



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICNA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA UMF No. 10

**BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN
CLÍNICO DE MAMA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECILISTA EM
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. DANIEL ULICES BETANCOURT NAVARRO

MEXICO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

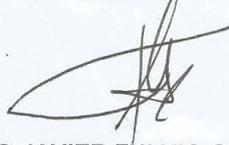
**BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN
AL EXAMEN CLINICO DE MAMA**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

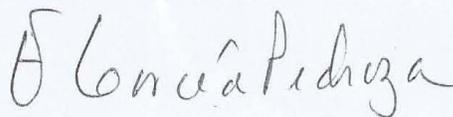
PRESENTA

DR. DANIEL ULICES BETANCOURT NAVARRO

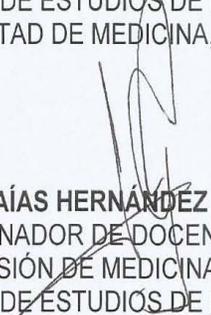
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

"BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA"

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Daniel Ulices Betancourt Navarro


DRA. SANDRA DURAN VAZQUEZ
DIRECTOR DE LA UMF 41


Dr(A). MIGUEL VARELA HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
UMF N° 3


Dr. JAVIER LÓPEZ VILLASANA
INVESTIGADOR RESPONSABLE
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 14



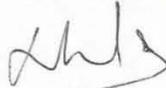
"BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA"

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Daniel Ulices Betancourt Navarro

AUTORIZACIONES



DR. HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ

**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS DEL D.F.**



DR VICTOR MANUEL AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION

DELAGACION NORTE DEL IMSS

Dr. Daniel Ulices Betancourt Navarro
Primer Grado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3404
"U MED FAMILIAR NUM 20, D.F. NORTE"

FECHA 18/01/2013

DR. JAVIER LÓPEZ VILLASANA

P R E S E N T E

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

"BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3404-4

RESPECTIVAMENTE

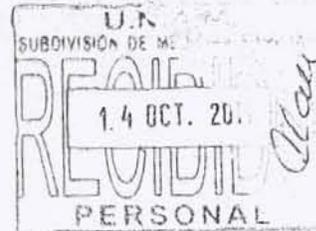
DR. (A). EDUARDO ITHURBURU VALDOVINOS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3404

Imprenta

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

DR JOSE FIACRO ROSALIO BETANCOURT SOTO

EVA NAVARRO DELGADO

POR SU DEDICACION Y EMPEÑO, EN MI PROFESION Y EL EJEMPLO A SEGUIR EN ESTA DICHA Y NOBLE CARRERA, EL CUAL ME HA DEMOSTRADO QUE LA MEDICINA NO ES PROFESION SINO VOCACION, PARA VER A LAS PERSONAS COMO PERSONAS Y NO COMO ENFERMEDAD AL IGUAL QUE ES EL UNICO MEDICO AL CUAL PONGO MI VIDA EN SUS MANOS CON PLENA CONFIANZA .Y A MI MADRE POR SU EMPEÑO Y DEDICACION DURANTE ESTE PROCESO Y SU APOYO INCONDICIONAL.

A MIS HIJOS

ANDRE ULISES BETANCOURT SOTO

BRUNO DANIEL BETANCOURT SOTO Y A LOS QUE VENDRAN EN UN FUTURO.

POR REGALARME UNA SONRISA A PESAR DE MI ANIMO DURANTE EL INICIO DE ESTA NUEVA ETAPA Y SEGUIR SIENDO LA ALEGRIA Y SONRISA DURANTE ESTOS TRES AÑOS, Y QUE ME HAN ENSEÑADO A SER MEJOR PERSONA PADRE Y AMIGO LOS AMO.

YA QUE EL HIJO DEJA DE SER HIJO CUANDO SE ES PADRE, PERO NO DEJA DE SER HIJO, HASTA QUE EL PADRE FALLECE Y SE INICIA LA ETAPA DE SER PADRE.

A MI FUTURA ESPOSA

LIC. PSICOLOGIA IVETTE YARELI MARTINEZ ORTIZ, POR DEVOLVERME LA VIDA, Y ENSEÑARME QUE EL AMOR EXISTE Y ME HA ENSEÑADO A CAMINAR TOMADO DE LA MANO UNO DE EL OTRO Y SALIR ADELANTE EN ESTE DURO CAMINO DE LA VIDA Y ENSEÑARME QUE EL AMOR VERDADERO SI EXISTE TE AMO CIELOBELLO GRACIAS.

A MIS FUTUROS SUEGROS

ARTURO MARTINEZ MARTINEZ

ROSA VICTORIA ORTIZ CISNEROS

POR DEMOSTRARME SU APOYO INCONDICIONAL, DURANTE ESTOS AÑOS Y POR PERMITIRME CONOCER A LA PERSONA MAS BELLA EN ESTE MUNDO A SU HIJA IVETTE YARELI, POR SEMBRAR EN ELLA LA DEDICACION Y EL AMOR HACIA SU PERSONA Y QUE ESE AMOR DE FAMILIA LO DEMUESTRE HACIA LOS DEMAS INCONDICIONALMENTE.

A MIS PROFESORES

DR JAVIER LOPEZ VILLASANA.

DR ANDRES ROCHA.

DR MIGUEL VARELA

POR SU APOYO DURANTE ESTOS TRES AÑOS DE DEDICACION Y APOYO
COMO PROFESORES Y AMIGOS DURANTE ESTOS AÑOS Y POR SU
APORTE DE CONOCIMIENTOS Y LA ALGRIA DE ESTAR CON ELLOS
COMPARTIENDO ESTA NUEVA ETAPA.

A MIS HERMANOS

JANETH, JOSE Y JONATHAN BETANCOURT NAVARRO.

POR SER PARTE DE MI VIDA Y MI GRAN FAMILIA, POR EL APOYO, DURANTE ESTA PROFESION CON SUS DESVELOS, SONRISAS, ENOJOS Y PLEITOS DE HERMANOS, PARA APOYARME DURANTE MIS HORAS DE ESTUDIO, Y SU APOYO MORAL E INCONDICIONAL DURANTE MI VIDA Y EL APOYO A MIS HIJOS DURANTE ESTE PROCESO.

A MIS TIOS

LORENZO BETANCOURT SOTO

CATALINA SANTAMARIA RAMIREZ

QUE SIN SU APOYO, Y DEDICACION INCONDICIONAL Y ESmero, NO HUBIERA
PODIDO LLEGAR HASTA DONDE HOY HEMOS LOGRADO Y POR SU IMPETU A QUE
SIGA ADELANTE COMO MEDICO, PADRE Y AMIGO. GRACIAS.

A MI CUÑADA

ROSA YAZMIN MARTINEZ ORTIZ

POR SU APOYO INCONDICIONAL DURANTE ESTOS AÑOS, Y SU DEDICACION Y ALEGRIA, QUE NOS CONTAGIA A TODOS LOS QUE NOS RODEA Y EL APOYO INCONDICIONAL ANTE MIS HIJOS Y FUTURA ESPOSA. GRACIAS

A LAS PACIENTES

QUE GRACIAS POR SU APOYO Y DEDICACION DURANTE ESTE TIEMPO PERMITIERON QUE SE REALIZARA ESTE ESTUDIO. QUE SERVIRA PARA TODOS EN UN FUTURO, PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SERVICIO EN LAS INSTITUCIONES PUBLICAS.

