



HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 IMSS

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ETAPAS DE CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO EN
LA REALIZACION DE LA MASTOGRAFIA EN USUARIAS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
TESIS**

PRESENTADA POR

Berenice de Montserrat López Reyes

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

ASESOR

Dra. Jannett Padilla López

Aguascalientes, Ags., febrero 2020



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2019

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

**COMITE DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. BERENICE DE MONTSERRAT LÓPEZ REYES

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"ETAPAS DE CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO EN LA REALIZACION
DE LA MASTOGRAFIA EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"**

Número de registro: **R-2019-101-008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La doctora Berenice de Montserrat López Reyes asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

DRA. JANNETT PADILLA LOPEZ



AGUASCALIENTES, AGS. DICIEMBRE 2019

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. BERENICE DE MONTSERRAT LÓPEZ REYES

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“ETAPAS DE CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO EN LA REALIZACION
DE LA MASTOGRAFIA EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2019-101-008** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La doctora Berenice de Montserrat López Reyes asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de Investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

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

ATENTAMENTE:

Carlos A. Prado A

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



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

BERENICE DE MONTSERRAT LÓPEZ REYES
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

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:

"ETAPAS DE CAMBIO DEL MODELO TRANSTEÓRICO EN LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DELEGACIÓN 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., a 16 de Enero de 2020.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. M. en C. E. A. Imelda Jiménez García / Jefa de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la vida, bendiciones y la fuerza que tanto he necesitado para pasar cada etapa de mi vida, ayudándome a superar todos los obstáculos y aprender de ellos, por jamás soltar mi mano y darme la fortaleza con la que hoy cuento, porque sin Dios nada de esto ni mi vida serían posible.

A mi hija:

Sam, mi princesa, gracias por existir, por ser mi hija, mi más grande tesoro, porque por ti es que seguí y sigo adelante. Todo este trayecto, este trabajo que tanto te ha dolido por estar separadas, con guardias, con mucho trabajo, sin asistir a muchos de tus festivales, por estar dormida cuando querías jugar y yo estaba muy cansada, sin embargo te hice una promesa y aquí está mi niña, esto va por ti, porque tú me haces ser mejor persona y porque gracias a ti no me dejé caer, eres y serás mi motor siempre. Te amo.

A mi mamá:

Gracias por estar a mi lado siempre, por jamás soltar mi mano, por todos los momentos buenos y malos, pero te agradezco más por los malos, porque si continué con mi licenciatura y mi especialidad fue porque siempre me sujetaste y me diste motivos para continuar, por creer en mí. Te amo. Y gracias no sólo por darme la vida gracias por ser mi compañera de estudios, mi mejor amiga. Eres la mejor madre que pude haber tenido.

A mi papá:

Gracias por darme la vida, por estar a mi lado del modo que has podido, porque a pesar de las adversidades jamás te has dado por vencido, por creer en mí cuando ni siquiera yo creía que podía dar este gran paso. Te amo, eres mi hombre ejemplar. Aquí está lo que tanto te prometí, te dije que no te fallaría. Gracias por ser ese pilar de la familia y por enseñarme que para poder caminar en esta vida y afrontar las adversidades tenemos que ser humildes.

A mi hermana:

Vale, eres mi otra mitad. Gracias por acompañarme en todo momento, por creer en mí. Gracias porque desde que inicié con este sueño tú creíste y siempre fui la número uno. Te amo.

A Carlos:

Aunque no estás físicamente y ahora te encuentras en el cielo quiero agradecerte porque me inspiraste a ser la mejor doctora, por creer en mí y apoyarme en todo, por enseñarme que debo soñar en grande y que los sueños se cumplen, porque aunque aún duele tu partida pero sé que desde el cielo has velado por mí. Me haces falta, pero esto va por ti, por lo que algún día soñamos. Te amaré para toda la vida.

A mi abuelita:

Siempre fue mi fiel compañera, sobretodo en los momentos de estudio, gracias por quedarse en vela acompañándome a estudiar, sé que teníamos muchos planes pero se adelantó con Dios nuestro señor, la amo.

A mi tío Marco:

Te fuiste de una manera repentina tío, pero te dedico mis logros. Fuiste como un segundo padre y sé que estás orgulloso. Gracias por enseñarme todo lo que valgo y que tengo mucho para dar.

Vane:

Gracias Darling, fuiste mi fiel compañera, solamente te falta el título para ser médico también. Gracias por apoyarme, por desvelarte a mi lado estudiando, por enseñarme cómo ser una mejor mujer y sobretodo cómo ser una mejor madre.

A mi asesora:

Doctora Jannett, gracias por sus enseñanzas, por la paciencia para que todo esto fuese posible, por ser tan excelente ser humano. Le agradezco sus asesorías, el acompañarme en este camino, pero sobretodo le agradezco porque de usted terminé de enamorarme de mi especialidad y es mi ejemplo a seguir. La quiero mucho, no sólo la considero mi asesora, usted ha sido un ángel en mi vida.

A la Universidad Autónoma de Aguascalientes:

Mi casa de estudios, en donde estudié mi licenciatura y avala mi posgrado. Por ser un centro de estudios de nivel superior en el que siempre tuve la ilusión de estudiar y que me acogió y respaldó en todo momento. Por sus excelentes profesores. Porque simplemente sin mi casa de estudios no sería la mujer profesional que soy. Eternamente agradecida y orgullosamente UAA.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social:

Por permitirme y darme la oportunidad de cursar mi especialidad en él, donde por cierto también ejercí mi internado y servicio social de médico general y de especialidad. Gracias a la Institución, a todo su personal, enfermeras, médicos residentes de otras especialidades, médicos adscritos, directivos. Gracias a cada uno de los profesores que me dieron clase y que son orgullosamente trabajadores del IMSS y de donde mi asesora se formó en especialidad y donde labora. Gracias a la oportunidad de hacer mi servicio social en el IMSS fue donde terminé de enamorarme de mi especialidad y en donde quiero ejercer. Gracias infinitas al IMSS.



DEDICATORIAS

A mi familia, a mi hija, gracias por existir, gracias por estar a mi lado y jamás soltar de
mi mano,
esto es el reflejo de lo que me han enseñado,
esto no sólo es reflejo de mi trabajo, sino del de todos ustedes,
jamás tendré cómo pagarles todo su amor, paciencia y apoyo. Gracias por tanto y por
todo.

INDICE GENERAL

	PAGINA
1. RESUMEN.....	I
2. ABSTRACT.....	II
3. INTRODUCCION.....	1
4. MARCO TEORICO.....	2
4.1 Antecedentes científicos.....	2
4.2 Modelos y teorías que explican los comportamientos en salud.....	13
5. JUSTIFICACION.....	21
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
6.1 Características socioeconómicas y culturales de la población de estudio.....	23
6.2 Panorama del estado de salud.....	24
6.3 Descripción del sistema nacional de atención de la salud.....	25
6.3.1 Nivel político.....	25
6.3.2 Nivel legislativo.....	26
6.3.3 Normas.....	26
6.4 Descripción de la distribución del problema.....	27
6.5 Descripción de la naturaleza del problema.....	28
6.6 Descripción de la gravedad del problema.....	28
6.7 Análisis de los factores más importantes.....	29

7. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	29
8. OBJETIVOS.....	30
8.1 Objetivo general.....	30
8.2 Objetivos específicos.....	30
9. MATERIAL Y METODOS.....	31
9.1 Diseño del estudio.....	31
9.2 Población de estudio.....	31
9.2.1 Universo de trabajo.....	31
9.2.2 Unidad de análisis.....	31
9.3 Criterios de selección.....	31
9.3.1 Criterios de inclusión.....	31
9.3.2 Criterios de no inclusión.....	31
9.3.3 Criterios de eliminación.....	32
9.4 Muestreo.....	32
9.4.1 Tamaño de la muestra.....	32
9.5 Descripción de las variables.....	33
9.5.1 Definición de las variables.....	33
10. LOGISTICA.....	33

10.1 Validación el instrumento.....	34
10.1.2 Validez aparente.....	34
10.1.3 Validez de constructo	35
10.2 Recolección de datos.....	36
10.3 Contenido del instrumento.....	37
11. ANALISIS ESTADISTICO.....	38
12. ASPECTOS ETICOS.....	38
13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	39
14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	40
15. RESULTADOS.....	40
16. DISCUSION.....	49
17. CONCLUSION.....	51
18. REFERENCIAS.....	53
19. ANEXOS.....	59

INDICE DE TABLAS

PÁGINA

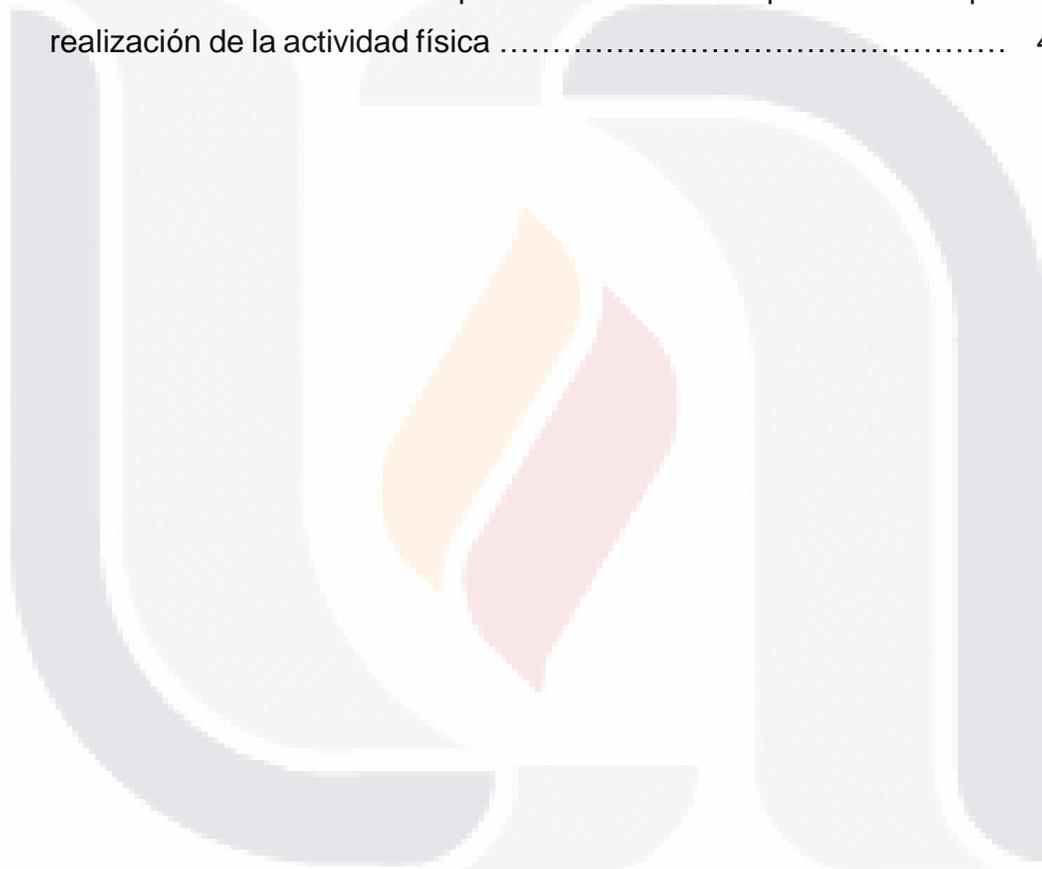
Tabla 1. Características socio-demográficas de usuarios de la UMF1 Delegación Ags	41
Tabla 2. Características relacionadas a la salud y atención en salud de usuarias de la UMF1 Delegación Ags	43
Tabla 3. Etapa de cambio para la realización de la mastografía.....	43
Tabla 4. Coeficientes de bondad de ajuste de análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach de las escalas de medición.....	45
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los constructos de los factores psicosociales en la muestra de estudio.....	46
Tabla 6. Etapas de cambio y su relación con la realización de mastografía	47
Tabla 7. Medición de las variables psicosociales y de realización de mastografía en base al modelo transtéorico.....	47
Tabla 8. Etapas de cambio en la realización de mastografía y su relación con algunas variables sociodemográficas.....	48
Tabla 9. Medianas de las variables psicosociales y categoría de haberse realizado y no la mastografía	48

INDICE DE GRAFICAS

PAGINA

Gráfica 1. Distribución por etapa de cambio para la realización de mastografía44

Gráfica 2. Estadística descriptiva de los factores psicosociales para la realización de la actividad física 46



1. RESUMEN

A pesar del conocimiento de la realización de la mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama y la difusión que se le da en atención primaria, no es realizada. Existen teorías y modelos que tratan de explicar los comportamientos en salud. **Objetivo:** Identificar la distribución y frecuencia de la realización de la mastografía en base al Modelo Transteórico en usuarias de 40 a 69 años de edad de la UMF1 del IMSS Delegación. Aguascalientes. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo con 375 mujeres seleccionadas por conveniencia. Se aplicó un instrumento utilizado en el trabajo de Rojas Russell el cual fue validado con validez aparente, constructo y análisis factorial confirmatorio. **Resultados:** Muestra final de 354, 21 pérdidas debido a que se encontraban fuera del rango de edad. Edad media 54.4 años. Más de 60% casadas, predominando escolaridad primaria en 35%, más del 70% con una enfermedad diagnosticada previamente, 85% ya se la había realizado. Las etapas en las que se encontraron fue casi el 50% en mantenimiento, etapa donde más mujeres fueron encontradas y 3% en preparación, porcentaje de población más pequeño. Diferencias significativas entre las etapas y realización y no realización del estudio, la mayoría con el 55.8% ya se lo había realizado encontradas en etapa de mantenimiento. **Conclusión:** Existe relación con la literatura de los comportamientos en salud, a mayor autoeficacia mayor relación con las etapas volitivas del Modelo Transteórico en la realización de la mastografía. **Palabras clave:** Mastografía, Modelo Transteórico, Etapas de cambio, norma subjetiva, intención.

2. ABSTRACT

In spite of the knowledge of the realization of the mastography for the timely detection of breast cancer and the diffusion that is given in primary care, it is not performed. There are theories and models that try to explain health behaviors. **Objective:** To identify the distribution and frequency of the realization of the mastography based on the Transtheoretical Model in users 40 to 69 years of age of the UMF1 of the IMSS in Aguascalientes.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study with 375 women selected for convenience. An instrument used in Rojas Russell's work was applied, which was validated with apparent validity, of construct and confirmatory factor analysis. **Results:** Final sample of 354, 21 losses because they were outside the age range. Average age 54.4 years. More than 60% married, predominantly primary schooling in 35%, more than 70% with a previously diagnosed disease, 85% had already done it. The stages in which they were found were almost 50% in maintenance, stage where more women were found and 3% in preparation, percentage of smaller population. Significant differences between the stages and completion and non-completion of the study, the majority with 55.8% had already done it found in the maintenance stage. **Conclusion:** There is a relationship with the literature of health behaviors, the greater the self-efficacy, the greater the relationship with the volitional stages of the Transtheoretical Model in the performance of mastography.

Keywords: Mastography, Transtheoretical Model, Stages of change, subjective norm, intention.

3. INTRODUCCIÓN

La mamografía es un estudio de suma importancia para el tamizaje de cáncer de mama y otras patologías mamarias. Incluso permite la detección de neoplasias mamarias antes de ser palpables mediante la exploración física. El objetivo principal es el tamizaje, es decir la detección oportuna de aquellas mujeres aparentemente sanas que pudiesen tener alguna neoplasia mamaria, y aquella las que se encuentren sanas dar un seguimiento.

Es importante el saber que la promoción a la salud es sumamente importante además de estar en el nivel de prevención, en el cual deberíamos de enfocarnos como primer nivel, sin embargo la mayoría de los pacientes llegan para ser tratados y otras veces ya con mayores repercusiones a su salud. La promoción en cuanto a realizarse la mamografía es de vital importancia, ya que al ser un tamizaje, permite encontrar a mujeres que tengan cáncer de mama, lo importante es la detección temprana para iniciar tratamiento oportuno y disminuir la cantidad de muertes debido a esta patología. La importancia radica en el porcentaje tan drástico que se registra de tan solo el 20% de las mujeres en el rango de edad de 40 a 69 años se someten a la realización de mastografía, a pesar de tener cobertura suficiente para la realización de la misma.

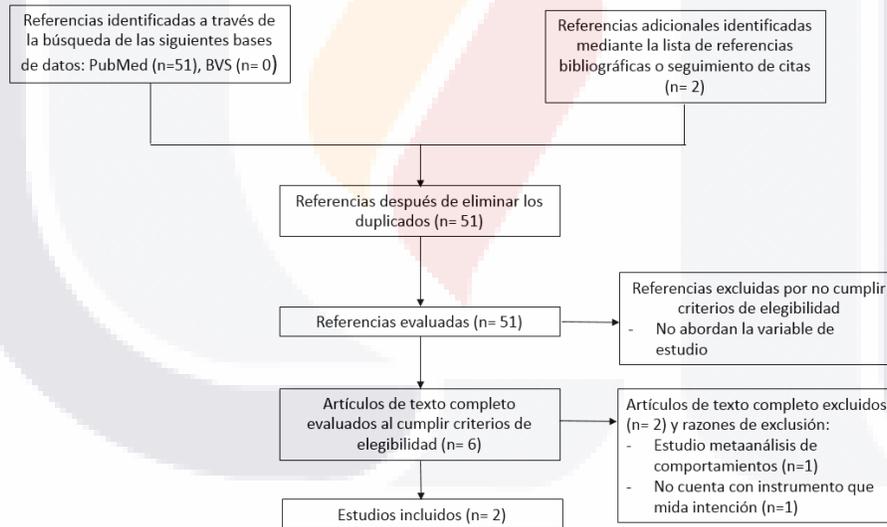
Existen varios modelos o teorías, las cuales intentan explicar el comportamiento en salud de una persona. En el caso de estudio del presente trabajo que es la realización de mastografía, se abordará de acuerdo en base a lo propuesto por el Modelo Transteórico que clasifica a las mujeres en función de su grado de intención en cuanto a realizarse la mastografía, lo cual puede ir desde no tener nada de intención hasta el hecho que puedan afrontar todas aquellas circunstancias que pongan

en riesgo el abandono de continuar realizándosela. Con el presente trabajo se pretende encontrar la asociación de factores psicosociales y la realización de la mastografía en base a las etapas de modelo Transteórico, con la finalidad de poder realizar futuras intervenciones.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en la base de datos MEDLINE/PubMed, BVS. En la estrategia de búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: “*transtheoretical model*” AND “*mammography or mammographies*”.



