



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**DIMENSIONES DEL MODELO EN CREENCIAS DE SALUD ASOCIADO
AL TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 40-69 AÑOS
DE EDAD DE LA UMF N°1.**

TESIS PRESENTADA POR

DEISY MAYELA GÓMEZ MORENO

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

ASESOR

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ.

CO ASESOR

DRA. CAROLINA QUIÑONES VILLALOBOS

AGUASCALIENTES, AGS., ENERO 2026



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 21/01/2026

NOMBRE: GOMEZ MORENO DEISY MAYELA ID 137881

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

SEDE HOSPITALARIA: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO: DIMENSIONES DEL MODELO EN CREENCIAS DE SALUD ASOCIADO AL TAMIZAJE DE CANCER DE MAMA EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD DE LA UMF N°1

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): LA PERCEPCION SUBJETIVA DE OBSTACULOS (MIEDO, ESTIGMA, DESCONOCIMIENTO O DESCONFIANZA) CONSTITUYE UN FACTOR DECISIVO QUE LIMITA LA PREVENCION EFECTIVA DEL CANCER DE MAMA

INDICAR SI - NO - NA (No aplica) SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

SI	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Posgrado
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial
SI	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene el CVU de la SECIHTI actualizado
NA	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. EN FARM. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 136 fracción II, inciso g) del Reglamento General de Posgrado que a la letra señala: autorización de la persona titular del Decanato del Centro de Ciencias de la Salud.



AGUASCALIENTES, AGS, 30 DE OCTUBRE DE 2025

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
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 Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. DEISY MAYELA GÓMEZ MORENO.

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**DIMENSIONES DEL MODELO EN CREENCIAS DE SALUD ASOCIADO AL
TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD DE
LA UMF N°1.**

Número de Registro: **R-2024-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La **Dra. Deisy Mayela Gómez Moreno** 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:

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ

COORDINADOR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, 30 DE OCTUBRE DE 2025

DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
COORDINADOR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN 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. DEISY MAYELA GÓMEZ MORENO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

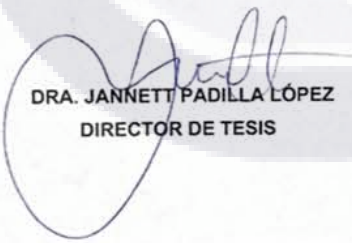
**DIMENSIONES DEL MODELO EN CREENCIAS DE SALUD ASOCIADO AL TAMIZAJE
DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD DE LA UMF N°1.**

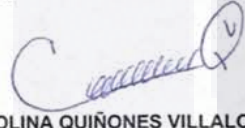
Número de Registro: **R-2024-101-010** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

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

La **Dra. Deisy Mayela Gómez Moreno** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se 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 cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ
DIRECTOR DE TESIS


DRA. CAROLINA QUIÑONES VILLALOBOS
CO ASESOR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 1018
HIGIAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CE 01 001 038
Registro CONISOETICA CONISOETICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Miércoles, 31 de enero de 2024

Doctor (a) Jannett Padilla López

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Maestro (a) Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimió

IMSS

SEGURO Y SALUD PARA TODOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **101**.
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Domingo, 11 de febrero de 2024**

Doctor (a) Jannett Padilla López

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cancer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Confirmación de envío



Gracias por enviar su manuscrito al *New England Journal of Medicine*.

Si no recibe un correo electrónico de confirmación, hay un problema con la dirección de correo electrónico de su cuenta. Por favor, revise su cuenta o póngase en contacto con la oficina editorial.

Enviado a Revista de Medicina de Nueva Inglaterra

ID de manuscrito 25-15838

título Modelo de creencia de salud asociado con la detección del cáncer de mama.

Autores Gómez Moreno y Delsy Mayela

Fecha de envío 30-Oct-2025

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A Dios por concederme la sabiduría, la fortaleza y la constancia necesarias para alcanzar este logro.

A mis padres Lidia y Gilverto por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser mi ejemplo de esfuerzo, dedicación y valores.

A mi hermana Lupita, por su apoyo, comprensión y compañía a lo largo de este proceso. Su presencia ha sido un pilar fundamental en este camino.

A mi novio Manuel que me ha acompañado un par de años en esta vida, me da alientos constante y que siempre me ha apoyado en este y todos nuestros proyectos.

A mis familiares y amigos, que han estado en cada etapa y meta de mi formación académica.

A mis maestros y a la Dra. Janett, Doctorante Caro y Dra. Evelyn que me han enseñado con paciencia los conocimientos necesarios para la elaboración del presente trabajo.

INDICE GENERAL.

INDICE GENERAL..... 1

INDICE DE TABLAS..... 3

ACRONIMOS..... 4

1. RESUMEN..... 5

1.1 ABSTRAC 6

2. INTRODUCCIÓN..... 7

3. ANTECEDENTES 8

4. MARCO TEORICO. 12

5. JUSTIFICACION..... 18

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 20

7.PREGUNTA DE INVESTIGACION..... 22

8. OBJETIVOS 23

8.1 Objetivo General..... 23

8.2 Objetivos específicos..... 23

9. HIPOTESIS..... 24

9.1 General. 24

9.2 Específicas. 24

10. MATERIAL Y MÉTODOS..... 25

10.1 Diseño. 25

10.2 Universo de trabajo. 25

10.3 Población de estudio. 25

10.4 Unidad de observación / análisis. 25

10.5 Criterios de selección. 25

10.5.1 Criterios de inclusión..... 25

10.5.2 Criterios de no inclusión. 25

10.6 Criterios de exclusión.....	26
10.7 Muestreo.	26
10.7.1 Tamaño de la muestra.	26
10.7.2 Tipo de muestreo.....	26
10.8 Variables en estudio.	26
10.9 Operacionalización de las variables.....	29
10.10 Logística.	29
10.11 Recolección de datos.	30
10.12 Descripción del instrumento.	31
10.13 Plan y procesamiento de datos.....	31
11. ASPECTOS ÉTICOS	33
11.1 Consideraciones éticas.	33
12. RECURSOS, INFRAESTRUCTURA Y FACTIBILIDAD.	34
12.1 Recursos humanos.	34
12.2 Recursos materiales.	34
12.3 Recursos financieros.....	34
12.4 Plan presupuestal.....	34
12.5 Factibilidad.	35
13. RESULTADOS.....	36
14 DISCUSIÓN.....	44
15 CONCLUSIONES.....	47
16. GLOSARIO.....	48
17. BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	53
ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	55
ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
ANEXO D INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL	75

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemograficas en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	36
Tabla 2 Variables antropometricas en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	37
Tabla 3. antecedentes gineco obstetricos en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	38
Tabla 4. actividad fisica en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	39
Tabla 5. antecedentes familiares de cáncer de mama y cáncer de ovario en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	41
Tabla 6. toxicomanias en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.	42
Tabla 7. pacientes femeninas de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags que se realizaron la mastografia.	43
Tabla 8. asociacion de las dimensiones del mcs con el tamizaje de cancer de mama en pacientes femeninas de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes.	43

ACRONIMOS

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

UMF. Unidad de Medicina Familiar.

OOAD. Órgano operativo administrativo desconcentrado.

CEI. Comité de ética en investigación.

CLIES. Comité de Investigación en Salud.

Ca. Cáncer.

MCS. Modelo en Creencias en Salud.

ECM. Exáme Clínico de Mama.

1. RESUMEN

Título: Dimensiones del Modelo en Creencias en Salud alud asociado al tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1. **Antecedentes:** El Modelo de Creencias en Salud (MCS) se originó en la década de los 50's por los psicólogos Hochbaum, Rosenstock y Kegels; este modelo que es entendido como el resultado de la susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para para la acción y la autoeficacia para la realización de un comportamiento. Se han realizado estudios con diferentes problemas en salud, como el de Nikpour en el que encontró asociación en la susceptibilidad con ORa de 1.31(IC 95%, 1.07,1.59) y autoeficacia ORa de 1.11(IC 95%, 0.87 - 1.42), Linh Thuy Duong reportó asociación en barreras con ORa de 0.84 (IC 95%, 0.71-0.99), Nasturah Abdullah reportó que en las barreras existe asociacion, con ORa de 0.81 (IC 95%, 0.67-0.97). Se puede concluir que existe discrepancia entre las distintas asociaciones encontradas. **Objetivo:** Valorar la fuerza de asociación entre las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud y el tamizaje de cáncer de mama en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar N°1 OOAD Aguascalientes. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyó a las mujeres de 40-69 años de edad. Con un muestreo aleatorio simple y tamaño de muestra con 312. **Resultados:** En el estudio participaron 312 mujeres de 40 a 69 años de la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Aguascalientes con una edad promedio de 55 años la mayoría casadas con escolaridad hasta secundaria y dedicadas al hogar más de la mitad presentaba obesidad con menopausia entre los 46 y 50 años, la mayoría dio lactancia materna y no usó hormonales, el 16.9 por ciento reportó familiares con cáncer de mama y una menor proporción antecedentes de cáncer de ovario. El 75% de las participantes se realizaron la mastografía en el último año. Las mujeres con mayores barreras percibidas tienen un 81% menos probabilidad de realizarse el tamizaje de cáncer de mama en comparación con aquellas que reportan menos barreras, ajustado por edad, edocivil y escolaridad. **Conclusiones:** El estudio muestra que las barreras percibidas (miedo, estigma, desconocimiento o desconfianza) son el principal obstáculo para realizar el tamizaje de cáncer de mama. Esto indica que no basta con ofrecer infraestructura o cobertura; es esencial reducir los temores y creencias negativas mediante educación, comunicación empática y acompañamiento del personal de salud, para fomentar la prevención y aumentar la detección temprana. **Palabras clave:** Modelo en creencias de salud, cáncer de mama, tamizaje de cáncer de mama.

1.1 ABSTRAC

Title: Dimensions of the Health Belief Model associated with breast cancer screening in women aged 40-69 at UMF No. 1. **Background:** The Health Belief Model (HBM) originated in the 1950s by psychologists Hochbaum, Rosenstock, and Kegels; this model is understood as the result of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, and self-efficacy for performing a behavior. Studies have been conducted with different health problems, such as that of Nikpour in which he found an association in susceptibility with ORa of 1.31 (95% CI, 1.07,1.59) and self-efficacy ORa of 1.11 (95% CI, 0.87 - 1.42), Linh Thuy Duong reported an association in barriers with ORa of 0.84 (95% CI, 0.71-0.99), Nasturah Abdullah reported that in barriers there is an association, with ORa of 0.81 (95% CI, 0.67-0.97). It can be concluded that there is a discrepancy between the different associations found. **Objective:** To assess the strength of association between the dimensions of the Health Belief Model and breast cancer screening in women of Family Medicine Unit No. 1 OOAD Aguascalientes. **Materials and methods:** A comparative cross-sectional study was conducted including women aged 40-69 years. Simple random sampling was used with a sample size of 312. **Results:** The study included 312 women aged 40 to 69 years from Family Medicine Unit No. 1 in Aguascalientes. The average age was 55 years. The majority were married, with education up to secondary school, and dedicated to the home. More than half were obese and reached menopause between the ages of 46 and 50. The majority breastfed and did not use hormonal agents. 16.9 percent reported family members with breast cancer, and a smaller proportion had a history of ovarian cancer. Seventy-five percent of the participants had a mammogram in the last year. Women with greater perceived barriers were 81% less likely to undergo breast cancer screening compared to those who reported fewer barriers, adjusted for age, marital status, and education. **Conclusions:** The study shows that perceived barriers (fear, stigma, lack of knowledge, or mistrust) are the main obstacles to breast cancer screening. This indicates that simply providing infrastructure or coverage is not enough; it is essential to reduce fears and negative beliefs through education, empathetic communication, and support from healthcare personnel to promote prevention and increase early detection. **Keywords:** Health belief model, breast cancer, breast cancer screening.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. (1) El cáncer de mama es una enfermedad de gran magnitud, que se considera como uno de los principales problemas en Salud Pública en el mundo. (2) En los últimos años, el cáncer de mama (CM) es el tipo de cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial y ha ido en aumento. Se pronostica que se reproducirán más de 2,1 millones de casos nuevos de cáncer de mama en todo el mundo, lo que representaría 1 de cada 4 casos de cáncer entre las mujeres. (3) Este tema en particular es importante debido a que en el año 2020, a nivel global se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres de las cuales 685 000 fallecieron por esta enfermedad. (2) Representa entre el 30% y el 40% de todos los cánceres femeninos del mundo. (4)

Una forma de entender por qué una mujer decide realizar o no una acción específica, como hacerse una mastografía para la detección temprana del cáncer de mama, es mediante el Modelo de Creencias de Salud (MCS). Este modelo permite identificar las barreras percibidas, la gravedad que se percibe al no realizarse el estudio, la susceptibilidad, las señales que motivan a la acción y la autoeficacia. Este estudio proporcionará información sobre la relación entre estas dimensiones del MCS y la práctica de la mastografía, lo que servirá como base para futuros estudios de intervención enfocados en abordar las dimensiones asociadas con mayor riesgo y en reforzar aquellas que actúan como factores protectores. Por tal motivo el objetivo de este estudio es valorar la fuerza de asociación entre las dimensiones del MCS y el tamizaje de cáncer de mama en pacientes femeninas de unidad de primer nivel de atención en Aguascalientes.