INDICE

RESUMEN	17
MARCO TEORICO	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
JUSTIFICACION	30
OBJETIVO	31
HIPOTESIS	32
METODOLOGIA	33
RESULTADOS	42
DISCUSION	47
CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	56

I. RESUMEN

“BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA”

Dr. Javier López Villasana*, Dr. Daniel Ulices Betancourt Navarro**

*Investigador Principal, *Alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama es el más frecuente y de mayor mortalidad en las mujeres del mundo. El número de fallecimientos por esta causa se ha duplicado en 22 años. El panorama epidemiológico de esta patología en la población mexicana se transformó en los últimos 50 años y el cáncer mamario ha pasado a ser un problema de salud pública. Reducir la mortalidad requiere, entonces, mejorar la detección temprana y estrategias de tratamiento, identificando y evitando las barreras socioculturales en la mujeres.

OBJETIVO: Identificar las barreras socioculturales en mujeres que no acuden al examen clínico de mama. Pará proponer una estrategia desde la consulta de medicina familiar, para mejorar y ayudar en la solución del problema.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo en 351 mujeres mayores de 25 años sin la afección. Se obtendrá la información mediante entrevista con cuestionario que consta de 23 ítems, agrupadas en: conocimiento, información, motivos por lo que no acude, actitudes y creencias de las encuestadas (variables socio demográficas y culturales). Se analizaran con medidas de frecuencia y porcentaje. Se utilizara el programa estadístico SPSS versión 20 para el análisis de las variables.

RESULTADOS: Se estudiaron 351 mujeres, la media de edad, fue de 44 años, escolaridad más frecuente fue la técnica en una 30.8%, en relación a la ocupación de las pacientes, 65% fueron empleadas, 33.6% se dedicaban al hogar, El 86% estaban casadas, el 96% de las pacientes refirió saber que es el cáncer de mama, 92% sabe la utilidad de la exploración clínica de mama. De las 351 mujeres estudiadas solo el 1.4% mencionó haber solicitado se le realizara la exploración clínica de mama. El 55.3% de las pacientes mencion haberse realizado la exploración clínica hace 2 años, 7.5% hace 1.5 años y 9.4% nunca.

CONCLUSIONES: Se detectaron datos en los que existen barreras psicológicas , culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de mama ,la identificación de estas barreras y su origen pueden apoyar el desarrollo de acciones para mejorar la relación médico-paciente y detectar en forma oportuna el cáncer de mama.

Palabras Clave: Cáncer de mama, barreras socioculturales.

II. MARCO TEORICO

La exploración clínica de mama

El Examen Clínico de Mama (ECM) es un procedimiento sencillo que consta de la observación, inspección y la palpación, es fundamental la destreza en la ejecución e interpretación de la exploración clínica de la mama.

El objetivo principal de la exploración física de la mama es diferenciar lo nódulos mamarios.

Se han estudiado de forma sistemática tres componentes específicos de la exploración, encontrando que influye en la precisión de la misma. Son la cantidad de tiempo empleado en la exploración, el patrón de búsqueda empleado, y la técnica de los dedos en la palpación.

El tercer aspecto crucial de la exploración clínica de la mama es la técnica de los dedos. La técnica superior se hace manteniendo juntos los pulpejos de los dedos 2°, 3° y 4°, describiendo círculos del tamaño de una moneda. Los pulpejos de los dedos empiezan ejerciendo una presión suave en cada círculo, después repiten en la misma zona con una presión media y profunda antes de pasar a la siguiente zona de exploración.

Esta técnica se describe en la “Guía técnica 2004 para la detección y atención integral de cáncer de mama”.

La realiza el médico familiar, el médico de promoción a la salud, el epidemiólogo y el personal de enfermería.

Se efectúa a partir de los 25 años de edad, con periodicidad anual.

Este examen debe formar parte de las exploraciones periódicas del estado de salud de la mujer, en las mujeres de 25 a 69 años de edad y en las mujeres asintomáticas de 40 años de edad es necesario un ECM anual.

A pesar de los progresos en las técnicas de diagnóstico, existen indicaciones claras de las necesidades de la exploración clínica de mama como parte de la detección del cáncer de mama en todas las mujeres.

Las barreras socio culturales

Son las características personales de la mujer y situaciones que afectan tanto las intenciones para realizar una conducta particular como la ejecución real de la conducta y tiene relación con la acción de una conducta de salud, con hechos que influyen en los resultados obtenidos en el incremento de la mortalidad por esta enfermedad.

Puede ser imaginarias o reales, consiste en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción y pueden ser:

La Información; que deben tener las usuarias son: el conocimiento y las causas de la enfermedad, que es y para qué sirve este estudio, la frecuencia y en qué tiempo se debe realizar la exploración clínica de mama, el lugar donde debe acudir es indispensable esta información para la aceptación de este examen.

La insuficiencia y la falta de canales eficaces de difusión son elementos vinculados con la no participación en la ECM. Esta falta de información puede promover percepciones vagas y abstractas, por parte de las mujeres. En alguna medida, la falta de información no permite a la mujer tomar decisiones sobre su salud, en relación con el cáncer de mama.

Pese a que existen organizaciones especializadas en cáncer de mama, las cuales trabajan para proporcionar información y crear conciencia, en la mayoría de los casos no promueve acciones concretas de las mujeres, en especial cuando se distribuye a través de medios masivos de comunicación. Si las mujeres tienen acceso a la información mediante canales específicos, como las unidades de salud, la información tiende a promover acciones concretas en el cuidado.

El tiempo disponible; es la percepción de falta de tiempo para el cuidado de uno mismo.

El temor; es un sentimiento de incertidumbre a descubrir algo, sufrir, dolor, enfermedad y a morir.

La vergüenza; a que sea observada y tocada desnuda, durante la exploración por un extraño.

El olvido; es la ausencia de capacidad de retención para el cuidado de la salud.

La religión; principios éticos y morales en las mujeres en cuanto a mostrar el cuerpo desnudo y tocarlo, puede influir en la exploración clínica de mama.

El cáncer de mama es actualmente el cáncer más frecuente y de mayor mortalidad en las mujeres del mundo. El número de fallecimientos por esta causa se ha duplicado en 22 años, y afecta tanto a países industrializados como a los menos desarrollados. El panorama epidemiológico de esta patología en la población mexicana se transformó en los últimos 50 años y el cáncer mamario ha pasado a ser un problema de salud pública. Sus principales factores de riesgo conocidos están asociados a la exposición prolongada de estrógenos, son indicadores de estilos de vida y patrones reproductivos y por esto resultan difíciles de modificar. Reducir la mortalidad requiere, entonces, mejorar la detección temprana y estrategias de tratamiento, identificando y evitando las barreras socioculturales en las mujeres.¹

Entre los procedimientos de detección que incluyen también la autoexploración y el examen clínico, la mamografía es la única técnica que puede ofrecer una detección suficiente oportuna. En México, donde la mayoría de los tumores malignos de la mama son diagnosticados en etapa avanzada, las mamografías se han utilizado casi totalmente con fines diagnósticos. En 2003 se publicó la Norma Oficial Mexicana que abre la posibilidad para un programa de escrutinio poblacional que instrumente el uso de las mastografías como herramienta de detección.²⁻³

Una célula cancerosa de mama generalmente se duplica cada 100 a 300 días. Una neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta simple estimación sugiere la utilidad de la detección temprana, con métodos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro.

4

Cada año en el mundo ocurren alrededor de un millón de casos. La OMS refiere que cada 30 segundos se diagnostica un caso nuevo de cáncer de mama. Esta enfermedad constituye de 20 a 25% de todos los casos de cáncer en la mujer, contribuye con un 15 a 20% de la mortalidad por cáncer y con un 2 a 5% de la mortalidad por cualquier causa en el mundo occidental.⁵

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más accesibles y pueden administrarse con menos recursos. En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende el uso adecuado de los servicios de salud.⁶

En los países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica y Canadá se han aplicado programas poblacionales que promueven la autoexploración y la exploración clínica de mama.