Donde se encontraron los siguientes estudios relacionados con la mamografía:

Champion V. L. J., en 1999, en Georgia, en su estudio llamado “Mammography Adherence and Beliefs in Sample of Low-Income African American Women”. Cuyo objetivo fue describir las percepciones de los riesgos percibidos hacia cáncer de mama así como los beneficios y barreras percibidas para la realización de la mamografía y la etapa de adherencia a ésta, en una muestra de conveniencia de mujeres afroamericanas de bajos ingresos. Se tomó una muestra de 329 mujeres de edades entre 40 a 64 años. Se aplicó una escala la cual evaluó tres constructos: susceptibilidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas que previamente ya había sido desarrollado, probado y adaptado para este estudio. Los coeficientes de confiabilidad oscilaron entre 0.68 a 0.86. Para la validez del constructo utilizaron un análisis factorial exploratorio con rotación varimax cuyos coeficientes para la validez oscilaron entre 0.65 a 0.85. **Validez y confiabilidad tomada del estudio Champion 1994.** Así mismo se evaluaron datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de educación, historia médica, experiencias religiosas, experiencias previas, historia familiar de cáncer de mama y cobertura de seguro). Para evaluar las etapas de cambio relacionadas con la realización de la mamografía se realizaron preguntas relacionadas con las etapas de cambio, que incluían si en alguna ocasión se habían realizado alguna mamografía, si habían pensado en realizársela en los últimos seis meses y cuántas se habían realizado en los últimos cuatro años. De acuerdo a la distribución de las etapas de cambio encontraron que el 62% se encontraba en mantenimiento, 28% en recaída, 3% en precontemplación y 8% en contemplación. La historia familiar de cáncer de mama no tuvo asociación en ninguna etapa. En cuanto a la escala de barreras percibidas aquellas que se encontraban en la etapa de acción tuvieron la puntuación más baja, en cambio en aquellas que no se la habían realizado o no habían considerado realizársela tenían la puntuación más alta. En cuanto a los beneficios percibidos las que se encontraban en

precontemplación tenían la puntuación media más baja, seguidos de aquellas que habían tenido recaída. Respecto a la susceptibilidad percibida, aquellas en precontemplación obtuvieron la puntuación más baja. Concluyendo que la etapa de adherencia estaba fuertemente relacionada con la forma en que estas mujeres percibían las barreras potenciales para la detección del cáncer de mama. De tal manera, como podría esperarse, las personas encontradas en la etapa de acción percibieron menos barreras que aquellas encontradas en cualquier otra etapa, seguidas por aquellas en recaída y las que contemplaban la mamografía. Las mujeres en etapa de precontemplación obtuvieron las puntuaciones medias más altas de barreras. ¹

Puigpinós-Riera, Rosa y cols. en 2009, en Barcelona, en su estudio “Tengo intención de hacerme una mamografía: estadios de adopción para realizar control mamográfico en mujeres de distinto origen cultural y social”, donde su objetivo fue describir la etapa del MTT en relación a realizarse controles para cáncer de mama mediante la mastografía en mujeres de diferente estrato sociocultural. Estudio descriptivo con el fin de obtener la prevalencia de la etapa en la que se encontraban para compararla exactamente con la etapa de mantenimiento. Muestra conformada por 960 mujeres de edades entre 45 a 69 años empleando cuestionario vía telefónica. Se desarrolló un cuestionario adaptado. Instrumento final adaptado incluyó 72 preguntas. Cuestionario con escala de tipo Likert de cinco puntos desde “completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo”. El cuestionario fue traducido al español y catalán y traducido al inglés, ruso, árabe y chino. Para la adaptación correcta cultural y traducción una persona bilingüe revisó el cuestionario. Incluyó 5 variables: conocimiento de cáncer de mama y detección temprana, actitud positiva hacia la salud y cáncer de mama, vulnerabilidad percibida al cáncer de mama, barreras percibidas para la mamografía de detección y beneficios percibidos de la mamografía de

detección. La consistencia interna de las cinco variables fue medido por el alfa de Cronbach 0.42 para conocimiento, 0.49 para actitud, 0.67 para vulnerabilidad, 0.69 para barreras y 0.71 para beneficios. La confiabilidad en conocimiento fue $p= 0.030$, actitud <0.001 , vulnerabilidad <0.001 , barreras <0.001 y beneficios 0.322. Resultados: en la etapa de mantenimiento se encontraron el 90% de las autóctonas, en cuestión de las mujeres inmigrantes cambia el porcentaje, siendo 41% para Europa del Este, 47% para las chinas y 58% para las de Filipina. De las mujeres que se encuentran en esta etapa, correspondieron el 82% a nivel socioeconómico alto y en edades de 50 a 69 años. Concluyendo de esta manera la importancia del conocimiento del cáncer de mama y de su detección temprana por medio de la mastografía. Con la finalidad de que la mayoría de las mujeres avancen a la etapa de mantenimiento.^{2,3}

T. Jacobo-Galindo y cols, en 2014, en Colima, México en su estudio llamado “Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria”, cuyo objetivo fue la identificación de los patrones de comportamiento basados en el MTT relacionados hacía la detección temprana de cáncer de mama en las trabajadoras de ese hospital. Metodología: estudio transversal descriptivo a 188 mujeres trabajadoras del hospital profesionales en la salud y profesionales en otras áreas. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como instrumento se utilizó una cédula elaborada ex profeso para investigación adaptada al MTT. Se realizó con 20 preguntas en total, catalogadas en 3 rubros: 1)características de salud y sociodemográficas, 2)antecedentes familiares y personales de cáncer de mama y 3)identificación de las etapas de cambio del MTT mediante preguntas dicotómicas (adaptados del modelo de Casales-Hernández). También se utilizó una hoja cotejo de 7 ítems para valoración técnica de la autoexploración mamaria, mediante la inspección y palpación de las mamas pidiendo que cada participante llevara a cabo la técnica y dijera

en qué momento del mes la efectuaba. Así quedó el instrumento de recolección de datos acorde con la operacionalización de las variables. La encuesta fue piloteada por la investigadora y una pasante de enfermería con el fin de que quedaran claras las preguntas con la finalidad de cumplir con la validez y confiabilidad. **Validez y confiabilidad reportada en el modelo de Casales-Hernández.** Resultados: la media para la edad fue de 42.05 años, 48.6% casadas, 66.6% profesionales de la salud, 21.9% con antecedentes familiares de patología de mama, 31.4% presentaba patología mamaria. De las profesionales de la salud se encontraron el precontemplación al 1.4% vs 8.8% de las no profesionales en salud, contemplación 42.2% vs 35.3%, preparación 18.3% vs 23.5%, acción 23.9% vs 26.5%, mantenimiento 0% en ambos grupos. Concluyendo en base a la aplicación del MTT que las no profesionales de la salud realizan mayor comportamiento preventivo para diagnóstico de cáncer de mama. ⁴

No se encontraron más antecedentes de artículos que aborden la mastografía con el MTT a nivel descriptivo, ya que este estudio se hizo bajo este diseño, por lo cual se mencionan artículos de otros comportamientos en salud que tienen relación con el MTT y son de tipo descriptivo.

Chacón Araya, Yamileth y cols. en 2005 en Costa Rica, en su estudio “Aplicación del Modelo Transteórico en los padres y encargados legales de los niños que participan en las escuelas deportivas y recreativas de la Universidad de Costa Rica”, cuyo objetivo fue la descripción de características físicas y nivel de intención para el cambio hacia la actividad física. Estudio transversal descriptivo. Muestreo por conveniencia muestra de 52 personas representando el 22% de todos los padres Se les solicitó su colaboración para responder *El cuestionario de intención de cambio de actividad física*, ésta se basa en el MTT de cambio de comportamiento. La puntuación se obtuvo por medio de un

algoritmo basado en respuestas negativas y positivas. La etapa de precontemplación se considera si las respuestas son “no” a los ítems del 1 al 4; contemplación cuando la persona responde “no” a los ítems 1,3 y 4 y “si” al ítem 2, preparación “no” ítems 1-2 y “si” ítems 3-4; acción “si” ítems del 1 al 3 y “no” al 4; mantenimiento cuando la respuesta es “si” en los 4 ítems. La pregunta número 5 es para el conocimiento si la persona ha tenido una recaída, sin embargo no se incluye en el análisis sino solo como información adicional. Resultados: aplicado a las etapas del MTT 14% se encontraba en precontemplación, 62% en contemplación, 5% en acción y 19% en mantenimiento. Conclusiones: al 75% de las personas no se les puede considerar físicamente activas de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentran del MTT. El 5% que se encontró en acción tienen el mayor riesgo a recaer, ya que no llevan más de seis meses realizando ejercicio, por lo cual se debe motivar para que puedan avanzar hasta el mantenimiento. Por lo que la aplicación del MTT identificó las intenciones hacia un comportamiento de vida saludable. Recomendando realizar más estudios al respecto. ⁵

Carrillo-Álvarez, Santiago y cols. en 2016, en Yucatán, México, en su estudio “Cambio de conducta para insulino terapia en personas que viven con diabetes tipo 2, Yucatán, México”. Objetivo: determinación de la etapa y el balance decisional de cambio de conducta del MTT en personas diabéticas con criterios para inicio de insulino terapia. Metodología: Estudio de cohorte cualitativo, prospectivo y observacional. Muestra de 5 personas con terapia hipoglucemiante a dosis máximas sin controles de glicemia. Se utilizó un cuestionario para datos generales y el cuestionario de etapas de cambio, que consta de 5 ítems diseñado por Prochaska y cols. durante el desarrollo del MTT y el Siagrama de causa-efecto, también llamado espina de pescado **no se menciona validez ni confiabilidad**, para esquematizar la causa y efecto del descontrol glucémico En cuanto a la etapa de cambio, 60% se encontraba en

precontemplación y 40% en contemplación. En cuanto al balance decisional los pros (37.5%) los comentaban por los beneficios a su salud teniendo un mejor control metabólico usando la insulina y los contras (62.5%) por creencias de daño de la insulina hacia su salud además de referirla como no necesaria para su tratamiento. Concluyendo que el personal de salud debe conocer que el cambio de una conducta debe atravesar por varias etapas y es su labor el reconocerlas para hacer intervenciones específicas. ⁶

Santos-Diez, P y cols. en 1999, en Valencia, en su estudio “Estadios y Procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio”. Objetivo: identificar los estadios de cambio en los que se encuentran los pacientes que piden tratamiento y los procesos de cambio que presentan los pacientes al inicio del tratamiento. Metodología: estudio transversal descriptivo, conformada la muestra por 116 personas, 10 mujeres y 106 hombres que pidieron tratamiento por primera vez entre julio y noviembre de 1999, los cuales cumplían el diagnóstico de trastorno por dependencia de sustancias de acuerdo al DSM-IV. Para medir los procesos de cambio se administró el Inventario de Procesos de cambio, el cual contiene 40 ítems, 4 para cada uno de los procesos de cambio. Escala tipo Likert. Su estructura factorial, fiabilidad y eficacia son satisfactorias al ser evaluadas en población drogodependiente española. **Menciona que la validez y confiabilidad vienen descritos en otro artículo.** Resultados: El 30.1% de los pacientes se encontraron en precontemplación o contemplación. Precontemplación 12.1%, contemplación 18.1%, preparación 51.7%, acción 13.8% y mantenimiento 4.3%. Conclusiones: el porcentaje más alto que se encontró en la etapa de preparación al inicio del tratamiento es importante ya que se encuentran altamente motivados para el cambio. Para la mejora de las intervenciones en las conductas adictivas es esencial conocer en qué etapa se encuentra la persona. ⁷

Gallegos-Sánchez, J. José y cols. en 2019, en Victoria de Durango, México, en su estudio “Etapas de cambio en la práctica de actividad física de tiempo libre en estudiantes de secundaria de Victoria de Durango, México”. Objetivo: comportamiento de las etapas de cambio ante la práctica de la actividad física en estudiantes de secundaria. Metodología: estudio cuantitativo de tipo observacional-descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 1112 estudiantes de edades entre 12 y 15 años. Se les realizó el instrumento de etapas de cambio, con respuestas dicotómicas. Se solicitó a los participantes leer la definición de actividad física o ejercicio y contestar a las opciones de respuestas relacionadas con cada etapa del modelo transtórico. Posteriormente se agruparon a los estudiantes en las etapas de cambio que no generaran beneficios para la salud y en aquellas que si generaran beneficios para la salud. Se realizaron pruebas de Chi cuadrada y estadística descriptiva. Resultados: 60.4% se encontraron en las etapas que no aportan beneficios a la salud y el 39.6% en donde si existen beneficios para la salud. A través de Chi cuadrada hubo asociación entre las etapas de cambio y el sexo de los participantes con diferencias significativas ($\chi^2= 68.53$; $p<.001$), 70.9% de las mujeres se encontraron en etapas sin beneficios a la salud y 51.7% en etapas beneficiosas para la salud). En cuanto a etapas de cambio en relación a asistencia a clases ($\chi^2= 19.39$; $p= .013$), así como diferencias entre las etapas de cambio y el grado de curso ($\chi^2= 19.39$; $p= .013$), los porcentajes más elevados (64.6%) fueron los de segundo grado, 61.3% los de tercero y 56.1% los de primero. Conclusiones: el 60.4% de los estudiantes se encontraron en etapas poco activas para el cambio lo cual confirma la problemática de salud secundaria a la inactividad física en México y en el futuro mediato graves problemas de salud. Deben ser consideradas las etapas de cambio para realizar intervenciones que mejoren la práctica de actividad física en los adolescentes. ⁸

A pesar del conocimiento de las ventajas de la realización de la mastografía y lo alarmante de que el cáncer de mama es el número uno en las mujeres y sin embargo puede ser diagnosticado a tiempo por medio del tamizaje mamográfico, las mujeres continúan sin hacer cambios al respecto, a pesar de la gran difusión que se le ha dado en los últimos años. Existen teorías y modelos que tratan de explicar los comportamientos relacionados con la salud. Para el interés de esta investigación, se incluye al Modelo Transteórico, el cual incluye una serie de etapas en las que se encuentran las personas y explica por qué no tienen la intención a futuro mediato, inmediato o simplemente no la tienen de realizarse la mastografía. Para lograr el cambio en ello es necesario que las mujeres atraviesen por las etapas del modelo y por sus procesos para llegar a adquirir un comportamiento saludable, que es de vital importancia para disminuir los efectos deletéreos que conlleva en lo realizarse una mastografía, los cuales son incremento de la mortalidad, así como de complicaciones y tratamientos más radicales. ^{9, 10, 11}

MAMOGRAFÍA.-

La mamografía es un estudio de suma importancia para el tamizaje de cáncer de mama y otras patologías mamarias. Incluso permite la detección de neoplasias mamarias antes de ser palpables mediante la exploración física. El objetivo principal es el tamizaje, es decir la detección oportuna de aquellas mujeres aparentemente sanas que pudiesen tener alguna neoplasia mamaria, y aquella las que se encuentren sanas dar un seguimiento¹². Está realmente al alcance y disponibilidad en el primer nivel de atención, que es donde se difunde cada día más la importancia de su realización.

También se le llama mastografía. Es un estudio de rayos X recomendado a las mujeres de edades entre 40 a 69 años, asintomáticas, es decir, aquellas que no presenten lesiones sugestivas de cáncer, cuyo propósito

es darse cuenta de aquellas anomalías que visualmente o a la palpación no pueden detectarse. Lo que busca es detectar aquellas anomalías que con el paso del tiempo puedan convertirse en un problema grave de salud. En dado caso que el estudio resulte anormal se cita nuevamente a la persona en dos años. ¹³

Tamizaje se refiere a la aplicación de una prueba a grupos de personas (mujeres) asintomáticos, los cuales cuentan con algún factor de riesgo que les confiere una mayor probabilidad de adquirir una enfermedad.¹⁴ La indicación para el inicio de realización de una mamografía en México de acuerdo a la NOM 041, es a partir de los 40 años de edad, con una periodicidad de cada dos años hasta los 69 años de edad. ¹⁵

La mamografía tiene una sensibilidad de aproximadamente 63% en las mamas que son muy densas y el 87% en mamas con menor tejido adiposo, tiene una especificidad de 87 al 99%. ¹⁶

El cáncer de mama es el más frecuente presentado en mujeres tanto de países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. En los últimos 22 años el fallecimiento por este padecimiento se ha duplicado. En México se encuentra dentro de las principales causas de muerte específicamente en mujeres de entre 45 y 69 años. Es considerado una enfermedad crónico-degenerativa, en la cual no se sabe la causa específica, sin embargo aunque existen factores de riesgo, no puede ser prevenido de una manera estricta, pero lo más importante es que si puede ser detectado y tratado de manera oportuna mediante el tamizaje por medio de la mamografía, evitando así el número de muertes por esta enfermedad. ¹⁷

A nivel mundial cada año se diagnostican 1.38 millones de casos nuevos de cáncer de mama, y en nuestro país cada año fallecen por esta neoplasia alrededor de 5,000 mujeres. ^{18, 19}

Es importante el saber que la promoción a la salud es sumamente importante además de estar en el nivel de prevención, en el cual deberíamos de enfocarnos como primer nivel, sin embargo la mayoría de los pacientes llegan para ser tratados y otras veces ya con mayores repercusiones a su salud. La promoción en cuanto a realizarse la mamografía es de vital importancia, ya que al ser un tamizaje, permite encontrar a mujeres que tengan cáncer de mama, lo importante es la detección temprana para iniciar tratamiento oportuno y disminuir la cantidad de muertes debido a esta patología. La importancia radica en el porcentaje tan drástico que se registra de tan solo el 20% de las mujeres en el rango de edad de 40 a 69 años se someten a la realización de mastografía, a pesar de tener cobertura suficiente para la realización de la misma. ¹⁸

Existen varios modelos o teorías, las cuales intentan explicar el comportamiento en salud de una persona. En el caso de estudio del presente trabajo que es la realización de mastografía, se abordará de acuerdo en base a lo propuesto por el Modelo Transteórico que clasifica a las mujeres en función de su grado de intención en cuanto a realizarse la mastografía, lo cual puede ir desde no tener nada de intención hasta el hecho que puedan afrontar todas aquellas circunstancias que pongan en riesgo el abandono de continuar realizándosela. ²⁰

Fue descrito en 1982 por O'Prochaska y Carlo C. Di Clemente, el cual se consolidó en los años noventa. Se elaboró con el objetivo de integrar distintos constructos presentes en diferentes teorías del cambio de comportamiento. (20) Es el resultado del análisis de veintinueve teorías destacables y disponibles en los años setenta. Explica el cambio de comportamiento, el cual se da a través de un proceso progresivo a través del tiempo, en el cual intervienen 5 constructos: etapas y procesos de cambio, balance decisional, autoeficacia y tentación. Incluye etapas de cambio, las cuales fueron utilizadas para investigaciones y aplicaciones

en comportamientos relacionados con la salud como: fumar y abuso de alcohol, ejercicio, prevención de VIH, depresión, mamografías así como la detección del cáncer.²¹

Siendo un problema de comportamiento en salud el no realizarse la mastografía pese al conocimiento y difusión que se le da, es por lo que se ha utilizado el Modelo Transteórico, sin embargo son pocos los estudios existentes sobre el MT en relación a la mastografía. Al desconocerse qué porcentaje de mujeres en el rango de edad permitido para la realización de mastografía, es importante reconocer en qué etapa está cada mujer para poder comprender el por qué no se lleva a cabo el tamizaje por parte de las pacientes, siendo un grave problema de salud pública.