3. ANTECEDENTES

Nick Carcioppolo y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de identificar cómo se relacionan los predictores psicosociales del Modelo de Creencias en Salud con la disposición a adoptar prácticas de cribado con biomarcadores entre las mujeres por encima y por debajo de las recomendaciones actuales sobre la edad de cribado, participaron 205 mujeres menores de 40 años de edad, de raza caucasicas en 89.3%, el 95.6% de la población no tenían antecedentes de cáncer de mama y contaban con una mastografía de un lapso menor de 2 años en un 97.2% de las participantes, las dimensiones asociadas al MCS fueron: beneficios con coeficiente $\beta=0.84$ (IC95% .52 - 1.16), barreras con un coeficiente $\beta=-5.1$ (IC 95%, -.94 - -.07), en la susceptibilidad un coeficiente $\beta=.29$ (IC 95%, -.04 - .61), gravedad un coeficiente $\beta=.21$ (IC 95%, .05 - .37 y por último autoeficacia con un coeficiente $\beta=.80$ (IC 95%, .30 - 1.31). (5)

Maryam Nikpour y colaboradores, valoraron el riesgo a 5 años y a lo largo de la vida de desarrollar cáncer de mama en mujeres en comparación con el riesgo percibido por el MCS sobre el rendimiento del cribado desde una perspectiva clínica, en mujeres entre 35 y 85 años de edad, el 74.1% se dedican al hogar, en edad reproductiva en un 64%, se obtuvo en la dimensión de susceptibilidad percibida un ORa de 1.31 (IC 95%, 1.07, 1.59), no se encontraron asociaciones significativas en el resto de las dimensiones. (6)

Nukhet Kirag y colaboradores en los objetivos específicos de este estudio fueron analizar los factores asociados entre el cáncer de mama en las mujeres académicas turcas, determinar los niveles de sus conductas de cribado de cáncer de mama (CM) y descubrir la relación entre sus creencias sobre la salud y conductas de cribado, participaron mujeres entre 23 y 60 años de edad, en las barreras se encontró un ORa de 1.09 (IC 95%, 1.04 - 1.14). (4)

Kevser Tarı Selçuk y colaboradores el objetivo de este estudio fue determinar las conductas de cribado de cáncer de mama de las mujeres e investigar la asociación entre las creencias de salud y las conductas de cribado, en dicho estudio participaron mujeres mayores de 40 años de edad, el 88.7% no se había realizado una mastografía en los últimos dos años, al concluir este estudio, los resultados que mostraron de acuerdo al MCS, en los beneficios un ORa de 1.45, (IC 95%, 1.27–1.65) y en las barreras con ORa de 0.90 (IC 95%, 0.87-0.94). (7)

Linh Thuy Duong y colaboradores en su estudio, abordaron las creencias en materia de salud y la conducta de cribado mamográfico de los participantes; valoraron los factores asociados a la conducta de cribado mamográfico; identificaron los predictores de la conducta de cribado mamográfico, participaron 120 mujeres de 40-71 años de edad. El 18,3% tenía familiares o amigos diagnosticados de cáncer de mama, y el 81,7% nunca había recibido la recomendación de someterse a una mamografía por parte de un profesional sanitario, los resultados revelaron que el 16,7% de las participantes se habían sometido a mamografías y el 83,3% nunca lo habían hecho, encontraron una asociación en la dimensión de barreras con ORa de 0.84, [IC 95%, 0.71–0.99]. (8)

Nasser Shubayr y colaboradores plantearon en el objetivo de su estudio examinar los conocimientos y los factores asociados a la intención de autoexploración mamaria (AEM) utilizando el MCS como base teórica para explorar las variables que afectan al comportamiento de la autoexploración mamaria (AEM), entre las estudiantes universitarias de Arabia Saudí, su población de estudio fueron mujeres, la mayoría de las pacientes (76.3%) no tenían algún antecedente de contacto con la enfermedad, así como el 99.7% negaron el antecedente de cáncer de mama, como resultados se encontraron asociación en beneficios con ORa de 1.42 (IC 95%, 1.09-1.85), barreras con ORa de 0.60, (IC95%, 0.42-0.87), autoeficacia con ORa de 1.83, (IC 95%, 1.29-2.58). (9)

Bisrat Tewelde y colaboradores, en este estudio valoraron la práctica de la autoexploración mamaria (AEM) y los predictores entre las profesoras de secundaria aplicando el MCS, participaron 566 profesoras, el 65,9% estaban casadas y 69,6% eran seguidores de la religión cristiana ortodoxa, 85,7% tenían un primer título universitario, el 94,2% no tenían antecedentes de problemas mamarios, en los resultados del estudio se pudo observar una asociación con la dimensión de autoeficacia con ORa de 1.06 (IC 95% 1.02–1.09). (10)

Margaret Mary Wuur y colaboradores en su estudio tomaron como referencia el MCS, en el que identificaron los factores que influyen en el cribado del cáncer de mama entre las mujeres del municipio de Nandom (Ghana), en las variables sociodemográficas se encontró que tenían un nivel de educación hasta la secundaria del 56.8%, las dimensiones asociadas a MCS, como resultados mostraron en las barreras un ORa de 0.15 (IC 95%, 1.42 - 4.22), susceptibilidad con ORa de 1.97 (IC 95% (1.12 - 3.47), gravedad con ORa de 4.55 (IC 95%, (1.32, 15.76)). (9)

Nasturah Abdullah y colaboradores realizaron un estudio, en donde se estimó el uso de mamografías como cribado y su asociación con las características sociodemográficas, clínicas, así como los conocimientos y las creencias sanitarias sobre el cáncer de mama y las mamografías, de las pacientes que acudían a una clínica universitaria urbana de atención primaria en Malasia, en el cual participaron mujeres de 40-74 años de edad de las cuales el 79% son de 50-74 años, el 88.5% de las pacientes eran de Malasia, la comorbilidad que mas predominaba era la hipertension en el 56% de ellas, asi como el factor de riesgo que mas predomina es el uso de anticonceptivos orales en un 25%, el 83.7% presentaron un riesgo bajo de presentar cancer de mama, el 76.1% tenian mas de dos años sin realizarse la mastografia, en las barreras se obtuvo un ORa de 0.81 (IC 95%, 0.67 - 0.97).(3)

Tran Thu Ngan y colaboradores realizarn un estudio, cuyo objetivo fue utilizar el enfoque Conocimiento-Actitud-Práctica (CAP) y el MCS para evaluar las prácticas de cribado actuales de las mujeres vietnamitas y los factores asociados a su aceptación del examen clinico de mama (ECM), la mayoría de las encuestados estaban casados (92%), pertenecían al grupo étnico mayoritario kinh (99%) y no profesaban ninguna religión (96%). La edad media de los encuestados era de 46 años; el 55% había completado al menos la enseñanza secundaria; el 60% trabajaba por cuenta propia; el 71% tenía unos ingresos mensuales superiores a 9.000.000, del cual se obtuvo en la susceptibilidad un ORa de 1.15, [IC 95%, 1.05–1.25] y en las barreras un ORa de 0.88 [IC 95%, 0.84–0.92]. (11)

Triana Kesuma Dewi y colaboradores en su estudio tuvieron como objetivo confirmar y valorarlos determinantes psicosociales de la intención de realizar la AEM entre las mujeres indonesias, y la medida en que estos determinantes están asociados con el rendimiento de la AEM, participaron mujeres de 18-65 años de edad, la mayoría estaban empleadas (56,3%), habían cursado estudios superiores de formación profesional o universitarios (66,2%) y obtenían unos ingresos mensuales familiares iguales o superiores a los ingresos mensuales estándar regionales de Surabaya (69,6%), además, no tenían antecedentes familiares de cáncer de mama (74%), tenían seguro médico (72,5%) y se habían realizado la AEM en el último año (64,2%), en los beneficios se obtuvo un ORa de .71 (IC 95%, .35–1.48). (12)

A pesar de que existe evidencia de las asociaciones que hay entre las dimensiones del MCS y el comportamiento para realizar un tamizaje para cáncer de mama, los resultados que se presentan, muestran una amplia variabilidad en la fuerza de asociación, además de

que en los diferentes estudios, solo se asociann algunas dimensiones, incluso en ocasiones solo una, por lo que es importante realizar este estudio, por la discrepancia que hay en estos resultados.



4. MARCO TEORICO.

Según la NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, la mastografía de tamizaje se recomienda en mujeres aparentemente sanas de 40 a 69 años de edad, cada dos años, en mujeres menores de 40 años, no se recomienda la mastografía de tamizaje y en mujeres de 70 años y más se realizará como parte del seguimiento de mujeres con antecedente personal de cáncer de mama y por indicación médica. (13)

El diagnostico precoz de cáncer de mama se realiza con la mastografía, el examen clínico de la mama (ECM) y la AEM, estos supervisados por personal de salud especializado.(4) Se ha demostrado que la mastografia a ayudado a reducir la mortalidad en un 25-35% en las mujeres de 50 años de edad o mas cuando se utiliza de forma sistematica, por lo que es de suma importancia mantener el cribado en personas con factores de riesgo considerables.(5)

El modelo de creencias sobre la salud (MCS), con sus componentes esenciales, es uno de los modelos más utilizados para identificar de una manera mas sistematizada cuales son los posibles obstáculos o facilitadores de una conducta deseable de adopción de medidas sanitarias.(4)

Los elementos de este modelo se enfocan en las creencias individuales acerca de las condiciones de salud y son predictores de los comportamientos individuales que se ven relacionados con la salud. De igual manera el modelo identifica los factores que son críticos que van a influir en las conductas de salud de las personas asi como lo pueden ser la amenaza de enfermedad percibida por las personas (susceptibilidad percibida), la creencia en la gravedad de las consecuencias (gravedad percibida), los beneficios percibidos de la acción, las barreras percibidas para la acción, la exposición a elementos que incitan a la acción (señales para la acción) y la confianza en la propia capacidad para tener éxito (autoeficacia). Es importante mencionar que en este caso en particular los componentes del MCS se utilizan para evaluar los patrones de adopción de la AEM y la mastografia, todo esto gracias a traducciones y modificaciones que se han realizado en la escala de MCS. (4)

EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Orígenes y elementos básicos.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Existen diferentes modelos teóricos acerca de las teorías individuales, la primera que se discutirá será la de Modelo de creencias de salud o MCS que se origino en la década de 1950 a partir de los psicólogos Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock y Stephen Kegels. El USPHS patrocino pruebas de detección de tuberculosis en clínicas móviles que consistía en RX de tórax, como las personas no acudían a realizarse la prueba Hochbaum quiso saber el porque las personas no acudían, sus conclusiones iniciales eran que 1) Pensaban que estaban en riesgo o eran susceptibles a la tuberculosis; y 2) creían que había un beneficio en la detección temprana de la tuberculosis. (14)

Se pensó que la búsqueda de salud y otros comportamientos relacionados con la salud estaban motivados por 4 factores:

1. Susceptibilidad percibida.
2. Gravedad percibida.
3. Beneficios percibidos de una acción.
4. Barreras percibidas ara tomar esa acción.

Conforme se fueron realizando mas investigaciones acerca de este tema y se agregaron dos componentes mas acerca de esta teoría: 1. Se necesitaban señales para la motivación directa para actuar y 2. La creencia de una persona en su capacidad para tomar la acción, (autoconocimiento).(14)

Los siguientes son los componentes actuales del MCS, de acuerdo a la teoría:

1. El comportamiento es el resultado de la susceptibilidad percibida.
2. Gravedad percibida.
3. Beneficios percibidos.
4. Barreras percibidas.
5. Señales para la acción.
6. Autoeficacia.

