



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS

**“CREENCIAS EN SALUD ASOCIADAS A LA REALIZACION DE LA
MASTOGRAFIA PARA LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE
MAMA EN MUJERES DE 50 – 69 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 8 DEL
IMSS EN AGUASCALIENTES “**

PRESENTA

Maria Del Rocio Ponce Garcia

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

ASESORA

Dra. Alicia Alanis Ocadiz

Aguascalientes, Aguascalientes, Febrero del 2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

MARÍA DEL ROCÍO PONCE GARCÍA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“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”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 21 de Febrero de 2013.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN
SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. MARIA DEL ROCIO PONCE GARCIA**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

“CREENCIAS EN SALUD ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 50 A 69 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 8 DEL IMSS EN AGUASCALIENTE”

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: R-2012-101-17 del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

Dra. Alicia Alanis Ocadiz



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

MARIA DEL ROCIO PONCE GARCIA.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

**“CREENCIAS EN SALUD ASOCIADAS A LA REALIZACION DE LA
MASTOGRAFIA PARA LA DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE
MAMA EN MUJERES DE 50 – 69 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 8 DEL
IMSS EN AGUASCALIENTES “**

No. De Registro R-2012-101-17 del Comité local de investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

La Dra. María del Rocío Ponce García asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD.

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme su sabiduría y fortaleza durante este proceso por haberme dado la vida y estar siempre conmigo.

A mis padres y hermanos por su amor y apoyo incondicional sin ustedes este sueño nunca hubiera podido ser completado.

A mi tía Carmen por darme el valor de continuar,

A mis abuelos por ser parte de mi vida

A mí prometido por su apoyo, confianza y amor

A mis compañeros por todos los momentos vividos durante la especialidad en especial a Iris García Orihuela que es como una hermana y por su apoyo incondicional.

A cada uno de los médicos de base y maestros por lo que me enseñaron.

A la Dra. Alicia Alanís Ocadiz y Carlos Alberto Prado Aguilar por ayudarme en sus asesorías mil gracias.

Sencillamente a ustedes que son la base de mi vida profesional y toda la vida les estaré agradecida.

A todos aquellos que han confiado en mí y han valorado mi trabajo

DEDICATORIAS

Éste trabajo es una parte de mi vida y comienzo de otras etapas, por esto y más, le dedico a Dios el trabajo, el cual me dio la sabiduría y confianza en mí misma para poder desempeñarme eficazmente y lograr lo propuesto inicialmente en mi carrera.

A todas las mujeres que padecen de cáncer de mama y cada día luchan por tener una mejor vida

A mis padres y hermanos por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de mis estudios, y me permitieron crecer y sentir un poco más la vida; enseñándome que todo lo que uno se propone lo puede lograr dependiendo únicamente de sí mismo.

A Jesus Alberto Cristobal Cervantes por su apoyo incondicional, su fuerza y amor.

A mi asesora Alicia por su paciencia, por compartir su conocimiento y aportar con sabiduría a mi formación académica y personal

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma participaron en la elaboración de este trabajo, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

INDICE GENERAL

1. Índice general.....	1
2. Índice de tablas.....	2
3. Acrónimos.....	3
4. Resumen.....	4
5. Abstract.....	5
6. Introducción.....	6
7. Capítulos.....	7
7.1 Planteamiento del Problema.....	7
7.2 Antecedentes Científicos.....	13
7.3 Justificación.....	16
7.4 Marco Teórico.....	17
7.5 Hipótesis.....	22
7.6 Objetivos.....	22
7.7 Metodología.....	23
8. Resultados.....	30
9. Discusión.....	38
10. Limitaciones.....	39
11.Recomendaciones.....	40
12.Conclusiones.....	40
13.Glosario.....	41
14.Bibliografía.....	42

2. INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de variables socio demográficas.....	31
Tabla 2. Asociación entre variables socio demográficas y realización de mastografía.....	32
Tabla 3. Distribución de variables de creencias de salud.....	33
Tabla 4. Asociación entre factores de creencias de salud con la realización de la mastografía.....	36
Tabla 5. Asociaciones ajustadas.....	37

ANEXOS

- A: Cronograma de actividades
- B: Operacionalización de las variables
- C: Carta de consentimiento informado
- D: Instrumento

3.- ACRONIMOS

(MCS) : Modelo de Creencias en Salud

(HBM): Health Belief Model

(UMF): Unidad de medicina familiar

(IMSS): Instituto Mexicano del Seguro Social

(Col.): Colaboradores

(HGZ): Hospital General de Zona

(UMAA): Unidad Médica de Atención Ambulatoria

(NOM) : Norma Oficial Mexicana

(OMS): Organización Mundial de la Salud

(DF): Distrito Federal

(CaMa): Cáncer de mama

(TPB): Teoría del Comportamiento Planeado

(ARIMAC): Área de registro de captura de los pacientes en consulta

4.- RESUMEN

INTRODUCCION: La detección de cáncer de mama en etapas iniciales mediante la mastografía puede reducir la mortalidad. Existen diversos factores que influyen en las mujeres para la realización de dicho estudio, los cuales se han estudiado a través del Modelo de Creencias en Salud (MCS) 1.- susceptibilidad percibida, 2.- Beneficios percibidos, 3.- Barreras Percibidas, 4.-Autoeficacia, 5.- Gravedad percibida. Se ha encontrado discrepancia entre varios autores ya que mientras unos asocian estos factores con la realización de la mastografía, otros no la han encontrado.

OBJETIVO: Identificar las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes.

MATERIALES Y METODOS: se realizó un estudio transversal comparativo en el cual se incluyó un total de 182 mujeres de entre 50 y 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS Aguascalientes, aplicando un cuestionario basado en el MCS hacia la realización de la mastografía, validado para su aplicación en población Mexicana. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.19, la asociación se valoró mediante OR crudos y ajustados mediante regresión logística binaria.

RESULTADOS: Se identificó que las dimensiones del MCS asociados a la realización de la mastografía fueron: susceptibilidad con OR =2.204 IC = (.953-5.09), barreras percibidas se obtuvo un OR de 2.39 (IC=1.17-4.85) la autoeficacia con un OR 2.74 (IC=1.38- 5.41) y en los beneficios y la gravedad percibidos no se encontró asociación significativa.

CONCLUSIONES: Las mujeres que no se perciben susceptibles al cáncer de mama no se han realizado la mastografía, al igual a las que tienen barreras percibidas, en relación a la autoeficacia las mujeres que no se perciben con capacidad de juicio para tomar decisiones no se realizan la mastografía por lo que las mujeres autoeficaces tienen mayor probabilidad de realizarse dicho estudio.

Palabras Clave: Modelo de Creencias en Salud, Cáncer de Mama, Mastografía.

5.- ABSTRACT

HEALTH BELIEFS ASSOCIATED WITH MAMMOGRAPHY FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN WOMEN AGED 50 - 69 YEARS OLD IN UMF 8 IMSS AGUASCALIENTES IMSS

INTRODUCTION: The detection of breast cancer in early stages by mammography can reduce mortality. There are several factors that influence women to carry out this study which have been studied through the Health Belief Model (HBM): 1. - Perceived susceptibility, 2. - Perceived benefits, 3. - Perceived barriers, 4. - Perceived efficacy, 5. - Perceived severity. Discrepancy was found between several authors because have found some association while others do not.

AIM: To identify health beliefs associated with the performance of mammography for early detection of breast cancer in women 50 to 69 years old at the UMF 8 of IMSS in Aguascalientes.

MATERIALS AND METHODS: A comparative study in which included a total of 182 women between 50 and 69 years old at the IMSS UMF 8 Aguascalientes, using a questionnaire based on the HBM toward achieving of mammography validated for use in Mexican population. For data processing was used SPSS vs. 19, the association was assessed with crude OR and adjusted used binary logistic regression.

RESULTS: We found that the dimensions of the HBM associated with the implementation of mammography were: susceptibility with OR = 2.204 CI = (.953- 5.09), perceived barriers OR 2.39 (CI = 1.17- 4.85) self-efficacy with an OR 2.74 (CI = 1.38 – 5.41), and the benefits and perceived severity found no significant association.

CONCLUSIONS Women who are not perceived susceptible to breast cancer have not been performed mammography, as to which they perceived barriers, self-efficacy in relation to women who are not perceived with judgment to make decisions not performed mammography therefore self-efficacious women are more likely to be the study.

Keywords: Health Belief Model, Breast Cancer, Mammography.

6.- INTRODUCCION:

La detección de cáncer de mama en etapas iniciales puede reducir la mortalidad;^(1,2) la mastografía es uno de los estudios radiográficos más útiles para su detección oportuna.⁽²⁻

⁴⁾ Se estima 2009 que más del 80% de los casos de cáncer de mama que se detectan en México, están en etapa avanzada porque la detección temprana es poco frecuente.⁽⁵⁻⁷⁾ La clave del control del cáncer de mama es su detección oportuna. Por más amplia que sea la cobertura de las intervenciones curativas, este padecimiento sólo podrá controlarse si se implementan las medidas necesarias para detectarlo en sus etapas iniciales.⁽⁸⁾

Existen diversos factores que influyen en las mujeres para la realización de la mastografía,^(9,10) entre ellos los correspondientes con el Modelo de Creencias en Salud a través de 5 dimensiones: 1. Susceptibilidad percibida (la persona debe percibirse vulnerable o susceptible a la enfermedad), 2. beneficios percibidos (debe creer que la conducta de salud reducirá o eliminará la amenaza de la enfermedad), 3. barreras percibidas (debe considerar que los inconvenientes o los aspectos negativos ya sean físicos, psicológicos, sociales, etc., asociados a la acción preventiva pueden ser superados), 4. autoeficacia percibida y 5. Gravedad percibida (debe considerar que las consecuencias de la enfermedad, tanto médicas como sociales, son graves).⁽⁹⁻¹²⁾

Hay falta de claridad en los resultados de diversos autores, ya que además de que no todos utilizan las 5 dimensiones del modelo, algunos han encontrado asociación con la realización de la mastografía sólo en algunas dimensiones ^(7,13,14) y otros no la han encontrado⁽¹⁵⁾. Además, algunos autores refieren que la gravedad percibida es un factor que inhibe la participación en la mastografía,⁽¹⁶⁾ mientras que otros refieren que la gravedad percibida es un facilitador.⁽¹⁷⁾

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes, con el fin de aclarar si existe asociación o no con las 5 dimensiones del MCS.

