -Casado -Separado -Divorciado -Viudo |
| Escolaridad | Máximo grado de estudios alcanzados | Último grado de estudio expresado por el paciente | Cualitativa | Ordinal | -Analfabeta -Sabe leer y escribir -Primaria -Secundaria -Preparatoria o bachillerato -Técnico -Licenciatura -Posgrado |
| Ocupación | Hace referencia a lo que se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión. | Ocupación manifestada por el paciente | Cualitativa Nominal | Nominal | -Ama de casa -Estudiante -Empleado -Desempleado -Negocio propio -Pensionado |
| Ingreso económico semanal | Todos aquellos ingresos económicos percibidos por el individuo | En base a lo expresado por el paciente. | Cualitativa ordinal | Ordinal | 0 a 1000, 1001 a 2000, 2001 a 3000, 3001 a 5000 y 5001 y más. |
| Antecedente heredofamiliar de cáncer de mama | Historia positiva de enfermedad en familiares de primera línea. | De acuerdo al antecedente referido por el paciente | Cualitativa nominal | Nominal | -Si -No |
| Último examen de | Se refiere al | De acuerdo al | Cuantitativa | Razón. | Número de |

| | | | | | |
|-------------|---|--------------------------------------|-----------|--|--------------|
| cáncer mama | tiempo de la última vez que acudió con algún médico para realización de su examen de cáncer de mama | antecedente referido por el paciente | continua. | | meses o años |
|-------------|---|--------------------------------------|-----------|--|--------------|

9.9. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En el presente estudio, se aplicaron 2 instrumentos: Cuestionario de datos generales y Escala del Modelo de Creencias de salud de Champion

1. Cuestionario de datos generales (anexo 1). Constó de 7 preguntas sobre los siguientes aspectos: Edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ingreso económico, antecedente heredofamiliar de cáncer de mama, último examen de cáncer mama.

2. La Escala del Modelo de Creencias de salud de Champion (anexo 2) fue diseñada para evaluar las dimensiones del MCS en relación al cáncer y la autoexploración de mama, en la primera versión solo incluía las dimensiones de susceptibilidad, seriedad, beneficios, barreras y motivación para la salud posteriormente en una revisión se agregó la dimensión de autoeficacia mostrando ser un instrumento válido y confiable. En cuanto a versiones en español este instrumento ha sido evaluado en su versión para mamografía en población Hispana, en población española y población mexicana (24-25).

La versión utilizada para este estudio fue tomada de una adaptación traducida y validada por la organización panamericana de la salud de la realizada por Victoria Champion, la cual contiene las dimensiones de percepción de susceptibilidad personal con cinco (5) ítems, percepción de la gravedad con once (11) ítems, nociones acerca de los beneficios de la autoexploración de mama cinco (5) ítems, factores que obstaculizan la práctica de la autoexploración de mama con ocho (8) ítems y el grado de motivación para mantener un buen estado de salud con ocho (8) ítems, dando un total de treintaisiete (37) ítems, las respuestas van con una escala de puntuación de Likert desde muy en desacuerdo 1 punto, hasta completamente de acuerdo 5 puntos (29).

9.10. PROCEDIMIENTO

Fase I. Autorizaciones.

Previa autorización por el Comité Local en Investigación (CLEI 902), y el Comité de Ética en Investigación (CEI 9028), con sede en la UMF N°43 de Gómez Palacio, Dgo., se solicitó además la autorización al director de la UMF No 43, Dr. Lorena Ezequiel Guadalupe Canales Quevedo, exponiéndole los fines de la investigación, así como los detalles del estudio; esto a cargo del personal médico responsable de la investigación. En el mes de noviembre del 2021, se realizó la presente investigación.

Fase II. Método de selección de los sujetos o unidades de estudio.

El médico residente durante el tiempo que no estuvo becado captó a los pacientes después de su atención médica acudiendo a las salas de espera de la consulta externa de medicina familiar. Se abordó a dichos pacientes de forma no aleatoria hasta cubrir el tamaño de muestra de 100. Se les saludó de forma individual y se les informó sobre la presente investigación, preguntándole si desea obtener más información al respecto. Si su respuesta era positiva se le interrogaba sobre los criterios de selección. En caso de cumplir dichos criterios se le proporcionó la carta de consentimiento informado para su lectura y aclaración de dudas. Después de firmar dicha carta se le invitó a pasar a un área privada para la obtención de datos.

Fase III. Obtención de datos.

Se les solicitó a los pacientes que contestaran de forma individual una encuesta que constó de datos generales y otra sobre creencias en salud. Antes de retirarse el paciente se revisó de forma rápida su encuesta para verificar que estén llenos todos los apartados, y de no ser así, se le invitó a llenar dichos apartados.

Fase IV. Manejo de la información.

La información obtenida se vació a una base de datos de Excel para su posterior análisis estadístico con el programa jamovi versión 1.6.23. La información del estudio permaneció confidencial a cargo del investigador responsable.