El MCS se conoce como un modelo de expectativa de valor, que básicamente se refiere a la suposicion de que las personas adoptaran un comportamiento saludable si 1) valoran el resultado (estar saludable) relacionado con el comportamiento, y 2) piensan que el comportamiento es probable que produzca ese resultado.(14)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Para usar el MCS en un programa de promoción de la salud, puede pensar en los seis componentes como “palancas” para emplear como influencias en el comportamiento, orientación en la estructuración de un programa.(14)

Esta teoría se centra principalmente en las decisiones individuales y no aborda los factores sociales y ambientales, Ya que se asume que es un proceso interno irracional en el que las personas se evalúan su grado de riesgo y hacen un cálculo de costo beneficio sobre si adoptar o no el comportamiento preventivo u orientando a la salud.(14)

Esta teoría también supone que todos tienen el mismo acceso y un nivel equivalente de información a partir del cual se puede hacer el cálculo racional.(14)

EL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

Orígenes y elementos básicos.

Existen diferentes modelos teóricos acerca de las teorías individuales, la primera que se discutirá será la de Modelo de creencias de salud o MCS que se origino en la década de 1950 a partir de los psicólogos Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock y Stephen Kegels. El USPHS patrocino pruebas de detección de tuberculosis en clínicas móviles que consistía en RX de tórax, como las personas no acudían a realizarse la prueba Hochbaum quiso saber el porque las personas no acudían, sus conclusiones iniciales eran que 1) Pensaban que estaban en riesgo o eran susceptibles a la tuberculosis; y 2) creían que había un beneficio en la detección temprana de la tuberculosis. (14)

Se pensó que la búsqueda de salud y otros comportamientos relacionados con la salud estaban motivados por 4 factores:

5. Susceptibilidad percibida.
6. Gravedad percibida.
7. Beneficios percibidos de una acción.
8. Barreras percibidas ara tomar esa acción.

Conforme se fueron realizando mas investigaciones acerca de este tema y se agregaron dos componentes mas acerca de esta teoría: 1. Se necesitaban señales para la motivación directa para actuar y 2. La creencia de una persona en su capacidad para tomar la acción, (autoconocimiento).(14)

Los siguientes son los componentes actuales del MCS, de acuerdo a la teoría:

7. El comportamiento es el resultado de la susceptibilidad percibida.
8. Gravedad percibida.
9. Beneficios percibidos.
10. Barreras percibidas.
11. Señales para la acción.
12. Autoeficacia.

El MCS se conoce como un modelo de expectativa de valor, que básicamente se refiere a la suposición de que las personas adoptarían un comportamiento saludable si 1) valoran el resultado (estar saludable) relacionado con el comportamiento, y 2) piensan que el comportamiento es probable que produzca ese resultado.(14)

Para usar el MCS en un programa de promoción de la salud, puede pensar en los seis componentes como “palancas” para emplear como influencias en el comportamiento, orientación en la estructuración de un programa.(14)

Esta teoría se centra principalmente en las decisiones individuales y no aborda los factores sociales y ambientales, Ya que se asume que es un proceso interno irracional en el que las personas se evalúan su grado de riesgo y hacen un cálculo de costo beneficio sobre si adoptar o no el comportamiento preventivo u orientando a la salud.(14)

Esta teoría también supone que todos tienen el mismo acceso y un nivel equivalente de información a partir del cual se puede hacer el cálculo racional.(14)

MARCO CONCEPTUAL.

Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis. (1)

Tamizaje: Es la identificación de una enfermedad en fase preclínica o asintomática que se realiza a través de pruebas que puedan ser aplicadas en forma rápida y extendida a la población en riesgo aparentemente sana. La mastografía es considerada la intervención más eficaz, la piedra angular para la detección temprana de cáncer de mama, con impacto en la reducción de la mortalidad.(15)

Autoexploración de mama: Forma en la que una persona examina sus mamas para comprobar la presencia de bultos u otros cambios. El autoexamen de la mama ayuda a las

personas a aprender cómo se ven y se sienten normalmente sus mamas y a notar cuando ocurren cambios. Las investigaciones han demostrado que el autoexamen de la mama no reduce el riesgo de morir por cáncer de mama y quizás lleve a pruebas y procedimientos adicionales. También se llama AEM, autoexamen de seno, autoexploración de la mama, autoexploración del pecho y autoexploración mamaria. (16)

Mastografía: Estudio radiográfico mediante el uso de equipo especializado llamado mastógrafo, se utiliza para buscar anomalías en la mama, ayuda a detectar el cáncer en sus etapas iniciales, cuando aún no es palpable por el personal médico o por la persona misma.(17)

Modelo en creencias de salud: Es uno de los modelos más utilizados para conceptualizar los posibles obstáculos o facilitadores de un comportamiento deseable de adopción de medidas sanitarias. (9)

Susceptibilidad percibida: El grado en que una persona cree que tiene el riesgo de sufrir un problema de salud.(14)

Gravedad percibida: El grado en que una persona cree que las consecuencias del problema de salud serán graves. (14)

Beneficios percibidos: Los resultados positivos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Barreras percibidas: Los resultados negativos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Señales para la acción: Un evento externo que motiva a una persona a actuar. (14)

Autoeficacia: La creencia de una persona en su capacidad para actuar. (14)

Primer periodo menstrual: Se denomina menarquia a la primera menstruación de una mujer. Es el acontecimiento que marca el final del desarrollo puberal y el comienzo de la madurez sexual.(18)

Última menstruación: se define como menopausia y esta es 1 año después del último ciclo menstrual. (19)

Embarazo: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del niño. (20)

Lactancia materna: Es la forma optima de alimentar a los bebes ofreciendoles los nutrientes que necesita en el equilibrio adecuado, asi como la proteccion contra las enfermedades. (21)



5. JUSTIFICACION.

El cáncer de mama es una enfermedad de gran magnitud, que se considera como uno de los principales problemas en Salud Pública en el mundo. (2)

En los últimos años, el cáncer de mama (CM) es el tipo de cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial y ha ido en aumento. Se pronostica que se reproducirán más de 2,1 millones de casos nuevos de cáncer de mama en todo el mundo, lo que representaría 1 de cada 4 casos de cáncer entre las mujeres.(9) Este tema en particular es importante debido a que en el año 2020, a nivel global se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres de las cuales 685 000 fallecieron por esta enfermedad. (2) Representa entre el 30% y el 40% de todos los cánceres femeninos del mundo.(4)

El INEGI en el año 2022, reportó que la incidencia de cáncer de mama fue de 23 790 en población mayor de 20 años de edad y la incidencia nacional fue de 27.64 por cada 100 mil habitantes mayores de 20 años de edad. (22) La ENSANUT en 2022, estimó que en México 20.6 millones de mujeres en edades entre 40-69 años de edad, el 20.2% realizó la mastografía de control anual, el 85.6% recibieron sus resultados en donde el 5.6% obtuvo un resultado positivo de cáncer de mama. (22)

Es bien conocido que para tener un mejor pronóstico por cáncer de mama, la detección precoz juega un papel importante al también disminuir la mortalidad, desde 2008.(9) En Aguascaliente el 20.8% de las mujeres de 20 años o más reportaron haberse realizado dicha prueba. La mayor frecuencia fue en mujeres de 40 a 69 años que acudieron a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta, si comparamos estos resultados con los que se obtuvieron en la ENSANUT 2012 para Aguascalientes, podemos ver que la proporción de mujeres adultas que se realizaron la detección de estos cánceres en Aguascalientes, disminuyó, todo esto haciendo referencia a datos tomados de ENSANUT del estado de Aguascalientes 2018. (23)

Una manera de comprender el porque una mujer decide o no realizar un comportamiento específico como el hacerse una mastografía para la detección oportuna de cáncer de mama, es a través del MCS, el cual identifica adecuadamente las barreras, así como la gravedad percibida si no se hace, la susceptibilidad, las señales para la acción y la autoeficacia. A través de este estudio se obtendrá información acerca de la asociación que existe entre estas dimensiones del MCS y la realización de la mastografía, lo cual nos dará

la pauta para realizar estudios posteriores de intervención para incidir en las dimensiones en donde se obtengan asociaciones de riesgo y fortalecer las de protección.



6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las búsquedas de la literatura se encontró evidencia de estudios analíticos que valoraron la asociación de alguna de las dimensiones del MCS dando como resultado factores de riesgo o factores protectores, es decir, hubo discrepancia entre dichas asociaciones, a continuación se presentan las mismas.

Por ejemplo Nukhet Kirag reportó barreras para la realización de la mastografía con ORa de 1.09 (IC 95%, 1.04-1.14); Nasser Shubayr reportó una asociación entre autoeficacia y la realización de la mastografía de ORa de 1.83 (IC 95%, 1.29-2.58), así como en la dimensión beneficios con ORa de 1.42 (IC 95%, 1.09-1.85) siendo este un factor de riesgo y las barreras con ORa de 0.60 (IC 95%, 0.42-0.87), (9) siendo un factor protector. Kevser Tari Selçuk, encontró una asociación entre los beneficios percibidos y la realización de la mastografía con ORa de 1.45 (IC 95%, 1.27-1.65), sin embargo también reportó asociación en la diensión de barreras con ORa de 0.90 (IC 95%, 0.87-0.94) (7)

Maryam Nikpour encontró como factor de riesgo las dimensiones de susceptibilidad un ORa de 1.31(IC 95%, 1.07,1.59) y autoeficacia un ORa de 1.11(IC 95%, 0.87 - 1.42) (6), Linh Thuy Duong report en su estudio asociación entre barreras y la realización de. Mastografía con un ORa de 0.84 (IC 95%, 0.71-0.99),(8) siendo este un factor protector, de igual manera Nasturah Abdullah en su estudio demostro que en las barreras existe una asociacion protectora que presenta un ORa de 0.81 (IC 95%, 0.67-0.97), (3) Tran Thu Ngan, asi mismo demostro que tambien existe una asociacion entre las barreras, actuando como factor protector con un ORa de 0.88 (IC 95%, 0.84-0.92) y la susceptibilidad actuando como un factor de riesgo con un ORa de 1.15 (IC 95%, 1.05-1.25), sin embargo en ese mismo estudio demostro que en los beneficios no existe alguna asociacion al demostrar un ORa de 1.03 (IC 95%, 0.94-1.13). (11)

Por otro lado, de acuerdo a nuestros antecedentes Bisrat Tewelde, fue el unico autor que en su estudio demostró una asociación existente en la autoeficacia, actuando esta como factor de riesgo, presentando un ORa de 1.06 (IC 95%, 1.02-1.09). (10)

Margaret Mary Wuur en su estudio, demostro en las barreras un ORa de 0.15 (IC 95%, 1.42-4.22), susceptibilidad con ORa de 1.97 (IC 95%, 1.12-3.47), la gravedad con ORa de 4.55 (IC 95%, 1.32-15.76), (24)Triana Kesuma Dewi en su estudio tambien demostro las barreras con ORa de 0.89 (IC 95%, .65-1.23) y los beneficios con ORa de 0.71 (IC 95%,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

.35-1.48) (12) y ambos autores en sus resultados demostraron que en ninguno de ellos que la fuerza de asociación fue mayor.

La evidencia demuestra que hay una discrepancia entre dimensiones del MCS al tamizaje de cáncer de mama en las mujeres, así como la variabilidad que existe en la fuerza de asociación, por lo cual se plantea la siguiente pregunta:



7. PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Existe asociación entre las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud y el tamizaje de cáncer de mama en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 de la OOAD Aguascalientes?



8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL.

Valorar la fuerza de asociación entre las dimensiones del MCS y el tamizaje de cáncer de mama en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
2. Identificar el nivel de autoeficacia para la realización del tamizaje de cáncer de mama.
3. Identificar el nivel de gravedad percibida para la realización del tamizaje de cáncer de mama.
4. Identificar el nivel de beneficios percibidos para la realización del tamizaje de cáncer de mama.
5. Identificar el nivel de barreras percibidas para la realización del tamizaje de cáncer de mama.
6. Identificar el nivel de la susceptibilidad para la realización del tamizaje de cáncer de mama.
7. Identificar el nivel de las señales para la acción para la realización del tamizaje de cáncer de mama.

9. HIPOTESIS.

9.1 GENERAL.

Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el MCS en mujeres de 40 a 69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

9.2 ESPECIFICAS.

1. Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el nivel de autoeficacia en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
2. Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el nivel de gravedad en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
3. Existe una asociación entre el tamizaje para cancer de mama y el nivel de beneficios en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
4. Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el nivel de barreras en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
5. Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el nivel de susceptibilidad en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
6. Existe una asociación entre el tamizaje para cáncer de mama y el nivel de las señales para la acción en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

10. MATERIAL Y MÉTODOS

10.1 DISEÑO.

Se realizó un diseño tansversal comparativo.

10.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

Todas las mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

10.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad usuarios de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

10.4 UNIDAD DE OBSERVACIÓN / ANÁLISIS.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad usuarios de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

10.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

10.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que aceptaron participar en el estudio.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que firmaron la carta de consentimiento informado.