7.- CAPITULOS

7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO: Identificar las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama.

SUJETO DE ESTUDIO: Mujeres de 50 a 69 años de edad.

CONTEXTO: UMF 8 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

La población de mujeres en México es de 57'481,307 de las cuales 43.8% se encuentran en el rango de edad de 50 a 69 años; el municipio de Aguascalientes tiene 797, 010 habitantes, de los cuales 608,358 son mujeres, y 49,199 tiene entre 50 a 69 años de edad. El 78% de la población es urbana y el 22% es rural, el 57% cuenta con derechohabiencia al IMSS. Las mujeres que trabajan son un 36.6%, teniendo la jefatura de su hogar el 22.4%, el promedio de escolaridad es de 9.2 (preparatoria incompleta), con un analfabetismo 19.5%; el 93% profesa la religión católica. ⁽¹⁸⁾

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar de muertes en la población general por cáncer a nivel mundial y el primer lugar sólo en mujeres. ⁽¹⁹⁻²¹⁾

Desde el año 1979, la tendencia de muerte por cáncer de mama en México ha ido en ascenso, hasta ocupar en el año 2006 el primer lugar de mortalidad por cáncer en mujeres al igual que en países europeos y latinoamericanos. ^(20,22) La detección de cáncer de mama en etapas iniciales puede reducir la mortalidad; ^(1,2) entre los procedimientos de detección que incluyen la autoexploración, el examen clínico y la mastografía, esta última es uno de los estudios radiográficos más útiles para su detección oportuna. ⁽²⁻⁴⁾ Aunque fue realizada por primera vez en 1927 se implementó como un programa de detección oportuna a mediados de los 90's. ^(3,4)

Existen diversos factores que influyen en las mujeres para la realización de la mastografía^(9,10) entre ellos, los correspondientes con el Modelo de Creencias en Salud⁽¹⁰⁻¹²⁾ (la percepción de la susceptibilidad, beneficios, barreras, autoeficacia y gravedad) que han sido estudiados desde 1984 por Champion's y cols.⁽⁹⁾

En el año 2000 en España, Galdón-Garrido y cols. encuentran que dentro del MCS, la gravedad percibida se perfila como un factor que inhibe la participación en la realización de la mastografía.⁽¹⁶⁾ En el 2006 Abbaszadeh y Col. realizaron un estudio en Irán para determinar la relación que existe entre las creencias en salud y la realización de la mastografía; encontrando que sólo algunas dimensiones como los beneficios, la susceptibilidad y la gravedad percibidos se asocian a la realización de dicho estudio, concluyendo que los cambios en las creencias en salud y las actitudes de las mujeres son necesarios para alentarlas a realizarse una mastografía.⁽⁷⁾

En el mismo año, en Malasia, Parsa y cols. al realizar una revisión de la literatura encuentran que en los países Asiáticos las mujeres no perciben la importancia de la detección temprana del cáncer de mama y que las mujeres con mayor percepción de barreras del MCS acudieron con menor frecuencia a la realización de la mastografía, además de que la eficacia percibida de la detección temprana se encuentra positivamente relacionada con la realización de la mastografía.⁽²³⁾

En el 2011, Kissal y Beser en Turkía, encontraron que existen barreras y facilitadores para la realización de la mastografía. El miedo o gravedad percibida, es un facilitador para la realización del estudio en la población turca.⁽¹⁷⁾

El IMSS en Aguascalientes está constituido por dos Hospitales Generales de Zona: HGZ No. 1 y HGZ No. 2, así como 11 unidades de Medicina Familiar, la UMAA, así como médicos especialistas en Medicina Familiar, Ginecólogos, Oncología médica y quirúrgica, citotecnólogos, histotecnólogos, anatomopatólogos, radiodiagnóstico y técnicos radiólogos.

El IMSS en Aguascalientes cuenta con dos mastógrafos, uno ubicado en la UMF No. 10 y otro en el HGZ No. 1.

El IMSS ha diseñado e implementado la estrategia de programas integrados de salud conocida como PREVENIMSS, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de los derechohabientes. ⁽²³⁾

El IMSS cuenta con la Guía de Práctica clínica: Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención. ⁽²⁵⁾

La estrategia de prevención en México está señalada en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 041-SSA2- 2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama ⁽⁴²⁾

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama ⁽⁴³⁾

El éxito en la detección oportuna de cáncer de mama ha dependido del nivel de participación de las mujeres en este proceso. La Mujer necesita tomar la decisión de emprender una acción y comúnmente se ve influida por varios factores para hacerlo. ⁽²⁴⁾

La evaluación de estos factores se ha realizado por medio de diversas teorías, entre ellas, el Modelo de Creencias en Salud, que consta de 5 dimensiones (susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia y gravedad percibida). De acuerdo al MCS las mujeres que perciben susceptibilidad al cáncer de mama, es más probable que se realicen la mastografía, lo mismo sucede con aquellas que sí tienen beneficios y autoeficacia percibidos, encontrando asociación entre estas dimensiones del MCS y la realización de la mastografía, sucede lo contrario con las barreras percibidas, ya que no se asocian con la realización de dicho estudio. ⁽²³⁾

De acuerdo a lo anterior encontramos falta de claridad en los resultados de diversos autores, ya que además de que no todos utilizan las 5 dimensiones del modelo, algunos han encontrado asociación con la realización de la mastografía y otros no la han encontrado. Abbaszadeh y Col. en Irán, ⁽⁷⁾ encontraron asociación solo entre los

beneficios, la susceptibilidad y en la gravedad percibidos con la realización de la mastografía, Secginli et. al., en Turquía⁽¹³⁾ y Han et. al., en Korea⁽¹⁴⁾ reportan que la susceptibilidad, gravedad, y beneficios tienen una asociación significativa con la realización del estudio. DüNDAR et. al., encuentran que la susceptibilidad y la gravedad no se asocian a la mastografía,⁽¹⁵⁾ los beneficios percibidos sí se asocian y las barreras percibidas tiene una asociación negativa; es decir, las mujeres que presentan barreras percibidas no se realizan el estudio.

Parsa y cols. Refieren que estos factores hacen que las mujeres acudan con menor frecuencia a la realización del estudio.⁽²³⁾ Además, Galdón-Garrido y cols. refieren que la gravedad percibida es un factor que inhibe la participación en la mastografía,⁽¹⁶⁾ mientras que Kissal y Besser mencionan que la gravedad percibida es un facilitador.⁽¹⁷⁾

Las mujeres pueden percibir que la mastografía es innecesaria en ausencia de síntomas y que no tienen el riesgo de padecer cáncer; además, las mujeres mayores no tienen conciencia de que corren un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama que las mujeres más jóvenes.⁽²⁵⁾

El presente protocolo de investigación se presenta en el nivel analítico, ya que se pretende valorar la asociación de las creencias en salud con la detección oportuna del cáncer de mama mediante la realización de la mastografía.

La detección oportuna del cáncer de mama mediante la mastografía en las mujeres, ha contribuido a reducir la mortalidad por cáncer de mama entre 16 y 35 % en mujeres de 50 a 69 años,⁽²⁶⁾ logrando en el año 2009 poco más de 4,000 mastografías en este grupo etáreo.⁽²³⁾

En Asia las prácticas de detección de cáncer de mama son bajas, sólo un 38% en Malasia, el 6% en Irán, el 7% en Jordania, el 12% en Asia del Sur y 16% en China. La mamografía se realiza en el 3.8% de las mujeres de Malasia con una diferencia significativa en las tasas de detección de zonas urbanas y rurales (50.6% versus 42.3% respectivamente)⁽²³⁾

En Estados Unidos y Canadá, la población que no participa en los programas de prevención cree que la prueba es innecesaria en ausencia de síntomas, debido a que se perciben con bajo riesgo de cáncer de mama, sumándose a esta información barreras como la preocupación sobre la incomodidad, la vergüenza y el dolor.⁽²³⁾ En lo que respecta a Singapur, Malasia e Irán se ha demostrado que las mujeres no perciben la importancia de la detección temprana del cáncer de mama, esto aunado a que la población no posee la información adecuada.⁽²⁷⁾

Se ha estimado que más del 80% de los casos de cáncer de mama que se detectan en México, están en etapa avanzada porque la detección temprana es poco frecuente.^(5,6,7)

En 2008 se registró una tasa de mortalidad por cáncer de mama de 16.84 por cien mil mujeres de 25 años y más, cifra que representa un incremento de 3.2 por ciento respecto de la tasa observada en el año 2007. El Estado de Aguascalientes reportó una tasa de 24.5 por cien mil mujeres de 25 años y más debido a 70 defunciones acontecidas,⁽²³⁾ ocupando el 18vo lugar a nivel nacional por casos de cáncer de mama en el 2010.⁽³⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a la detección oportuna del cáncer de mama como la única medida cuyo resultado se refleja en un incremento del tiempo de sobrevida y la reducción de la mortalidad por este padecimiento prevé que entre 2007 y 2030 aumentará un 45% la mortalidad por cáncer de mama nivel mundial, pues estima que pasará de 7.9 a 11.5 millones de defunciones por año.⁽³⁹⁾

Estos incrementos permiten anticipar las necesidades que el Sistema Nacional de Salud tendrá para la detección y atención del cáncer de mama.^(26,28)

Los países latinoamericanos enfrentan un gran reto en extender la detección temprana y reducir la proporción de casos detectados en fases tardías cuando la probabilidad de supervivencia es mucho más baja y los tratamientos invasivos son más costosos e invasivos. De esta manera, entre más tardío es el diagnóstico, el costo de la atención es mucho mayor.⁽²⁹⁾

Se han identificado factores relacionados para no realizarse la mastografía. Estos incluyen factores psicológicos, un escaso conocimiento de los beneficios y las indicaciones para el estudio, información errónea o falta de información, falta de información por parte del personal médico, largas esperas en las clínicas para la realización del estudio, el miedo al dolor durante el procedimiento, el miedo a un diagnóstico serio, vergüenza, estrés, el alto costo del estudio, la falta de transporte, factores socio-culturales y religiosos referentes al pudor, a la negación del esposo hacia la realización del estudio en sus esposas, además del hecho de que el personal de sexo masculino sea quien realicen el estudio.^(30,31)

Se espera obtener un resultado analítico sobre la asociación entre las creencias en salud (susceptibilidad, beneficios, barreras, autoeficacia y gravedad percibidos) y la realización de la mastografía para afirmar o rechazar la hipótesis presentada en este trabajo.