4.2 MODELOS Y TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS COMPORTAMIENTOS EN SALUD.-

Las intervenciones realizadas para la promoción de salud son imprescindibles, ya que se justifican al ser identificados problemas de salud los cuales pueden ser evitados o en dado caso diagnosticarse precozmente. Por ello que el interés, lo cual es un comportamiento, va muy ligado a que la población acepte ser intervenida, más específicamente que acepten realizarse pruebas de tamizaje.²²

Existen teorías y modelos los cuales explican la relación que tiene la persona en cuanto a la percepción de su salud y el estar dispuesta al cambio, el cual se espera tenga un comportamiento significativo y positivo dejándole en un estado consciente que si está dispuesta al cambio y sobre todo si tiene la intención de realizar dicho cambio se puede ver beneficiada.²²

Ya que son varias teorías y modelos los que se han realizado para poder explicar el proceso del comportamiento relacionado a la salud, el cual

dará un significado sea positivo o negativo, del contexto en el que se encuentre en ese momento un individuo. ²²

En cuanto a determinantes o factores que influyen, para poder comprender los comportamientos en salud, se encuentra el Modelo Ecológico (desarrollado por Salís, 2005), éste explica la existencia de gran número de influencias de distinto orden y lo clasifica en cuatro niveles, que intervienen en el tamizaje para Ca de mama. Se encuentran: factores intrapersonales (relacionados directamente con la persona, de manera biológica o psicológica; factores interpersonales o sociales relacionados con la cultura; el entorno ambiental y los factores políticos en los cuales se incluyen reglamentos, normas o códigos. ²³

Kasl y Cobb definen a los comportamientos protectores relacionados con la salud, como: “cualquier actividad realizada por una persona, que se cree que es saludable con el fin de prevenir una enfermedad o detectarla en una etapa asintomática”. Gochman los define como: “patrones de comportamiento, acciones y hábitos que se relacionan con el mantenimiento de la salud, restauración de la salud y mejora de la misma”. ²⁴

Se conocen dos vertientes de modelos sociocognitivos. Los que se denominan modelos de atribución, los cuales se relacionan con las explicaciones causales de las personas frente a situaciones relacionadas con la salud (el cómo la persona responde ante enfermedades graves como cáncer, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal); y aquellos evalúan las condiciones de las personas para predecir futuros comportamientos, que serán objeto de estudio. ²⁴

Existen varios modelos y teorías que se han utilizado para abordar distintos problemas en salud, algunos de ellos son: Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974). Considera a las enfermedades como regiones de valencia negativa de las cuales se puede esperar el ejercer

una fuerza que va a alejar a la persona de dicha región, las características más tempranas de este modelo parten de la premisa de que para que una persona tome medidas para enfrentar una enfermedad, tiene que creer en: 1) Que es susceptible a ella, 2) La aparición de la enfermedad tiene al menos una gravedad moderada en algún componente de su vida, 3) tomar una acción en específico será benéfica en reducir su susceptibilidad a la enfermedad o si la enfermedad se presenta, reducir su gravedad y por lo tanto no implicaría la superación de barreras psicológicas como el costo, comodidad, dolor y vergüenza²⁵. Algunos problemas en salud en los que se ha utilizado son: prevención de la tuberculosis, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial sistémica, diabetes, tabaquismo, autoexamen de senos ²⁶.

Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1977). Se sustenta en que la intención de la persona de realizar un comportamiento dado por un factor central, la cual fue desarrollada para ampliar la aplicabilidad de la Teoría de la Acción Razonada incorporando consideraciones de las percepciones de control sobre el desempeño del comportamiento como predictor adicional del comportamiento. ⁽²⁰⁾ Ha sido empleada en situaciones del comportamiento como: adelgazar, tabaquismo, uso de anticonceptivos, toma de medicamentos, consumo de alcohol, participación en programas de rehabilitación y prevención del SIDA ²⁷.

Modelo de Adopción de Precauciones (Weinstein, 1988). Explica cómo una persona toma decisiones para tomar medidas y el cómo esta persona transforma la decisión en acción. Esta Teoría fue aplicada principalmente en personas fumadoras, adictas al cigarrillo, sin embargo también ha sido utilizada en problemas relacionadas con la drogadicción, adolescentes farmacodependientes. ²⁸

La adopción de una precaución o el cese de un comportamiento de riesgo requiere de ciertos pasos: Etapa 1: La persona ha oído hablar del

problema, por lo cual deben aprender primero la existencia de que como tal hay un peligro. Etapa 2: La persona reconoce que que un peligro representa una amenaza, muestra constantemente a negar que aquellos están en riesgo. Etapa 3: La persona acepta la susceptibilidad personal a riesgo. Etapa 4: La persona decide tomar precauciones. Etapa 5: También llamada acción, la persona lleva a cabo una conducta saludable. ²⁹

Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991). Sugiere que la intención del individuo de realizar un comportamiento dado un factor central en específico; fue desarrollada para ampliar la aplicabilidad de la Teoría de la Acción Razonada la cual incorpora consideraciones de las percepciones de control sobre el desempeño del comportamiento como un predictor adicional al mismo. Ésta se ha realizado en estudios para la reducción del estrés tras un evento coronario, así como en la explicación sobre la no adherencia a los tratamientos establecidos para cesar el consumo de alcohol, también en temas de ambientes amigables, éstos con el objetivo de mostrar que un espacio que ofrece condiciones favorables para la salud encamina a tener mejores estilos de vida en general ³⁰.

La Terapia Breve Motivacional. Se centra en orientar a incrementar en las personas su consciencia acerca de sus comportamientos problema, de forma que tengan la capacidad y por lo tanto motivación para ejercer un cambio respecto al problema. Se fundamenta en orientar sobre el logro, la terapia conductual y el resultado de una relación terapéutica empática. Integra las teorías del comportamiento, aprendizaje social y terapia cognitiva. La autoeficacia y la motivación son sus bases teóricas. Partiendo de la autoeficacia, las personas tienen la capacidad de auto-evaluar y auto-regular su comportamiento, por lo cual puede controlarlo. Por otro lado, la motivación es considerada por esta terapia como la disposición que tienen las personas al cambio. De este modo, ayuda a la

persona a comprender que sus problemas emocionales y conductuales, ellos mismo los originan en relación a sus creencias, por lo cual pueden cambiarlos, al detectarlos desarrollando estrategias que les permita enfrentarlos, iniciando la acción. Una estructura de intervención en esta terapia (Miller y Sánchez, 1994) es la denominada FRAMES (Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empatetic, Self-efficacy).

- Retroalimentación acerca de los probables riesgos secundarios al comportamiento.
- Responsabilidad durante el proceso hacía el cambio.
- Asesorar sobre el cambio del comportamiento.
- Proveer de opciones respecto al cambio.
- Empatía en la relación.
- Autoeficacia, fortalecerla.

Éstas son dinámicas y no estáticas, ya que durante el proceso de cambio son susceptibles respecto a las propias necesidades. Para tomar la decisión de cambio y comenzar con la acción, es decir, llevar a cabo la decisión se requiere de a) Expectativa de resultado y b) Expectativa de eficacia.

Los objetivos de la terapia se basan en las barreras principales que se presentan en cada etapa presente en el Modelo Transteórico. En la Precontemplación no existe consciencia que es la barrera principal, por lo cual el objetivo será promoción de la toma de consciencia. La barrera principal dentro de la Contemplación es la ambivalencia por lo que se identifican las preocupaciones y se promueve la discrepancia. La ambivalencia también presente en la Preparación, donde se dan opciones, se proporciona información y un consejo neutral. La falta de compromiso presente en la Acción, debiéndose fortalecer el compromiso y la autoeficacia para lograr el cambio. En el Mantenimiento se puede encontrar inestabilidad, debiéndose dar apoyo por el gran riesgo de

recaída. Cuando hay recaída, se presenta desesperanza por lo que se debe evitar la crítica a la persona, aumentar su autoeficacia y comprometerse nuevamente.³¹

Esta terapia ha sido utilizada en diversos problemas de salud como: en pacientes con dependencia al alcohol, personas que padecen depresión y ansiedad, déficit en la solución de problemas cognitivos y maritales³¹.

Modelo Transteórico. Fue descrito en 1982 por O'Prochaska y Carlo C. Di Clemente, el cual se consolidó en los años noventa. Se elaboró con el objetivo de integrar distintos constructos presentes en diferentes teorías del cambio de comportamiento. Es el resultado del análisis de veintinueve teorías destacables y disponibles en los años setenta.²¹

Explica el cambio de comportamiento, el cual se da a través de un proceso progresivo a través del tiempo, el cual plantea seis etapas, diez procesos y dos constructos que son la autoeficacia y el balance decisional.^{21, 32}

El Modelo incluye etapas de cambio, las cuales fueron utilizadas para investigaciones y aplicaciones en comportamientos relacionados con la salud como: fumar y abuso de alcohol, ejercicio, prevención de VIH, depresión, mamografías así como la detección del cáncer.^{32, 11}

Son seis las etapas de cambio, las cuales se pueden clasificar en etapas motivacionales y volitivas. No se debe considerar a las etapas como un patrón lineal, sino en espiral, ya que no se pasa de una etapa a otra como algo definido, sino que de estar en una etapa se puede regresar a otra ya que existen las tentaciones y por lo tanto las recaídas, por lo cual, depende de la etapa en que se encuentre la persona es donde sabremos si podemos intervenir o no, y en dado caso de poder intervenir, qué tipo de intervención se hará.²¹

La primera etapa de cambio del Modelo Transteórico es la **precontemplación** donde las personas no tienen la intención de cambiar en el futuro próximo que son los seis siguientes meses. En esta etapa se pueden clasificar dos grupos de personas, aquellas que no tienen la información sobre el beneficio que tendrán si realizan un cambio de comportamiento en su salud, y otras que se han realizado algún cambio de comportamiento sin haber observado beneficio. La segunda etapa, **contemplación**, la persona tiene la intención de cambiar en un futuro el cual no está determinado, sin embargo existe ambivalencia y no cuentan con un plan estructurado. La tercera etapa, **preparación**, las personas tienen su intención más consolidada para comenzar a realizar un comportamiento a corto plazo y un plan para llevarlo a cabo. Cuarta etapa, **acción**, las personas ya han realizado modificaciones que son visibles en su estilo de vida durante los últimos seis meses. Quinta etapa, **mantenimiento**, además de realizarse el comportamiento ya existe estabilidad y se espera no haya recaídas. Sexta etapa, **terminación**, las personas no tienen tentación al comportamiento en específico que cambió, y 100% de autoeficacia. Esto predice una alta confiabilidad de la progresión de paso en las etapas de acción y mantenimiento. ^{11, 21, 32}

Los constructos de este modelo que influyen en el cambio de su comportamiento en salud a uno saludable son: **balance decisional**, incluye las ventajas y desventajas que la persona toma en cuenta para llevar a cabo o no llevar a cabo un comportamiento en salud. El otro constructo es: **autoeficacia**, la confianza que tiene la persona para llevar a cabo determinado comportamiento independientemente de los obstáculos o complicaciones que se le puedan presentar. ^{7, 33}

Este Modelo ha sido considerado como propuesta innovadora en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que ofrece posibilidades para realizar intervenciones específicas en la población donde están dirigidas las acciones ²¹. Por tal motivo se considera

importante abordar el tema de la realización de mastografía con este modelo, para poder observar en que etapa prevalecen más las mujeres, ya que de esta manera se podrá demostrar el panorama en que se encuentran las mujeres y esto explicaría la importancia de la realización de la mastografía, ya que posteriormente se podrían realizar intervenciones en las mujeres que se encuentren en etapas motivacionales para que pasen a fases volitivas y con ello lograr aumentar la realización de las mastografías con el fin de beneficiar la salud de las mujeres, desde una manera preventiva hasta un diagnóstico temprano y oportuno.

Existe un instrumento utilizado en población mexicana sobre los constructos que intervienen en cada etapa del modelo transteórico, el cual tiene una adecuada validez medidas por coeficiente factorial confirmatorio con los índices de RMSEA, CFI, TLI y SRMR. Y confiabilidad con Alfa de Cronbach. Los constructos empleados fueron autoeficacia, expectativa de resultado, balance decisional y actitud. Los resultados para cada uno fueron los siguientes: Autoeficacia (RMSEA: 0.00, 0.04, 0.03, 0.04; CFI: 1.00, 0.99, 0.99, 0.99; TLI: 1.01, 0.98, 0.99, 0.99; SRMR: 0.01, 0.02, 0.01, 0.02. Alfa de Cronbach: 0.89, 0.86, 0.82, 0.85). Expectativa de resultado (RMSEA: 0.00, 0.05, 0.00; CFI: 1.00, 0.99, 1.00; TLI: 1.00, 0.99, 1.00; SRMR: 0.00, 0.01, 0.01. Alfa de Cronbach: 0.71, 0.90, 0.90). Balance decisional (RMSEA: 0.03, CFI: 0.99, TLI: 0.99, SRMR: 0.02. Alfa de Cronbach: 0.86). Actitud (RMSEA: 0.00, CFI: 1.00, TLI: 1.00, SRMR: 0.00. Alfa de Cronbach: 0.81).²² Debido a que el modelo cuenta con una buena validez y confiabilidad es que se desea utilizar para el presente estudio con su respectiva validación.

5.JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere al cáncer de mama como el más común en las mujeres de América Latina y El Caribe y el segundo en mortalidad. De seguir así las tendencias, para el año 2030 se prevé que se incremente al 34% el número de mujeres diagnosticadas.

34

En México en las últimas tres décadas el cáncer ha tenido un aumento tanto en incidencia como en mortalidad. La incidencia incrementó del año 2000 al 2013, de 10.76 casos por 100,000 mujeres a 26.1 por 100,000 mujeres mayores de 25 años, con 23,873 nuevos casos en el 2013 (Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud). Debido al envejecimiento poblacional habrá incremento en cuanto al número de pacientes con cáncer de mama en los próximos años. ³⁵

Aunque las estrategias de prevención reducen de alguna manera el riesgo, no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama dados en países de ingresos medios y bajos, en donde la enfermedad es diagnosticada en fases avanzadas. De tal manera, la detección de manera precoz como recurso para mejorar el pronóstico y la supervivencia de estos casos sigue siendo la pieza fundamental sobre el control del cáncer de mama. Muchos estudios demuestran que la realización de la mamografía reduce hasta en un 44% la mortalidad en edades de 40 a 69 años de edad principalmente. ³⁶

A pesar de los beneficios que ofrece la realización de la mamografía, se observa baja participación de las mujeres para realizársela. En el año 2015 el INEGI reportó que se encontró solo un 22% de participación en realización de mamografía en el último año en mujeres de edades entre 40 a 69 años. ¹⁷

Por este tipo de problemas de conductas relacionadas con la salud, es que se han desarrollado modelos intentando explicar el comportamiento

preventivo en salud integrando diversos factores psicosociales. Es así, que durante las últimas décadas se le ha dado gran importancia al cambio de la actitud de las personas, como las medidas preferidas para el cambio de los comportamientos.²⁴

Existen modelos más recientes, los cuales han intentado integrar diferentes constructos extraídos de diversas teorías relacionadas con cambios de comportamiento relacionados con la salud en un único modelo coherente, dando así, origen a los modelos polietápicos los cuales dan lugar a esquemas más comprensivos y amplios para investigar sobre la forma y los procesos de cómo las personas toman sus decisiones en el terreno de la salud.²⁴

Así, encontramos al Modelo Transteórico, que explica al cambio de comportamiento como un proceso que implica una progresión a través de etapas que transcurren a lo largo del tiempo. Haciendo hincapié en que no es lineal, sino que se explica como en forma espiral, ya que se puede pasar de una etapa volitiva a una emocional.³²

Lo importante del uso de las teorías y los modelos psicosociales en el campo de la salud es en que explica el cómo las personas desarrollan o modifican sus intenciones y prácticas individuales y colectivas, de tal manera, orientan al diseño implementación y evaluación de las intervenciones que ayudan a la protección, mantenimiento y/o mejoría de la salud de la población.³⁷

La OMS propone para tener una vida sana la promoción de la salud para todas las personas independientemente de la edad. Incluye intervenciones comunitarias que vayan dirigidas a las personas mayores, de tal manera que pueda haber impacto sobre la detección oportuna y la prevención primaria. Que sensibilice a las mujeres para conocer las características normales de sus mamas y en caso de detectar algo anormal acudir a recibir atención médica de manera oportuna.³⁵

El gasto económico respecto al cáncer de mama para los sistemas de salud representó el 21.2% del gasto total que fue asignado por el Fondo de Protección para Gastos Catastróficos (FGPC), representando el 1.98% del gasto público total de salud del país.³⁸

El impacto económico no sólo es por los medicamentos o procedimientos que se realizan, sino porque afecta a las mujeres en las edades productivas de la vida. Cada mujer que fallece por cáncer de mama representa a 21 años de vida saludable perdidos, lo que representa un gran impacto económico para el país.³⁵ En la actualidad no hay información existente que hable o informe acerca de la mamografía en dicha población de estudio, en relación a los factores psicosociales de acuerdo a un instrumento válido y confiable. Es por ello que este estudio tiene el objetivo de aplicar dichos factores psicosociales en la población más vulnerable al riesgo, es decir, mujeres las que están en edades entre 40 y 69 años que acuden a recibir consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, mediante un instrumento que tenga validez y confiabilidad, para de esta manera lograr establecer la intención de cambio en cuanto a la realización de la mamografía y la relación que existe entre sus constructos y las etapas de cambio del Modelo Transteórico; de tal manera que se puedan realizar futuras investigaciones.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La encuesta intercensal registrada por el INEGI en 2015 se reporta 119,530,753 habitantes; 58,056,133 eran hombres y 61,474,620 a mujeres. La población registrada para el estado de Aguascalientes fue de 1,312,544 habitantes; 640,091 hombres y 672,453 mujeres.³⁹

El municipio de Aguascalientes cuenta con 334,589 viviendas particulares habitadas, promedio de 3.9 ocupantes por vivienda. 93.7% disponen de servicio de agua, 98.8% con drenaje y 99.6% con electricidad. Tasa de alfabetización correspondiente al 98.9% en edades entre 15 a 24 años y 96.3% de 25 años y más. Contando con una población económicamente activa en hombres del 63.2% y en mujeres del 36.8%. Dentro de la población no económicamente activa correspondiente al 44.1%, corresponde el 37.6% a estudiantes, 42.2% a personas dedicadas al hogar, 9.3% a personas pensionadas o jubiladas y 3% a las que cuentan con alguna limitación física o mental.³⁹

La cantidad de personas con derechohabencia al IMSS delegación Aguascalientes es de 828,368, correspondiendo al 63.1% de la población general del estado. Específicamente en la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes se encuentran afiliadas 123,045 personas, de las cuales 15,687, el 12.7% corresponde a mujeres en edades de 40 a 69 años de edad hasta fecha de 2017.⁴⁰

6.2 PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

En el año 2012 la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) reportó que el 15% de las mujeres de edades entre 40 a 49 años y el 26% entre 50 a 69 años acudieron a realizarse una mamografía en los 12 meses previos a la encuesta.³⁹

La mastografía es un estudio que revela anormalidades en el tejido mamario. La prueba de tamizaje se debe realizar cada dos años en las mujeres de 40 a 69 años de edad con o sin signos o síntomas y a aquellas que tienen antecedentes personales de cáncer de mama se recomienda realizarla cada año e incluso posterior a los 70 años de edad.¹⁹

Las campañas anuales de tamizaje se instauraron hace más de 20 años en países desarrollados, en México, en los últimos años se ha difundido

más la importancia de realizársela, permitiendo tener una mejor calidad de vida y un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en dado caso. ¹⁷

Sin embargo, pese a la difusión que se le ha dado a la importancia de realizarse la mastografía y al fácil acceso para la realización de la misma, siguen habiendo resultados negativos en cuanto a la participación de las mujeres para la realización de ésta, lo cual se refleja en que el cáncer de mama ocupa el primer lugar de neoplasia en México. ¹⁷

6.3 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

6.3.1 NIVEL POLÍTICO

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en su Meta Nacional de México Incluyente, a través de la estrategia 2.3.2 pretende hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para mejorar la salud a través estas líneas de acción:

- Asegurar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud.
- Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, cervicouterino y próstata. ⁴¹

Programa de Acción Específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018.