9.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizará análisis descriptivo

- Para las variables cualitativas se realizaron frecuencias y porcentajes.
- Para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (mediana, media) y medidas de dispersión (desviaciones estándar, mínimas y máximas). Las variables cuantitativas con distribución normal se describieron con la media acompañada de la desviación estándar; mientras que las variables cuantitativas con distribución no normal se describieron con mediana, acompañada de mínimos, máximos

10. ASPECTOS ÉTICOS

A. Este estudio considera los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Apegándose a lo señalado en: los principios generales; los riesgos, costos y beneficios; los requisitos científicos y protocolos de investigación; los comités de investigación; la privacidad y confidencialidad; así como en el consentimiento informado.

B. Este estudio considera también los principios éticos básicos señalados en el Informe Belmont (1979) que sustentan toda la investigación con sujetos humanos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

C. Así mismo este estudio considera los aspectos señalados en la Ley General de Salud (7 de febrero de 1984, última reforma DOF 12-07-2018) en su Título quinto, Investigación para la salud, Capítulo único: desarrollo de acciones que comprende al investigación para la salud (artículo 96); bases conforme a las cuales se debe desarrollar la investigación en seres humanos (artículo 100); y sanciones correspondientes que se hará acreedor quien realice investigación en seres humanos contraviniendo lo dispuesto en dicha Ley (artículo 101).

D. En este estudio se considera además el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (6 de enero de 1987, última reforma DOF 02-04-2014):

- Título segundo, de los aspectos éticos de investigación en seres humanos:
 - Capítulo I (Disposiciones comunes).
 - Del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los seres humanos sujetos de estudio (Artículo 13); de las bases conforme a las cuales deberá desarrollarse la investigación realizada en seres humanos, incluyendo entre otros: contar con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal, contar con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación, llevarse a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud

(artículo 14); y de la protección de la privacidad del individuo en las investigaciones en seres humanos (artículo 16).

-En lo que respecta al riesgo de la investigación (artículo 17), el presente estudio se clasifica en la siguiente categoría:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

-En cuanto a lo relacionado al consentimiento informado, el presente estudio considera lo descrito en los artículos 20, 21, 22 y 24

*En este protocolo no se no trabajará con grupos vulnerables.

- Titulo sexto. De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud.
 - Capitulo único

La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal (artículo 113), que desarrollará la investigación de conformidad con un protocolo (artículo 115), estando encargado de la dirección técnica del estudio y con las atribuciones señaladas (artículo 116), siendo el quién seleccione a los investigadores asociados (artículo 117), así como al personal técnico y de apoyo (artículo 118), teniendo la responsabilidad, al término de la ejecución de la investigación, de presentar al comité de investigación de la institución de atención a la salud un Informe técnico (artículo 119), pudiendo publicar informes parciales y finales del estudio (artículo 120).

11. RESULTADOS

1. Aspectos generales.

Participaron un total de 100 mujeres con una edad de 40.5 ± 11.9 . El principal estado civil (tabla 4.1) fue el de casada con 47% (47), seguido de soltera con 21% (21). La escolaridad más frecuente (tabla 4.2) fue la de profesional con 41% (41), seguido de la preparatoria/técnica con 29% (29). Respecto a la ocupación (tabla 4.3), la más común fue la de empleada con 35% (35), seguida hogar con 34% (34). En cuanto al nivel de ingresos semanal (tabla 4.4), predominó el de 0 a 1000 con 43% (43), seguido de 1001 a 2000 con 17% (17). Al preguntar sobre antecedente familiar de cáncer de mama el 22% (22) de las pacientes refirió el antecedente. (Tabla 4.5). Se interrogó sobre el tiempo de haberse realizado el último examen de cáncer de mama con su médico o en alguna unidad médica siendo el tiempo de 16.4 meses con un mínimo de 0 y un máximo de 120 meses

Tabla 4.1. Estado civil de las mujeres de la UMF 43

| Estado civil | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Soltera | 21 | 21 |
| Casada | 47 | 47 |
| Unión libre | 12 | 12 |
| Divorciada | 12 | 12 |
| Viuda | 8 | 8 |
| Total | 100 | 100.0 |

Tabla 4.2. Escolaridad de las mujeres de la UMF 43

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Ninguna | 1 | 1 |
| Primaria | 6 | 6 |
| Secundaria | 23 | 23 |
| Preparatoria/Técnica | 29 | 29 |
| Profesional | 41 | 41 |
| Total | 100 | 100.0 |

Tabla 4.3. Ocupación de las mujeres de la UMF 43

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Hogar | 34 | 34 |
| Empleada | 35 | 35 |
| Desempleada | 5 | 5 |
| Auto empleada | 18 | 18 |
| Jubilada/Pensionada | 8 | 8 |
| Total | 100 | 100.0 |

Tabla 4.4. Nivel de ingreso de las mujeres de la UMF 43

| Nivel de ingresos | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| 0 a 1000 | 43 | 43 |
| 1001 a 2000 | 17 | 17 |
| 2001 a 3000 | 14 | 14 |
| 3001 a 5000 | 17 | 17 |
| 5001 y más | 9 | 9 |
| Total | 93 | 100.0 |

Tabla 4.5. Antecedente familiar de cáncer de mama de las mujeres de la UMF 43

| Antecedente | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 22 | 22 |
| No | 78 | 78 |
| Total | 93 | 100.0 |