10.5.2 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que no estaban dentro del rango de edad.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que tubieron algún problema mental o psiquiátrico que les impida contestar la encuesta.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que tuvieron cáncer de mama ya diagnosticado.

10.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que no contestaron en por lo menos del 60% de la encuesta.

10.7 MUESTREO.

10.7.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se calculó el tamaño de muestra en el programa EPI Info para estudios transversales comparativos, con un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico del 80%, con un porcentaje de exposición de 31.6% y dió como resultado un tamaño de muestra de 312 pacientes.

10.7.2 TIPO DE MUESTREO.

Se realizó un estudio aleatorio simple en pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.

10.8 VARIABLES EN ESTUDIO.

Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis. (1)

Tamizaje: Es la identificación de una enfermedad en fase preclínica o asintomática que se realiza a través de pruebas que puedan ser aplicadas en forma rápida y extendida a la población en riesgo aparentemente sana. La mastografía es considerada la intervención más eficaz, la piedra angular para la detección temprana de cáncer de mama, con impacto en la reducción de la mortalidad.(15)

Autoexploración de mama: Forma en la que una persona examina sus mamas para comprobar la presencia de bultos u otros cambios. El autoexamen de la mama ayuda a las personas a aprender cómo se ven y se sienten normalmente sus mamas y a notar cuando ocurren cambios. Las investigaciones han demostrado que el autoexamen de la mama no reduce el riesgo de morir por cáncer de mama y quizás lleve a pruebas y procedimientos

adicionales. También se llama AEM, autoexamen de seno, autoexploración de la mama, autoexploración del pecho y autoexploración mamaria. (16)

Mastografía: Estudio radiográfico mediante el uso de equipo especializado llamado mastógrafo, se utiliza para buscar anormalidades en la mama, ayuda a detectar el cáncer en sus etapas iniciales, cuando aún no es palpable por el personal médico o por la persona misma.(17)

Modelo en creencias de salud: Es uno de los modelos más utilizados para conceptualizar los posibles obstáculos o facilitadores de un comportamiento deseable de adopción de medidas sanitarias. (9)

Susceptibilidad percibida: El grado en que una persona cree que tiene el riesgo de sufrir un problema de salud.(14)

Gravedad percibida: El grado en que una persona cree que las consecuencias del problema de salud serán graves. (14)

Beneficios percibidos: Los resultados positivos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Barreras percibidas: Los resultados negativos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Señales para la acción: Un evento externo que motiva a una persona a actuar. (14)

Autoeficacia: La creencia de una persona en su capacidad para actuar. (14)

Sexo: Conjunto de características físicas, genéticas y genitales con las que una persona nace.(25)

Edad: Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia en donde cada uno de los periodos evolutivos en que, por tener ciertas características comunes, se divide la vida humana: infancia, juventud, edad adulta y vejez. (26)

Estado civil: Situación de las personas físicas en función de sus relaciones familiares, del matrimonio o del parentesco. (27)

Peso: Mide la masa corporal total de un individuo. El mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Cuando el peso no se toma con la cantidad mínima de ropa se puede estar sobre-estimando (pesando más de lo real) a un individuo; dando lugar a una evaluación inadecuada del niño. (28)

Talla: Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), el niño se mide de pie (parado). La talla se toma en niños mayores de 24 meses. (28)

IMC: Relación entre el peso y la talla; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice de masa corporal igual o mayor a 25 determina sobrepeso mientras que uno igual o superior a 30 indica obesidad. (29)

Circunferencia de cintura: Indicador para detectar posibles riesgos de salud relacionados con la acumulación de grasa, el riesgo aumenta si la circunferencia de cintura mide más de 80 centímetros en mujeres y más de 90 centímetros en el caso de los hombres.(29)

Antecedentes personales no patológicos: En este apartado se indagan los datos del paciente relacionados con su medio (vivienda, ambiente familiar) así como sus hábitos (alimentación, intolerancia alimenticia, higiene, apetito, catarsis intestinal, diuresis, sueño, bebidas alcohólicas, infusiones, tabaco, droga, medicamentos, hábitos sexuales, actividad física) con la finalidad de obtener los probables factores de lo que desencadena la patología actual.

Toxicomanía: Estado de intoxicación periódica o crónica por consumo repetido de una droga que trae consigo deseo invencible o necesidad imperiosa de seguir utilizando la sustancia y de obtenerla por cualquier medio. (30)

Tabaquismo: Adicción crónica generada por la nicotina, que produce dependencia física y psicológica así como un gran número de enfermedades.(31)

Alcoholismo: Enfermedad primaria y crónica en cuyo desarrollo y manifestaciones clínicas influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. (32)

Tratamiento hormonal: Es una forma de tratamiento médico, para algunos tratamientos de cáncer que utiliza fármacos que actúan modificando las hormonas (evitando su síntesis o alterando sus efectos sobre determinadas células) para frenar el crecimiento de ciertos tumores. (33)

Ejercicio físico: Todo movimiento corporal producido por los músculos que requiere más energía que estar en reposo. El ejercicio es un tipo de actividad planeada, estructurada y repetitiva. (34)

Ocupación: Cualquier actividad de producción de bienes o prestación de servicios a cambio de una remuneración o un beneficio.(35)

10.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Se agrega cuadro en el ANEXO B.

10.10 LOGISTICA.

El proyecto de investigación se llevó a cabo de la siguiente manera:

1. Se solicitó el registro del protocolo de investigación a través del Comité de Investigación en Salud (CLIES) y ante el Comité de Ética en Investigación; una vez aprobado por los revisores se dió a conocer el estudio y sus objetivos a el director de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS, Aguascalientes.
2. Se procedió a invitar a participar a las pacientes femeninas de 40-69 años de edad de acuerdo con los criterios de inclusión en la sala de espera de la UMF previamente identificadas por medio del consultorio que les corresponde y el turno de atención.
3. Posterior a esto, el encuestador se acerco previamente o posteriormente a su cita médica al paciente, el encuestador se presentó y previamente se les explicaron los objetivos del estudio, la usencia de riesgo, las características del cuestionario.
4. Posteriormente se obtuvo su consentimiento por escrito por medio de la firma de este para la participación en el estudio.
5. Se acudió todos los días a la UMF para la aplicación del cuestionario en forma privada y confidencial en la sala de espera, el cual se llevó acabo en 30 minutos, esto incluyendo la aplicación del cuestionario y aclarando alguna duda existente por parte de la paciente.

6. Finalmente el encuestador agradeció a la paciente de una manera respetuosa por haber participado en este estudio.

10.11 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una entrevista cara a cara la cual se definió como un método de recolección de datos en el que participó la muestra del estudio con el objetivo de realizar la entrevista personalmente y observar el comportamiento y las respuestas de los participantes para obtener más información, se le explicó al paciente en estudio el objetivo y toda la estructura de las dimensiones del modelo en creencias de salud, de manera muy resumida en que consistiría, así como el tiempo aproximado que se llevaría a cabo para poder aplicar el instrumento establecido, posterior a este se le explicaron los beneficios obtenidos, que su información era confidencial, los cuales estaban estipulados en el consentimiento informado, el cual si la paciente decidía participar se le indicaba que firmara dicho consentimiento.

El instrumento a utilizar era sobre la realización del tamizaje de cáncer de mama basado en el modelo en creencias de salud, el cual primero investigó los datos sociodemográficos del paciente, como el nombre completo, la edad, su número de afiliación, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, así como también se recolectaron medidas antropométricas como peso, talla, IMC y circunferencia de cintura.

Posteriormente se recolectaron datos sobre antecedentes no patológicos como la edad del primer periodo menstrual, edad de la última menstruación, número de embarazos, edad del primer embarazo, si estaba dando lactancia materna y si era positivo este ítem, cuánto tiempo llevaba dándola y por último si estaba o uso medicamentos hormonales.

Enseguida se interrogó acerca de la realización de actividad física, si era el caso se preguntaba la frecuencia y tiempo en que lo realizaba.

La siguiente sección era acerca de los antecedentes heredo familiares, los cuales se centraron más en si algún familiar de primer grado presento cáncer de mama o de ovario.

A continuación se interrogó acerca de la presencia de toxicomanías en su vida diaria, así como el uso del alcohol y tabaquismo y su frecuencia y cantidad.

Por último se inició la sección de la encuesta del MCS, en el cual se interrogaron las 6 dimensiones que este modelo establece, los cuales cada uno de estos respondió las preguntas con respuestas tipo Liker siendo: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo, con esto terminó la recolección de datos de cada una de las pacientes que participaron en este estudio.

10.12 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.

El MCS se originó en la década de 1950 a partir de los psicólogos Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock y Stephen Kegels el cual consistía solo estudiar 4 dimensiones, pero con el paso del tiempo fue siendo modificado y estudiado junto a otros modelos, llegando al final a agregar 2 dimensiones más.

El instrumento constaba de 6 dimensiones, la primera evaluó la susceptibilidad percibida que constaba de 3 preguntas, presentando un alfa de 0.75, la segunda es la seriedad percibida que evaluó 65 preguntas con alfa de 0.75, la tercera evaluó los beneficios percibidos con un total de 4 preguntas presentando un alfa de 0.84, la cuarta son las barreras percibidas con un total de 6 preguntas, con alfa de 0.79, la quinta evaluando la autoeficacia con un total de 9 preguntas con alfa de 0.84 y finalizando con la motivación para la salud la cual evaluó 5 preguntas con alfa de 0.65, todas se calificaron con la escala de respuestas tipo Liker siendo: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo. El instrumento también que se utilizó, se encontraba validado, teniendo una varianza explicada total de 45.2%. ANEXO D

10.13 PLAN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes que aceptaron participar en el estudio.

Se realizó una base de datos en el programa Excel, se procedió a la captura de los datos, una vez realizada se importó la base de datos al programa Stata versión 15, se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las características sociodemográficas de las pacientes de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de

la OOAD Aguascalientes, se describieron frecuencias absolutas y porcentajes de las variables cualitativas las sociodemograficas y las variables cuantitativas, según la distribución se obtuvo la media y desviación estándar o la mediana y rango intercuartílico.

Se realizó un análisis multivariado, al ser la variable dependiente dicotómica, se llevó a cabo una regresión logística binaria, previo a ello, se realizó un análisis bivariado, en donde se introdujeron al modelo final las variables que resultaron estadísticamente significativas.



11. ASPECTOS ÉTICOS

11.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se realizó teniendo la aprobación del Comité Local de Investigación y Ética, apegándose a las normas éticas de la Ley General de Salud en los artículos 17 y 18, y a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, manejándose los resultados de manera confidencial, actuando con profesionalismo y ética médica.(36)

Los investigadores obtuvieron información a través del coordinador clínico de educación e investigación para que se contactara al presidente del CEI.

La participación de cada individuo en el estudio fué de manera voluntaria, se seleccionaron cumpliendo los criterios de selección, sin haber ningún tipo de discriminación de raza o de creencia, se le proporcionó a cada encuestado el consentimiento informado previo a su aplicación.

La investigación no presentaba ninguna clase de riesgo, se efectuaron para conocer la asociación de las dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1

En caso de que los participantes en el momento del estudio requirieran de algún tipo de tratamiento especial, se le enviará al servicio correspondiente.

Dado que el tema del protocolo de investigación era psicosocial (modelo de creencias en salud) y de tamizaje de cáncer de mama, era factible que al hacer preguntas se tocaran temas sensibles y generara un tipo de crisis emocional y/o angustia en la paciente, en cuyo caso se pausaría la entrevista con la paciente y se le enviaría con la trabajadora social de la UMF No.1 quien estaba capacitada para brindar terapia de apoyo, en caso mayor se enviaría a la paciente al servicio de psicología del Hospital General de Zona No. 1.

Una vez obtenida la información se asignó un folio, la información personal sólo son datos de contacto y se resguardaron por el investigador responsable de manera electrónica separada del cuestionario, los cuestionarios fueron resguardados de manera física, estos serán resguardados por un periodo de 15 años, los datos estarán disponibles por cualquier aclaración.

Se agrega carta de consentimiento informado que se encuentra en el ANEXO A.

12. RECURSOS, INFRAESTRUCTURA Y FACTIBILIDAD.

12.1 RECURSOS HUMANOS.

Personal participante en la investigación: Investigador principal médico residente en medicina familiar y su asesor.

Personal residentes de primer grado de UMF No.1 de la OOAD Aguascalientes.

12.2 RECURSOS MATERIALES.

Se realizó en la sala de espera de la UMF No. 1 de la OOAD, para el cual se contó con una encuesta por participante, así como un bolígrafo para el encuestador, cinta métrica y balanza para realizar las mediciones solicitadas en el cuestionario.