Lo anterior nos lleva a formular la siguiente pregunta de investigación.

¿Las creencias en salud se asocian a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes?

7.2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Susan L. Stewart, y col. Entre el 97 y 2003 realizaron un estudio en 5 grupos étnicos donde midieron la intención, la auto-eficacia, la susceptibilidad percibida, beneficios percibidos y la norma subjetiva con el propósito de saber si son predictivas para la realización de la mastografía. Las participantes fueron 1.463 afroamericanas, chinas, mujeres de filipinas, latinas y blancas de entre 40 a 74 entrevistadas por teléfono en sus idiomas. Para el análisis estadístico se usó el OR y la regresión logística. Observaron que la auto-eficacia, en mujeres blancas tuvo (OR = 3,5, IC 95% = 1,1, 11), habiendo una interacción significativa con raza / etnia ($p > 0,05$). La susceptibilidad percibida no tenía una asociación significativa con la investigación en general se encontraron resultados para los beneficios percibidos como en el control sobre la salud en general entre Filipinas (OR = 7,1, IC 95% = 2.0, 26) en blancas (OR = 2,1, IC 95% = 1.0, 4.2, $R^2 = 0,22$). La puntuación de los beneficios percibidos hubo asociación con una mastografía reciente en general en el grupo de los afroamericanos (OR = 1,3, IC 95% = 1.0, 1.6), Filipinas (OR = 2,2, IC 95% = 1.3, 3.8), blancos (OR = 1,5, IC 95% = 1.1, 1.9, $R^2 = 0,23$). El beneficio percibido fue bueno para la familia había una asociación significativa con la investigación longitudinal de la muestra total, pero no en cualquier grupo étnico ($R^2 = 0,22$). La percepción del beneficio de reducción de la mortalidad fue significativa sólo entre las Filipinas (OR = 3,6, IC 95% = 1,1, 11, $R^2 = 0,22$).⁽³²⁾

Yolanda Andreu Vaillo y cols., realizan un estudio en 1998 de tipo transversal en la comunidad Valencia donde su objetivo fue analizar las creencias y actitudes hacia el cáncer de mama asociadas a la asistencia a un programa de cribado en diferentes grupos de edad, menores de 50 años, 50-60 años y mayores de 60 años, entre el año 1997 y 1998 midiendo las variables de vulnerabilidad percibida, gravedad percibida, motivación para la salud, actitud, norma subjetiva, barreras percibidas, beneficios percibidos, obteniendo el siguiente resultado: en menores de 50 años, Barreras (OR .87 IC .83-.90) Vulnerabilidad (OR 1.12 IC 1.05-1.20) Amenaza (OR 0.85 IC 0.77-0.94) en el grupo de 50 y 60 años, Vulnerabilidad (OR 1.19 IC 1.13-1.95) Motivación general para la salud

(OR 1.22 IC .1.13-1.33) Barreras (OR .90 IC .90-.95) Amenazas (OR.81 IC .81-96) Mayores de 60 años Vulnerabilidad (OR 1.9IC1.03-1.15) Motivación general para la salud (OR 1.34 IC .1.18-1.52) Barreras (OR .94 IC .91-.98) Amenazas (OR .70 IC .61-.80). Concluyen que la motivación y la vulnerabilidad percibida, se asocian de forma lineal y positiva al programa de tamizaje, independientemente de la edad, considerando, al igual los beneficios percibidos se asocian en menores de 50 años y mayores de 60, en este estudio se menciona la importancia de la eliminación de las barreras percibidas a la mamografía, intentando reducir los componentes emocionales negativos. Por otro lado la gravedad solo se asocia significativamente en el caso de mujeres de 50 y 60 años ⁽³³⁾

Gustavo Nigenda cols. Salud Pública Mex. 2009; 51 supl 2:S254-S262. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Objetivo: 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. Estudio exploratorio transversal de corte cualitativo realizado en 2008 en mujeres mayores de 25 años sin la afección, mujeres diagnosticadas y sus parejas varones y directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones. La exploración inicial permitió identificar barreras de acceso a los servicios en: a) disponibilidad de información para la población general; b) entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto; y c) temores de la pareja y familia. Conclusiones. Las barreras identificadas en los tres niveles muestran notorias deficiencias en la difusión de información tanto a la población en general como a los proveedores de servicios de salud. ⁽³⁴⁾

Pinar Erbay Dünder, y cols. en el 2006, realizaron un estudio transversal entre las mujeres turcas, y se ha observado que el cáncer de mama es la segunda causa principal de muerte, parece ser una enfermedad de ambos mundos tanto en desarrollo y en el desarrollado. Su objetivo fue determinar los niveles de conocimiento sobre el cáncer de mama y la evaluación de MCS que promueven el autoexamen de mamas y la mastografía en un grupo de mujeres de 20-64 años en una zona rural del oeste de Turquía. El cuestionario consta de las variables sociodemográficas, unos factores de

riesgo y los signos de cáncer de mama con una versión adaptada a la escala de Champions del MCS. El beneficio percibido fue la única variable significativamente asociada con la mamografía y las barreras no se asocian con la realización de la misma. ($p = 0,011$, $p = 0,007$). Hay más probabilidad de que las mujeres que presentaban una mayor confianza y poseían mayores conocimientos de autoexploración se realizaran la mamografía en comparación de las que no tienen conocimiento del cáncer de mama.⁽¹⁴⁾

Abbaszadeh y cols en el periodo del 2005 al 2006 realizaron un estudio para determinar la relación de las mujeres sobre las creencias en salud de la ciudad de Kerman, con su participación en la mamografía, sobre la base del modelo de creencia en salud. Este estudio fue comparativo donde se seleccionaron dos muestras de 148 mujeres que habían y 148 mujeres que no había recibido una mamografía. Los datos fueron recolectados a través de cuestionarios y los resultados mostraron que en la comparación de la puntuación media de los componentes del modelo y la puntuación total del grupo control y experimental no hay diferencia significativa de otras dimensiones, excepto en la percepción las barreras y los auto-eficacia. Así que los que no tenían antecedentes de masa mamaria benigna tienen 1,63 menos puntuación de sensibilidad percibida en comparación con los de historial de masa mamaria benigna. El grupo sin historia familiar de cáncer de mama tiene 1,84 menos sensibilidad percibida.⁽⁷⁾

7.3- JUSTIFICACION

El cáncer de mama es la primera causa de muerte en mujeres a nivel mundial.⁽²⁶⁾ En México, desde el 2006, ocupa el primer lugar de mortalidad por cáncer.⁽²²⁾

La realización de la mastografía ha demostrado ser altamente eficiente para la detección del cáncer de mama en estadios iniciales, lo cual brinda un mejor pronóstico sobre la enfermedad, disminuyendo la tasa de mortalidad, con tratamientos que son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos,^(5,2,20) sin embargo, el uso de la mastografía declinó hasta un 66% en el 2006 en EUA y un 22% en México en el mismo año.^(2,20)

Existen diversos factores que influyen en las mujeres para la realización de la mastografía^(9,10) entre ellos, los correspondientes con el modelo de creencias en salud a través de 5 dimensiones (susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida y gravedad percibida),^(5,35,36) que pueden asociarse o no a la realización de la mamografía.

Existe falta de claridad en los resultados de diversos autores, ya que además de que no todos utilizan las 5 dimensiones del modelo, algunos han encontrado asociación con la realización de la mastografía^{7,13,14} y otros no la han encontrado.^{15,16}

Por lo tanto, en este estudio se busca identificar las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes con el fin de determinar qué dimensiones del MCS se encuentran asociadas.

7.4 MARCO TEORICO

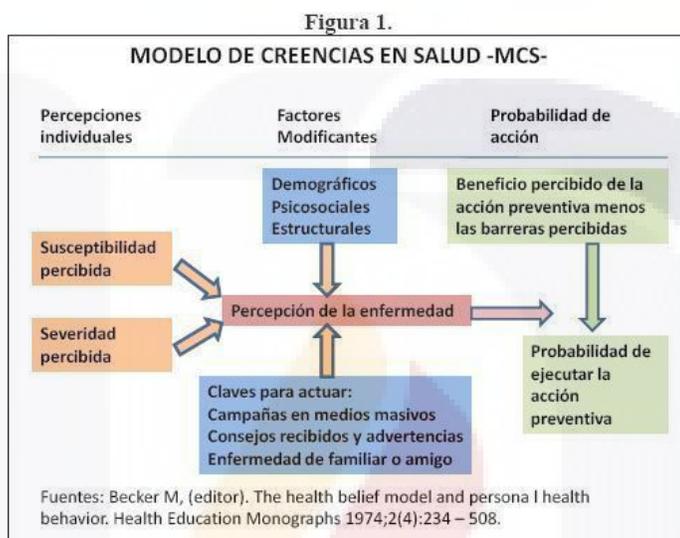
Desde su origen en la década de los 50, el modelo de creencias de salud se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera dichos comportamientos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada.^(11,37)

Fue desarrollado hacia 1950 por un grupo de psicólogos, entre ellos G.M. Hochbaum, S.S. Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock., todos ellos con una orientación fenomenológica basadas en las teorías de Kurt Lewin. Este primer acercamiento surge con la intención fundamentalmente pragmática en contra de respuestas a una serie de problemas de carácter social, principalmente relacionados con la educación para la salud, como un intento de comprender por qué las personas se niegan con frecuencia a llevar a cabo conductas preventivas tales como revisiones médicas para la detección temprana de enfermedades. Por lo tanto, su objetivo primario era la prevención, intentando explicar la conducta de salud de los sujetos sanos. Esto, se centró en el estudio de la *conducta de evitación* de la enfermedad, debiendo pasar casi 20 años para que, entrada la década de los 70's del siglo pasado, el modelo se aplicase también a las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos (Kirscht, 1974) y el cumplimiento de los regímenes médicos prescritos (M.H.Becker, 1974).^(11,37)

Los componentes básicos de modelo de creencias en salud se derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos descansa principalmente en 2 variables a) el *valor* que el sujeto atribuye a una determinada meta y b) la *estimación* que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta. Si circunscribimos estas variables estrictamente al ámbito de la salud, tal y como han hecho Maiman y Becker (1974), podríamos traducirlas en los siguientes términos: a. el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo de recuperar la salud) y b. la *creencia* de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, la

creencia de que una conducta específica pueda aumentar la probabilidad de recuperar la salud).^(11,37)

El MCS se consolidó en 3 dimensiones: Las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción.