2. Escala de creencias sobre la autoexploración de seno

En la tabla 4.6 se muestran los aciertos obtenidos del cuestionario de cada una de las 37 preguntas de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno donde se aprecia que la pregunta con porcentajes más altos fue la pregunta 11 que dice: El cáncer de mama es una enfermedad desalentadora, contestando la opción completamente de acuerdo un 31% (31). Otra pregunta con porcentaje alto fue la pregunta 20 que dice: Si realizo el autoexamen de mama mensualmente puedo encontrar protuberancias antes de que se descubran en el examen físico general, contestando la opción completamente de acuerdo un 40% (40). Los puntajes más altos se registraron en la pregunta 1 que dice: En este momento es muy probable que tenga cáncer de mama, contestando la opción completamente en desacuerdo un 39% (39). El puntaje total de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno fue de 108 ± 16.1 . Lo cual equivaldría en porcentaje a un 57.83% (Tabla 4.7). En la siguiente tabla se muestran el puntaje por dimensión de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno, observándose que la categoría con puntaje más alto fue la percepción de la gravedad de la enfermedad, 33.1 ± 8.65 y la más baja fue la de percepción de susceptibilidad con 11.5 ± 5.21 . (Tabla 4.8)

2. Tabla 4.6 Escala de creencias sobre la autoexploración de seno

| Percepción de susceptibilidad personal | | | | |
|---|------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1. En este momento es muy probable que tenga cáncer de mama. | | | | |
| 1. Completamente en desacuerdo | 2. En desacuerdo | 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4. De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 39(39) | 28(28) | 22(22) | 4(4) | 9(9) |
| 2. Mi estado de salud actual facilita el desarrollo de un cáncer de mama. | | | | |
| 1. Completamente en desacuerdo | 2. En desacuerdo | 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4. De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 32(32) | 28(28) | 27(27) | 2(2) | 11(11) |

| | | | | |
|--|-----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 3. Considero probable que en el futuro me de cáncer de mamá. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 31(31) | 20(20) | 30(30) | 11(11) | 8(8) |
| 4. Me preocupa bastante el llegar a tener cáncer de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 30 (30) | 23(23) | 13(13) | 17(17) | 17(17) |
| 5. Me dará cáncer de mama en el próximo año. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 49(49) | 21(21) | 23(23) | 2(2) | 5(5) |
| Percepción de la gravedad de la enfermedad. | | | | |
| 6. El cáncer me asusta. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 32(32) | 25(25) | 7(7) | 15(15) | 21(21) |
| 7. Cuando pienso en el cáncer de mama me da náusea. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 39(39) | 33(33) | 9(9) | 7(7) | 12(12) |
| 8. Si tuviera cáncer de mama mi profesión se vería afectada. | | | | |
| 1. 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 17(17) | 16(16) | 38(38) | 12(12) | 17(17) |
| 9. Cuando pienso en el cáncer de mama se me acelera el corazón. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 29(29) | 33(33) | 11(11) | 12(12) | 15(15) |
| 10. El cáncer de mama pondría en peligro mi matrimonio (u otra relación importante). | | | | |

| | | | | |
|--|-----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 30(30) | 19(19) | 38(38) | 6(6) | 7(7) |
| 11. El cáncer de mama es una enfermedad desalentadora. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 7 (7) | 13(13) | (9) | 40(40) | 31(31) |
| 12. Mi autoestima cambiaría si tuviera cáncer de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 10(10) | 7(7) | 30(30) | 25(25) | 28(28) |
| 13. Mi situación financiera estaría en peligro si tuviera cáncer de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 15(15) | 13(13) | 30(30) | 22(22) | 20(20) |
| 14. Los problemas que tendría si padeciera cáncer de mama durarían mucho tiempo. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 11(11) | 15(15) | 34(34) | 22(22) | 18(18) |
| 15. Tener cáncer de mama sería más grave que tener otra enfermedad. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 16(16) | 22(22) | 25(25) | 20(20) | 17(17) |
| 16. Si tuviera cáncer de mama mi vida cambiaría totalmente. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |

| | | | | |
|---|-----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| | | desacuerdo | | |
| 8(8) | 9(9) | 20(20) | 38(38) | 25(25) |
| | | | | |
| Nociones acerca de los beneficios del autoexamen de mama. | | | | |
| 17. Puedo prevenir futuros problemas si me hago el autoexamen de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 5(5) | 1(1) | 8(8) | 48(48) | 38(38) |
| | | | | |
| 18. Es mucho lo que me beneficia realizar el autoexamen de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 6(6) | 1(1) | 7(7) | 52(52) | 34(34) |
| | | | | |
| 19. El autoexamen de mama me ayuda a detectar protuberancias en el seno. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 4(4) | 1(1) | 7(7) | 49(49) | 39(39) |
| | | | | |
| 20. Si realizo el autoexamen de mama mensualmente puedo encontrar protuberancias antes de que se descubran en el examen físico general. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 4(4) | 2(2) | 11(11) | 43(43) | 40(40) |
| | | | | |
| 21. Si me hiciera el autoexamen de mama mensualmente, se me quitaría el temor de tener cáncer de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 5(5) | 11(11) | 26(26) | 26(26) | 32(32) |
| | | | | |
| Factores que obstaculizan la práctica del autoexamen de mama | | | | |
| 22. Hacerme el autoexamen de mama mensualmente me causa temor. | | | | |