- Su estrategia 2.1, impulsar las acciones de detección del cáncer de cuello uterino y de mama, mediante líneas de acción, las cuales consisten en promover la realización de detección mediante mastografía en mujeres de 40 a 69 años con estándares de calidad.
- Su estrategia 3.1, promover la evaluación periódica de las acciones de tamizaje en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud. ⁴²

6.3.2 NIVEL LEGISLATIVO

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4°, el cual establece el derecho de toda la persona a la protección de la salud.

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos decreta la Ley General de Salud, la cual reglamenta el derecho a la protección de la salud que posee toda persona de acuerdo a los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las bases para dar acceso a los servicios de salud.³⁹

6.3.3 NORMAS

Norma Oficial Mexicana. NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Se establece que la mastografía es el método de detección de cáncer de mama que ha demostrado una disminución en la mortalidad cuando se efectúa con calidad en el marco de un programa de detección. Recomienda la mastografía de tamizaje en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años. Además establece que será de acceso gratuito, en relación con la condición de aseguramiento.¹⁵

Norma Oficial Mexicana. NOM-229-SSA1-2002, Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. Establece los requisitos para el funcionamiento de los equipos de mastografía.⁴³

Guía de Práctica Clínica: Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. S-001-08. Actualización 2017. Establece que la mamografía es la única modalidad de detección que ha demostrado disminuir la mortalidad del cáncer de mama en un 26 a 39%. Así como la conveniencia

de realizar promoción de la salud en el primer nivel de atención para mejora en la salud de las mujeres, ya que al ser la neoplasia número uno en las mujeres, puede ser detectada a tiempo con la realización de la mastografía. Además se recomienda promover campañas para la fomentación de hábitos de vida saludables y dar a conocer a las mujeres los factores de riesgo para cáncer de mama.⁹

A pesar de la difusión sobre la importancia de la realización de la mastografía como tamizaje para neoplasia mamaria, en México se tienen tasas de participación baja, de hecho ya es común encontrar en la sala de espera de las Unidades de Medicina Familiar a enfermeras haciendo la promoción y acercándose a cada mujer para realizarles su solicitud y darles cita para la realización de la misma.

6.4 DESCRIPCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

De forma histórica, las enfermedades mamarias han sido centro de atención, teniendo registro desde la prehistoria plasmadas en el arte rupestre, el código de Hammurabi en el antiguo Egipto, siguiendo con la Grecia clásica, el periodo greco-romano, el medioevo y el renacimiento. Sin embargo no fue hasta 1895 con el descubrimiento de los Rayos X cuando se inicia una era revolucionaria. Los primeros estudios radiográficos de la mama fueron realizados por Albert Salomon hacia 1913 en especímenes de mastectomías, fue hasta 1930 cuando el Dr. Stafford realizó las primeras mamografías a un grupo de 119 mujeres. En sus inicios debido a la mala técnica de obtención de la imagen la utilidad de la mastografía era limitada. Para 1975 fue posible mejorar la técnica lo que permitió la observación de las microcalcificaciones en lesiones que ya eran palpables. Más de 30 años han pasado y con los avances en tecnología se ha logrado la obtención de imágenes mastográficas con dosis bajas de radiación que permiten una mejor caracterización de las lesiones.⁴⁴

6.5 DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA

Para que la prueba de tamizaje, en este caso la mastografía, brinde resultados positivos, es necesario que por lo menos el 75% de la población femenina acuda a su realización ya sea por invitación o porque realmente es consciente de que debe realizársela cada dos años. ¹⁸

Aún, cuando se cuenta con la cantidad de mastógrafos suficientes para la población que requiere ser sometida a la prueba de tamizaje, solamente el 20% de las mujeres en este rango de edad se somete al estudio, como si en realidad no existiera esta prueba de tamizaje. ¹⁸

En la década de los 90's, hubo una disminución en cuanto a mortalidad por cáncer de mama en Estado Unidos de América y Canadá, mientras que en nuestro país sigue en aumento, esto probablemente debido a la detección temprana en aquellos países. ¹⁸

En nuestro país, cada año hay más de 5,000 muertes de mujeres debido a cáncer de mama. De aquí la importancia del tamizaje por medio de la mastografía, la cual está al alcance de la población y no es una prueba invasiva. ¹⁸

6.6 DESCRIPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La mastografía es el único estudio validado para reducir la mortalidad por cáncer de mama. Décadas de investigación demuestran que las mujeres que se someten a este examen de manera periódica, tienen mayor probabilidad de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y menos agresivo con una tasa de sobrevivida mayor a la esperada en las personas con esta afección. ¹⁸

Se estima que de manera anual se detectan 1.38 millones de casos nuevos y existen 458,000 muertes por esta causa a nivel mundial de acuerdo con la OMS. En nuestro país representa 15 muertes al día y un poco más de 2 cada dos horas. ^{19, 18}

En el año 2014, del total de casos de cáncer diagnosticados en México para la población de edad igual o mayor a 20 años, el de mama fue el de mayor prevalencia ocupando el 19.4%, representando una incidencia de 3 por cada 10 mujeres. Para el año 2015, la incidencia incrementó, teniendo un pico máximo en mujeres en edad de 60 a 64 años de edad representando 68.05 por cada 100,000 mujeres en este rango de edad.

19

6.7 ANÁLISIS DE LOS FACTORES MÁS IMPORTANTES, ARGUMENTO CONVINCENTE

El tamizaje mediante la mastografía tiene como objetivo descubrir la enfermedad antes de que haya sintomatología. Ésta permite localizar el cáncer cuando aún es pequeño lo cual representa mayor probabilidad de curación. El Instituto Nacional de Cancerología realizó un censo de mastógrafos en todo el país, cuyo resultado fue que existen los suficientes para establecer un programa nacional de mastografías, siendo lo más importante la participación de las mujeres en este programa como está establecido cada dos años, de tal manera que se lograría cumplir el objetivo del tamizaje mediante la mastografía, la detección oportuna. ¹⁸ Existe un vacío en el conocimiento acerca de un instrumento que mida la realización de la mastografía en base a las etapas de cambio, por lo que es necesario medirlo a través de esta perspectiva para posteriormente diseñar intervenciones para que se incremente la prevalencia para realizar dicho tamizaje.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la distribución y frecuencia de la mastografía en base a las etapas de cambio del Modelo Transteórico en usuarias de 40 a 69 años de edad de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes?

8. OBJETIVOS:

8.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la distribución y frecuencia de la mastografía en base a las etapas de cambio de modelo Transteórico en usuarias de 40 a 69 años de edad, de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la distribución y frecuencia de las características sociodemográficas y factores relacionados a la mastografía en mujeres de 40 a 69 años usuarias de la UMF 1.
2. Describir la distribución y frecuencia de las participantes por etapa del modelo Transteórico en la realización de la mastografía, en que se encuentran las usuarias de 40 a 69 años, de la UMF 1
3. Describir la distribución y frecuencia de la autoeficacia de las participantes usuarias de 40 a 69 años de la UMF 1 en la realización de la mastografía.
4. Describir la distribución y frecuencia del balance decisorio de las participantes usuarias de 40 a 69 años de la UMF 1 en la realización de la mastografía.
5. Describir la distribución y frecuencia de la norma subjetiva de las participantes usuarias de 40 a 69 años de la UMF 1 en la realización de la mastografía.
6. Describir la distribución y frecuencia de la actitud de las participantes usuarias de 40 a 69 años de la UMF 1 en la realización de la mastografía.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Transversal descriptivo.

9.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Mujeres usuarias de 40 a 69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

9.2.1 *Universo de trabajo:*

Todas las mujeres usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes, en el grupo de edad de 40 a 69 años.

9.2.2 *Unidad de análisis:*

Mujer entre 40 a 69 años de edad usuaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.

9.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.3.1 *Criterios de inclusión:*

- Mujeres con edad de 40 a 69 años de edad que acudan a algún servicio en la Unidad de Medicina Familiar #1.
- Mujeres usuarias que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Mujeres usuarias que firmen la carta de consentimiento informado.

9.3.2 *Criterios de no inclusión:*

- Mujeres fuera de la edad de entre 40 a 69 años.
- Mujeres que no quieran participar en la entrevista.
- Mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado.
- Mujeres con mastectomía radical en ambas mamas.

9.3.3 Criterios de eliminación:

- Quienes no contesten el 80% del cuestionario aplicado.

9.4 MUESTREO

Se realizará un muestreo no aleatorizado por conveniencia.

9.4.1 Tamaño de la muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula correspondiente para estudios transversales simples; en donde se logró estimar la muestra de mujeres de 40 a 69 años derechohabientes de la UMF1 mediante el programa Epi Info obteniendo una muestra de 375 mujeres.

Fórmula:

$$N= n= \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{d^2}$$

N= Tamaño de la población (15,687).

n= Tamaño de la muestra.

(Zα)= Parámetro estadístico que depende del Nivel de Confianza (α=95%) (Zα=1.96).

p= Probabilidad de obtener los resultados que pretendo, el 50% (0.5)

q= (1 – p) Probabilidad de no obtener los resultados que pretendo, el 50% (0.5).

d= Nivel de precisión absoluta, el cual fue de 0.05

9.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

La operacionalización de las variables, con la descripción operacional se encuentra en anexo aparte.

9.5.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Realización de la mastografía: Aquellas mujeres de edades entre 40 a 69 años que no se realizarán la mastografía en un lapso de los próximos seis meses, las que si se la realizarán en los próximos seis meses, aquellas que se la realizarán en 30 días, las que ya se la han realizado en tiempo menor a 6 meses, o las que se la realizaron en tiempo igual o mayor a 6 meses. ^{10, 33}

Modelo Transteórico: es un modelo que explica el cambio de comportamiento en problemas relacionados con la salud. Incluye etapas por las que atraviesa una persona para el cambio de su comportamiento en salud. Permite hacer las diferencias entre las personas que realizan un comportamiento saludable, la motivación y su intención de cambio. ^{22, 33}

Etapas de cambio del modelo Transteórico: precontemplación (la persona no es consciente de que tiene un problema), contemplación (aunque sabe que tiene un problema no decide actuar), acción (comienza a realizar cambios), mantenimiento (continúa realizando el cambio) y terminación (la persona ya hizo un cambio de comportamiento en su salud y tiene la intención de seguirlo realizando, finalmente atravesó todas las etapas para mejora de su comportamiento). ^{33, 10}

10. LOGÍSTICA

Posterior a la aceptación del proyecto por parte del comité local y nacional de investigación, el cual cuenta con número de registro: R-2019-101-008, se estandarizó la forma de aplicación del cuestionario y capacitó al personal que apoyo en las entrevistas sobre la manera en que

se debería aplicar cada una. Se evaluó la validez aparente del instrumento mediante la técnica de realización de grupo focal, conformado por dos grupos de 5 mujeres cada uno que se encontraban en la sala de espera de la UMF 1, en el turno matutino y el otro en el vespertino. Se les aplicó el instrumento, donde se confirmó que no existieran errores en la interpretación lingüística. Posteriormente se evaluó la validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio y la confiabilidad por Alpha de Cronbach. Se solicitó de manera atenta la autorización para aplicar el instrumento que fue dirigido a las mujeres derechohabientes de la UMF1 en edades de 40 a 69 años de edad que se encontraban en sala de espera por cualquier motivo. El instrumento fue aplicado por personas capacitadas para aplicar el instrumento. Se les comentó a las mujeres el propósito del estudio, así como su aprobación para participar contestando el cuestionario, las mujeres que aceptaron se les dio la carta de consentimiento informado para su lectura, garantizándoles la confidencialidad y anonimato de la información obtenida, ya firmada la carta de consentimiento informado se les entregó una copia de ésta, posteriormente se les explicó en qué consistía el cuestionario, y se les comenzó a hacer las preguntas incluidas en éste, teniendo la certeza de que las mujeres tuvieran claro lo que se preguntaba en cada ítem. Al completar la muestra de estudio se capturaron los datos con la posterior revisión para la realización de resultados, conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

10.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

10.1.2 VALIDEZ APARENTE: Se realizó mediante la técnica de realización de grupo focal, conformado por dos grupos de 5 mujeres cada uno las cuales se encontraban en la sala de espera de la UMF 1, uno grupo en el turno matutino y el otro en el vespertino. Se les aplicó el instrumento a cada grupo, se pidió al finalizar el mismo cada participante comentara

sobre las dudas en cuanto a las confusiones encontradas al responder una pregunta. Posterior a ello se proyectó mediante cañón el manual operacional del instrumento, con el fin de corroborar si la pregunta al mostrar éste quedaba clara. Aquellas que seguían siendo confusas se analizaron específicamente y posterior a ello se llevó a cabo la validez de constructo.

10.1.3 VALIDEZ DE CONSTRUCTO: Se realizó mediante el análisis factorial exploratorio de los principales componentes llevados a cabo por: 1. El análisis de la matriz de las correlaciones observadas, comprobándose por medio de 2 indicadores relativos a la matriz de correlaciones: *Test de esfericidad de Bartlett*, el cual se usó para comprobar la hipótesis nula, la cual afirma que las variables están correlacionadas, además de confirmar si la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. Los resultados que presentaron un valor elevado en el test y que su fiabilidad fue menor de 0.05, se establecieron como válidos. A través del índice de Kaiser-Meyer-Olkin, se demostró que la muestra fue adecuada, de tal modo se pudo indicar que el análisis factorial fue apropiado de aplicar, ya que se consideraron apropiados todos los valores que oscilaron entre 0.5 y 1. para considerarse como apropiado los valores deben estar entre 0.5 y 1. b) Análisis de componentes principales: se buscó el factor principal, aquel que explicaba mejor la varianza de la matriz de correlación, posterior se restó al segundo factor en orden y así posteriormente hasta que la varianza existente tuvo el valor de varianza explicada superior al 70% o más del 10% de cada varianza explicada en cada dimensión. d) Interpretación de factores: se obtuvo al estudiar la composición de las cargas significativas factoriales de cada factor, donde a cada una se les dio un nombre, y al tener una varianza total que pudo explicar a un factor se tomó como la mejor.

Finalmente se empleó el análisis factorial confirmatorio para la evaluación de las dimensiones e ítems, y la relación entre ambos a través

del modelamiento de ecuaciones estructurales. Se utilizó el índice de bondad de ajuste RMSEA, el cual es el error de aproximación refiriéndose a la cantidad de varianza no explicada por el modelo por el grado de libertad, cuando se obtuvo el resultado ≤ 0.05 se consideró como buen ajuste a los datos. Además se utilizó el índice CFI con el objetivo de comparar la χ^2 de dos modelos para corregir con los grados de libertad, considerando que se ajustó de manera adecuada al modelo con su valor oscilando entre 0.95. Se utilizará el índice TLI para la evaluación de χ^2 en su grado de libertad en el modelo propuesto y al obtener un valor ≥ 0.90 se indicó como una aceptable bondad de ajuste. Se tomarán en cuenta las dimensiones identificadas en el instrumento realizado por Rojas Russell ya que se utilizará el mismo.⁴⁵

Se tomarán en cuenta las dimensiones identificadas en el instrumento realizado por Rojas R. ya que se utilizará el mismo.²²

Confiabilidad: Coeficiente de consistencia interna: con el apoyo de STATA vs 13 se calculó el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual fue superior a 0.80.

10.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

La muestra se realizó por conveniencia, se identificaron a las mujeres que se encontraban en la sala de espera de ambos turnos de la UMF1, cuando aceptaron participar y firmaron la carta de consentimiento informado, se les explicó de manera verbal en que consistía el cuestionario, entendiendo en qué consistía, se aplicó el cuestionario. Cuando se tuvieron los cuestionarios contestados del total de la población de la muestra, se capturaron los datos en una base de datos en el programa Excel.

10.3 CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

La primera parte del instrumento corresponde a variables sociodemográficas con 16 preguntas, la segunda parte, se refiere a las características de salud e incluye 5 preguntas.

La tercera parte del instrumento, contiene las escalas para medir las variables psicosociales además de un algoritmo para identificar en la etapa de cambio que se encuentra la participante. Posterior a definir en qué consiste la realización de mastografía, se le pregunta a la participante: *¿Usted se ha realizado la mastografía regularmente?* Con las opciones de respuesta: 1. *No y no tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses (Etapa precontemplación)*; 2. *No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses (Contemplación)*; 3. *No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 30 días (Acción)*; 5. *Sí, llevo realizándomela desde hace más de 6 meses (Mantenimiento)*; 6. *Sí, llevo realizándomela hace más de 5 años (Terminación)*.

Escala de autoeficacia compuesta por 31 preguntas enfatizadas en cuanto a dificultades o barreras que justificarían el no realizarse la mastografía. *Puedo realizarme la mastografía aunque...* Escala de tipo Likert 5 puntos (1=*Nada seguro... hasta 5=Completamente seguro*). Con la posterior sumatoria de los resultados.

Escala de expectativa de resultado. *Realizarme la mastografía sirve para...* Escala de tipo Likert de 4 puntos (1=*Totalmente de acuerdo... 4=Totalmente de acuerdo*), con la posterior sumatoria de las respuestas.

Escala de balance decisional, enfatizada por aspectos que la persona percibe como positivos o negativos de realizarse la mastografía. *Realizarme la mastografía hace que... Realizarme la mastografía es...* Escala de tipo Likert 4 puntos (1=*Totalmente en*

desacuerdo...4=Totalmente de acuerdo), con posterior sumatoria de las respuestas. Igualmente para norma subjetiva.

11. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Una vez obtenidos los cuestionarios ya contestados, se concentró la información en una matriz de datos utilizando el programa Excel, posteriormente se continuó con el análisis estadístico, el cual se elaboró en el programa STATA vs 13 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo utilizando frecuencias, medidas de tendencia central como mediana, de dispersión rangos intercuartílicos ya que la distribución de la muestra fue no paramétrica, se realizaron relaciones entre las variables de estudio dependiendo de las características de cada una de las variables se utilizó K. Wallis o Chi cuadrada de Pearson.

12. ASPECTOS ÉTICOS

Se elaboró el protocolo en base al reglamento en la Ley General de Salud de Los Estados Unidos Mexicanos en lo que respecta a materia de investigación para la salud, se elaboró conforme al capítulo 1, artículo 17, categoría I que establece que “La Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos participantes, considerando: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño”, ya que no se realizó modificación intencionada de las variables ni se realizó alguna intervención para la evaluación de la asociación que existe en las etapas de cambio del modelo Transteórico en la realización de mastografía en usuarias de la UMF 1 delegación Aguascalientes.⁴⁶

Así mismo se adhiere a lo establecido en el reglamento de la Ley Federal en Salud en cuanto a la investigación de la salud. Donde no se violan el

derecho a la dignidad y protección del bienestar y derechos de las participantes, evitando la realización de comentarios respecto a las respuestas formuladas en el cuestionario (artículo 13).⁴⁶

Esta investigación se considera no riesgosa ya que no aborda procedimientos invasivos para la población en estudio. Además se realizó en base a los aspectos éticos para las investigaciones médicas en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki.⁴⁷

13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Para conocer la distribución y frecuencia de mujeres de 40 a 69 años para la realización de la mastografía de acuerdo con las etapas de cambio del Modelo Transteórico, se trabajará con los recursos propios del investigador y tesista, cuyos perfiles son los siguientes:

Asesor o investigador responsable: Dra. Jannett Padilla López, Especialista en Medicina Familiar y con Maestría en Ciencias de la Salud con campo disciplinario en Epidemiología

Tesista: Dra. Berenice de Montserrat López Reyes, Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

RECURSOS MATERIALES

- Se utilizó el instrumento en papel que constó de anexos y carta de consentimiento informado, lápiz, borrador, computadora con algunos paquetes estadísticos, ya comentados en la metodología.

FINANCIAMIENTO

No se contó con ningún financiamiento de alguna Institución para el desarrollo de este trabajo.

FACTIBILIDAD

El estudio es factible, ya que fue sometido para aprobación ante el Comité de Investigación y Bioética de la Institución a nivel local, el cual lo aprobó,

14. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplica por el tipo de estudio.

15. RESULTADOS

En este estudio participaron un total de 354 mujeres cuya edad osciló entre los 40 y 69 años, todas ellas usuarias de la UMF no. 1 del IMSS, Aguascalientes. Edad en la que de acuerdo a la OMS, las mujeres deben realizarse tamizaje para cáncer de mama.

La edad media que reportaron fue de 54.4 años. En cuanto a la cantidad de hijos que reportaron el promedio de 3 hijos.

En la tabla 1 se describen algunas características sociodemográficas de las participantes en este estudio. Se obtuvo que una tercera parte de la muestra reportaron tener entre 51 y 59 años de edad es decir en terciles, fue el grupo de edad que predominó.

Para el estado civil de las participantes se encontró que más del 60% era ser casada, el 11.7% soltera, y entre el 1 y 2% separada y en unión libre respectivamente, por último poco más del 10% dijo ser divorciada o viuda.

El grado de escolaridad que predominó fue la primaria con más del 35% siguiendo la secundaria con más del 30%, menos del 11% tiene preparatoria, tan solo el 3.1% reportó no tener escolaridad y menos del 1% contaba con un posgrado.

En cuanto a la ocupación más del 63% se dedica al hogar, casi una tercera parte de la muestra trabajaba, solo poco más del 5.1% era pensionada y menos del 1% estudiaba.

Los ingresos familiares reportado fueron muy diversos, ya que en primer lugar, la mayoría, es decir un 90% percibe entre \$2,201 a \$6500, menos del 10% tenían ingresos menores a \$2,200, menos del 5% dijo percibir entre \$6,500 a \$13,100 y ni siquiera un 1% reportó una percepción de sueldo de más de \$13,100 mensualmente.

En referencia a la vivienda, más del 60% tiene una casa propia, aparentemente menos del 20% renta una casa, más del 10% vive en una casa prestada y aparentemente menos del 10% la está pagando.

Tabla 1
Características Socio-demográficas de usuarios de la
UMF #1 Delegación Ags

Variable	n = 354	%
Edad en años (media ± DE)	54.43±8	
Hijos (media ± DE)	3.4±2.1	
Grupos de edad (terciles)		
De 40 a 50 años	121	34.2
De 51 a 59 años	128	36.2
De 60 a 69 años	105	29.6
Estado Civil		
Soltera	41	11.7
Casada	226	64.2
Unión libre	8	2.2
Divorciada	36	10.2
Viuda	36	10.2
Separada	5	1.5
Nivel de Estudios		
Sin escolaridad	11	3.1
Primaria	127	36.1
Secundaria	108	30.7
Preparatoria	37	10.5
Técnico	33	9.4
Profesional	35	9.9
Posgrado	1	0.3
Ocupación		
Estudia	1	0.3
Trabaja	109	30.8
Hogar	226	63.8
Pensionada o Jubilada	18	5.1

Variable	n = 354	%
Ingreso Familiar Mensual		
Menor a \$2200	25	7.2
De \$2201 a \$ 6500	305	87.9
De \$6501 a \$ 13100	14	4.0
Más de \$13101	3	0.9
Vivienda		
Propia	219	62.1
La está pagando	34	9.7
Rentada	58	16.5
Prestada	41	11.7

En la tabla 2 se presentan información relacionada con el lugar donde se presta el servicio de salud y se tiene más de la mitad de las participantes pertenecían al turno matutino y menos del 50% al turno vespertino.

La unidad físicamente divide sus consultorios del 1 al 10 y del 11 al 20, teniendo que poco menos del 60% de las mujeres estaban adscritas a los consultorios del 1 al 10 y poco más del 40% pertenecían a los consultorios del 11 al 20.

Se les preguntó que si contaban con alguna enfermedad que les haya sido diagnosticada muy objetivamente por el médico, por la cual tengan que estar tomando algún medicamento y más del 70% respondió que sí, mientras que menos del 30% respondió que no.

Además se les preguntó si contaban con alguna limitación sobre todo física que en determinado momento esto fuera una limitante para la realización de la mastografía y menos del 5% respondió que sí y más del 95% la respuesta fue no.

En cuanto a la realización de la mastografía, el 85% ya se la había realizado y tan solo un 15% no se la había realizado.

Tabla 2
Características relacionadas a la salud y atención en salud de usuarias de la UMF #1 Delegación Ags

Variable	n = 354	%
Turno		
Matutino	182	51.4
Vespertino	172	48.6
Consultorios		
Del 1 al 10	207	58.5
Del 11 al 20	147	41.5
Enfermedad		
Si	252	71.2
No	102	28.8
Limitación		
Si	11	3.1
No	343	96.9
Mastografía		
Si	53	15
No	301	85

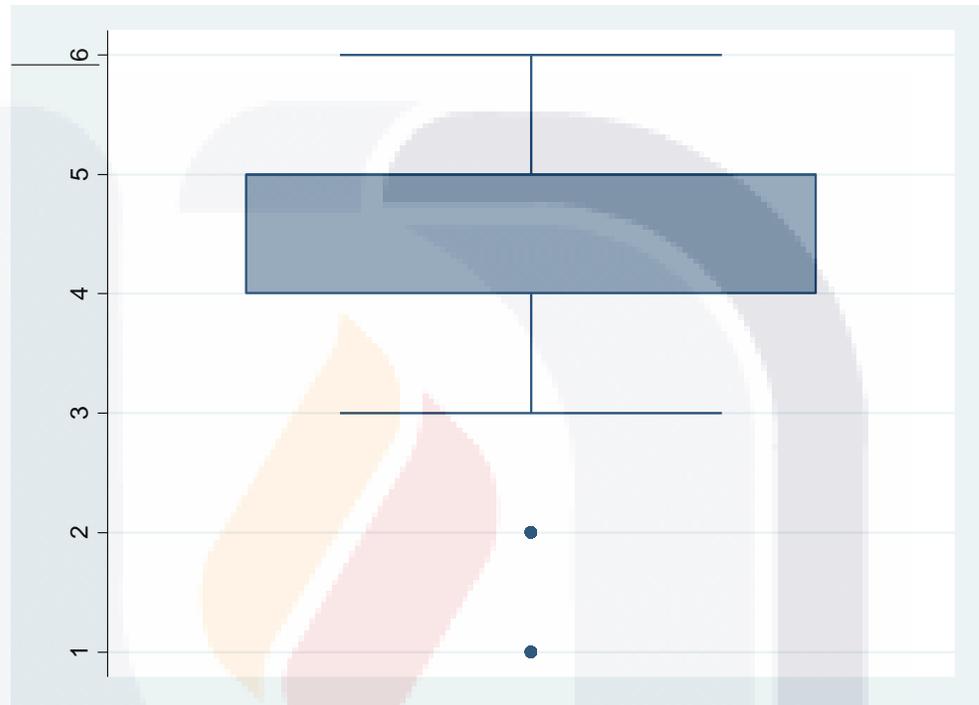
En la tabla 3 se presenta la etapa en la que se encuentra la mujer para la realización de la mastografía, se tiene que poco más del 5% reportó estar en precontemplación, más del 7% en contemplación tan solo menos del 3% en preparación, más del 30% en acción, casi un 50% en mantenimiento y poco más del 5% en consolidación, como se muestra a continuación.

Tabla 3
Etapa de cambio para la realización de la mastografía

Variable	n = 354	%
Etapa de cambio		
Precontemplación	21	5.9
Contemplación	26	7.3
Preparación	6	1.7
Acción	115	32.5
Mantenimiento	168	47.5
Consolidación	18	5.1

En la gráfica 1, se puede apreciar claramente como los resultados se concentran en la etapa de 4=acción y 5=mantenimiento

Gráfica 1. Distribución por etapa de cambio para la realización de mastografía.



Análisis de consistencia interna y análisis factorial confirmatorio de los factores psicosociales en relación a la realización de la mastografía en la muestra.

En la tabla 4 se muestran los indicadores de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC) y la consistencia interna de las escalas psicosociales que tuvieron una adecuada validez y confiabilidad. Los diagnósticos de bondad de ajuste resultaron adecuados, de tal forma que se puede decir que el comportamiento del instrumento fue adecuado quedando el dominio de autoeficacia con 31 ítems, con las dimensiones de estado de ánimo con 6 ítems, falta de tiempo con 7 ítems, norma social con 4 ítems, falta de recursos 6 ítems, desventaja 3 ítems, ansiedad 5

ítems, el constructo de expectativa de resultado 6 ítems, balance decisional 6 ítems, norma subjetiva 7 ítems.

Tabla 4
Coefficientes de bondad de ajuste de análisis factorial confirmatorio y alfa de Cronbach de las escalas de medición

MEDIDAS DE BONDAD DE AJUSTE							
ESCALA	χ^2	p	RMSEA	CFI	TLI	SRMR	Alfa de Cronbach
Autoeficacia							
Estado de ánimo	3.4	0.00	0.02	1.00	0.99	0.01	0.91
Falta de tiempo	45.9	0.00	0.01	0.97	0.94	0.03	0.87
Norma social	4.2	0.00	0.05	0.99	0.98	0.02	0.79
Falta de recursos	8.4	0.00	0.04	0.99	0.98	0.02	0.71
Desventajas	5.4	0.00	0.03	0.97	0.96	0.03	0.81
Ansiedad	7.6	0.00	0.02	0.98	0.95	0.02	0.70
E. Resultado	12.8	0.00	0.05	0.99	0.98	0.01	0.89
Balance Decisional	16.7	0.00	0.05	0.99	0.98	0.01	0.70
Norma Subjetiva	27.58	0.00	0.05	0.98	0.95	0.03	0.75

RMSEA cantidad de varianza no explicada por el modelo o error de aproximación
 CFI (Comparative Fit Index) índice de bondad de ajuste del modelo

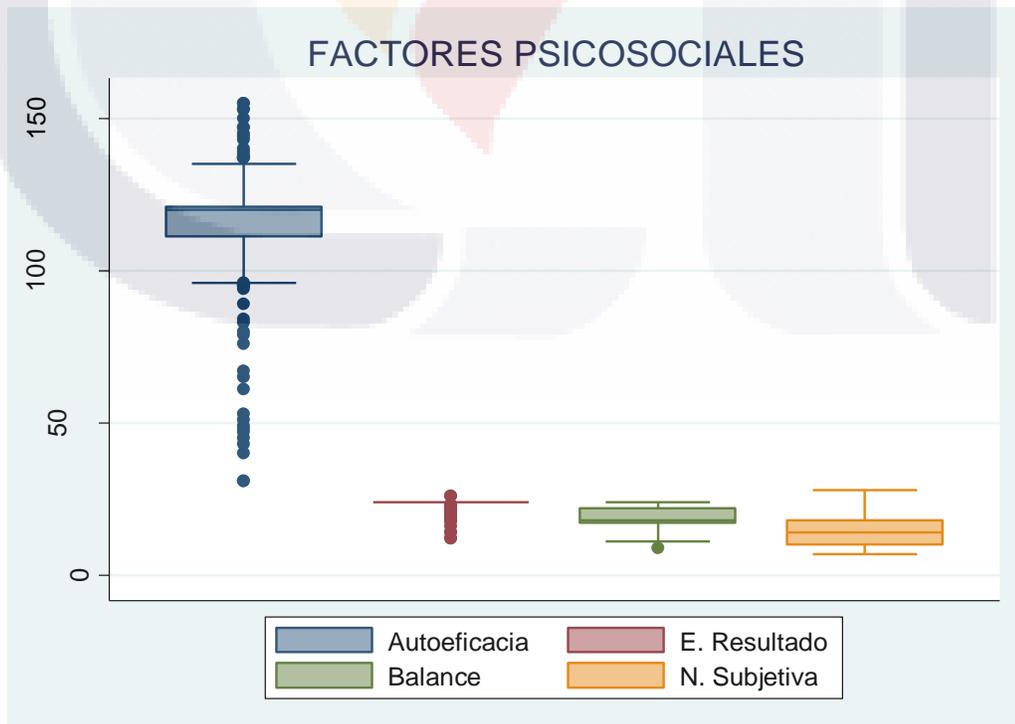
En la tabla 5 se presenta la estadística descriptiva de los factores psicosociales de la población de estudio en relación a la realización de la mastografía. Al realizar el análisis estadístico, se comprobó la normalidad de los instrumentos, en los que todos tuvieron un comportamiento no paramétrico, por lo que para la medida de tendencia central se utilizó la mediana y para las medidas de dispersión se utilizaron los rangos intercuartílicos.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de los constructos de los factores psicosociales en la muestra de este estudio.

Factores psicosociales	Mediana (RIC)
Autoeficacia percibida (31 ítems, escala 1 a 5)	120 (111 – 121)
Dimensiones de autoeficacia	
Estado de ánimo (6 ítems)	24.0 (22.0 – 24.0)
Falta de tiempo (7 ítems)	28.0 (28.0 – 28.0)
Norma social (4 ítems)	13.0 (13.0 – 16.0)
Falta de recursos (6 ítems)	24.0 (21.0 – 24.0)
Desventaja (3 ítems)	12.0 (10.0 – 12.0)
Ansiedad (5 ítems)	20.0 (17.0 – 20.0)
Expectativa de resultado (6 ítems, escala 1 a 4)	24.0 (24.0 – 24.0)
Balance decisional (6 ítems, escala 1 a 4)	18.0 (17.0 – 22.0)
Norma subjetiva (7 ítems, escala 1 a 4)	14.0 (10.0 – 18.0)

En la gráfica 2 podemos apreciar los resultados antes descritos en la tabla 5, la gran variabilidad de la mediana de cada constructo es por la diferencia de ítems y el número de opción de respuestas de los mismos.

Gráfica 2. Estadística descriptiva de los factores psicosociales para la realización de la actividad física.



En la tabla 6 se presenta el análisis bivariado entre las etapas de cambio y la realización de la mastografía, en donde se puede observar que hubo diferencias estadísticamente significativas entre las etapas y la realización y no realización de mastografía.

Tabla 6
Etapas de cambio y su relación con la realización de mastografía.

Etapa de cambio / Realización de mastografía	1. No se ha realizado mastografía n = 53 n (%)	2. ya se realizó mastografía n = 301 n (%)	Valor P
Precontemplación	21 (39.6)	0 (0)	0.00
Contemplación	26(49.1)	0 (0)	
Preparación	6 (11.3)	0 (0)	
Acción	0 (0)	115 (38.2)	
Mantenimiento	0 (0)	168 (55.8)	
Consolidación	0 (0)	118 (6)	

χ^2 de Pearson

En la tabla 7 se presenta el análisis bivariado entre las etapas de cambio y las variables psicosociales, en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas como se muestra a continuación.

Tabla 7. Medianas (RIC) de las variables psicosociales y de realización de realización de mastografía en base al modelo transteórico.

Variables	Pre-contempla	Con-templación	Pre-paración	Acción	Mante-nimiento	Con-solidación	Valor p
Autoeficacia	116 (97-121)	118 (108-124)	119.5 (116-121)	121 (112-121)	118 (110-121)	121 (118-124)	0.26
E. Resultado	24 (21-24)	24 (24-24)	23.5 (23-24)	24 (24-24)	24 (24-24)	24 (23-24)	0.15
Balance	19 (18-22)	18 (17-19)	18 (18-19)	19 (17-22)	18 (17-20.5)	19 (18-22)	0.46
Norma Subjetiva	15 (10-18)	14 (11-18)	15 (14-17)	15 (11-18)	14 (9-17)	13 (8-15)	0.8

En la tabla 8 se presenta el análisis bivariado entre las etapas de cambio para realización de mastografía y algunas variables sociodemográficas en donde se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las etapas y la edad, en el resto de las variables no se observó dicho fenómeno.

Tabla 8. Etapas de cambio en la realización de mastografía y su relación con algunas variables sociodemográficas.

Variables	Pre-contempla	Con-templación	Pre-paración	Acción	Mante-nimiento	Con-solidación	Valor p
Edad	21 48.1±7.1	26 47.9±6.5	6 55.5±10.1	115 54.1±7.6	168 55.93±7.8	18 58.7±5.7	0.001
Hijos	21 3.5±1.2	26 3.1±1.4	6 2.6.5±1.3	115 3.4±2	168 3.4±2.2	18 3.7±2.6	0.8
Ingreso	20 2±0.2	26 1.9±0.4	6 2±0	114 2±0.3	164 1.9±0.4	17 1.9±0.5	0.9

K. Wallis

En la tabla 9 se presenta el análisis bivariado entre los factores psicosociales y la realización de la mastografía, en donde se observó que hubo diferencias estadísticamente significativas solo en la variable de expectativa de resultado.