The Oncol Nurs fórum 2002 se analizó, que a pesar de esta promoción existen barreras en el tamizaje que afecta de manera directa en el diagnóstico oportuno y varios factores son considerados como barreras para la realización de la detección del cáncer de mama en Norteamérica, como lo son: el bajo ingreso económico, bajo nivel de escolaridad, los grupos minoritarios, edad mayor de 50 años, la falta de conocimiento acerca de la detección del cáncer de mama, la ausencia de síntomas, no contar con servicio médico, el retraso en la referencia a otro nivel de atención, la falta de accesibilidad, la turbación, el dolor, el miedo, la ansiedad y los costos altos en la detección; quizá el factor menos estudiado en la población que vive en Estados Unidos es la cultura, que juega un papel importante en las mujeres que viven en ese país.⁷

Alcaraz y colaboradores en España; en un estudio observacional transversal, en mujeres que fueron invitadas para participar en el programa de prevención de Cáncer de Mama y no acudieron.

En un estudio en el cual se analizaron 361 cuestionarios. El 93.4% (intervalo de confianza (IC) del 95%: 3-95,7) recordaba haber recibido una citación. El motivo principal de no participación fue estar estudiada por otros servicios sanitarios en el 48.8% (IC del 95%:43,6-53,9), seguido de diversos motivos personales en el 16.1% (IC del 95%:12,3-19,9) y del horario de citación que no les resultó adecuado en el 15.5% (IC del 95%:11,8-19,2). Analizando la clase social baja; se observó que el temor, no considerarlo algo importante para su salud y los problemas de horarios, fueron obstáculos para la participación en el programa.

La clase social media o alta. De nivel cultural medio o alto tienen mayor probabilidad de estar estudiadas.⁸

Hernández y colaboradoras; en Cuba realizó un estudio transversal retrospectivo, en donde se encuestaron 100 mujeres mayores de 20 años, valorando las vías de aprendizaje el conocimiento y la frecuencia con que se realizan la exploración mamaria, donde los resultados expresaron que 55% no conocían esta técnica. La mayoría aprendieron a través del equipo básico de salud en un 32%, medio de difusión 13%. Y en relación a la frecuencia 43% lo hacen ante algún síntoma.⁹

Villanueva, et al. En Bilbao; en su estudio práctica de la exploración mamaria en mujeres funcionarias, encontró que el 69.52% realizó examen clínico mamario en el último año. El 99% de casos. Lo realizó el ginecólogo. En 1% el médico de familia. El 56.67% conocía la recomendación preventiva de la exploración mamaria.¹⁰

Farfán y cols. En México; en una encuesta transversal sobre el estudio de factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de Cáncer Cervicouterino, encontraron que el 25% de las mujeres entre 41 años y 58% de 25 y 29 nunca se había realizado un examen de cáncer. Entre los factores 70% las mujeres sienten vergüenza y 63% dice sentir angustia ante el resultado. Con respecto si reciben información sobre la prueba, 43% lo refiere y 42% lo recibieron por personal de enfermería. ¹¹

Nigenda y colaboradores; barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca, en un estudio exploratorio transversal de corte cualitativo, permitió identificar barreras en los tres niveles de atención y muestra notorias deficiencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud.¹²

En nuestro país, el cáncer de mama comenzó a considerarse un problema de salud prioritario de salud hasta finales de la década de 1990, por esta razón se estableció la reglamentación para la prevención, tratamiento y control de cáncer de mama en atención primaria a la salud, emitida en la norma oficial mexicana 041-SSA2-2002, expresando que la prevención debe efectuarse a través de la educación y la promoción a la salud, la cual comprende actividades educativas a la población en general, con atención a las mujeres con mayor riesgo. Así mismo, menciona que la prevención específica se debe llevar a cabo mediante examen clínico anual realizado por el médico, auto-exploración mamaria mensual y estudios de gabinete: mastografía y ultrasonido en pacientes con riesgo.¹³

La rutina de atención primaria a la salud debe incluir no solo la motivación para practicarse el auto examen mamario (AEM), sino también la educación concerniente a la técnica y periodicidad correcta para la ejecución del mismo.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, se trabaja en el programa para detección oportuna de cáncer mamario (DOCMA), este consta de tres etapas: la primera consiste en actividades de promoción, efectuadas en la sala de espera a la población en general; la segunda es la identificación de casos a través de examen físico a la mujer y educación individual para la ejecución del (AEM), incluyendo aquí información concerniente a la técnica correcta para auto-explorarse así como día y frecuencia recomendados para la realización de la misma y la tercera impartición de educación a la población derechohabiente con factores de riesgo sobre la detección oportuna de cáncer mamario. Todas estas actividades son conducidas por el personal de médico y de enfermería en atención primaria a la salud y en el Departamento de Medicina Preventiva de las Unidades de Medicina Familiar (PREVENIMSS).¹⁴

Identificar las condicionantes de la utilización del examen clínico de mama, la relación entre ellos y el ejercicio médico institucional, existen barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de mama, la identificación de esas barreras y su origen pueden apoyar el desarrollo de acciones para mejorar la relación médico-paciente. ¹⁵

Evaluar la satisfacción de las usuarias y la satisfacción laboral de los prestadores del servicio médico dentro del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino y cáncer de mama en dos unidades de salud. ¹⁶

Identificar las barreras, sociales, culturales y de los servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama en el DF y en Oaxaca, con barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias deficiencias en la difusión de información tanto en población general como a los proveedores de salud. ¹⁷

El cáncer de mama es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y constituye una prioridad no reconocida en los países de ingresos medios, revelando que desde el 2006 el cáncer de mama es causante de un mayor número de muertes que el cáncer Cervicouterino. Esta afección es la segunda causa de muerte entre mujeres de 30 a 54 años de edad y amenaza a todos los grupos socioeconómicos. Existen barreras tanto en la demanda como en la oferta, el cabildeo, la educación, la creación de la conciencia y una respuesta articulada de políticas son importantes para garantizar una mayor cobertura, acceso y aceptación tanto del tratamiento como de la detección temprana. ¹⁸

Se debe disponer de una estrategia efectiva en enseñanza de conocimientos en cáncer de mama y en la técnica del autoexamen del seno, para las mujeres mexicanas de entre 12 a 47 años de edad ,elevando con las tres estrategias un 30% los conocimientos de las participantes sobre cáncer de mama y auto exploración, y su destreza para identificar abultamientos, la enseñanza de la autoexploración con cualquiera de las estrategias evaluadas pudiese incluir en un plan integral de prevención y detección temprana del cáncer mamario para las mujeres mexicanas.¹⁹

En México sigue siendo una barrera importante el acceso a la información sobre el cáncer de mama, el auto-cuidado de las mamas y los procedimientos para la detección oportuna de esta afección. La forma en que la población se apropia de la información la convierte en conocimiento y toma acciones a favor de su salud en el estudio se observó desde la posición de los usuarios las siguientes barreras de acceso a los servicios de salud ,falta de disponibilidad de servicios, falta de oportunidad en la atención ,carencia de recursos tecnológicos ,materiales y humanos en los servicios públicos y de seguridad social , largos tiempos de espera, exceso de requisitos burocráticos y de trámites administrativos ,poca confianza en la atención institucional y escasa resolución de sus demandas, una opinión generalizada de mujeres con cáncer mamario diagnosticadas tardíamente es que los médicos generales, familiares y ginecólogos no tienen el entrenamiento ,los conocimientos actualizados y la sensibilidad clínica para detectar tempranamente el cáncer de mama .²⁰

Los obstáculos más difíciles de sortear son los de índole cultural, no es infrecuente que a las mujeres con cáncer de mama se les considere disminuidas en su femineidad. Temerosas de ser abandonadas por sus cónyuges al descubrirse enfermas, muchas mujeres se niegan acudir al médico o someterse a los tratamientos requeridos, por estas razones, los programas de cáncer de mama en los países en vías de desarrollo deben también combatir la ignorancia, hacer frente al estigma y luchar contra la discriminación y el machismo.²¹