| | | | | |
|--|-----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 28(28) | 27(27) | 19(19) | 9(9) | 17(17) |
| 23. El autoexamen de mama implica que me tengo que hacer una punción. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 47(47) | 35(35) | 7(7) | 2(2) | 9(9) |
| 24. El autoexamen de mama puede ser doloroso. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 35(35) | 41(41) | (8) | (8) | 8(8) |
| 25. El autoexamen de mama me lleva mucho tiempo. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 38(38) | 50(50) | 6(6) | 2(2) | 4(4) |
| 26. Mi familia se puede burlar de mí si me hago el autoexamen de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 53(53) | 35(35) | 4(4) | 3(3) | 5(5) |
| 27. El autoexamen de mama interfiere con mis actividades. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 49(49) | 41(41) | 6(6) | 1(1) | 3(3) |
| 28. EL autoexamen de mama implica crear un nuevo hábito, lo cual es difícil. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 40(40) | 39(39) | 7 (7) | 5(5) | 9(9) |

| | | | | |
|---|-----------------|----------------------------------|--------------|-----------------------------|
| | | | | |
| 29. Tendría mucho miedo si no supiera hacerme el autoexamen de mama. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 27(27) | 23(23) | 28(28) | 12(12) | 10 (10) |
| Grado de motivación para mantener un buen estado de salud. | | | | |
| 30. Ingiero una dieta equilibrada. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 8(8) | 26(26) | 20(20) | 27(27) | 19(19) |
| 31. Siempre sigo los consejos del médico, porque creo que son beneficiosos para mi salud. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 6(6) | 17(17) | 19(19) | 32(32) | 26(26) |
| 32. A menudo realizo actividades para mejorar la salud. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 7(7) | 22 (22) | 19(19) | 29 (29) | 23 (23) |
| 33. Tomo vitaminas cuando no como bien. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 9(9) | 22 (22) | 18(18) | 27 (27) | 24(24) |
| 34. Busco información actualizada sobre la salud. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 10 (10) | 27(27) | 17(17) | 20(20) | 26(26) |
| 35. Cumplo el examen físico recomendado anualmente y voy al médico cuando me enfermo. | | | | |
| 1.Completamente en desacuerdo | 2.En desacuerdo | 3.Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4.De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 8(8) | 26(26) | 20(20) | 29(29) | 17(17) |
| | | | | |

| | | | | |
|---|------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 36. Cumpló con el examen dental recomendado periódicamente y voy con el dentista cuando surgen problemas específicos. | | | | |
| 1. Completamente en desacuerdo | 2. En desacuerdo | 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4. De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 8(8) | 28(28) | 19(19) | 26(26) | 19(19) |
| 37. Hago ejercicio por lo menos tres veces a la semana. | | | | |
| 1. Completamente en desacuerdo | 2. En desacuerdo | 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4. De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
| 14(14) | 20(20) | 20(20) | 27(27) | 19(19) |

Tabla 4.7. Puntaje total de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres de la UMF 43

| | |
|----------------------------|------|
| Media | 108 |
| Mediana | 107 |
| Desviación estándar | 16.1 |
| Mínimo | 62 |
| Máximo | 151 |

Tabla 4.8. Puntaje por dimensión de la Escala de creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres de la UMF 43

| | Percepción de susceptibilidad personal Puntaje total 25 | Percepción de la gravedad de la enfermedad Puntaje total 55 | Nociones acerca de los beneficios del autoexamen de mama. Puntaje total 25 | Factores que obstaculizan la práctica del autoexamen de mama. Puntaje total 40 | Grado de motivación para mantener un buen estado de salud. Puntaje total 40 |
|----------------------------|--|--|---|---|--|
| Media | 11.5 | 33.1 | 20.2 | 16.5 | 26.4 |
| Mediana | 10.5 | 33.0 | 20.0 | 16.0 | 27.0 |
| Desviación estándar | 5.21 | 8.65 | 3.09 | 5.72 | 7.34 |
| Mínimo | 5 | 13 | 13 | 8 | 8 |
| Máximo | 25 | 51 | 25 | 36 | 40 |

3. Relación de variables

El puntaje fue mayor en mujeres que tenían antecedente familiar de cáncer de mama (tabla 4.1), siendo estadísticamente significativo $p < 0.05$

Tabla 4.9 Relación entre Escala de creencias sobre la autoexploración de seno y Antecedente de cáncer en mujeres de la UMF 43

| | | N | Puntaje del total de escala de creencias | | Valor p* |
|-----------------------------------|----|----|--|---------------------|----------|
| | | | Media | Desviación Standard | |
| Antecedente de cáncer mama | Si | 22 | 120 | 16.1 | 0.001 |
| | No | 78 | 104 | 14.2 | |

t Student con significancia estadística de $p < 0.05$

12. DISCUSIÓN

1. Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue determinar las creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial. Dado que la promoción de las conductas favorables a la salud para la prevención del cáncer de mama puede disminuir hasta en 30% la incidencia en la población, es importante que las mujeres posean la adecuada actitud hacia dichas actividades. El modelo de creencias de la salud es uno de los más utilizados en la investigación para explicar el cambio y mantenimiento de comportamientos relacionados con la salud. Algunos estudios han reportado que las dimensiones de susceptibilidad, beneficios y tienen mayor puntaje en mujeres que practican los métodos de detección temprana.