A partir del temprano estudio de Hoch Baum sobre disposición de la población a someterse a pruebas de tamizaje, múltiples e incontables investigaciones han ayudado a expandir y validar los constructos del modelo de creencias, tal y como se conoce hoy. La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva.

Los constructos denominados *factores modificantes* (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejo de familiares y amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables como la de autoeficacia fué asimilada y validada a lo largo del tiempo. ⁽³⁷⁾.

Las dimensiones de que consta el modelo en creencias en salud:

1. La *susceptibilidad percibida* consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una enfermedad, valora como los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad estadística de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. ²⁴ Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado y conocido acerca del riesgo de presentar el evento, esta percepción puede estar influenciada con aspectos del optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobreestime o subestime la frecuencia de la enfermedad ⁽³⁷⁾
2. El *Beneficio percibido* aunque la susceptibilidad percibida es capaz de desencadenar por sí misma una conducta de salud, el curso de acción específico dependería, entonces, de las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad, lo que se ha considerado como beneficios percibidos. ⁽¹¹⁾
3. Las *Barreras percibidas*, percepción negativa de la realización de una acción: de los costos físicos, sociales, económicos y de otro tipo implicadas en la acción preventiva. ^(11,13)

4. *Autoeficacia percibida* Es definida como la creencia de que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento que en última instancia conduce a un resultado deseable.⁽¹¹⁾
5. La *gravedad* Se refleja la percepción de amenaza para la propia persona e incluye las evaluaciones de las posibles consecuencias médicas (muerte o discapacidad) y sociales (efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales).^(11,37)

Este modelo considera que los factores percibidos como positivos o negativos son los que provocan un cambio de comportamiento. Que un individuo siga una conducta preventiva, una vez percibida una amenaza, depende en parte de los beneficios y las barreras asociados a esta conducta.^(8,30)

El MCS ha sido frecuentemente aplicado a detección de cáncer de mama⁽³⁾. El modelo establece que la conducta relacionada con la salud está influenciada por la percepción que tiene una persona hacia la amenaza planteada por un problema de salud y por el valor asociado a su acción para reducir esta amenaza⁽³⁸⁾. Según el MCS, una mujer que percibe que es susceptible al cáncer de mama y que el cáncer de mama es una enfermedad grave sería más probable para llevar a cabo exámenes periódicos de mama. Del mismo modo, una mujer que percibe más beneficios y menos barreras al uso de la mastografía, sería más probable que practique la mastografía. Una mujer que haya estado expuesta a una señal externa (por ejemplo, la influencia positiva de un proveedor del cuidado de la salud o los medios de comunicación) sería más fácil que adoptara el uso de la mastografía, al igual que una mujer que quiere mejorar su salud y que confía en los resultados positivos^(38,34).

El MCS, fue empleado para identificar conceptos relevantes en mujeres afroamericanas para la realización de la mastografía,⁽⁹⁾ encontrando correlaciones significativas entre los beneficios y barreras percibidas condicho estudio.⁽⁹⁾

La mastografía es un tipo específico de imágenes que utilizan un sistema de dosis de rayos x para examinar las mamas, es un examen médico no invasivo que ayuda a los médicos a diagnosticar y tratar las condiciones médicas. La toma de imágenes con rayos x supone la exposición de una parte del cuerpo a una pequeña dosis de radiación ionizante para producir imágenes del interior del cuerpo. Este método muestra cambios en las mamas hasta dos años antes de que el médico o la paciente los adviertan.⁽³⁹⁾



7.5- HIPOTESIS

H_0 Las creencias de salud no se asocian a la realización de la mastografía para la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes.

H_A Las creencias de salud asocian a la realización de la mastografía para la detección oportuna del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes.

7.6- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las creencias en salud asociadas a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 del IMSS en Aguascalientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar la población en estudio.
2. Identificar si la susceptibilidad percibida es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.
3. Identificar si los beneficios percibidos es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.
4. Identificar si las barreras percibidas es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.

5. Identificar si la autoeficacia es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad..
6. Identificar si la gravedad percibida es una creencia de salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama mujeres de 50 a 69 años de edad.

7.7.- METODOLOGIA:

A. TIPO DE DISEÑO

Observacional, transversal comparativo.

B. POBLACION DE ESTUDIO

- UNIVERSO: mujeres de 50 a 69 años de edad.
- POBLACION BLANCO: Todas las mujeres con rango de edad de 50 a 69 años en la UMF 8 en el Estado de Aguascalientes.
- UNIDAD DE OBSERVACION: UMF No 8 del IMSS Aguascalientes.
- UNIDAD DE ANALISIS: las mujeres de 50 a 69 años de edad en la UMF 8 en el Estado de Aguascalientes.

C. CRITERIOS PARA LA SELECCION DE LA POBLACION

INCLUSION:

- a) Mujeres de 50 a 69 años de edad.

- b) Con derechohabiencia en la UMF 8 del IMSS Aguascalientes.
- c) Que acepten participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.
- d) Que hayan acudido a consulta en los últimos 2 años

EXCLUSION

- a) Pacientes que tengan menos de 50 años y más de 69 años.
- b) Pacientes que estén bajo tratamiento para cáncer de mama.

ELIMINACION

- a) Pacientes que no llenaron en su totalidad el instrumento aplicado.

D. TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de muestreo utilizado en este estudio es probabilístico, ya que la muestra obtenida será seleccionada siguiendo determinados criterios, que serán identificar a las mujeres con edad entre los 50 y los 69 años del listado nominal obtenido de ARIMAC, realizando una selección aleatoria de las mujeres que se encuentren en el listado, para que en la medida de lo posible la muestra sea representativa.

E. TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra será tomado del listado de ARIMAC de mujeres de 50 a 69 años y calculado en el programa estadístico Epidat 3.1 donde el valor de P que maximiza n (76,321) es el más próximo al 50%, en este caso se tomó $P=15\%$. Con una muestra final de 182 pacientes

F. LOGISTICA:

El presente trabajo de investigación, corresponde a la segunda etapa del estudio. “Implementación de 3 estrategias educativas (institucional, constructivistas y cognitivo conductual) para modificar los determinantes psicosociales asociados a la detección oportuna de cáncer de mama por medio de la mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad.” Con registro R-2012-101-17 El cual está siendo realizado por el Dr. Juan Mosqueda Hernández.

Se acudió a la UMF No. 8 del IMSS Aguascalientes y se solicitó al Director su autorización para llevar a cabo dicho estudio. Una vez obtenida su autorización se inició identificando a las mujeres de 50 a 69 años de edad que esperaban afuera de los consultorios en ambos turnos y se les solicitó su autorización para ser incluidas en el estudio el cual se les explicó y una vez aceptado se les leyó la carta de consentimiento informado en voz alta y se les entregó por escrito para ser firmada. Después de haber firmado se procedió a realizar la entrevista cara a cara con las pacientes. La responsable de aplicar las encuestas fue la investigadora principal de este estudio: Dra. María del Rocío Ponce García, matrícula 99013189, residente de 3er grado de la especialidad en Medicina Familiar, quien les leyó en voz alta cada una de las preguntas y sus posibles respuestas asegurándose de que la entrevistada estuviera segura de la pregunta que se le estaba haciendo.

G.- PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION

Se realizó la entrevista cara a cara con las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en la Unidad de Medicina Familiar No. 8. El tiempo para realizar la entrevista fue de aproximadamente 40 minutos. La encuesta con la cual se realizó la entrevista estuvo conformada de 1) Ficha de Identificación dividida en características demográficas con 8 ítems. 2. Instrumento validado por el proyecto con nombre efectividad de 3 estrategias para mejorar la detección oportuna del cáncer de mama por

medio de la mastografía en mujeres de 50 a 69 años en la UMF No. 1,8 y 11 el cual mide 5 escalas:

1. Susceptibilidad percibida con 4 ítems, alfa de cronbach 0.79
2. Beneficios percibidos con 4 ítems, alfa de cronbach de 0.81.
3. Barreras percibidas, con 4 ítems, alfa de cronbach de 0.72.
4. Autoeficacia percibida, con 8 ítems, alfa de cronbach de 0.88.
5. Gravedad percibida, de 3 ítems, alfa de cronbach de 0.89.

Con una escala tipo Likert de respuesta que van de demasiado probable a nada probable, totalmente de acuerdo a totalmente desacuerdo y de siempre a nunca. Los 5 factores representaron el 78% por ciento de la variación común a todos elementos y .85 alpha de cronbach.