Tabla 9. Medianas (RIC) de las variables psicosociales y categoría de haberse realizado y no la mastografía.

Variables	Si se realiza mastografía	No se realiza mastografía	Valor P
Autoeficacia	121.0 (111.0 – 121.0)	118.0 (106.0 – 121.0)	< 0.27
E. Resultado	24.0 (24.0 – 24.0)	24.0 (23.0 – 24.0)	< 0.02
Balance	18.0 (17.0 – 22.0)	18.0 (17.0 – 20.0)	< 0.53
Norma Subjetiva	14.0 (10.0 – 18.0)	14.5 (10.5 – 17.0)	< 0.55

16. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar la distribución y frecuencia de la mastografía en base a las etapas de cambio de modelo Transteórico en usuarias de 40 a 69 años de edad, de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.

Se encontró que la edad media fue de 54.4 años, predominando las mujeres en edades de 51 a 59 años de edad ocupando la tercera parte de la muestra en estudio. Más del 60% de las mujeres estaban casadas y la mayoría tenían la primaria como escolaridad seguido del nivel secundaria. Más del 63% se dedica al hogar. Así mismo más del 70% contaba con alguna enfermedad previamente diagnosticada, el 95% no contaba con alguna limitación física para realizarse la mastografía y el 85% ya se había realizado una mastografía.

Es de llamar la atención como a pesar del resultado obtenido que el 85% de las mujeres encuestadas ya se han realizado una mastografía aún los números de incidencia por neoplasias de mama siguen siendo tan altos, 1.38 millones de casos nuevos por año. ⁽¹⁹⁾ Esto es muy importante, ya que se deben realizar intervenciones para que más mujeres no sólo se realicen una mastografía, sino que continúen realizándoselas para disminuir los 458 mil decesos que existen por cáncer de mama. ^{19, 17}

Se identificó el porcentaje de cada etapa del Modelo Transteórico en el que se encontraba la población en estudio, teniendo la relación entre la etapa de cambio y la realización de la mastografía, y entre la etapa de cambio y la no realización de la mastografía. Se encontró en las primeras tres etapas del modelo 53 mujeres y se relacionaban con que nunca se habían realizado una mastografía (precontemplación 39.6%, contemplación 49.1% y preparación 11.3%). En contraste, las últimas tres etapas del modelo se encontraron las mujeres que sí se habían realizado una mastografía, 301 mujeres en total, (acción 38.2%,

mantenimiento 55.8% y consolidación 6%). Estos resultados confirman lo establecido en la teoría, entre mayor autoeficacia posee una persona, mayores son los beneficios en comportamientos de salud, donde se traduce a mayor autoeficacia, mayor capacidad de las personas para llevar a cabo comportamientos saludables. ^{33, 8, 11}

La autoeficacia está influida por el aprendizaje mediante la observación y la percepción del esfuerzo. Por lo que sería importante realizar investigaciones para identificar cómo estas influencias se pueden incluir en futuras intervenciones para incrementar aquellas creencias sobre la capacidad de llevar a cabo un comportamiento positivo. ⁴⁸

En relación al análisis bivariado entre los factores psicosociales y la realización de la mastografía, se observaron diferencias estadísticamente significativas pero solamente en la variable de expectativa de resultado. Esto tiene relación con el estudio llevado a cabo por Rojas-Russell, donde tampoco se encontraron diferencias significativas. ^{49, 22}

En este trabajo se encontró que la mayoría de las mujeres en estudio se encontraban en fases volitivas, esto con discrepancia en el estudio de Rojas, donde las mujeres se encontraron mayormente en las fases motivacionales. ²²

Este estudio muestra información importante sobre las etapas en qué se encuentran las mujeres respecto al modelo Transteórico respecto a la realización de la mastografía. Con estos resultados y este análisis se pueden realizar intervenciones futuras sobre aquellos aspectos que influyen a las personas a tener una mejor autoeficacia para poder incrementar la participación en la realización de mastografía y así se cumplan las metas establecidas por el sistema nacional de salud. ⁴²

17. CONCLUSIÓN

La importancia de la realización de la mastografía es porque se tiene evidencia que el tamizaje al que se aplica en los rangos de edad establecida a las mujeres permite la detección temprana de cáncer de mama incluso cuando las lesiones no son palpables. Si se tuviese cobertura completa con la participación de las mujeres, llevaría a ventajas en cuanto a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, de tal manera se reducirían los gastos existentes en cuanto a los tratamientos invasivos, y lo más importante es que disminuiría la incidencia de muertes por esta enfermedad, con el consiguiente beneficio para las familias, ya que no habría deserción laboral e hijos sin madre.

Es preocupante que en México mueran mujeres en edad productiva debido a neoplasias de la mama cuando se cuenta con el acceso gratuito al tamizaje mediante la mastografía. Es por ello importante el conocer qué pasa con aquellas mujeres que pese a las facilidades para el tamizaje no lo realizan a través de los comportamientos. Por ello, es esencial la identificación de aquellos factores que subyacen en cuánto a la decisión de llevar a cabo dicho comportamiento, con ello se pueden llevar a cabo determinadas intervenciones enfatizando sobre los factores que deben modificarse, los que deben eliminarse y aquellos que deben ser reforzados en esta población.

Este estudio evaluó las etapas de cambio del Modelo Transteórico en cuanto a la realización de la mastografía en las mujeres de 40 a 69 años de edad en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes de ambos turnos pero lo más importante es que el algoritmo de las etapas de cambios del modelo transteórico discriminó adecuadamente a las participantes con relación a la realización o no de la mastografía. La importancia que radica en este modelo, no sólo es situarlas en las etapas motivacionales o volitivas, sino la intención que

existe para llevar a cabo este comportamiento en las primeras dos esto permite que se realicen estrategias muy específicas por grupos de participantes en futuras investigaciones.

Se encuentra relación en cuanto a la edad de las mujeres y la etapa de mantenimiento, a mayor edad las mujeres se encuentran en esta etapa. Esto es importante ya que se comprueba que la realización de modificaciones benéficas para una conducta en salud se va aprendiendo.

Por lo cual se encuentra asociación que entre más autoeficacia tienen las mujeres, mayor es el número que se encuentran en la etapa de mantenimiento, lo cual concuerda con lo encontrado en la literatura, siendo importante el conocimiento de esto ya que con dichos resultados y asociaciones se pueden realizar futuras intervenciones en esta población para lograr mayor cobertura del tamizaje de mastografía y con ello cumplir los objetivos que se pretenden con ella.

Limitaciones.

Una de las limitaciones que pueden ser consideradas en el estudio es el diseño que es transversal.

Fortalezas.

Definitivamente la validez y la confiabilidad que mostró el instrumento, ya que con esto se puede inferir que realmente se midió lo que se pretendía medir y que además es reproducible.

Recomendaciones para futuras investigaciones.

Realzar un estudio longitudinal para determinar causalidad entre las etapas del modelo y la realización de la mastografía, incluso la realización de un estudio multicéntrico para la consistencia de los resultados y posteriormente implementar estrategias para incrementar la prevalencia de realización de la mastografía.

18.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Champion VL, Springston J. Mammography adherence and beliefs in a sample of low-income African American women. *Int J Behav Med.* 1999;6(3):228–40.
2. Puigpinós-riera R. Tengo intención de hacerme una mamografía : estadios de adopción para realizar control mamográfico en mujeres. 2012;9:7–23.
3. Puigpino R, Serral G, Pasari MI, Rodri D. Knowledge ,attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain. 2011;9:7-20.
4. Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria. 2014;11(3):101–9.
5. Chacón Araya, Yamileth, & Moncada Jiménez, José (2005). Aplicación del modelo trans teórico en los padres y encargados legales de los niños que participan en las escuelas deportivas y recreativas de la Universidad de Costa Rica. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 5(2),1-16.[fecha de Consulta 15 de Enero de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44750213>
6. Carrillo-álvarez S, Jesu G. Cambio de conducta para insulino terapia en personas que viven con diabetes tipo 2 , Yucatán , México. 2016;27(2):61–74.
7. Diez S, Brines F, Chapa F. Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. 2001;(1):147–52.
8. Gallegos-sánchez JJ, Ruiz-juan F, Villarreal-angeles MA, Isabel J, Rivera Z. Etapas de cambio en la práctica de actividad física de

tiempo libre en estudiantes de secundaria de Victoria de Durango , México. 2019;2041:196–200.

9. Prevención, Tamizaje y Referencia Oportuna de Casos Sospechosos de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, diciembre de 2011.
10. Keyla R, Benites Q. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria Promoting behavioral changes towards healthy. 2017;34(2):126–31.
11. Prochaska J, Diclemente C, Norcross J. RR96-33 Baumol 1996.pdf. Am Psychol. 1992;47(9):1102–14.
12. La detección temprana es tu mejor protección . La mamografía también llamada mastografía salva vidas. México: Secretaría de Salud, marzo de 2009.
13. Octubre: Mes de sensibilización del cáncer de mama. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, octubre de 2011. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/>.
14. Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Colombia: 2015; 1393;6(2):103.
15. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. D Of la Fed [Internet]. 2012;1. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
16. Abugattas Saba J, Manrique Hinojosa J, Vidaurre Rojas T. Mamografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2015;61(3):311–9. Available from:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300018

17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. Inst Nac Estadística y Geogr. 2015;1–15.
18. Gaceta UNAM. Solo 20% de mexicanas se practica una mastografía. México: julio de 2018. Available from: <http://www.gaceta.unam.mx/solo-20-de-mexicanas-se-practica-una-mastografia/>
19. Excelsior. Cáncer de mama, primera causa de muerte entre mexicanas. México: octubre de 2017. Available from: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/10/19/1195650>
20. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179–211.
21. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud The transtheoretical model of health behavior. Publ en la Rev Fac Nac Salud Pública. 2000;18(2):129–138.
22. Russell MER. Factores Psicosociales Asociados a La Práctica De Actividad Física En Adultos Jóvenes: Un Estudio Longitudinal. 2011;5(2).
23. Sallis James, et al. An ecological approach to crating active living communities. 2006; (27): 297-322.
24. Conner M, Norman P. Predicting Health Behaviour.McGraw-Hill. New York: 2005;2(5):33-68.
25. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.
26. Cabrera A, Tascón G, Lucumí C, G JT. Creencias en salud : historia

- , constructos y aportes. 2001;19(1): 2-14.
27. Universitaria F, Lorenz K, Psicología RL De, Universitaria F, Lorenz K. Teoría de la acción razonada : Una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. 1993; 25(2): 205-223.
 28. Rodríguez, Ivonne, & Londoño, Constanza (2010). El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1)79-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=798/79815637007>
 29. Lightwood R. The Treatment of Acute Rheumatism in Childhood. *Lancet*. 1937;229(5924):613-5.
 30. Salamanca A, Giraldo C, Nariño UA. Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud cognitive models and social cognitive in health prevention and promotion. 2012;57(1):185-202.
 31. Hewitt Ramírez N, Andrés Gantiva Díaz C. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva Brief therapy: an alternative for effective psychological intervention. Colombia). 2009;27(1):165-76.
 32. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Heal Promot*. 1997;12(1):38-48.
 33. Berra E, Ivonne S, Maldonado M. El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal Enrique Berra Ruiz y Sandra Ivonne Muñoz Maldonado Transheoretical model applied to the change of behaviors related to the reduction of body weight El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal Contribución de los Autores Agradecimientos Datos de

Filiación de los Autores. 2018;4:153–70.

34. Cáncer de mama: prevención y control. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [//www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/](http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/).
35. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario Octava revisión. 2019;
36. Tabar L, Yen M, Vitak B, Chen HT, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *The lancet*. USA: 2003;361:1405–10.
37. Cabrera G, Gomez L MJ. Actividad física y etapas de cambio comportamental el Bogotá. *Colomb Med*. 2004;35:82–6.
38. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O, Avila-Burgos L. The health care costs of breast cancer: the case of the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex [Internet]*. 2009;51(Suppl 2):s286-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967284>
39. Aristóteles. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 desglosado por municipios. 2002;52(1):1–5.
40. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes, México: 2010. Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/>
41. Desarrollo PN de. Enrique Peña Nieto Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. 2013; Available from: http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/MarcoJuridico/PND_2013-2018.pdf
42. Programa Sectorial de Salud. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. Secr

Salud. 2013;1–98.

43. Oficial D, Antonio J, Villa G. Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X. DOF SEGOB/Secretaria Salud [Internet]. 2011; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_229_SSA1_2002.pdf
44. González-Vergara C, Luis Ramírez-Arias J. Pasado y presente de la radiología mamaria. Lo que el especialista no radiólogo debe saber. Acta Médica Grup Ángeles [Internet]. 2012;Volumen 10(Nº4):181–8. Available from: www.medigraphic.org.mx
45. Álvarez Cáceres Rafael. Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud. España: 2007. Available from: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788230.pdf>
46. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [cited 2019 Aug 31]. Available from: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
47. Kong H. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013; 1(2): 2-8.
48. Scope I, Africa S. Chapter 3 Understanding self-efficacy. 5(2):54–88.
49. Rojas-russell ME. Factores Psicosociales Asociados a la Actividad Física en Adultos Jóvenes: Un estudio transversal. 2009;5(2).

19. ANEXOS ANEXO A



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

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

Nombre del estudio:	"Etapas de cambio del Modelo Transteórico en la realización de la mastografía en usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS Delegación Aguascalientes"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes. Septiembre 2019.
Número de registro institucional:	R-2019-101-008
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la distribución y frecuencia de la mastografía en base a las etapas de cambio del modelo Transteórico en usuarias de 40 a 69 años de edad en la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.
Procedimientos:	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar encuestas relacionadas a las etapas de cambio del Modelo Transteórico en la realización de mastografía. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes y beneficios de mi participación en este proyecto.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, sólo la inversión de tiempo en contestar la misma.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio, pero se me explicó que el estudio permitirá identificar la distribución y frecuencia de la mastografía en base a las etapas de cambio del modelo Transteórico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación es voluntaria y 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 lo que quiera dar respuesta o de la que tenga duda en responder.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridades de que o se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con la privacidad serán tratados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información que yo le sea solicitada, acerca de las dudas que tenga en el momento que sea realizada la encuesta.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: **Jannett Padilla López. Unidad de Medicina Familiar #1. Av. José María Chávez 1202, esquina con jardín del estudiante. Fraccionamiento Lindavista. Teléfono celular: 449-112-42-57. Correo electrónico: janis_padilla@hotmail.com**

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

 Nombre y firma del participante

 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

 Nombre, dirección, relación y firma

 Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO B.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE Y DEFINICIÓN	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ÍTEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICE
Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que componen.	Edad cronológica: años de vida cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa ordinal	¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Edad en años Día/mes/año	
	Género: conjunto de seres vivos que tienen uno o varios caracteres en común y que los clasifican como hombre o mujer de acuerdo a las expectativas de la cultura.	Cuantitativa nominal	¿Cuál es su género?	1.Masculino 2.Femenino	
Características económicas: comportamiento humano en relación a sus necesidades.	Estado civil: situación jurídica con respecto a la pareja que es referido al momento de la encuesta.	Cuantitativa nominal	¿Cuál es su estado civil?	1.Soltero (a) 2.Casado (a) 3.Unión libre 4.Divorciado (a) 5.Viudo (a) 6.Separado (a)	
	Paternidad: condición de una persona de ser madre o padre y se expresa por el número de hijos que son referidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa discreta	¿Cuántos hijos tiene? ¿Cuántos hijos menores de 5 años tiene?	Número total de hijos Número de hijos <5 años	
	Escolaridad: educación formal que una persona recibe durante su vida, la cual es impartida en una escuela o institución en distintos niveles y se expresa mediante el último nivel de estudios al momento de la encuesta.	Cualitativa ordinal	¿Cuál es su nivel de estudios?	1.Sin escolaridad 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Técnico 6.Profesional 7.Posgrado 8.Otro, especifique: _____ _____	
	Ocupación: profesión u oficio de una persona, el cual es remunerado.	Cualitativa nominal	¿A qué se dedica actualmente?	1.Estudia 2.Trabaja ¿en qué área y cargo? 3. Hogar 4. Pensionado/jubilado	
	Ingreso familiar: cantidad de dinero que se percibe, producto del ingreso familiar en un mes de trabajo.	Cuantitativa discreta	Su ingreso familiar mensual es:	1.Menor \$2,200 2.De \$2,200 a \$6,500 3.De \$6,501 a \$13,100 4.De \$13,100 a \$19,700 5.Mayor a \$19,701	

	Vivienda: lugar que se construye para que sea habitado por personas, y se expresa por el tipo de ésta.	Cualitativa nominal	¿La casa donde usted vive es?	1.Propia 2.La está pagando 3.Rentada 4.Prestada	
	Habitantes: personas que viven en determinado lugar.	Cuantitativa discreta	¿Cuántas personas viven normalmente con usted?, contando a los niños chiquitos y a los ancianos. Incluya también a los trabajadores domésticos y huéspedes que duermen en su domicilio.	Número de personas: _____	
Características de salud: factores que influyen sobre el estado de salud de las personas.	Comorbilidades: existencia de una o más enfermedades, además del trastorno o enfermedad primaria.	Cualitativa nominal	¿Actualmente padece alguna enfermedad que le haya sido diagnosticada?	1.Sí. ¿Qué enfermedades? _____ 2.No	
	Limitación para realización de mastografía: circunstancia o condición que impide o dificulta la realización de mastografía.	Cualitativa nominal	¿Tiene algún problema que le limite para la realización de mastografía?	1.Sí. ¿Cuál? _____ 2.No	
Modelo Transteórico: describe las diferentes disposiciones personales respecto a la intención de modificar el comportamiento para la realización de la mastografía.	Precontemplación: etapa en la cual las mujeres de entre 40 y 69 años no tienen intención de realizarse la mastografía en un lapso de los siguientes seis meses. Contemplación: etapa en la que las personas de entre 40 y 69 años usuarias de la UMF 1 tienen intención de realizarse la mastografía en los próximos 6 meses y harán un intento formal para realizársela.	Categoría nominal	¿Usted se ha realizado la mastografía?	1.No y no tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses. 2.No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses. 3.No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 30 días. 4.Sí, me la he realizado hace 6 meses. 5.Sí, me la realicé hace más de 6 meses. 6.Sí, llevo realizándomela desde hace más de 5 años.	Sumatoria de las puntuaciones respondidas