En nuestro estudio sobre las creencias de la autoexploración de seno encontramos una percepción media de 107 que traspolado a porcentaje se calculó en un 57.83%. También se evaluaron factores que influyen en la realización de autoexploración de seno. En la media de cada dimensión se encontró lo siguiente: La media de percepción de susceptibilidad personal (Se percibe susceptible a la realización del examen), fue de 11.5 (46%), la de las nociones acerca de los beneficios del autoexamen de mama 20.2,(80%), la media de factores que obstaculizan la práctica del autoexamen de mama (Percibe barreras para su realización)16.5 (41.25%) y la media de grado de motivación para mantener un buen estado de salud es de 26.4.(65%), la de percepción de la gravedad de la enfermedad(Percibe las consecuencias de no realizarse el examen 33.1(60.18%),

Juárez Garcia (2019) realizó un estudio descriptivo de tipo transversal prospectivo en la ciudad de Nuevo León, titulado “Escala del modelo de creencias de salud

para la autoexploración de mama en estudiantes universitarias”, en el que se incluyeron 994 estudiantes de licenciatura de edades entre 19 y 44 años, a los cuales se les aplicó el instrumento de adaptación de la escala del modelo de creencias de salud, obteniendo los siguientes resultados: En general la percepción sobre las creencias de la autoexploración de seno fue de 45.2%. Para el caso de susceptibilidad percibida la media reportada fue de 7.7, beneficios percibidos 15.35, barreras percibidas 11.33, motivación para la salud 20.62 y gravedad percibida: 14.98.

Ponce Garcia 2013. En un estudio trasversal, comparativo en UMF 18 IMSS de Aguascalientes donde se incluyó a 160 mujeres de 50 a 69 años de edad aplicando un cuestionario de modelo de creencias para la salud, este modelo de creencias también evaluó factores que influyen en las mujeres para la realización de detección de cáncer de seno los cuales fueron: La susceptibilidad percibida 85.7%, beneficios percibidos 70.3%, barreras percibidas 77.5% autoeficacia 74.2% y gravedad percibida 91.2%.

Los resultados de los autores mencionados apoyan los hallazgos de nuestra investigación, podemos decir que en general la tendencia es similar aunque ellos reportan la percepción de la autoexploración más baja que la nuestra 45.2% contra 57.83 % reporte de Juarez-Garcia. Esto en contraste con el estudio de Ponce Garcia que difiere de nuestros hallazgos.

Con respecto a los factores sociodemográficos, en nuestro estudio encontramos que el promedio de edad de las mujeres fue de 40.5 ± 11.9 años, escolaridad más frecuente fue la de profesional en un 41%, el 72% de las mujeres no tenían antecedente familiar de cáncer de mama y la escolaridad profesional.

Reyes –Chacón en el 2021 realizó un estudio trasversal mediante encuesta donde se recabó información sociodemográfica y datos requeridos para evaluar conocimiento, prácticas y actitudes sobre el autoexamen, donde participaron 520 mujeres mayores de 20 años que acudieron a la unidad médica de atención primaria No. 46 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua. El promedio de edad fue

de 41.4 ± 12.6 El nivel educativo prevalente fue la escuela secundaria con un 38% de la muestra y tenía nivel superior únicamente el 17.5%. Además el 77.7% de las mujeres no tenía antecedente familiar de cáncer de mama.

Como podemos ver los resultados de los autores mencionados son similares a nuestros hallazgos, principalmente en el promedio de edad y antecedente heredofamiliar de cáncer de mama.

Fortalezas

Una de las fortalezas de nuestro estudio fue el empleo del instrumento ya ampliamente validado y confiable para explorar e identificar las creencias relevantes sobre el cáncer de mama y la autoexploración de seno.

Debilidades

En cuanto a las debilidades de nuestro estudio es que el muestreo fue de tipo no probabilístico que implica sesgos ya conocidos.

Otra debilidad fue por parte de los pacientes, ya que algunos reactivos no los interpretaban tan adecuadamente por su bajo nivel académico, por lo que requerían apoyo, esto podría afectar los resultados del estudio.

Recomendaciones

Respecto al estudio:

- a. Dar continuidad a este tipo de estudios, mediante la posterior realización de trabajos que evalúen las creencias sobre la autoexploración de seno.
- b. En posteriores estudios favorecer el uso de otros instrumentos sobre creencias de autoexploración de mama que amplíen el conocimiento de los hallazgos obtenidos.
- c. Recomendar a la unidad un módulo de atención solo para explicar el autoexamen de mama para que las mujeres estén enteradas y solicitar el servicio.

A nivel de la unidad:

- a. Difundir los resultados del presente estudio a médicos y todo el personal de salud para que conozcan la situación actual de las creencias sobre autoexploración de seno de los pacientes de la UMF 43; así mismo sensibilizar al personal sobre la importancia de este tema en la salud de los pacientes.
- b. Realizar acciones en la unidad que contribuyan a la utilización sistemática de instrumentos que evalúen las creencias en mujeres sobre la autoexploración de seno.

13. CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio el puntaje total de la escala de creencias sobre la autoexploración de seno fue de 108 ± 16.1 . Lo cual equivaldría en porcentaje a un 57.83%.