H.- PLAN DE ANALISIS:

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes para variables independientes (variables sociodemográficas y las creencias en salud) para ver la distribución de los datos Se realizo un cruce de variables entre la variable dependiente (realización de mastografía) con la escala de modelo de creencias en salud, de los cuales se realizaron tablas de contingencia obteniendo la fuerza de asociación (OR e IC) El Programa estadístico utilizado spss v. 19 para análisis de variables.

I. DEFINICION DE LAS VARIABLES

Variables sociodemograficas:

No de consultorio: es el número de consultorio al que pertenece el sujeto en estudio.
Turno: es el horario de atención que tiene destinado el usuario para recibir atención en medicina familiar. Nivel de estudios: es el número de años de escolaridad cursados hasta el momento de la entrevista. Estado Civil: es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco,

que establece ciertos derechos y deberes. Ocupación: es la actividad laboral que desempeña la mujer al momento de la entrevista. Edad: es el número de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista.

Variable dependiente. Está definida como la detección oportuna de cáncer de mama por medio de la mastografía en un lapso no mayor de dos años a partir de los 50 hasta los 69 años. Esto se obtendrá calculado el número de mujeres de 50 a 69 años con mastografía del reporte entre la población de mujeres de 50 a 69 años adscritas a médico familiar por 100. Esto permite identificar el porcentaje de mujeres a las que se les realizó la mastografía de detección. El rango aceptable de este indicador serán los valores mayores del 20% anual.

Variables independientes. Para poder identificar los determinantes se hizo una revisión sistemática en las siguientes bases de datos Pub-MEd, Scielo, Scirus, BVS, Google Académico, Redalyc. En la cual se identificaron mas 1000 artículos de los cuales se revisaron aproximadamente 150 con los cuales se identificaron los siguientes determinantes Percepción de la Susceptibilidad. Percepción de los beneficios, Percepción de la gravedad Percepción de las barreras Motivación para la salud, Normas subjetivas Autoeficacia . Análisis de la información: Se realizo búsqueda sistemática para la identificación de los determinantes, las intervenciones identificadas están basadas en el modelo de creencias en salud, teoría de la acción razonada y el modelo del proceso paralelo externo.

J. ASPECTOS ETICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría “I” que dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

J.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

K.- PRESUPUESTO:

Todos los recursos necesarios para la realización de esta investigación serán autofinanciados por el investigador principal.

- 1.- Papelería 1000 pesos
- 2.- Transporte 500 pesos
- 3.- Internet 359 pesos mensuales
- 4.- Instrumentos de oficina (lápices, borradores, plumas, hojas, engrapadora, grapas) 500 pesos
- 5.- Traducciones 2000 pesos
- 6.- Procesador de datos 4000 pesos

RECURSOS HUMANOS

Investigador principal

Asesor teórico

Asesor Metodológico

Maestro de idiomas

RECURSOS TECNOLOGICOS

Computadora personal

Impresora

Conexión a internet

Programas de software (word, power point, programas estadísticos)

RECURSOS MATERIALES

Fotocopias

Equipo de oficina

Cartuchos de tinta para computadora

Impresora

Hojas para impresión

Lápices, plumas

Camiones, taxis.

8.- RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 182 mujeres de 50 a 69 años de edad, de la unidad de medicina familiar numero 8 de IMSS Aguascalientes en quienes se aplico el instrumento obteniendo los siguientes resultados.

EDAD: se observo que la edad media de la población en estudio fue de 62 años. Tabla 1.

ESCOLARIDAD se observo que el 6% es analfabeta, alfabeto sin escolaridad 11%, primaria 49.5%, secundaria 18.1%, técnico profesional 7.1%, preparatoria 4.9% y profesional 3.3%. Tabla 1.

ESTADO CIVIL casadas 63.7%, en unión libre 8.2%, solteras 1.6%, Divorciadas 5.5%, Viudas 20.9%. Tabla 1.

OCUPACION La ocupación más frecuentes de las mujeres fue el hogar con un 59.3%, trabajan 23.1%, Pensionado /jubilado 17.6%. Tabla 1

TURNO La población entrevistada en el turno matutino con un 50.5% y un 49.5%. Tabla 1.

Muestra la distribución de las variables socio demográficas en donde 49.5 % (90) cuentan con educación primaria y el 3.3% (6) son profesionales, un 63.7% (116) son casadas y 1.6% (3) están solteras, 59.3% (108) se dedican al hogar, en relación al turno 50.5% (92) pertenecen al turno matutino y la media de edad de la población en estudio fue de un 62.33 ± 10.75. Tabla 1.

Tabla 1: Descripción de variables socio demográficas

N= 182

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad		
Analfabeta	11	6.0 %
Alfabeto sin escolaridad	20	11.0 %
Primaria	90	49.5 %
Secundaria	33	18.1 %
Técnico profesional	13	7.1 %
Preparatoria	9	4.9 %
Profesional	6	3.3 %
Estado civil		
Casado	116	63.7 %
Unión libre	15	8.2 %
Soltero	3	1.6 %
Divorciado	10	5.5 %
Viudo	38	20.9 %
Ocupación		
Trabaja	42	23.1
Hogar	108	59.3
Pensionado/jubilado	32	17.6
Turno		
Matutino	92	50.5 %
Vespertino	90	49.5 %
Edad		
	$\bar{X} = 62.33 \pm 10.75$	
Total	182	100%

Muestra las variables socio demográficas asociadas a realizarse la mastografía al menos una vez al año fue estado civil con un OR crudo de **1.93 (IC=1.03-3.62)** lo que significa que las mujeres que están en una situación sin pareja tienen 3% más probabilidad de no acudir a hacerse la mastografía en los últimos 2 años en comparación con las mujeres de 50 a 69 años que tienen una pareja estable. Tabla 2.

Tabla 2. Asociación entre variables sociodemográficos y realización de mastografía

N=182	Sin mastografía	Con mastografía	OR crudo	(IC 95%)
Variables independientes	N (%)	N (%)		
Escolaridad				
Analfabeta	4 (2.2 %)	7 (3.8%)	1	1
Alfabeto sin escolaridad	8 (4.4 %)	12 (6.6%)		
Primaria	38 (20.9 %)	52 (28.6%)		
Secundaria	7 (3.8 %)	26 (14.3%)		
Técnico profesional	4 (2.2 %)	9 (4.9%)	1.71	(.484-2.372)
Preparatoria	3 (1.6 %)	6 (3.3%)		
Profesional	4 (2.2 %)	2 (1.1%)		
Estado civil				
Casado	37 (20.3%)	79 (43.4 %)	1	1
Unión libre	6 (3.3 %)	9 (4.9 %)		
Soltero	1 (.5 %)	2 (1.1 %)	1.938	(1.03-3.62)
Divorciado	3 (1.6 %)	7 (3.8 %)		
Viudo	21 (11.5 %)	17 (9.3%)		
Ocupación				
Trabaja	13 (7.1 %)	29 (15.9 %)	0.693	(.332-1.44)
Hogar	45 (24.7 %)	63 (34.6 %)	1	1
Pensionado/jubilado	10 (5.5 %)	22 (12.1 %)		
Turno				
Matutino	28 (15.4 %)	64 (35.2 %)	1	1
Vespertino	40 (22 %)	50 (27.5 %)	1.82	(.995-3.36)
Total	68 (37.4 %)	114 (62.6 %)		Sig. <0.05

En la distribución de las variables de creencias de salud se encontró que el 85.7% (156) se perciben susceptibles en relación a realizarse la mastografía, el 70.3% (128) percibe los beneficios de la mastografía; el 77.5% (141) percibe barreras para la realización de la mastografía, 74.2% (135) tienen un juicio positivo sobre sus capacidades para tomar decisiones futuras; el 91.2% (166) percibe la gravedad de las consecuencias de no realizarse la mastografía (autoeficacia) Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de variables de creencias en salud

N = 182

Variablen	Frecuencia	Porcentaje
Susceptibilidad percibida		
Sin	26	14.3 %
Con	156	85.7 %
beneficios Percibidos		
Sin	54	29.7 %
Con	128	70.3 %
Barreras Percepcibidas		
Sin	41	22.5 %
Con	141	77.5 %
Autoeficacia		
Sin	47	25.8 %
Con	135	74.2 %
Gravedad percibida		
Sin	16	8.8 %
Con	166	91.2 %
Total	182	100%

DIMENSIÓN DE LAS VARIABLES DE CREENCIAS EN SALUD

SUSCEPTIBILIDAD PERCIBIDA

Se encontró que el 85.7% (156) se perciben susceptibles en relación a realizarse la mastografía, y se encontró que el 14.3% (26) no se percibían susceptibles en su realización.

BENEFICIOS PERCIBIDOS

Se encontró que el 70.3%(128) perciben beneficios en relación a la realización de la mastografía, y el 29.7%(54) no percibían beneficios en su realización.

BARRERAS PERCIBIDAS

Se encontró que el 77.5% (141) se perciben barreras en relación a la realización de la mamografía y el 22.5%(41) no se percibían barreras en su realización.

AUTOEFICACIA PERCIBIDA

Se encontró que el 74.2% (135) se perciben con autoeficacia en relación a la realización de la mamografía y se encontró que el 25.8% (47) no se perciben autoeficacia en su realización.

GRAVEDAD PERCIBIDA

Se encontró que el 91.2% (166) se percibe la gravedad de las consecuencias de no realizarse la mamografía y se encontró que el 8.8% (16) no tienen la gravedad percibida.

ASOCIACION ENTRE FACTORES DE CREENCIAS DE SALUD CON LA REALIZACION DE LA MASTOGRAFIA

Susceptibilidad percibida

Las pacientes que no tienen susceptibilidad percibida y que no se realizaron la mastografía fueron un 29.7%(54) y las que no tienen susceptibilidad percibida pero si se realizaron la mastografía fue un 56%(102). Las que tienen susceptibilidad percibida y no se realizaron la mastografía fueron un 7.7%(14) y las que tienen susceptibilidad percibida y se realizaron

la mastografía son 12%(6.6) no se demostró una asociación significativa con un OR 2.204 IC (.953-5.09).