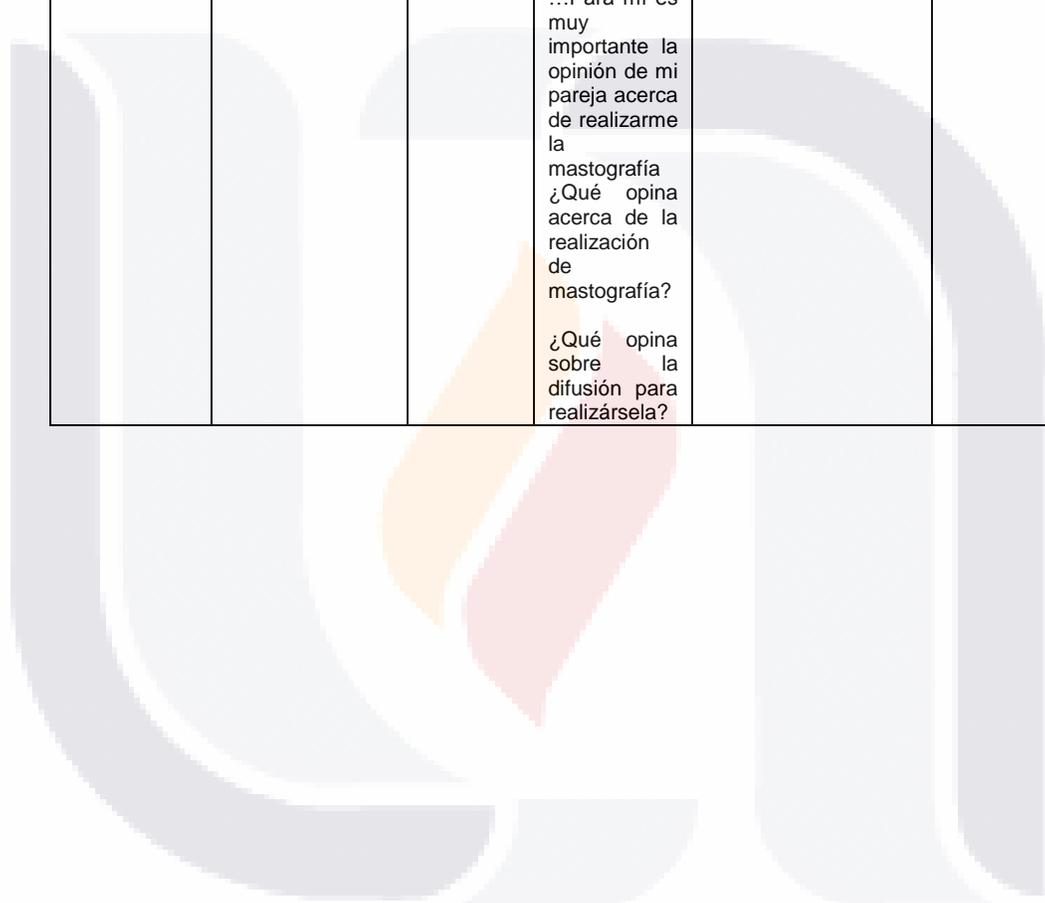
	<p>Preparación: etapa en la que las mujeres de 40 a 69 años tienen una intención más afianzada para comenzar a realizarse la mastografía en los próximos 30 días y además tienen un plan para ésta.</p> <p>Acción: etapa en la que las mujeres de 40 a 69 años con intención de realizarse la mastografía se la han realizado en un tiempo menor a 6 meses.</p> <p>Mantenimiento: etapa en que las mujeres de 40 a 69 años de edad se han realizado la mastografía en un tiempo de 6 o más meses.</p> <p>Terminación: etapa en que las mujeres de 40 a 69 años con la intención de realizarse la mastografía lo ha hecho independientemente si se ha encontrado en situaciones difíciles, con una confianza del 100% sobre la capacidad que posee para realización de mastografía.</p>				
<p>Autoeficacia : confianza que las personas de entre 40 a 64 años tienen sobre su capacidad para realizarse la mastografía de acuerdo a la apreciación percibida para realizarla sin</p>	<p>Estado de ánimo: humor o tono sentimental, agradable o desagradable que acompaña a la decisión de realizarse la mastografía por algún tiempo.</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>Puedo realizarme la mastografía aunque....</p> <p>...esté deprimida ...esté triste o desanimada ...tenga problemas familiares ...me sienta cansada ...atreviese por</p>	<p>Escala Likert de 5 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada segura 2. Algo segura 3. Moderadamente segura 4. Muy segura 5. Completamente segura 	<p>Sumatoria de las puntuaciones respondidas</p>

mayor problema.			problemas personales ...mi familiar y amigas no me apoyen		
	Falta de tiempo: ausencia de un tiempo determinado para realizarse la mastografía.	Cualitativa nominal	Puedo realizarme la mastografía aunque.... ...no tenga tiempo ...tenga mucho trabajo que hacer en casa ...esté presionada por el trabajo ...esté ocupada ...tenga otros compromisos ...tenga visitas en casa ...haya otras cosas interesantes que hacer	Escala Likert de 5 puntos: 1.Nada segura 2.Algo segura 3.Moderadamente segura 4.Muy segura 5.Completamente segura	Sumatoria de las puntuaciones respondidas
	Norma social: reglas a las que las personas se ajustan para la realización de la mastografía de acuerdo al entorno donde se desenvuelve.	Cualitativa nominal	Puedo realizarme la mastografía aunque.... ...mis amigas no quieren que me la haga ...otras personas significativas (pareja, novio, padres, hijos) no quieren que me la haga ...esté de vacaciones	Escala Likert de 5 puntos: 1.Nada segura 2.Algo segura 3.Moderadamente segura 4.Muy segura 5.Completamente segura	Sumatoria de las puntuaciones respondidas

	<p>Falta de recursos: ausencia de los medios o elementos disponibles para realizarse la mastografía.</p>	Cualitativa nominal	<p>Puedo realizarme la mastografía aunque....</p> <p>...no tenga dinero ...no tenga cita programada ...esté sola ...esté de regreso de vacaciones ...haga mal clima</p>	<p>Escala Likert de 5 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Nada segura 2.Algo segura 3.Moderadamente segura 4.Muy segura 5.Completamente segura 	<p>Sumatoria de las puntuaciones respondidas</p>
	<p>Desventaja: circunstancia de estar en peor situación para realizarse la mastografía en comparación con otras mujeres</p>	Cualitativa nominal	<p>Puedo realizarme la mastografía aunque....</p> <p>...esté recuperándome de una lesión o intervención que haya tenido ...tenga alguna molestia física ...esté recuperándome de una enfermedad que me impida realizármela</p>	<p>Escala Likert de 5 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Nada segura 2.Algo segura 3.Moderadamente segura 4.Muy segura 5.Completamente segura 	<p>Sumatoria de las puntuaciones respondidas</p>
	<p>Ansiedad: estado mental que causa gran inquietud, excitación e inseguridad para realizarse la mastografía</p>	Cualitativa nominal	<p>Puedo realizarme la mastografía aunque....</p> <p>...me sienta ansiosa ...esté ansiosa ...esté bajo mucho estrés ...tenga que venir sola ...no me gusta la técnica con la que se realiza</p>	<p>Escala Likert de 5 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Nada segura 2.Algo segura 3.Moderadamente segura 4.Muy segura 5.Completamente segura 	<p>Sumatoria de las puntuaciones respondidas</p>
	<p>Mejorar la salud: aumentar o mantener el completo estado de bienestar físico, mental y social, mediante la actividad física.</p>	Cualitativa nominal	<p>Realizarme la mastografía me sirve para...</p> <p>Tranquilizarme, dejar de estar estresada...</p>	<p>Escala Likert de 4 puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Totalmente desacuerdo 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo 	<p>Sumatoria de las puntuaciones respondidas</p>

			Cuidar mi salud... Mantenerme sana...		
	Mejorar la autoestima: la persona tiene de sí misma al realizarse la mastografía. el aprecio que la persona tiene de sí misma al realizarse la mastografía.	Cualitativa nominal	Realizarme la mastografía me sirve para... Sentirme bien conmigo misma... Sentirme feliz... Mejorar mi estado de ánimo	Escala Likert de 4 puntos: 1.Totalmente desacuerdo en 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo	Sumatoria de las puntuaciones respondidas
	Ventajas: condición favorable que se produce por realizarse la mastografía.	Cualitativa nominal	Realizarme la mastografía ... Hace que me sienta mejor... Hace que me sienta feliz... Hace que me sienta tranquila...	Escala Likert de 4 puntos: 1.Totalmente desacuerdo en 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo	Sumatoria de las puntuaciones respondidas
	Desventajas: condición desfavorable que se produce por realizarse la mastografía.	Cualitativa nominal	Realizarme la mastografía ... Me quita tiempo... Es complicado, difícil... Requiere paciencia...	Escala Likert de 4 puntos: 1.Totalmente desacuerdo en 2.En desacuerdo 3.De acuerdo 4.Totalmente de acuerdo	Sumatoria de las puntuaciones respondidas
		Cualitativa nominal	...Mis amigas me sugieren que me realice la mastografía ...Mi mamá me recomienda que me realice la mastografía ...La opinión de mis amigas es importante para mi	Escala Likert de 4 puntos: 1.Nunca 2.Rara vez 3.A veces 4.Muy frecuente	Sumatoria de las puntuaciones respondidas

		<p>Cualitativ a nominal</p>	<p>...Para mí es importante la opinión de mi madre ...Mis amigas me presionan para que me realice la mastografía ...Mi pareja me aconseja que me realice la mastografía ...Para mí es muy importante la opinión de mi pareja acerca de realizarme la mastografía ¿Qué opina acerca de la realización de mastografía? ¿Qué opina sobre la difusión para realizársela?</p>	<p>Escala visual análoga con 6 opciones de respuesta</p>	
--	--	---------------------------------	---	--	--



ANEXO C INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 Unidad de Medicina Familiar No. 1
 Aguascalientes, Ags.**

CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE MASTOGRAFÍA.

Folio

INSTRUCCIONES: El propósito de este cuestionario es conocer algunas ideas y prácticas relacionadas con la realización de la mastografía. La información que usted proporcione será de mucha utilidad para conocer y comprender las opiniones y circunstancias de las mujeres en relación a la realización de la mastografía. La información que proporcione será totalmente confidencial y no afectará la atención que usted recibe en el IMSS.

Sección I. Características sociodemográficas.

1. Nombre:

Fecha de aplicación:

Día Mes Año

2. Número de afiliación:

3. Teléfono:

4. Número de consultorio:

5. Turno:

- 1. Matutino 2. Vespertino**

6. Fecha de nacimiento:

Día Mes Año

7. Edad:

8. Género:

- 1. Masculino 2. Femenino**

9. Estado civil actual:

- 1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda 6. Separada**

10. ¿Cuántos hijos tiene? _____

11. ¿Cuántos hijos menores de 5 años tiene? _____

12. Nivel de estudios: _____

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1. Sin escolaridad | 5. Técnico |
| 2. Primaria | 6. Profesional |
| 3. Secundaria | 7. Posgrado |
| 4. Preparatoria | 8. Otro, |
| especifique _____ | |

13. ¿A qué se dedica actualmente: _____

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Estudia | 2. Trabaja, ¿en qué área y cargo? |
| 3. Hogar | 4. Pensionada/Jubilada |

14. Su ingreso familiar mensual es: _____

1. **Menor a \$2,200**
2. **De \$2,201 a \$6,500**
3. **De \$6,501 a \$13,100**
4. **De \$13,101 a \$19,700**
5. **Más de \$19,701**

15. ¿La casa donde usted vive es?

- | | | | |
|------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|
| 1. Propia | 2. La está pagando | 3. Rentada | 4. Prestada |
|------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|

16. ¿Cuántas personas viven normalmente con usted?, contando a los niños chiquitos y a los ancianos. Incluya también a los trabajadores domésticos y huéspedes que duerman en su domicilio.

Número de personas: _____

Sección II. Características de salud.

1. ¿Actualmente padece alguna enfermedad que le haya sido diagnosticada?

- | | |
|---|--------------|
| 1. Si. ¿Qué enfermedad/es? _____ | 2. No |
|---|--------------|

2. ¿Tiene algún problema que le limite para la realización de mastografía?

- | |
|----------------------------|
| 1. Si. ¿Cuál? _____ |
|----------------------------|

Sección III.

La mastografía es un estudio de rayos X donde se visualiza la glándula mamaria. Se recomienda su realización en edades de 40 a 69 años de edad, con el objetivo de una detección oportuna sobre el Cáncer de mama, teniendo la posibilidad, en caso de encontrarse alguna alteración, de intervenir de manera temprana y disminuir los casos de muerte.

De acuerdo con esta definición, ¿Usted se ha realizado mastografía?

1. No, y no tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses.
2. No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses.
3. No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 30 días.
4. Sí, me la he realizado hace 6 meses.
5. Sí, me la realicé hace más de 6 meses.
6. Sí, llevo realizándomela desde hace más de 5 años.

Sección IV.

A continuación, le presentaré una serie de frases que describen las situaciones, en las cuales las mujeres pueden encontrar dificultades para realizarse la mastografía de tamizaje. Por favor, la que más se acerque a su respuesta, con la escala que le presentaré.

Este no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor conteste de manera honesta todas las preguntas.

Creo que puedo realizarme la mastografía aunque...	1. <i>Nada segura</i>	2. <i>Algo segura</i>	3. <i>Moderada mente segura</i>	4. <i>Muy segura</i>	5. <i>Completamente segura</i>
1.Me sienta ansiosa					
2.Tenga mucho trabajo que hacer en casa					
3.Mis amigas no quieran que me la haga					
4.Esté de vacaciones					
5.Mis compañeras citadas para realización de mastografía decidan no acudir ese día					
6.Tenga visitas en casa					
7.Otras personas significativas (pareja, novio, padres, hijos, etc) no quieran que me la realice					
8.Esté presionada por el trabajo					
9.Esté de viaje					
10.No tenga tiempo					
11.Atraviесе por problemas personales					
12.No me guste la técnica con que se realiza					
Creo que puedo realizarme la mastografía aunque...	1. <i>Nada segura</i>	2. <i>Algo segura</i>	3. <i>Moderada mente segura</i>	4. <i>Muy segura</i>	5. <i>Completamente segura</i>
13.Tenga que venir sola					

14. Tenga alguna molestia física
15. Esté recuperándome de alguna lesión o intervención que haya tenido
16. Esté ocupada
17. No tenga cita programada
18. Esté bajo mucho estrés
19. Haga mal clima
20. Esté ansiosa
21. Esté en recuperación de alguna enfermedad que me impida realizármela
22. Tenga otros compromisos
23. Esté deprimida
24. Me sienta cansada
25. Esté sola
26. Haya otras cosas interesantes por hacer
27. Mi familia y amigas no me apoyen
28. Tenga problemas familiares
29. Esté triste o desanimada
30. Esté de regreso de unas vacaciones
31. No tenga dinero para transportarme

A continuación le leeré una serie de afirmaciones relacionadas con los posibles efectos de realizarse la mastografía en el tiempo que debe ser. Le pido por favor que conteste su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Elija la respuesta con base en su opinión personal.

Realizarme la mastografía me sirve para...	4. <i>Totalmente de acuerdo</i>	3. <i>De acuerdo</i>	2. <i>En desacuerdo</i>	1. <i>Totalmente en desacuerdo</i>
Sentirme bien conmigo misma				
Sentirme feliz				
Tranquilizarme, dejar de estar estresada				
Cuidar mi salud				
Mejorar mi estado de ánimo				
Mantenerme sana				

Sección V.

Le leeré las siguientes afirmaciones respecto a hacer respuesta cada afirmación con base en lo que usted le pasa, lo que usted cree o piensa. Es importante responda basándose en **lo que realmente le pasa, NO en lo que crea que debe ser.** Gracias.

Realizarme la mastografía...	4. <i>Totalmente de acuerdo</i>	3. <i>De acuerdo</i>	2. <i>En desacuerdo</i>	1. <i>Totalmente en desacuerdo</i>
Hace que me sienta mejor				
Me quita tiempo				
Es complicado, difícil				
Requiere paciencia				
Hace que me sienta feliz				
Hace que me sienta tranquila				

Sección VI.-

INSTRUCCIONES:

Conteste con cuidado las siguientes afirmaciones respecto a la realización de mastografía y responda cada afirmación con base en lo que realmente le pasa.

1. Mis amigas me sugieren que me realice las mastografía

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

2. Mi mamá me recomienda que me realice la mastografía

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

3. La opinión de mis amigas es importante para mi

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

4. Para mi es importante la opinión de mi madre

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

5. Mis amigas me presionan para que me realice la mastografía

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

6. Mi pareja me aconseja que me realice la mastografía

4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente	3.(<input type="checkbox"/>) A veces
2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez	1.(<input type="checkbox"/>) Nunca

ANEXO D.- MANUAL OPERACIONAL

MANUAL OPERACIONAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No1 AGUASCALIENTES, AGS.

1. La residente de tercer año de medicina familiar aplicará el instrumento de etapas de cambio del Modelo Transteórico y la realización de la mastografía a mujeres de 40 a 69 años de edad derechohabientes de la UMF 1 del IMSS Delegación Aguascalientes.
2. Se seleccionaran a mujeres que se encuentren en la sala de espera por cualquier motivo en la UMF1 en ambos turnos, con un total de 375 mujeres, a las cuales se les solicitará su participación y se les dará a firmar la carta de consentimiento informado, además se les explicará en qué consiste el instrumento y el objetivo de su participación en el estudio
3. El cuestionario consta en la primera parte de 21 preguntas relacionadas a variables sociodemográficas y problemas de salud. La tercera parte en relación a las etapas de cambio. Se medirá la autoeficacia con 33 ítems. Balance decisional con un ítem, escala de actitud con dos preguntas y seis opciones de respuesta utilizando una escala visual análoga de 6 opciones. La duración aproximada es de 30 minutos, la información que se manejará en esta entrevista será confidencial y no afecto en la atención que se brindó en la atención institucional. Se le comunicará al entrevistado que en momento que no quisiera contestar una pregunta, o no quisiera continuar con la entrevista se podía retirar.

SECCIÓN I.

En este apartado, la información será obtenida de los datos de la paciente a la cual se entrevista, ya que ellas serán las que proporcionen toda la información al responder la encuesta.

SECCIÓN I. Características sociodemográficas

1. **Nombre y fecha de aplicación.** Hace referencia al nombre completo de la persona entrevistada y se contesta de manera abierta, es decir, solamente escribiendo su nombre. En cuanto a la fecha de aplicación se llenarán los campos del día en que se hizo la entrevista llenando los cuadros para día, mes y año.
2. **Número de afiliación.** Aquí se escribirán los dígitos de su número de seguro social, incluyendo el agregado, por lo cual si la mujer es trabajadora el agregado iniciará con número 1, si es cónyuge será el número 2. Éste se encuentra en la primera carátula de datos generales de su cartilla de citas.
3. **Teléfono.** Se le pregunta su número de teléfono, de no tener se le pedirá el número telefónico de algún familiar y se procederá a anotarlo a diez dígitos.
4. **Consultorio.** Se refiere al número de consultorio en el que recibe su atención médica, es decir el que le fue asignado al momento de darse de alta ante el IMSS. Anotaré el número de éste.