2. El puntaje más alto de la escala predominó en pacientes en las que si tenían antecedente de cáncer de (p< 0.05).

Por los resultados de nuestro estudio, sería importante considerar que se debe educar más sobre el autoexamen, que se debe realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios, las mujeres menopáusicas elegirán un día determinado y fijo por mes. Siempre debe recordarse de los pasos del examen. El tamizaje o detección precoz de lesiones en la mama ha mostrado reducir la mortalidad del cáncer de mama.

Por lo que se sugiere que a nivel institucional sigamos favoreciendo este tipo de estudios, y se pueda ofrecer mayor énfasis en los factores de riesgo que ayudan a elevar el estilo de vida saludable.

14. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

RECURSOS MATERIALES:

| RECURSOS MATERIALES | CANTIDAD | COSTO |
|--|------------------------------|-----------------------|
| Hojas de papel bond tamaño carta | 500 | 80 pesos |
| Lápiz de grafito del número 2 | 10 | 50 pesos |
| Computadora personal | 1 | Ya se cuenta con ella |
| Impresora de inyección de tinta | 1 | Ya se cuenta con ella |
| Software de Microsoft Word | 1 | Ya se cuenta con ella |
| Software de Microsoft Excel | 1 | Ya se cuenta con ella |
| Software SPSS V 21 | 1 | Ya se cuenta con ella |
| RECURSOS DE PERSONAL | | |
| Tesista: Ofelia Cordova Valle | Función: Recabar encuestas | |
| Investigador asesor: María del Consuelo Bretado Villalba | Función: Asesor metodológico | |
| FINANCIAMIENTO | | |
| Será financiado por el investigador autor del estudio. | | |
| INFRAESTRUCTURA | | |
| Se utilizarán las instalaciones físicas de la UMF No. 43 | | |

15. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

Este estudio no involucra aspectos de bioseguridad

16. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividades | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--------------------------------|------|------|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Revisión de la literatura. | 2021 | 2021 | 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 |
| Elaboración de protocolo. | 2021 | 2021 | 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 2021 | 2020 | 2020 | 2020 |
| Seminario de avances. | 2021 | | 2021 | | 2021 | | 2021 | | | | | |
| Registro del proyecto. | | | | | | | | | | 2021 | | |
| Etapas de ejecución. | | | | | | | | | | | 2021 | |
| Elaboración de base de datos. | | | | | | | | | | | | 2021 |
| Análisis de datos. | | | 2022 | | | | | | | | | |
| Informe técnico de seguimiento | | | | | | 2022 | | | | | | 2022 |
| Redacción de informe final. | | | 2022 | | | | | | | | | |
| Entrega de Tesis. | | | | 2022 | | | | | | | | |
| Publicación. | | | | | 2022 | | | | | | | |

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar N. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. Progress in Molecular Biology and Translational Science. 2017;2.
2. Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. Guía de evidencias y recomendaciones: guía de práctica clínica. México: CENETEC; 2017 [2021]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-08/ER.pdf> .
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Ciudad de México: Diario oficial de la federación; 2011.
4. Mattiuzzi C, Lippi G. Current Cancer Epidemiology. Journal of Epidemiology and Global Health. 2019;9(4):217.
5. Harbeck N, Penault F, Cortes J, Gnant M, Houssami N, Poortmans P et al. Breast cancer. Nature Reviews Disease Primers. 2019;5(1).
6. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar N. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. 2021.
7. Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance. Advances in Experimental Medicine and Biology. 2019.
8. Palacio S, Lazcano E, Allen B, Hernández M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2021 Sep 03]; 51(Suppl 2): s208-s219. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800011&lng=es.
9. Secretaría de Salud. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Anuarios de morbilidad, 2011.
10. Rojas K, Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clinical Obstetrics & Gynecology. 2016;59(4):651-672.

11. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo, M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2014;136(5): E359-E386.
12. Franco F, López L, Keating N, Arreola H, Marie F. Breast cancer age at diagnosis patterns in four Latin American Populations: A comparison with North American countries. *Cancer Epidemiology*. 2015;39(6):831-837.
13. Britt K, Cuzick, J, Phillips K. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nat Rev Cancer*. 2020;20(8):417–36.
14. Wallace D, Hunter J, Papenfuss M, De Zapien JG, Denman C, Giuliano, AR. Pap smear screening among women ≥ 40 years residing at the United States-Mexico border. *Health Care Women Int*. 2007;28(9):799–816.
15. Dall GV, Britt KL., Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Front Oncol*. 2017; 7:110.
16. Nattinger A, Mitchell J. Breast Cancer Screening and Prevention. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(11): ITC81.
17. Peairs K, Choi Y, Stewart R, Sateia H. Screening for breast cancer. 2017.
18. Nelson H, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(4):244.
19. Melnikow J, Fenton J, Whitlock E, Miglioretti D, Weyrich M, Thompson J et al. Supplemental Screening for Breast Cancer in Women With Dense Breasts: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(4):268.