Además, fué necesaria una computadora para la realización del protocolo y análisis estadístico de los datos, programas como office y material de oficina. (Hojas, bolígrafos, fotocopias, grapadora, grapas, impresora).

12.3 RECURSOS FINANCIEROS.

Se cubrieron por los investigadores participantes.

12.4 PLAN PRESUPUESTAL.

CATEGORÍA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Bolígrafos	\$ 8 pesos	6	\$ 48.00 pesos
Corrector en cinta	\$ 45 pesos	1	\$ 45.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 80 pesos	3	\$ 240.00 pesos
Memoria USB 8 G	\$ 250 pesos	1	\$ 350.00 pesos
Engrapadora	\$100 pesos	1	\$ 100.00 pesos
Grapas	\$ 30 pesos	2	\$ 60.00 pesos
Fotocopias	\$ 0.50 centavos		
Tablas recolectoras	\$ 60 pesos	5	\$ 300.00 pesos
Cinta métrica	\$ 20 pesos	5	\$ 10.00 pesos
TOTAL			\$ 1153.00 pesos

12.5 FACTIBILIDAD.

El estudio de investigación fue posible realizarse, ya que consistía en determinar si existe asociación entre las dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1, cumpliendo con la finalidad de utilizar, efectuar e interpretar dicha propuesta. Examinando además que está dentro de los términos legales y es posible de hacerlo en el entorno social que ya se describió. Existe una necesidad realizar esta investigación ya que la identificación de factores como lo son los psicosociales para favorecer posteriormente con una estrategia para el control de tamizaje de cáncer de mama, que se considera una de los objetivos principales en el primer nivel de atención médica.



13. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 312 pacientes femeninas de 40-69 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes, en donde se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, aplicando el instrumento de evaluación por personal capacitado, en el cual posterior a la firma del consentimiento informado se concluyo que de acuerdo a las pacientes encuestadas se presento una edad promedio de 55 ± 8.48 años, el 67.31% son casadas, se presentó una escolaridad hasta secundaria en un 34.94%, en cuanto a la ocupación, se identificó que el 67.95% participantes se dedican al hogar. (Tabla 1)

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Edad	$\bar{x}=55$ $\sigma=8.48$	
40-50	105	91.67
51-60	100	7.37
61-69	107	0.96
Estado civil		
Soltero	27	8.65
Casado	210	67.31
Unión libre	23	7.37
Divorciado	15	4.81
Separado	29	9.29
Viudo	8	2.56
Escolaridad		
Analfabeta	6	1.92
Alfabeta sin escolaridad	20	6.41
Primaria	75	24.04
Secundaria	109	34.94
Bachillerato	63	20.19
Técnico	18	5.77
Profesional	17	5.45
Otro	4	1.28
Ocupación		

Trabaja	92	29.49
Hogar	212	67.95
Pensionado/jubilado	8	2.56

Se observó que el 50.97% se encuentran en un estado nutricional en obesidad con circunferencia de cintura >80 en el 87.18% de las participantes (Tabla 2).

TABLA 2 VARIABLES ANTROPOMETRICAS EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Peso		
<40-60	43	13.78
61-80	160	51.28
81-100	95	30.45
>100	14	4.49
IMC		
18.5-24.9 (PESO NORMAL)	35	11.22
25-29.9 (SOBREPESO)	118	37.82
>30 (OBESIDAD)	159	50.97
Talla		
1.40-1.50	56	17.95
1.51-1.60	170	54.49
1.61-1.70	80	25.64
>1.71	6	1.92
Circunferencia de cintura		
<80	40	12.82
>80	272	87.18

El 80.13 de las pacientes refieren menarca en un periodo de edad de 11-13 años, así como menopausia en un periodo de edad de 46-50 años en el 54.03%.

El 30.67% de las pacientes tuvieron 3 embarazos, el 42.67% tuvieron su primer embarazo en un periodo comprendido entre <15-20 años, el 35.33% de las pacientes refirieron su último embarazo entre los 31-35 años.

El 78.06 % dio lactancia materna, entre las cuales el 41.67% lo hizo por 1 meses o más. El 69.87% de las participantes mencionan no usar hormonales durante lo largo de su vida (Tabla 3).

TABLA 3. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Edad de primer periodo menstrual		
8-10	62	19.87
11-13	250	80.13
Edad de ultima menstruación		
35-40	38	15.32
41-45	76	30.65
46-50	134	54.03
Numero de embarazos		
1	18	6.00
2	77	25.67
3	92	30.67
4	49	16.33
5	26	8.67
>5	38	12.67
Edad de primer embarazo		
<15-20	128	42.67
21-25	107	35.67
26-30	37	12.33
31-35	24	8
>40	4	1.33

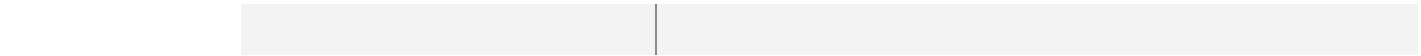
Edad de ultimo embarazo		
25-30	96	32
31-35	106	35.33
36-40	76	25.33
41-45	19	6.33
>45	3	1
Lactancia materna		
Si	242	78.06
No	68	21.94
Tiempo de lactancia materna		
0-5 meses	117	37.50
6-10 meses	65	20.83
11 meses- >1 año	130	41.67
Uso de hormonales		
Si	94	30.13
No	218	69.87

En la población estudiada, se observo que el 18.59% no realizan actividad física y no tienen la intención de hacerlo en los próximos 6 meses, el 15.06% no realizan actividad física, sin embargo tiene la intención de hacerlo en los próximos 6 meses, el 8.97% actualmente no realizan actividad física, pero tienen la intención de hacerlo en los próximos 30 días, lo que nos hace concluir que el 41.99% de las pacientes no realiza ningún tipo de actividad física actualmente, el 68.27% de las participantes no consumen alimentos altos en grasa (Tabla 4).

Tabla 4. actividad fisica en mujeres de 40-69 años de edad pertenecientes a la umf 1 de aguascalientes, ags.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Realiza actividad física		
No, y no tengo la intención de empezar a hacerlo en los próximos 6 meses.	58	18.59
No, pero tengo la intención de empezar a	47	15.06

hacerlo e los próximos 6 meses.		
No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 30 días.	28	8.97
Si, llevo haciendolo menos de 6 meses.	21	6.73
Si, llevo haciendolo desde hace mas de 6 meses.	60	19.23
Si, llevo haciendolo desde hace mas de 5 años.	98	31.41
Minutos de ejercicio por ocasión		
< 30 minutos.	50	16.35
1 hora.	117	37.82
> 1 hora.	12	3.85
Nada.	133	41.99
Días a la semana de ejercicio		
Ninguno.	134	42.95
De 1 a 3 días.	46	14.74
Más de 4 días.	132	42.31
Alimentación alta en grasa		
Si	99	31.73
No	213	68.27
Días a la semana de consumo de comida alta en grasa		
Ninguno.	212	67.95
De 1 a 3 días.	73	23.40
Más de 4 días.	27	8.65



En antecedentes familiares de cáncer de mama se un 16.9% respondieron positivamente, el 5.54% se presenta en el segundo grado de consanguineidad (abuelos), como antecedente de cáncer el 7.05% refirió cáncer de ovario y el 3.21% se presentó el antecedente las abuelas (Tabla 5).

TABLA 5. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE OVARIO EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Familiar con ca de mama		
Si	53	16.99
No	259	83.01
Parentesco de familiar con ca de mama		
Abuelos.	17	5.45
Padres.	10	3.21
Hermanos o hermanas.	14	4.49
Tías o primas.	12	3.85
Familiar con ca de ovario		
Si	22	7.05
No	290	92.95
Parentesco de familiar con ca de ovario		
Abuelos.	10	3.21
Padres.	9	2.88
Hermanos o hermanas.	6	1.92
Hijos o hijas.	1	0.32

En toxicomanías, el 16.99% refieren tabaquismo, el 8.97% llevan mas de 10 años con el hábito de fumar, con un consumo mayor a 5 cigarrillos (10.26%). El 8.65% refieren consumir alcohol, se destaca el 4.49% que llevan más de 10 años en consumo, la bebida que más

consumen es cerveza (6.73%), con una frecuencia de una vez al mes (7.05%) y refirieron consumir menos de 6 bebidas por ocasión (7.37%) (Tabla 6).

TABLA 6. TOXICOMANIAS EN MUJERES DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS.

VARIABLE	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Fuma		
Si	53	16.99
No	259	83.01
Antigüedad de tabaquismo		
> 6 meses.	1	0.32
>1 año.	4	1.28
> 5 años.	20	6.41
> 10 años.	28	8.97
No. De cigarros al día		
≤ 1 cigarrillo.	15	4.81
> 5 cigarrillos.	32	10.26
≥ 1 cajetilla.	8	2.56
Bebe alcohol		
Si	27	8.65
No	285	91.35
Antigüedad de alcoholismo		
>1 año.	3	0.96
> 5 años.	9	2.88
> 10 años.	14	4.49
Bebida que consume		
Cerveza.	21	6.73
Tequila.	4	1.28
Mezcal.	2	0.64
Frecuencia de alcoholismo		
Cada tercer día.	1	0.32
Cada fin de semana.	4	1.28
Cada mes.	22	7.05
Nunca.	285	91.35
No. De bebidas por ocasión		
Nada.	286	91.67

<6 bebidas.	23	7.37
> 6 bebidas.	3	0.96

El 75% de las participantes se realizaron la mastografía en el último año (Tabla 7).

TABLA 7. PACIENTES FEMENINAS DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES, AGS QUE SE REALIZARON LA MASTOGRAFIA.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se realizo la mastografía.		
Si	234	75
No	78	25

Las mujeres con mayores barreras percibidas tienen un 81% menos probabilidad de realizarse el tamizaje de cáncer de mama en comparación con aquellas que reportan menos barreras, ajustado por edad, edocivil y escolaridad (Tabla 8).

TABLA 8. ASOCIACION DE LAS DIMENSIONES DEL MCS CON EL TAMIZAJE DE CANCER DE MAMA EN PACIENTES FEMENINAS DE 40-69 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA UMF 1 DE AGUASCALIENTES.

<i>Dimensión</i>	ORa (IC95%) Modelo 1*	ORa (IC95%) Modelo 2**
<i>Susceptibilidad percibida.</i>	2. 0 (0.51 – 7.86)	1.48 (0.34 – 6.48)
<i>Gravedad percibida.</i>	1.02 (0.96 – 1.09)	1.02 (0.96 – 1.09)
<i>Beneficios percibidos.</i>	1.04 (0.93 – 1.16)	1.03 (0.93 – 1.14)
<i>Barreras percibidas.</i>	0.19 (0.04 – 0.84)	0.28 (0.07 – 1.11)
<i>Autoeficacia.</i>	0.98 (0.94 – 1.02)	0.98 (0.94 – 1.02)
<i>Señales para la acción.</i>	1.01 (0.91 – 1.13)	1.00 (0.89 – 1.12)

*Modelo 1: Bootstrap ajustado por edad, edocivil, escolaridad

**Modelo 2: Bootstrap ajustado por edad, edocivil, escolaridad, IMC, lactancia y antecedentes de ca mama.

14 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud (MCS) y la práctica de tamizaje de cáncer de mama mediante mastografía en mujeres de 40 a 69 años adscritas a una Unidad de Medicina Familiar en México. Sin embargo en los resultados se mostró que una sola dimensión se asoció, ya que los resultados mostraron que las barreras percibidas constituyen el factor de mayor peso predictivo, pues las mujeres que reportaron niveles más altos de barreras tuvieron un 81% menos probabilidad de realizarse mastografía, este hallazgo refuerza la hipótesis planteada en la literatura acerca del papel central de las barreras como dimensión determinante del comportamiento preventivo en salud, particularmente en el contexto del tamizaje de cáncer de mama.

La asociación encontrada en este estudio concuerda con lo reportado por diferentes autores. Kirag et al.⁽³⁾, en un estudio con mujeres académicas turcas, encontraron que las barreras incrementaban de manera significativa la probabilidad de no realizar conductas de cribado (ORa 1.09, IC95% 1.04–1.14). De manera similar, Duong et al.⁽⁵⁾ en Vietnam documentaron que las mujeres con mayores barreras presentaban menor adherencia al cribado (ORa 0.84, IC95% 0.71–0.99), mientras que Abdullah et al. ⁽⁸⁾, en población malasia, confirmaron este efecto negativo (ORa 0.81, IC95% 0.67–0.97). Por su parte, Selçuk et al. ⁽⁴⁾ evidenciaron que en Turquía las barreras percibidas se relacionaban con una reducción en la probabilidad de realizar mastografía (ORa 0.90, IC95% 0.87–0.94).