El cáncer de mama es un problema de salud pública en la Costa Rica actual, Esta patología ocupa el primer lugar de incidencia y mortalidad para todos los tipos de tumores malignos en la población femenina, cada día son más las mujeres diagnosticadas con esta enfermedad y en el 2010, según datos del Registro Nacional de Tumores , se reportaron 1039 nuevos casos , la mayoría casos nuevos, los factores que predisponen el por la falta de capacitación en la población en los cantones rurales del país .22

Las consultas de las mujeres para la realización del Papanicolaou y la mamografía se ven dificultadas por diversos factores sociales y culturales, la frecuencia de esos exámenes en el periodo reproductivo es baja y disminuye a medida que avanza la edad, el miedo al cáncer, la asociación de sentirse bien y el saberse enferma, el desconocimiento de las ventajas de la mamografía, la concepción del sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud pero no antes , la presencia de tabúes incorporados en la socialización , subsisten numerosas barreras socioculturales que impiden a las mujeres permanecer en los procesos de cuidados que ayudan a evitar la enfermedad.23

Describir las barreras que impiden a las mujeres con cáncer de mama acceder a los servicios de salud y adoptar hábitos favorables. El estudio muestra que las autobarreras impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama estas no pueden ser explicadas desde una visión simplista y aislada , el ser humano es el resultado de su contexto, sus vivencias personales y su relación con los otros , uno de los principales hallazgos fue la descripción de un proceso en el que las mujeres finalmente desarrollan una nueva lógica frente al riesgo del cáncer de mama que les permita pensar en el autocuidado y en el cuidado de los otros como sujetos de riesgo.24

Se puede concluir que los cambios positivos en los estilos de vida de la mujer tienen un resultado beneficioso en la prevención del cáncer de mama, las alteraciones psicológicas, familiares, laborales, económicas, así como la pérdida de años productivos y socialmente activos que provoca el diagnóstico de cáncer de mama en la mujer, se pueden disminuir con cambios en el estilo de vida y práctica de conductas preventivas. La labor educativa para formar o modificar el modo y estilo de vida y proteger la salud, se debe desarrollar con la familia, al fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta, se mejoran aspectos como el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible, las labores de promoción de salud y prevención de cáncer de mama.²⁵

De lo obtenido de usuarias y no usuarias, se deduce que la falta de información sobre la enfermedad, factores de riesgo y medios de detección temprana es una limitante para buscar de forma oportuna atención, lo que trae como consecuencia demora y posposición de la búsqueda de atención, miedos y temores vinculados con la afección, la mayoría de los prestadores de servicios de la salud declararon que requieren mayor capacitación y también la falta de recurso humano para llevar a cabo la detección, y otras limitantes que se observaron, fueron miedo y vergüenza.²⁶

En las mujeres es baja la prevalencia de la práctica de autoexploración de mama, con el agravante que un porcentaje pequeño hace una ejecución correcta del mismo, por lo que es preciso reforzar la educación en salud y motivar a las mujeres para que realicen oportuna y correctamente esta práctica. Acciones que deben considerarse en los organismos de salud.²⁷

El acceso a la detección del cáncer de mama en México en función de las características sociodemográficas de las mujeres, de acuerdo a tres encuestas, se observó que aquellas mujeres de medio rural y con baja información no se realizan la exploración de mama.²⁸

La Unidad de Medicina Familiar No.41 ha sido proyectada bajo el modelo de Unidad de la Medicina Familiar con atención integral a la salud, donde se conjunta la atención integral y de carácter preventivo, en una población de 19908 mujeres de 20 a 69 años referido en diagnostico situacional. A su vez el personal de enfermería participa en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de promoción; en la detección precoz de esta enfermedad para facilitar el acceso a las usuarias al examen clínico de mama.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres de todo el mundo y es considerado un problema de salud tanto en países industrializados como en vías de desarrollo, en los últimos años se ha incrementado su presencia y mortalidad en México, siendo actualmente la segunda neoplasia maligna más común en la población femenina de los 25 años en adelante, los médicos familiares son determinantes para el diagnóstico temprano del cáncer de mama, el médico de familia interviene en el diagnóstico de la mayoría de los cánceres, una detección temprana de la enfermedad puede llegar a mejorar la calidad y esperanza de la vida de las pacientes. Además, una mejor atención a las mujeres con enfermedades mamarias remitidas de los consultorios a la consulta multidisciplinaria del hospital.

La autoexploración mamaria tiene alta eficacia en el tamizaje de la patología cuando el médico familiar realiza una técnica adecuada.

III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es un problema de salud pública y la no detección de esta enfermedad, constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de sus familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto.

En la actualidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social se implementó la estrategia PREVENIMSS, que cuenta con servicios adecuados para brindar a la población usuaria una atención oportuna, se ha detectado que las usuarias de los servicios de salud no acuden de manera espontánea a la realización de la detección de cáncer mamario.

Debido a esta problemática es necesario identificar Las barreras socioculturales en mujeres que no acuden a él examen clínico de mama, ya que están relacionados con múltiples obstáculos que es necesario disminuir con los beneficios de la identificación y control de esta enfermedad, que permita incrementar las intervenciones activas en la prevención primaria, logrando diagnósticos tempranos, tratamientos más efectivos a más bajo costo y menos traumáticos para las pacientes.

En la Unidad de Medicina No. 41 la cobertura que se tiene actualmente es del 42% en la exploración clínica de mama, por lo que es necesario conocer los obstáculos que impiden a la población usuaria no acudir a la exploración mamaria, además de esto no existe estudios previos sobre la problemática antes mencionada, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las barreras socioculturales en mujeres que no acuden al examen clínico de mama, para proponer una estrategia desde la consulta de Medicina Familiar para mejorar y ayudar en la solución del problema?

IV.-JUSTIFICACION

El cáncer de mama es un problema de salud pública en México y la detección oportuna es por el momento, la única herramienta útil para reducir la mortalidad asociada con el cáncer de mama; sin embargo, se ha demostrado que esta enfermedad no detectada oportunamente a través de la exploración mamaria, ocasiona desequilibrio en la familia, en lo psicológico, económico, social y laboral.

El principal motivo por el que solo un pequeño porcentaje se detecta oportunamente es porque existe retraso en la solicitud de este procedimiento, por lo que resulta importante buscar un mejor conocimiento de las barreras que limitan la exploración de mama en las usuarias.

En cáncer de mama, las barreras en las mujeres que no acuden al examen clínico de mama, ofrecen información de manera indirecta del impacto de los programas de prevención y detección; que permitan la oportunidad de desarrollar estrategias innovadoras para un mayor control y mejoría en la calidad de vida de las pacientes.

Por otro lado y situándonos en el IMSS, el reconocimientos sobre las barreras socioculturales en mujeres que no acuden al examen clínico de mama, son indispensables, para sugerir acciones que mejoren la calidad de la atención y contribuir a librar está lucha a favor de la mujer concientizándola para lograr hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

Los médicos en el primer nivel de atención somos responsables de realizar detecciones de varias enfermedades, entre ellas el cáncer de mama. La solicitud puede ser hecha por el médico o directamente por la paciente.

Y es nuestro deber elevar el nivel de auto-cuidado en la población, mediante la promoción de la salud al que hay que invertir tiempo y recursos, tanto de la institución, como del personal de salud y de la propia usuaria

V.-OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras socioculturales en mujeres que no acuden al examen clínico de mama.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar edad de las pacientes en que se presenta más las barreras socioculturales.
- 2.- Identificar las barreras más frecuentes en mujeres que no acuden al examen clínico de mama.
- 3.- Identificar el estrato social en mujeres que no acuden al examen clínico de mama.