20. Warner E, Messersmith H, Causer P, Eisen A, Shumak R, Plewes D. Systematic Review: Using Magnetic Resonance Imaging to Screen Women at High Risk for Breast Cancer. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(9):671.
21. Oestreicher N, Lehman C, Seger D, Buist D, White E. The Incremental Contribution of Clinical Breast Examination to Invasive Cancer Detection in a Mammography Screening Program. *American Journal of Roentgenology*. 2005;184(2):428-432.
22. Glanz K, Rimer B, Viswanath K, Orleans C. Health behavior and health education. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
22. Champion V. Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*. 1984;6(3):73-85.
23. Abraham C, Sheeran P. The Health Belief Model. *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models*. 2nd ed. Nueva York: Mark Conner and Paul Norman; 2005.
24. Juárez D, Téllez A, García C. 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 2021 Sep 14] ; 9(1): 7-14. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322019000100007&lng=es. Epub 25-Nov-2019. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.01>.
25. Juárez D, Valenciano I, García M, Téllez A. Development and Validation of a Mexican Version of the Champion's Health Belief Model Scale for Breast Cancer Screening. *Journal of Cancer Education*. 2019;36(1):100-105.
26. Hajian K., Auladi S, Health belief model and practice of breast self-examination and breast cancer screening in Iranian women. *Breast Cancer*. 2012;21(4):429-434.
27. Ertem G, Donmez Y, Dolgun E. Determination of the Health Belief and Attitude of Women Regarding Breast Cancer and Breast Self-Exam. *Journal of Breast Health*. 2017;13(2):62-66.

28. Ponce M, Alanis A. Creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50-69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes. [Para obtención del grado de médico especialista en medicina familiar]. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2013.

29. Schencke M, Espinoza S, Muñoz N, Messing H. Actitud y conducta frente al autoexamen de mama entre profesionales de salud en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1993;114(4).

18. ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Folio: _____

NSS: _____ Fecha: _____

Instrucciones: responda en cada pregunta u oración de acuerdo a lo que se solicite por favor. Subraye, tache o circule la respuesta elegida. Si hay alguna duda favor de preguntar. No dejar ningún espacio sin contestar.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2.Cuál es su estado civil?

- a) Soltero b) casado c) unión libre d) Divorciada e) Viuda

3. ¿Cuál es su escolaridad?

- a) Ninguna b) primaria c) Secundaria d) Preparatoria/técnica e)

Profesional

4. ¿Cuál es su ocupación actual?

- a) Hogar b) Empleado c) desempleado
e) auto-empleado e) Jubilado/pensionado

5. ¿Cuál es su ingreso semanal?

- a) 0 a 1000 b) 1001 a 2000 c) 2001 a 3000
d) 3001 a 5000 e) 5001 y más.

6. ¿Cuánto tiempo hace que usted se realizó examen de cáncer de mama con su médico o en alguna unidad médica? _____

7. ¿Alguien de sus padres, tíos, abuelos o hermanos ha presentado cáncer mama?

- a) Si b) No

ANEXO 2. Escala de creencias sobre la autoexploración de seno

Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas basándose en lo que usted piensa. Evalúe que tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada enunciado y marque su respuesta con una x. Asegúrese de contestar todos enunciados. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

| | 1. Completamente en desacuerdo | 2. En desacuerdo | 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo | 4. De acuerdo | 5. Completamente de acuerdo |
|---|--------------------------------------|------------------------|---|---------------------|-----------------------------------|
| Percepción de susceptibilidad personal | | | | | |
| 1. En este momento es muy probable que tenga cáncer de mama. | | | | | |
| 2. Mi estado de salud actual facilita el desarrollo de un cáncer de mama. | | | | | |
| 3. Considero probable que en el futuro me de cáncer de mamá. | | | | | |
| 4. Me preocupa bastante el llegar a tener cáncer de mama. | | | | | |
| 5. Me dará cáncer de mama en el próximo año. | | | | | |
| Percepción de la gravedad de la enfermedad. | | | | | |
| 2. El cáncer me asusta. | | | | | |
| 3. Cuando pienso en el cáncer de mama me da náusea. | | | | | |
| 4. Si tuviera cáncer de mama mi profesión se vería afectada. | | | | | |
| 5. Cuando pienso en el cáncer de mama se me acelera el corazón. | | | | | |
| 6. El cáncer de mama pondría en peligro mi matrimonio (u otra relación importante). | | | | | |
| 7. El cáncer de mama es | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| una enfermedad desalentadora. | | | | | |
| 8. Mi autoestima cambiaría si tuviera cáncer de mama. | | | | | |
| 9. Mi situación financiera estaría en peligro si tuviera cáncer de mama. | | | | | |
| 10. Los problemas que tendría si padeciera cáncer de mama durarían mucho tiempo. | | | | | |
| 11. Tener cáncer de mama sería más grave que tener otra enfermedad. | | | | | |
| 12. Si tuviera cáncer de mama mi vida cambiaría totalmente. | | | | | |
| Nociones acerca de los beneficios del autoexamen de mama. | | | | | |
| 1. Puedo prevenir futuros problemas si me hago el autoexamen de mama. | | | | | |
| 2. Es mucho lo que me beneficia realizar el autoexamen de mama. | | | | | |
| 3. El autoexamen de mama me ayuda a detectar protuberancias en el seno. | | | | | |
| 4. Si realizo el autoexamen de mama mensualmente puedo encontrar protuberancias antes de que se descubran en el examen físico general. | | | | | |
| 5. Si me hiciera el autoexamen de mama mensualmente, se me | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| quitaría el temor de tener cáncer de mama. | | | | | |
| Factores que obstaculizan la práctica del autoexamen de mama | | | | | |
| 1. Hacerme el autoexamen de mama mensualmente me causa temor. | | | | | |
| 2. El autoexamen de mama implica que me tengo que hacer una punción. | | | | | |
| 3. El autoexamen de mama puede ser doloroso. | | | | | |
| 4. El autoexamen de mama me lleva mucho tiempo. | | | | | |
| 5. Mi familia se puede burlar de mi si me hago el autoexamen de mama. | | | | | |
| 6. El autoexamen de mama interfiere con mis actividades. | | | | | |
| 7. EL autoexamen de mama implica crear un nuevo hábito, lo cual es difícil. | | | | | |
| 8. Tendría mucho miedo si no supiera hacerme el autoexamen de mama. | | | | | |
| Grado de motivación para mantener un buen estado de salud. | | | | | |
| 1. Ingiero una dieta equilibrada. | | | | | |
| 2. Siempre sigo los consejos del médico, porque creo que son beneficiosos para mi salud. | | | | | |
| 3. A menudo realizo actividades para mejorar la salud. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Tomo vitaminas cuando no como bien. | | | | | |
| 5. Busco información actualizada sobre la salud. | | | | | |
| 6. Cumplo el examen físico recomendado anualmente y voy al médico cuando me enfermo. | | | | | |
| 7. Cumplo con el examen dental recomendado periódicamente y voy con el dentista cuando surgen problemas específicos. | | | | | |
| 8. Hago ejercicio por lo menos tres veces a la semana. | | | | | |