La consistencia de estos resultados en diferentes contextos permite afirmar que las barreras constituyen un constructo robusto dentro del MCS y un obstáculo universal para la adopción de prácticas preventivas. Sin embargo, la magnitud de la asociación encontrada en la población de este estudio (ORa 0.19, IC95% 0.04–0.84) resulta particularmente más marcada que en otros estudios, lo que podría reflejar características propias de la población, tales como el nivel educativo mayoritariamente básico, la alta proporción de mujeres dedicadas al hogar, así como la prevalencia de obesidad abdominal y la exposición a factores de riesgo socioculturales que condicionan la percepción de obstáculos para acudir al servicio médico.

En contraste, otras dimensiones del MCS como beneficios, susceptibilidad, gravedad o autoeficacia, que en algunos estudios han mostrado asociaciones significativas, no alcanzaron relevancia estadística. Carcioppolo et al. ⁽¹⁾, por ejemplo, reportaron

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

asociaciones positivas entre beneficios ($\beta=0.84$, IC95% 0.52–1.16), gravedad ($\beta=0.21$, IC95% 0.05–0.37) y autoeficacia ($\beta=0.80$, IC95% 0.30–1.31) con la disposición a realizar cribado en mujeres jóvenes, mientras que Nikpour et al. (2) en Irán encontraron significancia únicamente en susceptibilidad percibida (ORa 1.31, IC95% 1.07–1.59). De igual manera, Shubayr et al.(6) en Arabia Saudí documentaron asociaciones positivas con beneficios (ORa 1.42, IC95% 1.09–1.85) y autoeficacia (ORa 1.83, IC95% 1.29–2.58). En contraste, este estudio no replicó tales asociaciones, lo cual puede atribuirse a diferencias en la composición de la muestra, mientras que los estudios mencionados se realizaron en poblaciones universitarias o con un mayor nivel educativo, la población de este estudio se caracteriza por un predominio de amas de casa con escolaridad secundaria o menor, lo cual podría modificar la percepción de beneficios y de control personal sobre la conducta preventiva.

Asimismo, cabe destacar que se encontró que tres de cada cuatro mujeres reportaron haberse realizado mastografía en el último año, cifra superior a lo encontrado en estudios de otros países, donde la tasa de participación en tamizaje ha sido menor al 30% en algunos contextos (Duong et al.(5), 16.7%; Wuur et al.(24), en Ghana, niveles aún más bajos). Esto refleja que el acceso al servicio no constituye la principal limitante, sino que el componente subjetivo de las barreras percibidas (temor al dolor, estigmas sociales, creencias negativas respecto al diagnóstico o desconfianza hacia el sistema de salud) adquiere un peso determinante.

El hallazgo de que las barreras constituyen el principal factor de no adherencia al tamizaje implica la necesidad de diseñar estrategias focalizadas en reducir estos obstáculos. Dichas intervenciones deben abordar tanto barreras reales (tiempo de espera, dificultad de acceso, costos indirectos) como barreras percibidas (miedo al resultado, vergüenza, falta de información). La evidencia sugiere que programas educativos comunitarios, acompañamiento por personal de salud y campañas de sensibilización culturalmente adaptadas pueden tener impacto positivo en la reducción de estas percepciones negativas.

Además, en el contexto de atención primaria, los médicos familiares y el personal de enfermería tienen un papel fundamental en la promoción y educación en salud. La recomendación directa del profesional sanitario se ha identificado en múltiples estudios como un factor clave para incrementar la participación en el tamizaje. No obstante, en la literatura se documenta que hasta un 80% de mujeres no recibe tal recomendación (Duong et al. (5), 81.7%), lo que contrasta con esta población, donde la elevada tasa de mastografía

anual sugiere una participación del personal médico en la promoción del tamizaje. Este hecho resalta la importancia de consolidar la práctica clínica basada en el MCS, con un enfoque dirigido a neutralizar las barreras.

Entre las fortalezas del presente estudio destaca la alta tasa de respuesta (100%) y el tamaño de muestra (312 participantes) resulta suficiente para obtener estos resultados con buena precisión.

No obstante, deben reconocerse algunas limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las dimensiones del MCS y la práctica del tamizaje. En segundo lugar, al realizarse la entrevista cara a cara pudo haber introducido un sesgo de deseabilidad social, ya que las participantes pudieron sobrestimar conductas positivas como la realización de mastografía o subestimar factores de riesgo como el consumo de alcohol o tabaco. Por último, al tratarse de una muestra reclutada en una sola unidad de medicina familiar, los resultados no son generalizables.

Futuros estudios deberán explorar de manera longitudinal la interacción entre las distintas dimensiones del MCS, a fin de comprender cómo las percepciones de riesgo, beneficios, gravedad y autoeficacia pueden influir en el tiempo sobre la conducta de tamizaje. Asimismo, es de gran relevancia analizar las diferencias entre grupos poblacionales (mujeres rurales vs. urbanas, con distinto nivel educativo o condición laboral) para diseñar intervenciones más focalizadas. Finalmente el desarrollo de estrategias comunitarias que combinen la educación sanitaria con la reducción de barreras logísticas podría potenciar la adherencia sostenida al tamizaje.

El presente estudio confirma que las barreras percibidas constituyen la dimensión del MCS con mayor influencia en la práctica del tamizaje de cáncer de mama en mujeres atendidas en el primer nivel de atención, hallazgo que se alinea con la literatura. Estos resultados demuestran la necesidad de centrar los esfuerzos en intervenciones dirigidas a disminuir dichas barreras, tanto a nivel individual como estructural, para lograr un impacto real en la detección temprana del cáncer de mama.

15 CONCLUSIONES

En el presente estudio se demuestra que, en mujeres mexicanas de 40 a 69 años adscritas a una unidad de medicina familiar, las barreras percibidas son el principal determinante negativo en la práctica del tamizaje de cáncer de mama, este hallazgo confirma que no basta con garantizar la infraestructura sanitaria o la cobertura de los programas de detección, la percepción subjetiva de obstáculos (miedo, estigma, desconocimiento o desconfianza) constituye un factor decisivo que limita la prevención efectiva del cáncer de mama.

Así, el gran desafío no reside en la disponibilidad del tamizaje, sino en derribar las barreras psicológicas y sociales que impiden su utilización, mediante intervenciones educativas, estrategias de comunicación empática y un acompañamiento cercano por parte del personal de salud. Solo a través de estas acciones será posible transformar la percepción individual en conductas preventivas sostenidas, incrementando la detección temprana en esta población.

16 GLOSARIO.

Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis. (1)

Tamizaje: Es la identificación de una enfermedad en fase preclínica o asintomática que se realiza a través de pruebas que puedan ser aplicadas en forma rápida y extendida a la población en riesgo aparentemente sana. La mastografía es considerada la intervención más eficaz, la piedra angular para la detección temprana de cáncer de mama, con impacto en la reducción de la mortalidad.(15)

Autoexploración de mama: Forma en la que una persona examina sus mamas para comprobar la presencia de bultos u otros cambios. El autoexamen de la mama ayuda a las personas a aprender cómo se ven y se sienten normalmente sus mamas y a notar cuando ocurren cambios. Las investigaciones han demostrado que el autoexamen de la mama no reduce el riesgo de morir por cáncer de mama y quizás lleve a pruebas y procedimientos adicionales. También se llama AEM, autoexamen de seno, autoexploración de la mama, autoexploración del pecho y autoexploración mamaria. (16)

Modelo en creencias de salud: Es uno de los modelos más utilizados para conceptualizar los posibles obstáculos o facilitadores de un comportamiento deseable de adopción de medidas sanitarias. (9)

Susceptibilidad percibida: El grado en que una persona cree que tiene el riesgo de sufrir un problema de salud.(14)

Gravedad percibida: El grado en que una persona cree que las consecuencias del problema de salud serán graves. (14)

Beneficios percibidos: Los resultados positivos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Barreras percibidas: Los resultados negativos que una persona cree que se obtendrán de la acción. (14)

Señales para la acción: Un evento externo que motiva a una persona a actuar. (14)

Autoeficacia: La creencia de una persona en su capacidad para actuar. (14)



17. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento del cancer de mama en segundo y tercer nivel de atención. 2017.
2. Organizacion Mundial de la Salud. Cáncer de mama. 2023.
3. Abdullah N, Baharudin N, Mohamad M, Mohamed-Yassin MS. Factors Associated with Screening Mammogram Uptake among Women Attending an Urban University Primary Care Clinic in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 1;19(10).
4. Kirag N, Kizilkaya M. Application of the Champion Health Belief Model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: A cross sectional descriptive study. *BMC Womens Health*. 2019 Nov 6;19(1).
5. Carcioppolo N, Christy KR, Jensen JD, King AJ, Goonewardene J, Raftery D. Biomarker profiling for breast cancer detection: translational research to determine acceptance of a novel breast cancer screening technique. *Health Systems*. 2019 Jan 2;8(1):44–51.
6. Nikpour M, Hajian-Tilaki K, Bakhtiari A. Risk assessment for breast cancer development and its clinical impact on screening performance in Iranian women. *Cancer Manag Res*. 2019;11:10073–82.
7. Selçuk KT, Avcı D, Dünder GY, Mercan Y. Breast cancer screening behaviors in women aged 40 years and over in a semi-urban region in turkey: Relationships with health beliefs. *Healthcare (Switzerland)*. 2020;8(2).
8. Duong LT, Chen HM, Liu CY, Chiou PY. Factors affecting mammography screening behaviour among rural Vietnamese women. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020 Nov 1;29(6).
9. Shubayr N, Khmees R, Alyami A, Majrashi N, Alomairy N, Abdelwahab S. Knowledge and Factors Associated with Breast Cancer Self-Screening Intention among Saudi Female College Students: Utilization of the Health Belief Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 1;19(20).
10. Tewelde B, Tamire M, Kaba M. Breast self-examination practice and predictors among female secondary school teachers in Addis Ababa, Ethiopia: using the health belief model. *BMC Womens Health*. 2022 Dec 1;22(1).
11. Ngan TT, Jenkins C, Van Minh H, Donnelly M, O'Neill C. Breast cancer screening practices among Vietnamese women and factors associated with clinical breast examination uptake. *PLoS One*. 2022 May 1;17(5 May).
12. Dewi TK, Ruiter RAC, Diering M, Ardi R, Massar K. Breast self-examination as a route to early detection in a lower-middle-income country: assessing psychosocial

- determinants among women in Surabaya, Indonesia. BMC Womens Health. 2022 Dec 1;22(1).
13. Secretaria de salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. 2015.
 14. Edberg MC. Essentials of health behavior: Social and behavioral theory in public health. Jones & Bartlett Publishers; 2007. 35–49 p.
 15. Patricia Uribe Zúñiga. Modelo para la Detección, Diagnóstico y Referencia del Cáncer de Mama. 2011.
 16. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Autoexamen de la mama. 2023.
 17. Secretaria de Salud. Cáncer de Mama. Mastografía. 2015.
 18. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Primera menstruación. [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23]. Available from: https://sego.es/mujeres/Primera_menstruacion.pdf
 19. Jessica E. McLaughlin MMU of SC. Ciclo menstrual. [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/biología-del-aparato-reproductor-femenino/ciclo-menstrual>
 20. Secretaria de salud. Embarazo saludable, parto y puerperio seguro y recién nacido saludable. 2001.
 21. Organización panamericana de la salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
 22. INEGI. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA (19 DE OCTUBRE). 2023.
 23. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados de Aguascalientes. 2018.
 24. Wuor MM, Duodu DA, Tarkang EE. Factors that influence breast cancer screening among women of reproductive age in the Nandom Municipality, Ghana. BMC Womens Health. 2022 Dec 1;22(1).
 25. Educación sexual.org. Sexo biológico. 2023.
 26. Diccionario médico. Edad. 2023.
 27. Conceptos jurídicos. Estado civil. 2023.
 28. Balanza L. I N D I C E Manual de Antropometría Introducción Objetivos Importancia de la Toma de Talla y Peso Adecuada.