5. **Turno.** Ya sea si la atención médica que recibe le corresponde en la mañana se pondrá el número 1 que corresponde a matutino, de lo contrario, si es vespertino se pondrá el número 2.
6. **Fecha de nacimiento.** La cual corresponde al día en que nació. Con el formato de dos dígitos para día, dos para el mes y cuatro para el año.
7. **Edad.** Hace referencia a la edad cumplida que tenga al momento de la entrevista la persona. Si por ejemplo se le realiza en el mes de octubre y tiene 48 años pero en noviembre cumple 49, se pondrá 48.
8. **Género.** En este caso el estudio será aplicado sólo a mujeres por lo que la respuesta siempre será el número 2.
9. **Estado civil actual.** Se le preguntará a la mujer su estado civil actual y se codifica de acuerdo a su respuesta, si su respuesta es soltera, se seleccionará la opción que corresponde al número uno.

Ejemplo _1

1. Soltera

2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Separada
6. Viuda

10. **¿Cuántos hijos tiene?** Se le preguntará cuántos hijos vivos tiene y se anotará en el espacio correspondiente. De no tenerlos se pondrá el número 0.
11. **¿Cuántos hijos menores de 5 años tiene?** Se le preguntará cuántos de sus hijos tiene menos de 5 años de edad y se anotará el número de hijos con esta característica en el espacio correspondiente. De no tenerlos se pondrá el número 0.
12. **Nivel de estudios.** En esta sección se pregunta a la persona hasta qué grado de estudios terminó y se contesta con las posibles respuestas dadas, en caso de que su grado máximo sea preparatoria la opción que se seleccionará es el número cuatro. Y se pondrá en el espacio correspondiente; 4

Ejemplo:

1. Sin escolaridad
2. Primaria
3. Secundaria
- 4. Preparatoria**
5. Profesional
6. Posgrado
7. Otro, especifique _____

13. **¿A qué se dedica actualmente?** Se le preguntará a la mujer a que se dedica en esos momentos, si dijera que al hogar, corresponde al número 3 y se pondrá ese número en el espacio correspondiente.

Ejemplo: _3_

1. Estudia
2. Trabaja, ¿en qué área y cargo? _____
- 3. Hogar**
4. Pensionada/Jubilada

14. Su ingreso familiar mensual es ____. Se le preguntará a la persona cuánto es lo que se percibe mensualmente de dinero en su familia. Si su respuesta fuera de \$5,000, entonces en el espacio correspondiente se pondrá el número **2**.

Ejemplo: __2__

1. Menor a \$2,200

2. De \$2,201 a \$6,500

3. De \$6,501 a \$13,100

4. De \$13,101 a \$19,700

5. Más de \$19,701

15. ¿La casa donde usted vive es? ____. Se le pregunta a la mujer si la casa donde habita es 1. propia, 2. la está pagando, 3. rentada, 4. prestada. En caso que la mujer diga que está rentando se pondrá en el espacio el número 3.

Ejemplo: __3__

16. ¿Cuántas personas viven normalmente con usted?, contando a los niños chiquitos y a los ancianos. Incluya también a los trabajadores domésticos y huéspedes que duerman en su domicilio. Se le pregunta a la persona cuántas personas viven con ella, independientemente de que sea por consanguinidad o alguna amistad, etc. Depende de la respuesta que nos de, pondré el número en el espacio correspondiente.

Ejemplo: __6__

SECCIÓN II.

En este apartado se desea conocer si la mujer tiene algún problema de salud diagnosticado o si tiene algún impedimento para la realización de la mastografía. La información será obtenida de acuerdo a la respuesta de la persona.

SECCIÓN II. Características de salud.

2. ¿Actualmente padece alguna enfermedad que le haya sido diagnosticada? Se le pregunta a la persona si tiene alguna enfermedad, si nos contesta que si le preguntaré cuál enfermedad y la anotaré en el espacio que hay en la opción número 1.

Ejemplo:

1. Si. ¿Qué enfermedad/es? _Diabetes tipo 2_____ 2. No

2. ¿Tiene algún problema que le limite para la realización de mastografía? Se le pregunta a la mujer si tiene algún problema en particular que le impida la realización de mastografía. En caso de que si lo tenga se le pregunta cuál y se anota en el espacio de la opción número

Ejemplo:

2. Si. ¿Cuál? Falta de tiempo porque trabajo en diferentes horarios. 2. No

SECCIÓN III.

Se realizó con la finalidad de dar a conocer a las mujeres de lo que trata el estudio de la mastografía, así como sus objetivos y recomendaciones para realizársela, de tal modo que en base a sus respuestas se podrá describir en qué etapa de cambio del Modelo Transtéorico se encuentra la mujer.

SECCIÓN III.

La mastografía es un estudio de rayos X donde se visualiza la glándula mamaria. Se recomienda su realización en edades de 40 a 69 años de edad, con el objetivo de una detección oportuna sobre el Cáncer de mama, teniendo la posibilidad, en caso de encontrarse alguna alteración, de intervenir de manera temprana y disminuir los casos de muerte. De acuerdo con esta definición, ¿Usted se ha realizado mastografía? _____ . En este espacio se pondrá el número de acuerdo a la respuesta obtenida por la persona tanto si se la ha realizado y el tiempo en que se la realizó o si no se la ha realizado y no tiene la intención de realizársela o si la tiene pero en determinado lapso de tiempo. Por ejemplo, si dice que no se la ha realizado, pero tiene la intención de realizársela dentro de los próximos seis meses, se pondrá el número **2** en el espacio correspondiente. **Ejemplo: _2_.**

- 7. No, y no tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses.
- 8. **No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 6 meses.**
- 9. No, pero tengo la intención de realizármela en los próximos 30 días.
- 10. Sí, me la he realizado hace 6 meses.
- 11. Sí, me la realicé hace más de 6 meses.
- 12. Sí, llevo realizándomela desde hace más de 5 años.

SECCIÓN IV. Autoeficacia.

Escala de autoeficacia compuesta por 31 preguntas enfatizadas en cuanto a dificultades o barreras que justificarían el no realizarse la mastografía. La pregunta que se le realiza es: **“Creo que puedo realizarme la mastografía aunque..”**. Las respuestas del entrevistado fueron marcadas con una “x” de la siguiente manera: Se le indico al entrevistado las opciones que tenía para contestar, para esto se le presento hojas con una escala tipo Likert, con las siguientes opciones (1=Nada segura, 2=Algo segura, 3=Moderadamente segura, 4=Muy segura, 5=Completamente seguro).

1.¿Puedo realizarme la mastografía aunque me sienta ansiosa?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo:

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
1.Me sienta ansiosa			3		

2.¿Puedo realizarme la mastografía aunque tenga mucho trabajo que hacer en casa?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo:

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga mucho trabajo que hacer en casa				4	

3.¿Puedo realizarme la mastografía aunque mis amigas no quieran que me la haga?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo:

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
mis amigas no quieren que me la haga					5

4.¿Puedo realizarme la mastografía aunque esté de vacaciones?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté de vacaciones		2			

5.¿Puedo realizarme la mastografía aunque mis compañeras citadas para realización de mastografía decidan no acudir ese día?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
mis compañeras citadas para realización de mastografía decidan no acudir ese día					5

6.¿Puedo realizarme la mastografía aunque tenga visitas en casa?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga visitas en casa	1				

7.¿Puedo realizarme la mastografía aunque otras personas significativas (pareja, novio, padres, hijos, etc) no quieran que me la realice?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
otras personas significativas (pareja, novio, padres, hijos, etc) no quieran que me la realice?					5

8.¿Puedo realizarme la mastografía aunque esté presionada por el trabajo?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté presionada por el trabajo			3		

9.¿Puedo realizarme la mastografía aunque esté de viaje?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté de viaje		2			

10.¿Puedo realizarme la mastografía aunque no tenga tiempo?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
No tenga tiempo	1				

11¿Puedo realizarme la mastografía aunque atraviese por problemas personales?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Atraviese por problemas personales				4	

12¿Puedo realizarme la mastografía aunque no me gusta la técnica con la que se realiza?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
No me gusta la técnica con la que se realiza			3		

13.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque tenga que venir sola?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga que venir sola					5

14.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque tenga alguna molestia física?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga una molestia física		2			

15.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté recuperándome de alguna lesión o intervención que haya tenido?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
esté recuperándome de alguna lesión o intervención que haya tenido			3		

16.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté ocupada?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté ocupada					5

17.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque no tenga cita programada?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
No tenga cita programada				4	

18.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté bajo mucho estrés?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Estés bajo mucho estrés	1				

19.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque haga mal clima?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
haga mal clima			3		

20.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté ansiosa?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté ansiosa				4	

21.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté en recuperación de alguna enfermedad que me impida realizármela?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
esté en recuperación de alguna enfermedad que					5

me impida realizármela					
------------------------	--	--	--	--	--

22.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque tenga otros compromisos?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga otros compromisos	1				

23.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté deprimida?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté deprimida			3		

24.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque me sienta cansada?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Me sienta cansada					5

25.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté sola?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté sola				4	

26.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque hay otras cosas interesantes por hacer?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Hay otras interesantes por hacer		2			

27.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque mi familia y amigas no me apoyen?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Mi familia y amigas no me apoyen	1				

28.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque tenga problemas familiares?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Tenga problemas familiares			3		

29.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté triste o desanimada?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté triste o desanimada				4	

30.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque esté de regreso de unas vacaciones?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
Esté de regreso de unas vacaciones					5

31.¿Creo que puedo realizarme la mastografía aunque no tenga dinero para transportarme?

Si su respuesta es completamente segura se codifica como 5, si su respuesta es muy segura se codifica 4, si su respuesta es moderadamente segura se codifica 3, si su respuesta es algo se codifica 2 y si su respuesta es nada segura se codifica 1. Ejemplo

	Nada segura	Algo segura	Moderadamente segura	Muy segura	Completamente segura
No tenga dinero para transportarme				4	

Expectativa de resultado

A continuación le leeré una serie de afirmaciones relacionadas con los posibles efectos de realizarse la mastografía en el tiempo que debe ser. Le pido por favor que conteste su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

Elija la respuesta con base en su opinión personal.

1.Realizarme la mastografía me sirve para sentirme bien conmigo misma?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Sentirme bien conmigo misma	4				

2.Realizarme la mastografía me sirve para sentirme feliz?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Sentirme feliz					1

3.Realizarme la mastografía me sirve para tranquilizarme, dejar de estar estresada?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Dejar de estar estresada				2	

4.Realizarme la mastografía me sirve para cuidar mi salud?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Cuidar mi salud		3		
-----------------	--	---	--	--

5.Realizarme la mastografía me sirve para mejorar mi estado de ánimo?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Mejorar mi estado de ánimo		3		

6.Realizarme la mastografía me sirve para mantenerme sana?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Mantenerme sana	4			

SECCIÓN V. ESCALA DE BALANCE DECISIONAL

Enfatizada por aspectos que la persona percibe como positivos o negativos de realizarse la mastografía.

SECCIÓN V. Realizarme la mastografía hace que... Realizarme la mastografía es... Escala de tipo Likert 4 puntos (1=Totalmente en desacuerdo...4=Totalmente de acuerdo), con posterior sumatoria de las respuestas. Igualmente para norma subjetiva.

1.Realizarme la mastografía hace que me sienta mejor?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Me sienta mejor	4			

2.Realizarme la mastografía me quita tiempo?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Me quita tiempo					1

3.Realizarme la mastografía es complicado, difícil?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es complicado, difícil			3		

4.Realizarme la mastografía requiere paciencia?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Requiere paciencia					1

5.Realizarme la mastografía hace que me sienta feliz?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Me sienta feliz				2	

6.Realizarme la mastografía hace que me sienta tranquila?

Si su respuesta es totalmente de acuerdo se codifica como 4, si su respuesta es de acuerdo se codifica 3, si su respuesta es en desacuerdo se codifica en 2, si su respuesta es en totalmente desacuerdo se codifica en 1. Ejemplo

	Totalmente de acuerdo	de	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Me sienta tranquila	4				

SECCIÓN VI. Norma Subjetiva

En este apartado la información también será obtenida de acuerdo a las respuestas que den las mujeres, ya que responderán lo que consideran más apropiado hacia la pregunta.

SECCIÓN VI

Se pretende que las personas se den cuenta del cómo influencia sobre ellas la toma de decisión o el realizarse la mastografía.

1.Mis amigas me sugieren que me realice las mastografía

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- | | |
|--|--|
| 4.(<input checked="" type="checkbox"/>) Muy frecuentemente | 3.(<input type="checkbox"/>) A veces |
| 2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez | 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca |

2.Mi mamá me recomienda que me realice la mastografía

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- | | |
|---|---|
| 4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente | 3.(<input checked="" type="checkbox"/>) A veces |
| 2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez | 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca |

3.La opinión de mis amigas es importante para mi

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- | | |
|--|--|
| 4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente | 3.(<input type="checkbox"/>) A veces |
| 2.(<input checked="" type="checkbox"/>) Rara vez | 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca |

4.Para mi es importante la opinión de mi madre

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- | | |
|---|---|
| 4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente | 3.(<input checked="" type="checkbox"/>) A veces |
| 2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez | 1.(<input type="checkbox"/>) Nunca |

5.Mis amigas me presionan para que me realice la mastografía

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- | | |
|---|---|
| 4.(<input type="checkbox"/>) Muy frecuentemente | 3.(<input type="checkbox"/>) A veces |
| 2.(<input type="checkbox"/>) Rara vez | 1.(<input checked="" type="checkbox"/>) Nunca |

6.Mi pareja me aconseja que me realice la mastografía

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- 4. () Muy frecuentemente
- 3. () A veces
- 2. () Rara vez
- 1. () Nunca

7. Para mí es muy importante la opinión de mi pareja acerca de realizarme la mastografía

Si su respuesta es muy frecuentemente se codifica como 4, si su respuesta es a veces se codifica 3, si su respuesta es rara vez se codifica en 2, si su respuesta es nunca se codifica en 1. Ejemplo

- 4. () Muy frecuentemente
- 3. () A veces
- 2. () Rara vez
- 1. () Nunca

SECCIÓN VII. ESCALA DE ACTITUD

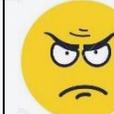
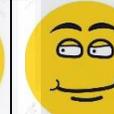
En esta sección se pretende saber si las mujeres tienen la actitud para realizarse la mastografía.

SECCIÓN VII. 2 preguntas en cuanto a gusto o disgusto sobre la realización de la mastografía con 6 opciones de respuesta utilizando *escala visual análoga de 6 opciones (gusto hasta disgusto total)*.

Conteste con el cuadro que mejor exprese su opinión sobre las siguientes preguntas. Apoye su respuesta en las expresiones de los rostros de la primera fila.

1. ¿Qué opina acerca de la realización de mastografía?

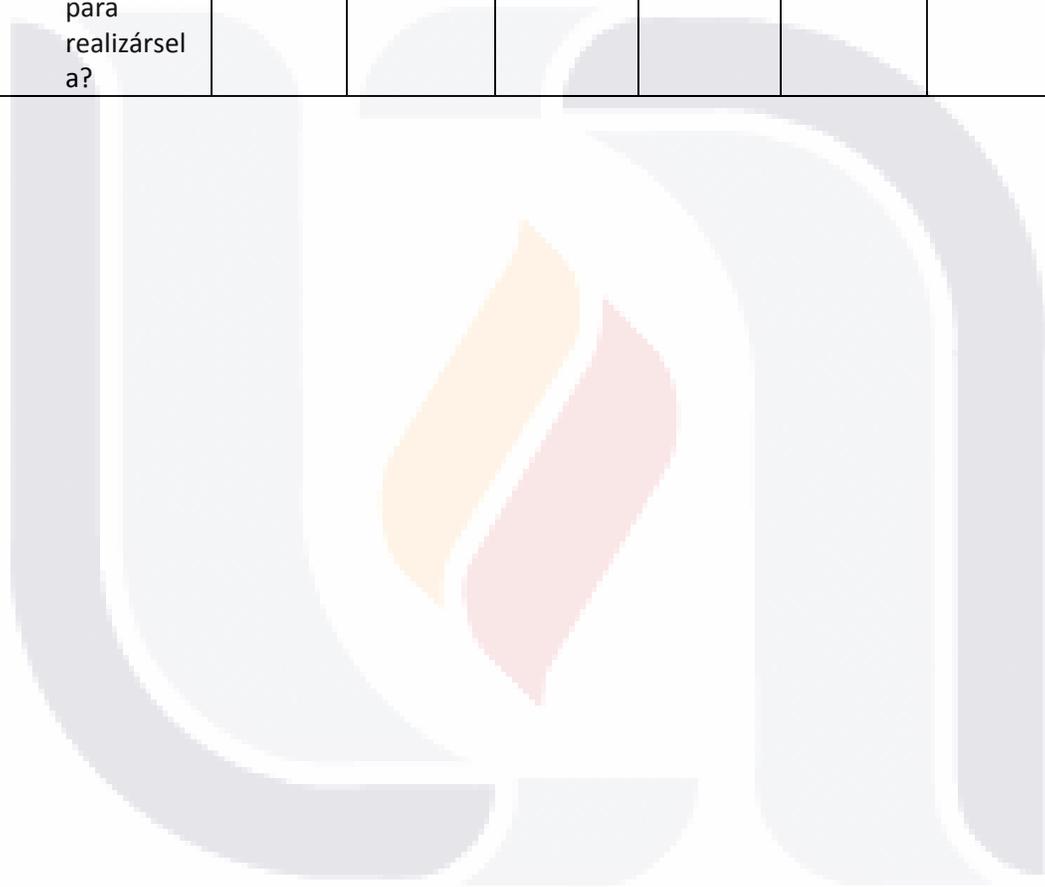
Respuesta utilizando *escala visual análoga de 6 opciones (gusto hasta disgusto total)*.

						
3. ¿Qué opina acerca de la realización de mastografía?			X			

2. ¿Qué opina sobre la difusión para realizarse la mastografía?

Respuesta utilizando *escala visual análoga de 6 opciones (gusto hasta disgusto total)*.

						
4. ¿Qué opina sobre la difusión para realizársela?		X				



ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Enero 2019	Enero/Junio 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020
Elección del tema	X										
Acopio de información	X	X	X	X	X						
Revisión de la literatura	X	X	X	X	X	X	X				
Diseño de protocolo				X	X	X					
Planteamiento del problema		X	X	X	X	X					
Identificación de antecedentes		X	X	X	X	X					
Justificación			X	X	X	X					
Envío del protocolo al comité local						X	X				
Revisión y modificación							X				

ón del protocolo											
Registro del protocolo						X					
Aprobación del protocolo							X				
Trabajo de campo							X				
Captura y tabulación de datos								X	X		
Análisis de resultados								X	X		
Autorización								X	X		
Elaboración de informe final								X	X		
Discusión de resultados								X	X		