Beneficios percibidos

Las que no tienen beneficios percibidos y no se realizaron la mastografía fueron 12.6%(23) y sin percepción de beneficios y con la mamografía un 17%(31) con un OR1.36 CI. (.714 - 2.62).

Las que perciben beneficios y no se realizaron la mastografía fueron un 24.7%(45) con la percepción de beneficios y con la realización de la mastografía fueron un 45.6%(83)

Barreras percibidas

Las pacientes que tienen barreras percibidas y que no se realizaron la mastografía fueron 12.1% (22) con percepción de barreras y con la realización de la mamografía 10.4%(19),.

Las pacientes que no tienen barreras percibidas y no se realizaron la mastografía fueron un 25.3% (46) y sin las barreras percibidas con la realización de la mastografía un 52.2%(95) con un OR 2.39 IC (1.17-4.85) tienen 1.39 veces más probabilidad de no acudir a que les realicen la mastografía en comparación con las mujeres que perciben barreras hacia esta.

Autoeficacia percibidas

En relación a la auto eficacia, 23.1%(42) no se percibe con capacidades de juicio para tomar decisiones y, por lo tanto, no se han realizado la mastografía, mientras que las mujeres que se perciben auto eficaces y se la han realizado la mastografía son 11.5 % (21) con un OR de 2.7 IC (1.38-5.41). Esto quiere decir que las mujeres sin autoeficacia tienen 1.7 más veces probabilidad de no acudir a hacerse la mastografía que en relación a las que si son autoeficaces.

Gravedad percibida

Las mujeres con gravedad percibida y que no se han realizado la mastografía fueron 4.9 % (9) y las que tienen gravedad percibida y con la realización de la mastografía fueron 3.8% (7).

Las mujeres sin gravedad percibida que no se realizaron la mastografía fueron 32.4%(59) y las que no perciben gravedad y se las realizaron 58.8% (107) con un OR 2.33 IC (.826-16.58) .

Tabla 4. Asociación entre factores de creencias en salud con realización de la mastografía

N=182	Sin mastografía	Con mastografía	OR crudo	(IC 95%)
	N (%)	N (%)		
Susceptibilidad Percibida				
Con	14 (7.7%)	12 (6.6 %)	1	1
Sin	54(29.7%)	102 (56 %)	2.204	(.953-5.09)
Beneficios Percibidos				
Sin	23 (12.6 %)	31 (17 %)	1.36	(.714-2.62)
Con	45 (24.7 %)	83 (45.6 %)	1	1
Barreras percibidas				
Con	22 (12.1 %)	19 (10.4 %)	1	1
Sin	46 (25.3 %)	95 (52.2 %)	2.39	(1.17-4.85)
Auto eficacia				
Con	26 (14.3%)	21 (11.5 %)	1	1
Sin	42 (23.1 %)	93 (51.1 %)	2.74	(1.38-5.41)
Gravedad percibida				
Con	9 (4.9 %)	7 (3.8 %)	1	1
Sin	59 (32.4 %)	107 (58.8 %)	2.33	(.826-16.58)
Total	68 (37.4%)	114 (62.6%)		Sig. <0.05

Se muestra las asociaciones ajustadas de las variables socio demográficas y psicosociales que se asociaron a acudir a realizarse la mastografía por lo menos una vez en los últimos 2 años, para este análisis se implementó una regresión logística binaria de paso a paso para comprobar que las variables se continúen asociando ajustándolas a un mismo modelo; En el paso uno, la auto eficacia es la única variable asociada con una significancia de ($p=.033$), mientras que la percepción de susceptibilidad es la variable menos significativa ($p=.404$); En el segundo paso, la percepción de barreras (.114) redujo su significancia mientras que auto eficacia la aumento ($p=.024$); en el tercer paso, el modelo arrojó las variables más significativas en donde ajustándose las tres, autoeficacia es la única asociada significativamente ($p=.005$) y un OR de **2.693** (**IC=.1.343-5.399**) lo que significa que, las mujeres que no se perciben autoeficaces tienen 1.6 veces más probabilidad de no hacerse la mastografía, en relación a las que si son. Tabla 5

Tabla 5. Asociaciones ajustadas

	Variables	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Paso 1	Estado civil	.086	1.784	.921	3.454
	Turno	.081	1.762	.932	3.333
	Percepción de susceptibilidad	.404	1.467	.596	3.609
	Percepción de barreras	.135	1.794	.833	3.865
	Auto eficacia	.033	2.216	1.066	4.608
	Constante	.001	.012		
Paso 2	Estado civil	.064	1.855	.965	3.567
	Turno	.076	1.776	.941	3.353
	Percepción de barreras	.114	1.848	.863	3.958
	Auto eficacia	.024	2.308	1.119	4.763
	Constante	.000	.021		
Paso 3	Estado civil	.064	1.844	.965	3.524
	Turno	.060	1.831	.975	3.439
	Auto eficacia	.005	2.693	1.343	5.399
	Constante	.001	.045		

Sig. <0.05

9. DISCUSIÓN

La realización de esta investigación se le realizó en 182 mujeres derechohabientes de la UMF 8 de Aguascalientes con una edad entre 50 a 69 años de edad, la mitad cuenta con educación primaria, un 63.7% son casadas, la edad media es de 62.33.

Se demostró que la asociación de susceptibilidad, beneficio y gravedad con la realización de la mastografía no fue significativa al igual que en el estudio de Lourdes Lostao en donde todo el conjunto de las variables y la realización de la mastografía, no se asociaron. ⁽⁴¹⁾ a diferencia de Han et. al., en Korea reportan que la susceptibilidad, gravedad, y beneficios tienen una asociación significativa con la realización del estudio. ⁽¹⁴⁾

Respecto a los beneficios percibidos nos encontramos que no se asocian a la realización de la mastografía. Encontrando que el 45.6% perciben beneficios de la realización de la mastografía, al contrario del estudio realizado en Creta, Grecia 2006 donde las mujeres perciben menos beneficios y mas barreras ⁽⁸⁾ lo cual nos demuestra que las mujeres no se encuentran del todo convencidas de que la prueba genere verdaderos beneficios.

En las barreras percibidas, no encontramos asociación con la realización de la mastografía, similar a lo encontrado por Dundar ⁽¹⁴⁾ y Abbazadeh. ⁽⁷⁾ El IMSS es una institución que no genera costo para la derechohabiente y ofrece el estudio de la mastografía, es uno de los motivos por los cuales esta razón no es considerada una barrera percibida, diversos autores han demostrado que el acceso a la mastografía está influido por diferentes factores principalmente su costo y el acceso a los servicios de salud. ^{30,31}

La variable de auto eficacia en este estudio está asociada significativamente con la realización de la mastografía ($p=0.005$) y un OR de 2.693 (IC=1.343-5.399) pero Abbazadeh ⁽⁷⁾ estudio la variable, pero no encontró relación, lo que significa que las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

mujeres que se perciben auto eficaces tienen 74.2% más probabilidad de hacerse la mastografía, en relación a las que no lo son.

El 91.2% (166) no percibe la gravedad de las consecuencias de no realizarse la mastografía la cual se compara con el estudio realizado por Trigoni María y Cols. Donde encuentran que la mayoría de las mujeres identificaron varias razones para no realizarse la mamografía, estos incluyeron un escaso conocimiento de los beneficios y las indicaciones de la mamografía, miedo al dolor durante el procedimiento, a un diagnóstico serio, vergüenza y estrés. Los médicos percibieron dificultades en la programación de una cita. Las mujeres se inhiben en participar en la realización de la mastografía de cribado en zonas rurales, los médicos de atención primaria deben proporcionar a las mujeres información y asesoramiento de una manera sensible para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre la realización de mamografía para la detección oportuna del cáncer de mama. ⁽⁸⁾

10. LIMITACIONES

- El tiempo de la entrevista es muy larga y algunas de las derechohabientes se desesperaban en realizarla
- Algunas pacientes no tenían su tarjeta de citas y no sabían su número de seguridad social
- Espera de la paciente cuando entraba a consulta previamente iniciando la entrevista y reiniciándola cuando salía de su consulta.

11. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda dar pláticas de información a las mujeres de 50 a 69 años de edad para educarlas inculcando su cuidado propio para acudir a realizarse su mastografía.
2. Solicitar a los médicos familiares o al personal de enfermería la difusión de la realización de la mastografía previamente informando a la población blanco.
3. Si es posible iniciar un modulo de atención solo para explicar el autoexamen de mama, el examen clínico y la mamografía para que las mujeres estén enteradas y puedan solicitar el servicio y prevenir a tiempo el Cáncer de Mama.

12. CONCLUSIONES

Con la finalidad de cumplir con los objetivos del presente estudio, se encontró asociación cruda con tres de los cinco determinantes psicosociales pertenecientes al modelo de creencias en salud, percepción de susceptibilidad, barreras y auto eficacia, así como una variables de tipo socio demográficas que fue estado civil y turno, las cuales se ajustaron a un modelo de regresión logística binaria de paso a paso para eliminar sesgos de confusión, en donde cuatro de las cinco variables asociadas anteriormente perdieron significancia manteniéndose asociada solamente la auto eficacia con un **OR = 2.693 (IC 1.343-5.399)**, por lo que las mujeres que tienen capacidad de juicio para la toma de decisiones tienen 74.2% más probabilidad de realizarse la mastografía en comparación con las mujeres que no se perciben auto eficaces.