29. Secretaria de salud. Indicadores de sobrepeso y obesidad. 2016.
30. SAIUD PUBUCA deMEXICO.
31. Jesús Mardomingo Sanz M. Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
32. Kershenobich D. Alcohol y alcoholismo: definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico [Internet]. Revista de Gastroenterología de México. 2010. Available from: www.elsevier.es■CursoPre-congresoNutrición2010
33. Sociedad Española de Oncología medica; Dra. Pilar Zamora. Hormonoterapia o tratamiento hormonal. 2020.
34. Secretaria de Salud. ¿Por qué realizar actividad física? 2016.
35. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Trabajo y ocupación. [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov 23]. Available from: <https://ilostat.ilo.org/es/work-and-employment-are-not-synonyms/>
36. Asamblea mundial de Helsinki. declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos [Internet]. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXO A. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

No.	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE TRABAJO	ABRIL- JUN 2023	JUL- SEP 2023	OCT- DIC 2023	ENE- MAR 2024	ABRI- JUN 2024	JUL- SEP 2024	OCT -DIC 2024	ENE - MAR 2025	ABRI- JUN 2025	JUL- SEP 2025
1	Selección de tema.										
2	Asignación de tutores.										
3	Búsqueda sistemática										
4	Realizar antecedentes científicos										
5	Marco teórico y conceptual										
6	Justificación y planteamiento del problema										
7	Realizar metodología										
8	Envío de protocolo a revisión por CLIES 101										
9	Dictamen de evaluación por CLIES 101										

10	Trabajo de campo (aplicación de encuestas)										
11	Elaboración de base de datos y captura										
12	Análisis e interpretación de los resultados										
13	Realizar discusiones y conclusiones										
14	Redacción de tesis.										
15	Redacción de artículo.										
16	Publicación de artículo										
17	Difusión de resultados. Acudir a un congreso nacional.										

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
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:	Dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1.
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes a ____ de ____ del 2024.
No. de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	El cáncer de mama es una enfermedad de gran magnitud, que se considera como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y según la OMS, el cáncer de mama es una enfermedad en la que las células de la mama se presentan con alteraciones, se multiplican sin control y forman tumores que, de no tratarse, pueden propagarse por todo el cuerpo y causar la muerte. En el presente estudio se pretende realizar una descripción de la asociación entre las dimensiones del modelo de creencias de salud y el tamizaje de cáncer de mama en pacientes femeninas de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.
Procedimientos:	Los pacientes que participen en este estudio deberán contestar un cuestionario el cual será aplicado por el investigador; las preguntas se encuentran relacionadas con información sociodemográfica (edad, ocupación, estado civil etc), datos sobre el tamizaje de cáncer de mama que realizan y de las dimensiones del Modelo En Creencias de Salud. El tiempo estimado para cada cuestionario es de 30 minutos, el cual se realizará en un consultorio específico de la UMF1.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la inversión de proveer unos minutos para contestar las preguntas que se solicitan. Si alguna pregunta de los cuestionarios le parece incómoda puede no contestarla.
Posibles beneficios por participar en el estudio:	Los participantes serán informados sobre los resultados y podrán ser invitados a participar en investigaciones futuras sobre intervenciones de tamizaje de cáncer de mama.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede preguntar libremente sobre cualquier duda que tenga sobre este estudio. Si durante el estudio hubiese cambios derivados de nuevos descubrimientos en la atención que deben recibir los pacientes con ; el IMSS los implementará para todos los pacientes de manera independiente a este estudio y los pacientes serán informados.
Participación o retiro:	La participación en este estudio es completamente voluntaria y si usted decide no participar, o si en cualquier momento del estudio decide ya no participar, esa decisión no afectará la atención que recibe por parte del personal de salud del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán tratados de forma confidencial.
Declaración de consentimiento:	

Después de haber leído y haber recibido respuesta a mis dudas acerca de este estudio:

☐
☐

No acepto participar en el estudio.
Si acepto participar en el estudio.

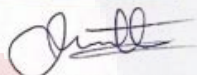
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Jannett Padilla López. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Domicilio: José María Chávez # 1202. Colonia Lindavista. Aguascalientes, CP 20270. Teléfono: 449-913-90-22. Correo electrónico: jannis_padilla@hotmail.com

Investigadora o Investigador Responsable: Doctorante en Ciencias Carolina Quiñones Villalobos. Adscripción: Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Lugar: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Domicilio: Circuito Interior en Ciudad Universitaria, Av. Universidad 3000, Ciudad de México, CP 04510. Teléfono: 56 23 23 00 Teléfono particular: 4492596928. Correo: caro.qv@gmail.com

Colaboradores: Dra. Deisy Mayela Gómez Moreno. Residente de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 Colonia Lindavista, Aguascalientes, CP 20270 Teléfono celular: 4496-116-1818. Correo electrónico: deisy_962@hotmail.com

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)56276900 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx



Jannett Padilla López

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 2

ANEXO C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
Datos sociodemográficos Conjunto de características biológicas, socioeconomicultural es que están presentes en la población en la que se realizará el estudio	Características demograficas: Es el estudio interdisciplinari o de las poblaciones humanas.	Sexo Se refiere a las características biológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
	Características sociales: Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que la componen.	Edad Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la referencia	Cuantitativa	¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
		Estado civil Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Cualitativa	Estado civil: 1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Divorciado 5.- Viudo 6.- Separado
		Escolaridad. Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Cualitativa ordinal	Escolaridad del paciente. 1.- Analfabeta. 2. Analfabeta sin escolaridad. 3.- Primaria. 4.- Secundaria. 5.- Bachillerato. 6.- Técnico. 7.- Profesional. 8.- Otro, especifique_____
		Ocupación: Actividad que se realiza, el cual puede ser o no remunerado.	Cualitativa nominal.	¿A qué se dedica actualmente? 1. Estudia. 2. Trabaja ¿En qué área? 3. Hogar.

				4. Pensionado/Jubilado
Antecedentes personales no patológicos: En este apartado se indagan los datos del paciente relacionados con su medio (vivienda, ambiente familiar) así como sus hábitos (alimentación, intolerancia alimenticia, higiene, apetito, catarsis intestinal, diuresis, sueño, bebidas alcohólicas, infusiones, tabaco, droga, medicamentos, hábitos sexuales, actividad física) con la finalidad de obtener los probables factores de lo que desencadena la patología actual.				1. Edad del primer periodo menstrual. 2. Edad de la última menstruación. 3. Número de embarazos. 4. Edad del primer embarazo. 5. Edad del último embarazo. 6. Lactancia materna. 7. Tiempo de lactancia materna. 8. Uso de hormonales.
Somatometria Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano		Peso Es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Cuantitativa Continua	Peso kg
		Talla Crecimiento lineal del organismo expresado en metros	Cuantitativa continua	Talla mts
		IMC: Relación entre el peso y la talla; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice de masa corporal	Cuantitativa continua.	Kg/m ²

		igual o mayor a 25 determina sobrepeso mientras que uno igual o superior a 30 indica obesidad.		
		Circunferencia de cintura: Indicador para detectar posibles riesgos de salud relacionados con la acumulación de grasa, el riesgo aumenta si la circunferencia de cintura mide más de 80 centímetros en mujeres y más de 90 centímetros en el caso de los hombres.	Cuantitativ a continua.	Cm.
Ejercicio físico: Todo movimiento corporal producido por los músculos que requiere más energía que estar en reposo. El ejercicio es un tipo de actividad planeada, estructurada y repetitiva.			Cuantitativ a discreta.	¿Realiza ejercicio físico? 1. No, y no tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses. 2. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses. 3. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 30 días. 4.Si, llevo haciendolo menos de 6 meses. 5. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 6 meses. 6. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 5 años. ¿Cuántos minutos por ocasión? 1. < 30 minutos. 2. 1 hora. 3. > 1 hora. 4. Nada. Cuantas veces a la semana

				1. Ninguno. 2. De 1 a 3 días. 3. Más de 4 días.
Toxicomania: Estado de intoxicación periódica o crónica por consumo repetido de una droga que trae consigo deseo invencible o necesidad imperiosa de seguir utilizando la sustancia y de obtenerla por cualquier medio.		Tabaquismo: Adicción crónica generada por la nicotina, que produce dependencia física y psicológica así como un gran número de enfermedades.	Cualitativa Nominal	¿Actualmente fuma? 1.- Si 2- No
		Alcoholismo: Enfermedad primaria y crónica en cuyo desarrollo y manifestación es clínicas influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales.	Cualitativa nominal.	¿Bebe alcohol? 1. Si. 2. No. ¿Desde cuando? 1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años. ¿Qué tipo de bebida consume? 1. Cerveza. 2. Tequila. 3. Whisky. 4. Vodka. 5. Ron. 6. Ginebra. 7. Mezcal. 8. Otro. ¿Con qué frecuencia lo consume? 1. Diario. 2. Cada tercer día. 3. Cada fin de semana. 4. Cada mes. 5. Nunca.

				¿Cuántas bebidas por ocasión? 1. Nada. 2. <6 bebidas. 3. > 6 bebidas.
Cáncer de mama: Proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis.			Cualitativa nominal	1.- ¿Tienen algún familiar que padece o padeció o incluso murió por Cáncer de mama? 1. Si 2. No 2.- Tipo de parentesco 1. Abuelos. 2. Padres. 3. Hermanos o hermanas. 4. Hijos o hijas.
Modelo en creencias de salud: Es uno de los modelos más utilizados para conceptualizar los posibles obstáculos o facilitadores de un comportamiento deseable de adopción de medidas sanitarias.	Susceptibilidad percibida: El grado en que una persona cree que tiene el riesgo de sufrir un problema de salud en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.		Escala tipo likert: 1. Totalmente en desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	1. En comparación de mujeres de mi misma edad, creo que tengo más posibilidades de sufrir cáncer de seno. 2. Hay una buena posibilidad de que yo sufra cáncer de seno en los próximos diez años 3. Creo que tendré cáncer de seno en algún momento de mi vida.

	Beneficios percibidos: Los resultados positivos que una persona cree que se obtendrán de la acción en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.		Escala tipo likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	1. Realizar las autoexploraciones de seno cada mes me permite encontrar cualquier bolita en forma temprana. 2. Si realizo las autoexploraciones de seno cada mes durante el próximo año, reduciré la posibilidad de morir por cáncer de seno. 3. Si realizo las autoexploraciones de seno mensuales, reduciré mis posibilidades de requerir una cirugía radical o desfigurante en caso de que sufra de cáncer de seno. 4. Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer de seno.
	Barreras percibidas: Los resultados negativos que una persona cree que se obtendrán de la acción en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes		Escala tipo likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy	1. Hacerme las autoexploraciones de seno me tomara mucho tiempo. 2. Hacerme las autoexploraciones de seno no será nada agradable. 3. Las autoexploraciones de seno me hacen sentir incomoda. 4. Me falta privacidad como para realizarme las autoexploraciones de seno. 5. Tengo miedo de hacerme la autoexploración de

			en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	seno porque puedo encontrar algo mal. 6. La autoexploración de seno solo se realiza si sientes dolor en el seno.
	Autoeficacia: La creencia de una persona en su capacidad para actuar en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes.		Escala tipo likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	1. Estoy segura de los pasos que debo seguir para hacerme una autoexploración de seno. 2. Confío en que puedo realizar las autoexploraciones de seno correctamente. 3. Sé cómo realizar las autoexploraciones de seno. 4. Sé las posiciones corporales para realizarme la autoexploración de seno. 5. Puedo usar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis senos. 6. Puedo identificar si el tejido de mi seno ha sufrido cambios. 7. Sé en qué fechas debo realizarme la autoexploración de seno. 8. Puedo encontrar una bolita de seno si me practico la autoexploración de seno yo sola. 9. Cuando me veo al espejo, puedo reconocer cambios anormales de mis senos como: arrugas, cambios de color y/o deposición de mi pezón.
	Gravedad percibida: El grado en que		Escala tipo likert:	1. Me atemoriza pensar en el cáncer de seno.

	una persona cree que las consecuencias del problema de salud serán graves en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes		1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	2. Los problemas que experimentaría con el cáncer de seno durarían mucho tiempo. 3. Si tuviera cáncer de seno cambiaría toda mi vida. 4. Si desarrollara cáncer de seno, no viviría más de 5 años. 5. Me preocupa pensar en las consecuencias de los tratamientos del cáncer de seno.
	Señales para la acción: Un evento externo que motiva a una persona a actuar en las mujeres de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N°1 de la OOAD Aguascalientes		Escala tipo likert: 1. Totalmente desacuerdo, 2. Muy en desacuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Muy en acuerdo y 5. Totalmente de acuerdo.	1. Mantener una buena salud es extremadamente importante para mí. 2. Creo que es importante realizar actividades que mejoran mi salud. 3. Me interesa detectar a tiempo cualquier problema de salud. 4. Busco nueva información para mejorar mi salud. 5. Como alimentos bien balanceados.

			e de acuerdo.	
--	--	--	------------------	--



ANEXO D INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



CUESTIONARIO DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD PARA EL
TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA (4)

I.- Ficha de identificación

Folio:

Nombre:

Fecha de aplicación: Día Mes Año

Numero de Afiliación:

II. Características Socio demográficas

1.- Sexo del Paciente:

1. Masculino 2. Femenino

2.- Fecha de Nacimiento:

Día Mes Año Año

Edad

3.- Estado Civil:

1. Soltero(a)

2.Casado(a)

3.Unión

libre

4.Divorciado(a)

5.Viudo(a)

6.Separado(a)

4.- Escolaridad del Paciente:

1. Analfabeta

2. Alfabeto sin escolaridad

3. Primaria

4.