VI.HIPOTESIS

Las barreras socioculturales que influyen para que las mujeres no acudan al examen clínico de mama son información, temor, falta de tiempo, olvido, la religión y vergüenza. Por lo que debemos determinar dichas barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud a la población, e identificar en que etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan dichas barreras y facilitar mayoritariamente a las personas que contacten la atención de salud , ya que las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresiones de inquietudes sociales que existen y requieren una acción conjunta para ser reducidos eliminados, ya que existen pocos estudios orientados hacia las barreras socioculturales en México y el mundo.

VI.-METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

- Transversal, descriptivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Trecientos cincuenta y un mujeres de 25 a 69 años derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que asistan a la UMF 41 en el periodo de estudio y que no hayan solicitado la exploración clínica de mama.

▪ VII. MUESTRA Y MUESTREO

En la Unidad de Medicina Familiar número 41, se cuenta con una población total de 19908 mujeres de entre los 20-69 años de edad en ambos turnos.

El tamaño de muestra se calcula de acuerdo a la siguiente formula:

Todas las estimaciones se hicieron asumiendo 95% de confianza (1- α) y 80% de poder estadístico (1- β) Los datos se conocen por cifras obtenidas del área de informática médica y archivo clínico(ARIMAC) de la Unidad.

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra.

Z es el nivel de confianza.

p es la variabilidad positiva.

q es la variabilidad negativa.

N es el tamaño de la población.

d es la precisión o el error.

Entonces:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d^2 (N-1) + z^2 pq}$$

$$n = \frac{19,908 (1.96)^2 \times 0.6 (0.4)}{(0.05)^2 (19,908-1) + (1.96)^2 (0.6) (0.4)}$$

$$n = \frac{19,908 (3.8416) (0.24)}{(0.0025) (19,907) + (3.8416) (0.24)}$$

$$n = \frac{(76,478.572) (0.24)}{(49.7675 + 0.921984)}$$

$$n = \frac{18354.857}{50.689484}$$

n= 362

LUGAR

- Unidad de Medicina Familiar no. 41

PERIODO DE ESTUDIO

- 07 de enero al 07 de Diciembre del 2013.
- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** mujeres de 25 a 69 años que acudan a la clínica, deseen participar.
- **CRITERIOS DE EXCLUSION:** con exploración clínica de mama realizada en el último año, amamantando, con mastectomía, y/o con cáncer mamario.
- **CRITERIOS DE ELIMINACION:** mujeres que no deseen participar y cuestionarios que no estén contestados de manera completa.
- **TIPO DE MUESTREO:** la muestra se obtendrá, mediante un muestreo no probabilístico

VIII: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

DEPENDIENTE

- No Exploración clínica de mama.

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/escala
No acude a exploración clínica de mama.	La técnica de exploración clínica de la mama consta de observación y palpación.	Si en carnet no hay registro y la mujer refiere que no ha solicitado la ECM.	Nominal Dicotómica 1) Si 2) no

INDEPENDIENTE

- Barreras personales y socio culturales, que se encuentran presentes en las mujeres que no acuden al examen clínico de mama: información, temor, olvido, tiempo, vergüenza, religión.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/escala
información	Información sobre la exploración clínica de mama.	Conteste correctamente a: 1.- ¿Qué es CAMA? 2.- ¿Qué es y para qué sirve ECM? 3.- ¿con que frecuencia se debe de realizar el ECM? 4.- ¿Dónde puede acudir a realizarse el ECM?	Cualitativa nominal 1)buena (4) 2)regular (3) 3)mala (1)
Temor.	Sentimiento de inquietud y miedo.	Si la mujer refiere sentir temor que le detecten cáncer	Cualitativa dicotómica 1)si 2)no
Disponibilidad de tiempo	Período disponible para realizar el procedimiento.	Si la mujer refiere no tener tiempo para acudir a ECM.	Cualitativa dicotómica 1)si 2)no
Vergüenza.	Sentimiento de pérdida de dignidad causado por el miedo al ridículo o a la deshonra.	Si la mujer refiere sentir vergüenza ante la ECM	Cualitativa dicotómica 1)si 2)no
Religión	Conjunto de creencias que definen la relación entre el hombre y la divinidad.	Si la mujer refiere que su religión influye para no acudir a ECM.	Cualitativa dicotómica 1)si 2)no

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/escala
Olvido	Descenso de la capacidad retentiva	Si refiere olvidar acudir a ECM	Cualitativa Dicotómica 1)si 2)no

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

- Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, turno y consultorio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/escala
Edad	Tiempo de vida de un individuo desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	La edad que informa la mujer al momento de la entrevista.	Cuantitativa continúa.
Estado civil	Estado jurídicamente legal en el que se encuentra la paciente.	Condición legal que refiere la mujer al ser entrevistada.	Cualitativa 1)casada 2)unión libre 3)divorciada 4)soltera 5)viuda 6) otra
Escolaridad	Último año académico aprobado	Años cursados que refiere la mujer.	Ordinal. 1)primaria 2)secundaria 3)preparatoria 4)técnica 5)profesional 6)posgrado
Ocupación	Oficio o profesión de la paciente, por el cual recibe una remuneración.	Se preguntó qué trabajo realiza actualmente.	Nominal. 1)empleada 2)obrera 3)servicios 4)hogar 5) otros

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/escala
Turno	Espacio de tiempo que media desde el establecimiento o renovación de una masa	Se preguntó el turno en el que recibí atención	Ordinal. 1)matutino 2)vespertino
consultorio	Área asignada para recibir atención médica.	Se verifico número de consultorio que tiene asignado	Ordinal. (1-10)

IX: DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó una investigación descriptiva, transversal. Con el fin de observar, registrar, interpretar y comprobar la naturaleza actual de los fenómenos estudiados. Sólo se pretende describir las características de los fenómenos tal y como ocurre en forma natural, de una situación existente en un momento determinado, tratando de establecer los valores normales de las variables, siendo posible su descripción y análisis.

La información se recabo en la sala de espera de la consulta externa de la unidad de medicina familiar no. 41, en ambos turnos de atención, se entrevistara a las mujeres de 25 a 69 años de edad, donde se solicitó la cartilla de salud y citas médicas para investigar si cubre con los criterios de inclusión y de ser así se solicitó su colaboración y autorización, de forma verbal, para la aplicación de un cuestionario que fue diseñado especialmente para este estudio y que incluye preguntas para conocer las características socio demográficas de las mujeres, la información que tiene sobre el cáncer de mama y la ECM, y sus barreras socioculturales para no acudir a solicitar la ECM.

Se les informa que los datos recabados son de carácter confidencial y tiene la finalidad de una investigación en salud. Los usuarios que no cubran con los criterios de inclusión se les informo, el por qué no se les aplica el cuestionario, y se les invito a realizarse sus actividades preventivas en su consultorio correspondiente.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recolectaron los datos por medio de un cuestionario de 23 ítems, la aplicación del cuestionario tomo un tiempo de 20 minutos para contestar por la usuaria en la Unidad de Medicina Familiar núm. 41 con un horario de 08:00 am. A 20:00 hrs. De lunes a viernes del 07 de Enero al 07 de Diciembre del 2013.

PLAN DE ANÁLISIS

Se codificaron las variables de estudio y se capturaron y se procesó la información en una base de datos del programa SPSS versión 20. Se analizaron las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas con medidas de frecuencia en las variables cualitativas y de tendencia central en variables cuantitativas. Las barreras socio culturales de las mujeres para solicitar el examen clínico de mama se estudiaron con medida de frecuencia y porcentaje.