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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

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

| | |
|--|--|
| Nombre del estudio: | Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo. |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | Unidad de Medicina Familiar No 43 de Gómez Palacio, Dgo. |
| Número de registro institucional: | R-2021-902-030 |
| Justificación y objetivo del estudio: | El cáncer de mama puede ser curable si se detecta oportunamente. Algunas ocasiones las creencias sobre salud que tienen las personas pueden influir para realizarse oportunamente la detección o exámenes del cáncer de mama. El objetivo de este estudio es conocer las creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo. |
| Procedimientos: | Usted responderá algunas preguntas sobre sus datos personales y un cuestionario que valora las creencias sobre la autoexploración de seno. Al firmar este consentimiento usted recibirá una copia de dicho documento. |
| Posibles riesgos y molestias: | Usted invertirá un tiempo aproximado de 10 minutos en la contestación de estos cuestionarios. Además de abordar algunos aspectos emocionales de su vida personal. |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Usted obtendrá información sobre sus creencias sobre la autoexploración de seno. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | A partir de diciembre de 2021 usted podrá llamar al investigador responsable para conocer sus resultados. También en caso de así desearlo puede otorgar su teléfono para que le comuniquen los resultados. |
| Participación o retiro: | Su participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirarse de este estudio en el momento que lo decida, sin que haya ninguna repercusión en su atención médica. |
| Privacidad y confidencialidad: | Los datos y la información serán tratados con suma confidencialidad y privacidad. No se mencionará su nombre en cualquier publicación relacionada al mismo. |
| Declaración de consentimiento: Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio: | |
| <input type="checkbox"/> | No acepto participar en el estudio. |
| <input type="checkbox"/> | Si acepto participar en el estudio. |
| | |
| | |

| | |
|---|---|
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: | |
| Investigadora o Investigador Responsable: | Nombre: Olga Ofelia Córdova Valle Matricula: 99052662 Adscripción: UMF 34, Arturo Martinez, Dgo. amara.paulina17@gmail.com Teléfono: 871 7159585 ext. 136 |
| Colaboradores: | Nombre: Dra. María del Consuelo Bretado Villalba Matricula: 99103112 Adscripción: UMF 43, Gomez Palacio, Dgo. Teléfono: 8713092305 |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 9028 del IMSS: Avenida Nicolás Fernández 102, Colonia El Dorado, Gómez Palacio, Dgo., CP 35028. Teléfono 8717159570, extensión 136, correo electrónico. cometicainv9028@gmail.com | |
| _____ | _____ |
| Nombre y firma del participante | Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento |
| Testigo 1 | Testigo 2 |
| _____ | _____ |
| Nombre, dirección, relación y firma | Nombre, dirección, relación y firma |
| Clave: 2810-009-013 | |

ANEXO 4 CARTA DE NO INCONVENIENTE

Gómez Palacio, Dgo. 13 de octubre del 2021

Dra. Olga Ofelia Córdova Valle
Investigador responsable
Médico Residente de Medicina Familiar

Asunto: Carta de No Inconveniente.

Estimado investigador:

En atención a su solicitud para autorizar la realización del protocolo de investigación "Creencias sobre la autoexploración de seno en mujeres derechohabientes de la UMF No 43 de Gómez Palacio, Dgo.", realizará las actividades de: a) aplicación de cuestionarios de datos generales, aspectos relacionados con la enfermedad y Escala del Modelo de Creencias de salud, le comento que no existe inconveniente de mi parte para que pueda llevar a cabo dicha investigación en la UMF No. 43, teniendo en cuenta que deberá obtener previo a la realización de dichas actividades el número de registro institucional de su protocolo de investigación.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE:
"Seguridad y Solidaridad Social"

Ezequiel Guadalupe Canales Quevedo.

Director Médico UMF 43