13. GLOSARIO

BARRERAS DE ACCESO: El conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como límites y dificulta a las personas el disponer de una atención sanitaria adecuada. ⁽⁴⁰⁾

CANCER DE MAMA: al tumor maligno en general (glándula mamaria), que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis. ⁽²⁸⁾

DETECCION OPORTUNA: Identificación de una deficiencia física, psíquica o sensorial, o la constatación de la sintomatología que la hace presumible, en el momento más próximo a aquél en que la deficiencia se manifiesta, con el objetivo de adoptar todas las medidas preventivas o terapéuticas necesarias. ⁽¹⁷⁾

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Oliveira Novaes C, Echenique Mattos I. Prevalencia e factores asociados a año utilización de Mamográfica. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S310-S320, 2009.
2. Andrea B. Wolf and Rachel F. Brem, Decreased Mammography. Utilization in the United States: Why and How Can We Reverse the Trend?_February 1, 2011 196:W112-W116.
3. Dra. Maricela Uchida S. Mamografía de screening y realidad chilena Revista Chilena de radiología 2008, Vol. 14 No.(3):130-134.
4. Constanza de Charry L., Carrasquilla G. y Roca S. Equity regarding early breast cancer screening according to health insurance status in Colombia. Rev. Salud pública. 10 (4):571-G.
5. Salana-Tellez M, Mariscal Toledo S, Terrasas-Espitia S, et.al. F.Knowledge and beliefs about breasts Cancer in rural women and indigenous population of southern Mexico 2009 Journal of clinical Oncology 27(15 s) 1553-1570.
6. Parsa, 2006 Asian Pacific cáncer prev, 7 509 – 514.
7. A Abbaszadeh, AA Haghdoost, M Taebi, et.al. The Relationship Between Women's Health Beliefs and Their Participation in Screening Mammography Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2007, Vol. 8.
8. Trigoni M, Griffiths Frances, Tsiftsi Dimitris, et.al. Mammography screening: views from women and primary care physicians in crete.BMC women's Health 2008, 8: 20.
9. Modelo de creencias en salud de cáncer de mama (http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model.doc/) dirección se visualizo (8/12/2012).
10. Selda Secginli, PhD. Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale, 2012, Vol 35, No 5, 365-373
11. Moreno San Pedro E, Rosales nieto J. El Modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa .I: Hacia un

análisis funcional de las creencias en salud. International journal of psycohistory and psychological therapy, June, año/vol.3, numero 001, 99-109.

12. Barroso P, Ruiz I. Puertos de rojas F, Parron T, Corpas E. Factores Relacionados con la no participación en el programas de detección precoz de cáncer de mama Gaceta Sanitaria 2009; 23(1):44-48.
13. Azita Noroozi, Rahim Tahmasebi, Factores influenancy breast cancer screeniny behavior awong Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2011, Vol 12,
14. Pinar Erbay Dünder, Dilek Özmen, Beyhan Öztürk The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey, *BMC Cancer* 2006, 6:43 doi:10.1186/1471-2407-6-43.
15. Secginli S. nahciva No. Int J. Nurs stud. Factores associated with breastcancer screennag behdvars in a sample of turkiscan women: a questionaive survey. 2006 Feb, 43(2) (161-71).
16. Galdón Garrido M., Durá Ferrandis E., Andreu Vaillo Y. Creencias de Salud Relacionadas con la Participación en un Programa de Cribado Mamográfico Psicología Conductual, Vol. 8, Nº 2, 2000, pp. 357-373.
17. Aygul Kissal, Ayşe Beşer Knowledge, Facilitators and Perceived Barriers for Early Detection of Breast Cancer among Elderly Turkish Women Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2011, Vol. 12.
18. Inegi Estadísticas
(<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/default.asp?c=269&e=>, en el portal del instituto) <http://www.inegi.org.mx>. Fecha de abordaje (10/10/2012)
19. Cathy P. Hall, MSN, RN, OCN®, John D. Hall et.al. Effects of a Culturally Sensitive Education Program on the Breast Cancer Knowledge and Beliefs of Hispanic Women Oncology Nursing Forum 2007– Vol. 34, no 6.

20. Knaul FM, López Carrillo F, Lazcano Ponce E, et. al. Cáncer de mama un reto para la sociedad y los servicios de salud. Salud pública de México 2009/ vol. 51.
21. Brandan ME, Villaseñor Navarro Y, Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México. Cancerología 1 (2006): 147-162
22. Palacio-Mejía LS, Lazcano-Ponce E, Allen-Leigh B, et. al. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Pública de México 2009; 51(2).
23. Benjamin O. Anderson, MD, Cheng-Har Yip et.al. La iniciativa global de salud de la mama. El cáncer de mama en los países con recursos limitados: sistemas de atención de salud y políticas públicas. A nombre de grupo de expertos sobre Atención de Salud y Políticas Públicas de la Cumbre Mundial de 2005, 2007 Blackwell Publishing, Inc., 1075-122X/07 The Breast Journal, Volume 13 Suppl. 1, 2007 S62–S82.
24. Poblano-Verastegui O, Figueroa-Perea J., López-Carrillo L., Condiciones institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(4):294-305.
25. Guía De Prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención. (www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html) México: Secretaría de Salud; 2008.
26. Felicia Marie Knaul, Gustavo Nigenda, Rafael Lozano, et. al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública México 2009; 51 supl 2:S335-S344.
27. Poblano-Verástegui O., M en C. Figueroa-Perea J. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. La estrategia de prevención en México está señalada en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 041-SSA2- 2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama. Salud pública México 2004.Vol.46 n.4 Cuernavaca Jul./Aug.

28. Dirección de prestaciones médicas unidad de atención medica coordinación de áreas médicas, división de atención ginecóbstetricos y perinatal 4to curso Gerencial obstetricia Perinatal.
29. Escrito por Seguro Popular,. Estudio sobre la prestación de servicios para la detección temprana y tratamiento del Cáncer de Mama. Viernes, 10 de Junio de 2011.
30. Historia de la mamografía
(https://www.loaiciga.com/descargas/la_mamografia./historia). Fecha de acceso (10/12/2012).
31. Georgia R Sadler*, Celine M Ko, Jennifer A Cohn, Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program *BMC Public Health* 2007, 7:57 doi:10.1186/1471-2458-7-57
32. Stewart S. L, William Rakowski, Rena J. Pasick, DrP, et. al. Constructs and Mammography in Five Ethnic Groups, *Health Educ Behav.* 2009 Octubre; 36(5 Suppl): 36S–54S. doi:10.1177/1090198109338918.
33. (http://www.who.int/whosis/whostat/PDF_ES_WHS08_Part1.pdf).Fecha abordaje 25/11/2012
34. Velázquez-De Charry, Constanza Ligia, Gabriel Carrasquilla, et. al. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Rev. Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 2, 2009, pp. s246-s253.
35. ME Garza-Elizondo, Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en monterrey y su zona metropolitana (México). 2004 Enero-Febrero 12(2)
36. Champion J *Health Psychol.* Medición de la Mamografía y Creencias del Cáncer de Mama en las mujeres Afroamericanas. 2008 Septiembre; 13(6): 827–837. Doi:10 . 1177/1359105308093867.
37. Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo.
38. Dr. Gustavo Nigenda, Msc, PhD, (1) Martha Caballero, et. al. Barreras de acceso al diagnostico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca.. 2009, Vol. 5, suplemento (2).

39. RadiologyInfo.org copyright de la radiologia society of Noth America (RSNA) may- 2012
40. Terán L, Baezconde-Garbanati L, Marquez M, et. al.: On-time Mammography Screening with a Focus on Latinas with Low Income: A Proposed Cultural Model (2007).Anticancer Research 27: 4325-4338
41. Esteva M, et.al. adaptación y validación del cuestionario de suseptibilidad, beneficios y barreras ante el cribado con mamografía Gac Sant. 2007;21(4):282-9.
42. La estrategia de prevención en México está señalada en la Norma Oficial Mexicana (NOM) 041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnostico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama.
43. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

B: OPERACIONALIZACION

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Identificar si la susceptibilidad percibida es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.	Percepción subjetiva del riesgo de contraer cáncer de mama en relación con la realización de la mastografía.	Susceptibilidad percibida	<p>¿Es probable de que yo pueda tener cáncer de mama dentro de los siguientes 5 años?</p> <p>¿Es probable de que yo pueda tener cáncer de mama dentro de los siguientes 10 años?</p> <p>¿Es probable de que yo pueda tener cáncer de mama durante lo largo de mi vida?</p> <p>¿Comparando con otras mujeres la probabilidades de que yo contraiga cáncer de mama son mayores o menores?</p>	<p>III 1</p> <p>III 2</p> <p>III 3</p> <p>III 4</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p> <p>1. Demasiado probable 2. Muy probable 3. Probablemente 4. Poco probable 5. Nada probable</p>	Variable independiente
Identificar si los beneficios percibidos es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.	creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la realización de la mastografía. ²⁴	Beneficios percibidos	<p>Si el cáncer es detectado a temprana edad ¿hay probabilidades de que sea tratado exitosamente?</p> <p>¿Hay probabilidades de que la mastografía me ayude a detectar</p>	<p>IV 1</p> <p>IV 2</p> <p>IV 3</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p> <p>1. Demasiado probable 2. Muy probable 3. Probablemente 4. Poco probable 5. Nada probable</p>	Variable independiente

			<p>el cáncer de mama cuando está iniciando?</p> <p>¿Hay probabilidades de que la mastografía me ayude a detectar las bolitas antes de que se pueda detectar manualmente?</p> <p>¿Hay la probabilidad de que la mastografía disminuya mis posibilidades de morir por cáncer de mama?</p>	IV 4		
<p>Identificar si las barreras percibidas es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.</p>	<p>Percepción negativa de la realización de una acción: de los costos físicos, sociales, económicos y de otro tipo implicadas en la realización de la mastografía.(24,50)</p>	<p>Barreras percibidas</p>	<p>¿Es probable que una mastografía sea inconveniente para mi?</p> <p>¿Es probable que el tratamiento de cáncer de mama sea peor que el mismo cáncer?</p> <p>¿Qué tan probable es que el tratamiento de cáncer de mama me ocasione muchos problemas?</p> <p>¿Es probable de que no me haga la mastografía debido a que se me olvide la fecha de la cita?</p>	<p>V 1</p> <p>V3</p> <p>V4</p> <p>V17</p>	<p>Ordinal tipo Likert</p> <p>1. Demasiado probable</p> <p>2. Muy probable</p> <p>3. Probablemente</p> <p>4. Poco probable</p> <p>5. Nada probable</p>	<p>Variable independiente</p>
<p>Identificar si la</p>	<p>Definida como la</p>	<p>Autoeficacia</p>	<p>¿Qué tan</p>	<p>VI 2</p>	<p>Ordinal tipo</p>	<p>Variable</p>