La variable información se midió conjuntando 5 ítems en el cuestionario.

INSTRUMENTO

Una vez diseñado el instrumento para la recolección de la información. En la prueba piloto se aplicó con un total de 5 cuestionarios; para identificar si el instrumento es claro y entendible, y proceder a corregir o considerar técnicas alternativas, para la correcta aplicación del mismo en la recolección de la información.

Instrumento no validado únicamente elaborado por cinco expertos para realizar el estudio en toda la unidad.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información se recabo previo consentimiento informado de acuerdo con lo establecido en los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” en la Declaración de Helsinki.

La presente investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General, en materia de investigación en salud. (Secretaria de Salud, 1987).

De acuerdo a lo señalado en el Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 17, Fracción 1, esta investigación se considera sin riesgo, porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables de estudio.

Se protegió la individualidad y anonimato del sujeto con base al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 16, ya que el instrumento no incluyo nombre de la persona ni domicilio o cualquier otro dato que pudiera identificarla.

Con el fin de cumplir con lo establecido en el Artículo 21, Fracción I, IV, VI Y VII, se procedió a proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación de la investigación cuando lo considere pertinente posterior a esta explicación se procedió a solicitar el consentimiento informado por escrito de acuerdo a lo estipulado en el Título Segundo Capítulo 1, Artículo 20.

Se solicitó la autorización por escrito de las autoridades civiles y de salud, correspondientes a la comunidad objeto de estudio, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el Título Segundo. Capítulo II, Artículo 2.

VII.RESULTADOS

Se estudiaron 351 mujeres, la media de edad, fue de 44 años, mediana de 43, moda de 45, con una edad mínima de 25 años y máxima de 69, desviación estándar de 11.5. (Tabla no. 1).

La religión que predominó fue la católica en un 92%, seguida de cristiana en un 4.8% y solo una minoría fueron testigos de Jehová, mormones y ateos (Tabla No. 2).

La escolaridad más frecuente fue la técnica en una 30.8%, bachillerato en un 25.6%, secundaria 22.5%, licenciatura 12% y solo el 9.1% tuvo primaria (Tabla No. 3).

En relación a la ocupación de las pacientes, 65% fueron empleadas, 33.6% se dedicaban al hogar, 4% eran obreras y solo 1% se dedicaban al hogar. (Tabla No. 4)

El 86% estaban casadas, 8.3% en unión libre, y solo una minoría estaban solteras, divorciadas o viudas. (Tabla No. 5)

El 96% de las pacientes refirió saber que es el cáncer de mama, 92% supo la utilidad de la exploración clínica de mama, 97.7 supo cada que tiempo deber realizarse la exploración, el 92.9% mencionó acudir con el médico y 7.1% mencionó acudir con la enfermera para realizar el examen de mama. (Grafica No. 1)

De las 351 mujeres estudiadas solo el 1.4% mencionó haber solicitado se le realizara la exploración clínica de mama.

El 55.3% de las pacientes mencion haberse realizado la exploración clínica hace 2 años, 7.5% hace 1.5 años y 9.4% nunca (Tabla No. 6)

Tabla No. 1. Distribución de la población por grupo de edad (N=351).

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
25 a 35	93	26.5
36 a 45	113	32.2
46 a 55	79	22.5
56 a 65	48	13.7
66 a 75	18	5.1
DE= 11.5		

Tabla No. 2. Distribución de la población de acuerdo con la religión (N=351).

Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católica	323	92.0
Cristiano	17	4.8
Testigo de Jehová	6	1.7
Mormón	1	.3
Ateo	4	1.1

Tabla No. 3. Distribución de la población de acuerdo la escolaridad (N=351).

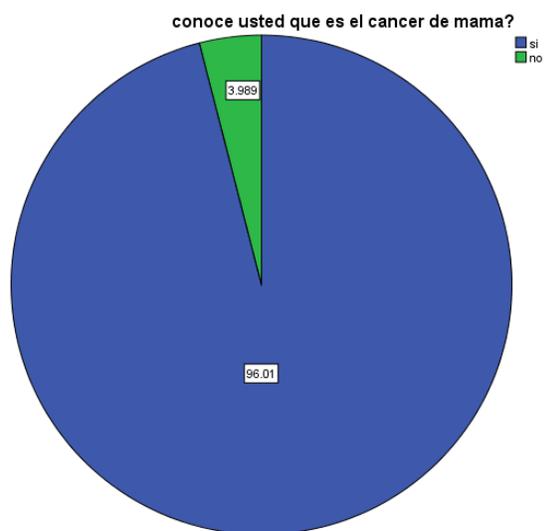
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	32	9.1
Secundaria	79	22.5
Bachillerato	90	25.6
Técnica	108	30.8
Licenciatura	42	12.0

Tabla No. 4. Distribución de la población de acuerdo con la ocupación (N=351).

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleada	228	65.0
Obrera	4	1.1
Servicios	1	.3
Hogar	118	33.6

Tabla No. 5. Distribución de la población de acuerdo el estado civil (N=351).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltera	12	3.4
Casada	302	86.0
Unión libre	29	8.3
Divorciada	6	1.7
Viuda	2	.6



Grafica 1

Tabla No. 6 (N=351).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Año y medio	26	7.4
dos años	194	55.3
Cuatro años	74	21.1
nunca	33	9.4

Tabla No. 7. Barreras socioculturales en mujeres que no acuden a la exploración clínica de mama (N=351).

Barreras	Frecuencia	Porcentaje (%)
Falta de tiempo	106	30.2
miedo	134	38.2
pena	19	5.4
Vergüenza por género del personal	327	93.2
Falta de tiempo		4%

IX.DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que las principales Barreras socioculturales por las que las mujeres que no acuden a la exploración clínica de mama fueron vergüenza en un 93% combinada con falta tiempo en un 30.2, sin embargo en el estudio realizado por González Oliveros en la ciudad de Guadalajara en el año 2012 encontraron que la principal barrera fue la religión.

Las usuarias se refieren a algunos de los obstáculos que les impiden la realización de la exploración de mama que derivan básicamente del ejercicio de la medicina institucional, la forma en que está organizada y la actitud del personal institucional, la forma como está organizada en la relación interpersonal médico-paciente, así mismo a algunos aspectos que son identificados, en general, por las mujeres usuarias como la mala calidad en la atención y que se remiten a las fallas del proceso en el sistema de salud.

Se sintetizan los factores encontrados en esta investigación, tanto como los que actúan como facilitadores para la oferta como para la demanda, para comprender porque es más fácil la aparición de los obstáculos para la oferta y la demanda.

La posición de la mujer en la sociedad y generalmente el carácter de beneficiarias en la atención médica a la que tiene derecho, no les permite tener una atención médica de calidad, salvo si se las otorga otra mujer, con quién es más fácil establecer una identificación que favorece la relación médico paciente.

La mujer enfrenta una relación desigual durante el acto clínico es muy probable que reciba una atención de baja calidad, aun cuando sea otorgada por una profesional.

Adicionalmente los factores socioculturales y psicológicos descritos anteriormente, más la exposición del cuerpo durante el examen clínico de mama generan sensaciones de incomodidad en el medico, al sentir un riesgo en la exploración clínica de mama, generalmente las usuarias se colocan en la posición dependiente no demandante en la interacción con el médico y generalmente aceptan sus indicaciones sin cuestionarlas, aunque puedan

Hacerlo posteriormente a la ejecutora de las indicaciones, los médicos no escuchan a las usuarias antes de permitir que ellas digan el motivo de su consulta aparece un tajante ¿Qué tiene?, lo que cierra la posibilidad de entablar una relación de confianza con el consultor.

Lo que predispone a no confiar en la medicina institucional, lo que es vista como algo a lo que se tiene derecho, pero que sin que tal derecho implique la posibilidad de obtener una franca satisfacción.

La mujer debe aceptar a el medico asignado, sin elegirlo, por lo que de entrada no confía en él.

La falta de confianza en el médico institucional parece también una redefinición social, esto es, el medico institucional ha perdido parte de la confianza que inicialmente la sociedad había depositado en él y esto se generaliza a no confiar en las instituciones.

X.CONCLUSIONES

Existen barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales en el acceso y utilización del examen clínico de mama, la identificación de estas barreras y su origen pueden apoyar el desarrollo de acciones para mejorar la relación médico-paciente.

El aumento constante de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama durante las últimas décadas, deben llevar a estudiar los métodos de detección oportuna y contribuir a disminuir la mortalidad de esta enfermedad, enfocar el panorama epidemiológico del cáncer de mama y ver los factores de riesgo y los métodos de detección con sus beneficios y limitaciones con el propósito de actualizar al médico de primer nivel en los avances diagnósticos más eficientes y útiles en la detección oportuna del cáncer de mama.

A pesar de la difusión sobre la exploración de mama en la actualidad se sigue teniendo el tabú, sobre la autoexploración, de su mismo cuerpo, desconociéndose a sí mismo, siendo significativamente una de las causas principales, la religión, en nuestro país y las diferentes evangelizaciones, además no habiendo una campaña de auto concienciación de lo que es la enfermedad. Y al igual que a pesar de los esfuerzos por el sistema de salud sigue habiendo la barrera del equipo médico que la realiza ya que muchas de las mujeres no acuden o solicitan el examen médico por el sexo del personal médico, inhibiéndose cuando se trata del sexo opuesto.

El cáncer de mama constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y el bienestar de las familias, así como para los sistemas de salud y la sociedad, el cáncer de mama afecta tanto a mujeres jóvenes como a mujeres de mayor edad y una gran proporción de este padecimiento en los países en desarrollo. Hoy en día el cáncer de mama afecta tanto a mujeres de alto nivel socioeconómico como bajo nivel socioeconómico, existiendo notorias barreras en la demanda y la oferta de detección y tratamiento del cáncer de mama.

El profesional de la salud es consciente de la necesidad de vencer las barreras sociales y psicológicas para que la mujer que no tiene síntomas solicite el examen de exploración clínica de mama.

Identifica en su persona la presencia e importancia de estas barreras socioculturales y psicológicas que provocan diferimiento o ausencia de la exploración clínica de mama y demuestran el poco interés en consolidar una buena relación médico-paciente.

La falta de conocimiento de la norma oficial y la poca práctica en la exploración clínica de mama, la calidad y la técnica de el mismo es cuestionable ante estas barreras el carácter preventivo de el examen clínico de mama no existe .

Desde la perspectiva de las mujeres la búsqueda de la atención es pospuesta debido a la existencia de otras prioridades en su vida cotidiana, como la crianza de los hijos, la atención a la pareja, la familia o el trabajo. También la capacidad económica y la condición de aseguramiento determinan en gran medida la búsqueda, acceso y utilización de los servicios de atención.

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS:

Una de las principales sugerencias es profundizar más el tema, ayudándonos de la tecnología actual, uso de internet y sus páginas para difundir profundamente lo que es el cáncer de mama, sus etapas, la autoexploración, mensual aplicarla como una aplicación a sus sistemas tecnológicos, uso de imágenes sugestivas en el uso de cremas o ropa interior así como las campañas actuales en cuanto a las imágenes en las cajetillas de cigarrillos, se deben implementar esas medidas en este caso, concientizar a la población a realizarse la exploración de mama y al igual una de las cosas que se observa en la actualidad solo es recomendable la mastografía en mujeres mayores de 50 años de edad, a pesar que se debería implementar en aquellas mujeres con el inicio de vida sexual, después de amamantar a sus primogénito, al igual de dejar de amamantar a su ultimo hijo, y no solo dejarlo para esa edad ya que se ha visto que el cáncer de mama del tipo más agresivo se da en pacientes de menor edad que los 50 años, siendo los casos más actuales, otra medida sería implementar en las cartillas de salud un cronograma de la autoexploración no solo hacer panfletos ya que sabemos que nunca son leídos después de ser entregados.

Sugerir a las instituciones que necesitan focalizar las acciones a mejorar la calidad de la relación médico-paciente, y no solo tomar al paciente como numero estadístico.

Al mejorar la relación médico-paciente se puede mejorar la imagen frente a las usuarias, esta relación debe considerar las expectativas de las usuarias, esto es fomentar una comunicación igualitaria basada en el respeto y el interés de el médico por su paciente, con el fin de alcanzar nuevamente la confianza de la usuaria y que se revalore la atención recibida.

Además las conclusiones sugieren la necesidad de continuar trabajando en la evaluación de la calidad interpersonal y en la técnica de la realización de la exploración clínica de mama.

El médico y el personal de salud, son figuras importantes en el proceso de educación de generación de una cultura de detección oportuna del cáncer de mama y en la detección en etapas tempranas, para cambiar radicalmente el pronóstico de la enfermedad, la educación de las mujeres debe incluir información sobre la enfermedad, incidencia, factores de riesgo, signos de alarma, beneficios y limitaciones de los métodos de la detección temprana en el Cáncer de mama, autoexploración, examen clínico de mama, mastografía, ultrasonido mamario, el cual les permita acudir tempranamente con su médico y puedan tomar decisiones informados oportunamente.

Las acciones del médico deben iniciarse desde la prevención primaria e identificar en las mujeres jóvenes con factores de riesgo para cáncer de mama y llevar un monitoreo continuo de aquellas pacientes con factores de mayor riesgo.

Tener información adecuada y oportuna de los grupos de apoyo y organizaciones sociales que apoyan a la prevención y detección oportuna del cáncer de mama, es un punto esencial en los médicos y personal de salud.

XI. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ruiz Sánchez P.N., Alternativas preventivas en cáncer de mama, Revista del Instituto Nacional de Cancerología, la Habana, Cuba 2000, Vol.46, Núm.4, pp. 232-236.
- 2.- López CL, Torres SL, López CM, Rueda NC. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pub Mex 2001; 43: 199-202.
- 3.- NOM-041-SSA-2002, para la Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial, 17 septiembre 2003.
- 4.- Herrera GA. Manual de Oncología y procedimientos Médico quirúrgicos 2000- Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A: de C.V., México.
- 5.- IMSS, Detección y Atención Integral del Cáncer de Mama, Guía Técnica 2004, México. D.F: 2004.
- 6.-Weisner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev. Col Cancerol 2007, 11 (1):13-22.
7. - Oncol Nurs Forum 2002 Early. Detection of breast cancer by self-examination: the influence of perceived barriers and health conception. Pubmed 12370704/2002 oct.29 (9):1341-7 metapiess, 20/julio/2009.
- 8.- Alcaraz M, .Lucha A, Miranda J, Pereiroc I, Salasb MD. Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. Gec Sanit 2002:16(3):230-235.
- 9.-Hernandez Echeverría ML, Hernández S. Rodríguez E, Díaz Narváez VP. Examen mamario: exploración de conocimientos en mujeres atendidas por médicos de la familia. Rev. Cubana Med Gen Integr 1992; 8(1):1645-70.
- 10.-Villanueva, A. Práctica de la exploración mamaria en mujeres funcionarias. S.E.S.L.A.P.- 2002- vol.1 n6.
- 11.-Farfán M.: Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer Cervicouterino. Rev. Enferm IMSS 2004; 12(3):123-130.
- 12.-Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM, Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca, Salud Publica de México/ Cuernavaca, Morelos, México, 2009, vol. 51, supl.2
- 13.- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y de la mama en la atención primaria. México: septiembre 2003.