<p>autoeficacia es una creencia en salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad</p>	<p>creencia de que se puede ejecutar exitosamente un comportamiento (realización de la mastografía) que en última instancia conduce a un resultado deseable (detección oportuna del cáncer de mama).⁽²⁴⁾</p>	<p>percibida</p>	<p>probable es el que pueda conseguir algún medio de transporte para acudir a hacerme una mastografía?</p> <p>Si me detectaron algún problema en los resultados de la mastografía ¿ es probable de que pueda hablarlo con el médico o la enfermera?</p> <p>Si estoy preocupada ¿ es probable que me haga una mastografía?</p> <p>¿Qué tan probable es el que me haga una mastografía a aun si no se que esperar de los resultados de la mastografía?</p> <p>¿Es probable de que consiga algún apoyo para pagar mi mastografía?</p> <p>¿Es probable de pueda hacer una cita para que me realicen la mastografía?</p> <p>¿Es probable de que encuentre un lugar donde hacen mastografía o que sepa donde se hacen la</p>	<p>VI 4</p> <p>VI 5</p> <p>VI 6</p> <p>VI 7</p> <p>VI 8</p> <p>VI 9</p> <p>V10</p>	<p>Likert</p> <p>1. Demasiado probable 2. Muy probable 3. Probablemente 4. Poco probable 5. Nada probable</p>	<p>independiente</p>
--	---	------------------	--	--	---	----------------------

			mastografía? ¿Hay la probabilidad de hacerme una mastografía?			
Identificar si la gravedad percibida (miedo) es una creencia de salud asociada a la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años de edad.	percepción de amenaza para la propia persona e incluye las evaluaciones de las posibles consecuencias médicas (muerte o discapacidad) y sociales (efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales). ^(24,49)	Gravedad percibida	La idea de que el cáncer de mama me da miedo Cuando pienso en el cáncer de mama, mi corazón late mas rápido Tengo miedo de pensar en el cáncer de mama	1 2 3	Escala ordinal tipo Likert 1.Completamente de acuerdo 2.De desacuerdo 3.Neutro 4.De acuerdo 5.Completamente de acuerdo	Variable independiente

C: CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD.

Carta de Consentimiento Informado para la participación en protocolos de Investigación (adulto).

AGUASCALIENTES, AGS.----- DE -----2013
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de efectividad de 3 estrategias para mejorar la detección oportuna del cáncer de mama por medio de la mastografía en mujeres de 50 a 69 en UMF No 8,11,1 como usuario de la unidad de Medicina Familiar # 8

El cual tiene por objetivo evaluar la efectividad de dos estrategias de intervención tradicional en comparación de la psicosocial. Para mejorar la oportunidad de detección de cáncer de mama en mujeres de la detección oportuna de cáncer de mama por medio de la mastografía.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: participar en sesiones educativas y en contestar encuestas relacionadas a la detección oportuna de cáncer de mama por medio de mastografía, examen clínico y autoexploración así como factores de riesgo asociado y determinantes. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en este proyecto, que son los siguientes:

Inconvenientes: las sesiones educativas serán de aproximadamente 2horas y las encuestas requieren de aproximadamente 1 hora, para su aplicación, pero se estarán aplicando en varias reuniones de 30 minutos, por lo que le pedimos sea paciente al responder las encuestas.

Beneficios: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explico que el estudio permitirá comparar si existe relación entre lo que el paciente sabe, hace y siente y entre lo que es establecido o recomendado en las normas y la institución de salud.

El investigador responsable de este proyecto se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del estudio y mi participación. Para aclarar cualquier duda puedo comunicarme Dr. Juan Mosqueda Hernández al 9752211.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, así como también puedo dejar de contestar alguna pregunta de la que no quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.

El investigador responsable de este proyecto me ha dado las seguridades de que no se me identificara a mí o a mi familia en cualquier información que se deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma derechohabiente

Nombre y firma del director

D: INSTRUMENTO DE EVALUACION

EFFECTIVIDAD DE 3 ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA POR MEDIO DE LA MASTOGRAFÍA EN MUJERES DE 50 A 69 AÑOS DE EDAD EN LA UMF NO 1,8,11 COMO USUARIO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTRUCCIONES: Subraye con lápiz la opción que usted considere la más adecuada.

DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA

Características demográficas

I.1.-Ficha de identificación:

I.1.a.- Nombre: _____

I.1.b.- Fecha de aplicación
 DIA MES AÑO

I.1.c.- Numero de afiliación Agregado

I.1.d.-Domicilio:

 Calle y numero Colonia Ciudad Apartado Postal

I.1.e.- Teléfono _____ I.1.f.- UMF de adscripción

I.1.g.-Numero de consultorio: I.1.h.-Turno 1. Masculino 2. Vespertino

I.2.-Características sociodemográficas

I.2.a.- Fecha de nacimiento
 DIA MES AÑO

I.2.b.- Género 1. Masculino 2. Femenino

I.2.c.- Nivel de estudios

- 1. Analfabeta 2. Alfabeto(a) sin escolaridad 3. Primaria
- 4. Secundaria 5. Técnico profesional 6. Preparatoria
- 7. Profesional.

I.2.d.- Estado civil actual

- 1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Unión Libre
- 4. Divorciado(a) 5. Viudo(a)

I.2.e.- ¿A qué se dedica actualmente?

- 1. Trabaja 2. Estudia 3. Hogar 4. Pensionado/ Jubilado

I.2.f.- ¿A tenido algún familiar con antecedente de cáncer de mama?

- 1. Mama 2. Hermana 3. Tía(s) 4. Abuela(s) 5. Prima(s) 6. Otros quien _____ 7. Ninguno

Identificación de los determinante que predisponen a la participación de la detección oportuna de cáncer de mama

III Susceptibilidad La probabilidad percibida de contraer cáncer de mama	Demasiado Probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada probable
III.1 ¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos cinco años?	1	2	3	4	5
III.2 ¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos diez años?	1	2	3	4	5
III. 3¿Es probable de que yo tenga cáncer de mama en los próximos diez años?	1	2	3	4	5
III. 4 ¿En comparación con otra mujeres. Las posibilidades de que yo contraiga cáncer de mama son mayores o menores?	1	2	3	4	5
IV Beneficios Efectividad percibida del comportamiento para disminuir el riesgo de muerte por cáncer de mama	Demasiado probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada Probable
IV.1 Si el cáncer es detectado a temprana edad ¿Hay probabilidades de que sea tratado exitosamente?	5	4	3	2	1
IV.2 ¿Hay probabilidades de que la mastografía me ayude a detectar el cáncer de mama cuando está iniciando?	1	2	3	4	5
IV.3 ¿Hay probabilidad de que la mastografía me ayude a detectar las bolitas antes de que se pueda detectar manualmente?	5	4	3	2	1
IV.4 ¿Hay la probabilidad de que la mastografía disminuya mis posibilidades de morir por cáncer de mama?	5	4	3	2	1
V Barreras Son las barreras relacionadas a la experiencia personal tal como los costo, edad, miedo al cáncer/radiación, tiempo etc. De personal asociados con una mastografía de seguimiento	1	2	3	4	5
V.1¿Es probable que una	1	2	3	4	5

mastografía sea inconveniente para mí?					
V.3 ¿Es probable que el tratamiento de cáncer de mama sea peor que el mismo cáncer?	1	2	3	4	5
V.4¿Qué tan probable es que el tratamiento de cáncer de mama me ocasione muchos problemas?	1	2	3	4	5
V.17 ¿Es probable de que no me haga la mastografía debido a que se me olvide la fecha de la cita?	1	2	3	4	5
VI. Autoeficacia Creencia personal de poseer la capacidad necesaria para realizar la mastografía de manera exitosa la ejecución conductual necesaria para obtener resultados.	Demasiado probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada probable
VI.2 ¿Que tan probable es el que pueda conseguir algún medio de transporte para acudir a hacerme una mastografía?	5	4	3	2	1
VI.4 Si me detectaran algún problema en los resultados de la mastografía , ¿es probable de que pueda hablarlo con el médico o la enfermera ?	5	4	3	2	1
VI.5 Si estoy preocupada ¿Es probable que me haga una mastografía?	5	4	3	2	1
VI.6 ¿Qué tan probable es que me haga una mastografía aun si no se que esperar de los resultados de la mastografía?	5	4	3	2	1
VI.7 ¿Es probable de que consiga algún apoyo para pagar mi mastografía?	5	4	3	2	1
VI.8 ¿Es probable de que pueda hacer una cita para que me realicen la mastografía ?	5	4	3	2	1
VI.9 ¿Es probable de que encuentre un lugar donde hacen mastografía o que sepa donde se hacen las mastografías?	5	4	3	2	1
VI.10 ¿Hay la probabilidad de hacerme una mastografía?	5	4	3	2	1

VIII. Normas Subjetivas	Demasiado probable	Muy probable	Probable	Poco probable	Nada probable
VIII.1 Según mi marido yo debería hacerme mamografías periódicamente	1	2	3	4	5
VIII.2 Según mi hermana(0) yo debería hacerme mamografías periódicamente	1	2	3	4	5
Gravedad percibida	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Medio de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La idea de que el cáncer de mama me da miedo	5	4	3	2	1
Cuando pienso en el cáncer de mama, mi corazón late más rápido	5	4	3	2	1
Tengo miedo de pensar en cáncer de mama	5	4	3	2	1
Motivación para la salud					
Quiero descubrir problemas de salud a tiempo	5	4	3	2	1
Mantener una buena salud es muy importante para mí	5	4	3	2	1
Puedo buscar información nueva para mejorar mi salud	5	4	3	2	1
Siento que es importante llevar a cabo actividades que mejoren mi salud	5	4	3	2	1