14.-IMSS, Guía de Actividades de Enfermería, Atención Preventiva Integrada, México, 120054.

15.- Ofelia Poblano-Verastegui, M en C Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama, salud pública de México, vol46 julio-agosto 2004.

16.- Cristina Rascón Loret, Elba Abril Valdez, Rosario Román Pérez, Evaluación de la satisfacción de las usuarias y de los prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, Sonora (México), Revista salud pública y nutrición vol. 8 núm. 3 enero-marzo 2007.

17.- Gustavo Nigenda, MSc, PhD, Marta Caballero, PhD, Luz María González-Robledo, Ma, PhD, Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca, salud pública de México, vol. 51, suplemento 2 de 2009.

18.- Felicia Marie, Gustavo Nigenda, Cáncer de mama en México una prioridad apremiante, salud pública de México vol. 51 suplemento 2, del 2009.

19.- Doris Ortega-Altamirano, M en Lizbeth López-Carrillo PhD, Malaquías López Cervantes PhD, Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. Salud pública de México vol. 42 núm. 1, enero-febrero 2000.

20.- Bertha Aguilar de García, Fundación CIMAB; Esther Althaus Roffe, Instituto Latinoamericano De Estudios De la Familia AC, Cáncer de mama a conciencia, Barreras Culturales E Institucionales En México, México Reporte Rosa 2009-2010, núm. 1, pag29-31.

21.- Julio Frenk, Decano, Escuela de Salud Pública, Universidad Harvard. Boston, Massachusetts, EUA, Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios, Claves en la lucha contra el cáncer de mama. 2008

22.- Dra. Marcela Gutiérrez Miranda, MSc, Carmen Monge Hernández, La extensión como instancia de aprendizaje y capacitación para la prevención del cáncer de mama en Costa Rica, Centro de Estudios Generales, 2010

23.- Marisa Ponce. Percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. Rev. Argent Salud Publica, vol.3-num. 13, Diciembre 2013.

24.- Grey Yuliet Ceballos García, Clara Victoria Giraldo Mora; Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Aquichan-ISSN 1657-S997, 2011.

25.- Dr Mario Páez Inchausti Baragua, Repercusión social del modo y los estilos de vida en la prevención del cáncer de mama. Medicego 2013; 19(supl 2).

26.-INMUJERES: Fondo de fomento para la transversalidad de la perspectiva de género; Estudio sobre la situación del cáncer de mama en sonora desde un enfoque de género.2011.

27.- Fred Gustavo Manrique Abril, Juan Manuel Ospina Díaz, Nancy Astrid Vega Fuentes; Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia).Invest educ Enferm.2012; 30(1): 18-27.

28.- Aguedo Botero, Marcela, Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. Salud colectiva, Buenos Aires, 9(1):79-90, Enero – Abril, 2013.

XII. ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: “BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA”

Actividades 2012-2013	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene 2013	-----	Dic 2013
1. Diseño de protocolo.	P											
	R											
		P	P	P								

2. Investigación bibliográfica.		R	R	R									
3. Redacción de protocolo.				P	P	P	PR						
				R	R	R							
4. Prueba piloto y validación del instrumento.							P						
							R						
5. Revisión por el comité de investigación.								P					
6. Modificaciones al protocolo en caso necesario.								P					
7. Recolección de datos.									P				
8. Análisis estadístico de los datos.												P	
9. Redacción del escrito o artículo científico.												P	
10. Actividades de difusión.													

P: Planeado
R: Realizado

**ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROTOCOLO
TITULADO “BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO
ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA”**

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN EN ADULTOS.

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: 3404. El objetivo del estudio es:

Determinar las barreras socioculturales en las mujeres que no acuden al examen clínico de mama.. Se me ha explicado que la participación de mi familiar o representado consistirá en: exploración física, revisión de expediente clínico **Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la**

participación de mi familiar o representado en el estudio, que son los siguientes: No existe ningún riesgo Entre los beneficios se encuentran la detección oportuna de cáncer o lesiones en la mama. . El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirar del estudio a mi familiar o representado en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se identificará a mi familiar o representado en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad de mi familiar o representado serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi familiar o representado en el mismo. obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr., Javier López Villasana Matricula 99353927

Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 57-62-63-00 Ext. 21472

Testigos

**ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROTOCOLO
TITULADO: “BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO
ACUDEN AL EXAMEN CLÍNICO DE MAMA”.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDICINA FAMILIAR NO. 41

CUESTIONARIO: BARRERAS SOCIOCULTURALES EN MUJERES QUE NO
ACUDEN A LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE MAMA.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Número de folio:	_ _ _ _ _ _ _
1.- Turno: (1) Matutino (2) Vespertino	_
2.- Consultorio:	_ _ _

II. DATOS SOCIOECONOMICOS

3.- Religión: |__|

1)Católico 2)Cristiano 3)Testigo de Jehová 4)Mórmon 5) Ateo

6) Otros _____|__|
Especifique

4.- ¿Qué edad tiene usted? |__| |__|
Años

5.- ¿Sabe leer y escribir? |__|

1) Si .
2) No , pase a la Preg.(7)

6.- ¿Cuál fue el último año que curso?
años

1) Primaria |__|

2) Secundaria |__|

3) Preparatória |__|

4) Técnica |__|

5) Profesional |__|

6) Posgrado |__|

7.-¿Cuál es su ocupación ? |__|

1)Empleada

2)Obrera

3)Servicios

4)Hogar

5)Otros _____|__|

8 -¿Cuál es su estado civil actual? |__|

1) Casada por el civil

2) Unión libre

3) Divorciada

4) Soltera

5) Viuda

6) Otra _____|__|
(especifique)

III BARRERAS CULTURALES PARA LA NO EXPLORACION CLÍNICA DE MAMA

9.- ¿Conoce usted que es el cáncer de mama? |__|

1) Sí ¿Qué es? _____

2) No

10.- ¿Sabe usted que puede causar el cáncer de mama |__|

1) Sí ¿Cuáles? _____

2) No

11.- ¿Sabe que es la exploración clínica de mama? |__|

1) Si ¿Que es ? _____

2) No

12- ¿Para qué sirve? _____

13.- ¿Cada cuándo se debe realizar la exploración clínica de mama? |__|

- 1) Cada seis meses
- 2) Cada año
- 3) Cada dos años
- 4) Lo ignoro

14.- ¿A dónde hay que acudir para realizar el examen clínico de mama? |__|

- 1) Consultorio enfermera
- 2) Consultorio medico
- 3) Otro _____
- 4) No sabe

¿Porqué? _____

15.- ¿Ha solicitado usted la revisión de mama en su Clínica? |__|

- 1) Si
 - 2) No
- ¿Porqué? _____

16- ¿Hace cuanto tiempo se lo realizaron? |__|

1) Año y medio

2) 2 años

3) 4 años

4) Nunca

16.1.- ¿Porque no acudió antes? _____

17.- ¿Si usted llegara a notar algo malo en sus senos como bolitas, secreciones, piel de naranja a quien acudiría?

18.- ¿El acudir al examen de la detección oportuna del cáncer mamario siente vergüenza?

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

19.- ¿Tiene el tiempo disponible para acudir a la exploración mamaria ? |__|

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

20.- ¿Tiene disponibilidad en su trabajo para acudir a el examen clínico de mama? |__|

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

21.- ¿Su religión le influye para que usted no se realice la exploración clínica de mama? |__|

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

22.- ¿Ha dejado de realizarse la exploración clínica de mama por olvido? |__|

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

23.- Algunas otras causas por lo qué no acude a la exploración clínica de mama

24.- ¿Siente temor que le detecten algo en la exploración clínica de mama? |__|

1) Si

2) No

3) ¿Porqué? _____

	Día		Mes		Año				
Fecha de aplicación:									