Secundaria

5. Bachillerato

6. Técnico

7.

Profesional

8. Otro

5. Ocupación ¿A qué se dedica actualmente?

2. Estudia.

2. Trabaja ¿En qué área?

3. Hogar.

4.Pensionado/Jubilado

III. Características de la Enfermedad y su Atención

1.- Número de Consultorio:

3.- Turno:

1.- Matutino

2.- Vespertino

2.- Mediciones del Paciente:

7.- Peso

8.- Talla

9.- IMC <25

18.- Circunferencia de cintura

(Mujeres < 80 cm, Hombres < 90cm)

IV. Antecedentes personales no patológicos

9. Edad del primer periodo menstrual:

10. Edad de la última menstruación

11. Número de embarazos

12. Edad del primer embarazo:

13. Edad del último embarazo

14. Lactancia materna:

1. Si. 2. No.

15. Tiempo de lactancia materna:

16. Uso de hormonales:

1. Si. 2. No.

9.- El ejercicio regular es cualquier actividad planeada (por ejemplo caminar rapidamente, hacer yoga, bailar, correr o trotar, andar en bicicleta, jugar futbol, etc.) que se realice para mejorar la condición física. Esta actividad se debe realizar de 3 a 5 veces por semana con una duración de 20-60 minutos por ocasión. El ejercicio no debe ser doloroso para que sea efectivo pero se debe hacer a un nivel que incremente su frecuencia respiratoria y que le haga sudar. De acuerdo con esta definición, ¿Realiza ejercicio físico?

1. No, y no tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses.

2. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses.
3. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 30 días.
4. Si, llevo haciendolo menos de 6 meses.
5. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 6 meses.
6. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 5 años.

10.- ¿Cuántos minutos por ocasión?

1. < 30 minutos. 2. 1 hora. 3. > 1 hora. 4. Nada.

11.- Cuantas veces a la semana

1. Ninguno. 2. De 1 a 3 días. 3. Más de 4 días.

12.- Su alimentación es alta en grasas.

1. Si. 2. No

13.- Cuantas veces a la semana consume alimentos altos en grasas.

1. Ninguno. 2. De 1 a 3 días. 3. Más de 4 días.

V. - Antecedentes Heredofamiliares

1.- ¿Tienen algún familiar que padece o padeció o incluso murió por Cáncer de mama?

1. Si. 2. No

1.1 ¿Tipo de parentesco?

1. Abuelos. 2. Padres. 3. Hermanos o hermanas. 4. Hijos o hijas.

2.- ¿Tienen algún familiar que padece o padeció o incluso murió por Cáncer de ovario?

1. Si. 2. No

2.1.- ¿Tipo de parentesco?

1. Abuelos. 2. Padres. 3. Hermanos o hermanas. 4. Hijos o hijas

VI.- Toxicomanías

1.- Fuma.

1. Si. 2. No

2. - Desde cuando fuma

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

3.-Cuantos cigarros fuma al día.

- 1.- ≤ 1 cigarrillo. 2. > 5 cigarrillos. 3. ≥ 1 cajetilla.

4.- Bebe alcohol

1. Si. 2. No.

5.- Desde cuando

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

6.- ¿Qué tipo de bebida es la que consume?

1. Cerveza. 2. Tequila. 3. Whisky. 4. Vodka. 5. Ron. 6. Ginebra. 7. Mezcal. 8. Otro.

7.- ¿Con qué frecuencia lo consume?

1. Diario. 2. Cada tercer día. 3. Cada fin de semana. 4. Cada mes. 5. Nunca.

8.- Cuantas bebidas por ocasión

1. Nada. 2. <6 bebidas. 3. > 6 bebidas.

VII.- Cuestionario Del Modelo De Creencias En Salud Para El Tamizaje De Cáncer De Mama

VII.1 Susceptibilidad percibida

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. En comparación de mujeres de mi misma edad, creo que tengo más posibilidades de sufrir cáncer de seno.	5	4	3	2	1
2. Hay una buena posibilidad de que yo sufra cáncer de seno en los próximos diez años	5	4	3	2	1
3. Creo que tendré cáncer de seno en algún momento de mi vida	5	4	3	2	1

VII.2 Gravedad percibida

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
Me atemoriza pensar en el cáncer de seno	5	4	3	2	1
Los problemas que experimentaría con el cáncer de seno durarían mucho tiempo.	5	4	3	2	1
Si tuviera cáncer de seno cambiaría toda mi vida	5	4	3	2	1
Si desarrollara cáncer de seno, no viviría más de 5 años	5	4	3	2	1
Me preocupa pensar en las consecuencias de los tratamientos del cáncer de seno.	5	4	3	2	1

VII.3 Beneficios percibidos.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
Realizar las autoexploraciones de seno cada mes me permite encontrar cualquier bolita en forma temprana.	5	4	3	2	1
Si realizo las autoexploraciones de seno cada mes durante el próximo año, reduciré la posibilidad de morir por cáncer de seno.	5	4	3	2	1
Si realizo las autoexploraciones de seno mensuales, reduciré mis posibilidades de requerir una cirugía radical o desfigurante en caso de que sufra de cáncer de seno.	5	4	3	2	1
Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer de seno.	5	4	3	2	1

VII.4 Barreras percibidas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
Hacerme las autoexploraciones de seno me tomara mucho tiempo.	5	4	3	2	1
Hacerme las autoexploraciones de seno no será nada agradable.	5	4	3	2	1

Las autoexploraciones de seno me hacen sentir incomoda.	5	4	3	2	1
Me falta privacidad como para realizarme las autoexploraciones de seno.	5	4	3	2	1
Tengo miedo de hacerme la autoexploración de seno porque puedo encontrar algo mal.	5	4	3	2	1
La autoexploración de seno solo se realiza si sientes dolor en el seno.	5	4	3	2	1

VII.5 Autoeficacia.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
Estoy segura de los pasos que debo seguir para hacerme una autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
Confío en que puedo realizar las autoexploraciones de seno correctamente.	5	4	3	2	1
Sé cómo realizar las autoexploraciones de seno.	5	4	3	2	1
Sé las posiciones corporales para realizarme la autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
Puedo usar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis senos.	5	4	3	2	1
Puedo identificar si el tejido de mi seno ha sufrido cambios.	5	4	3	2	1
Sé en qué fechas debo realizarme la autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
Puedo encontrar una bolita de seno si me practico la autoexploración de seno yo sola.	5	4	3	2	1
Cuando me veo al espejo, puedo reconocer cambios anormales de mis senos como: arrugas, cambios de color y/o deposición de mi pezón.	5	4	3	2	1

VII.6 Señales para la acción.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
Mantener una buena salud es extremadamente importante para mí.	5	4	3	2	1
Creo que es importante realizar actividades que mejoran mi salud.	5	4	3	2	1

Me interesa detectar a tiempo cualquier problema de salud.	5	4	3	2	1
Busco nueva información para mejorar mi salud.	5	4	3	2	1
Como alimentos bien balanceados.	5	4	3	2	1



ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL

Dimensiones del modelo en creencias de salud asociado al tamizaje de cancer de mama en mujeres de 40-69 años de edad de la UMF N°1.

La información de la entrevista será recolectada y capturada por profesionales de la salud. Se identificará, a las pacientes femeninas de 40-69 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar N° 1 de la OOAD Aguascalientes, se obtendrá permiso mediante una carta de consentimiento informado, en la que se les informará los objetivos, beneficios e inconvenientes de la aplicación de la entrevista, se le comentará que tiene el derecho de retirarse del proyecto en el momento que lo crea conveniente y que toda la información que nos proporcione será confidencial y no cambiara el trato que se le da en las instituciones de salud; de igual forma se les especificara la duración de las entrevistas, mismas que se realizarán en la sala de espera de la UMF N°. 1 de OOAD Aguascalientes.

Los temas que se abordarán dentro de la entrevista serán en un inicio a las características sociodemograficas de la paciente, asi como sus antecedentes personales no patologicos, posteriormente sobre antecedentes heredofamiiars acerca de la presencia de cáncer de mama o de ovario, finalizando con la aplicación del cuestionario referente a modelo en creencias de salud donde finalmente se evaluaran las dimensiones del modelo en creencias de salud que son, el comportamiento es el resultado de la susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, señales para la acción y autoeficacia.

Se dará una explicación de la importancia de la aplicación de la entrevista enfatizando en el número de casos de cáncer de mama que existe en nuestro país, puesto que esta enfermedad conlleva a múltiples complicaciones por lo que es de suma importancia el tamizaje y control.



CUESTIONARIO DEL MODELO DE CREENCIAS EN SALUD PARA EL
TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA

I.- Ficha de identificación

Folio: Se dejará en blanco ya que el investigador asignará después los folios de las

entrevistas. **FOLIO** 014

Nombre: Se anotará en la entrevista el nombre y apellidos completos del paciente, este se obtendrá del catálogo de pacientes, previamente a la entrevista. Ejemplo:

Nombre: Patricia De La Rosa Martínez.

Fecha de aplicación: Se anotará la fecha de aplicación de la entrevista, especificando el día, mes y año.

Fecha de aplicación: Día 14 Mes Mayo Año 2024

Numero de Afiliación: Este se obtendrá del expediente de la paciente previamente identificada.

51024589873
Numero de Afiliación:

II. Características Socio demográficas

Se le preguntará la entrevistada y se irán anotando los datos.

1.- Sexo del Paciente:

1. Masculino

2. Femenino

2.- Fecha de Nacimiento:

Día

Mes

Año

Año

Edad: La edad se pondra en años.

Edad

Estado civil: Se seleccionará el número a que corresponda la opción que responda el participante al momento de la entrevista.

3.- Estado Civil:

- | | | |
|------------------------|-------------|---------------|
| 1. Soltero(a)
libre | 2.Casado(a) | 3.Unión |
| 4.Divorciado(a) | 5.Viudo(a) | 6.Separado(a) |

Escolaridad: La escolaridd se colocará el número que corresponda a lo contestado por el participante, es importante mencionar que cuando tenga bachillerato incompleto por ejemplo, se pondrá que solo cuenta con la secundaria, asi como en otro completarlo, basandonos en la respuesta de la paciente.

4.- Escolaridad del Paciente:

- | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------|----|
| 1. Analfabeta | 2. Alfabeto sin escolaridad | 3. Primaria | 4. |
| Secundaria | 5. Bachillerato | 6. Técnico | 7. |
| Profesional | 8. Otro | | |

Ocupación: En este apartado se colocara el número que la paciente seleccione dependiendo de las respuestas que se presentan, asi como si la respuesta es que trabaja, se deberá completar dicha respuesta.

5. Ocupación ¿A qué se dedica actualmente?

- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------|-----------------------|
| 3. Estudia. | 2. Trabaja ¿En qué área? | 3. Hogar. | 4.Pensionado/Jubilado |
|-------------|--------------------------|-----------|-----------------------|

III. Características de la Enfermedad y su Atención

Se anotará la unidad de medicina familiar a la que pertenezca, número de consultorio en el que es atendido, el turno en el que asiste.

1.- Número de Consultorio:

3.- Turno:

1.- Matutino 2.- Vespertino

Mediciones del paciente: Para el peso y la talla, con el personal calificado, con un estadímetro y una báscula seca se tomarán dichas mediciones. El peso se registrará en kilogramos y la talla en metros. Para el IMC, este se realizará por el encuestador posterior a terminar la entrevista.

2.- Mediciones del Paciente:

7.- Peso

8.- Talla

9.- IMC <25

Circunferencia de cintura: Se utilizará un cintra métrica, con una adecuada técnica, se procederá a realizar las mediciones de cintura y de cadera, se reportarán en centímetros.

18.- Circunferencia de cintura

(Mujeres < 80 cm, Hombres < 90cm)

IV. Antecedentes personales no patológicos

Ahora siguen las preguntas que tienen que ver con los antecedentes personales no patológicos.

Edad del primer período menstrual: En esta pregunta la paciente solo indicará la edad en años aproximados de cuando fue la primera vez que tuvo su período menstrual.

17. Edad del primer periodo menstrual:

Edad del último período menstrual: En esta pregunta la paciente solo indicará la edad en años aproximados de cuando fue la última vez que tuvo su período menstrual solo si es el caso de la paciente.

18. Edad de la última menstruación

Número de embarazos: En esta pregunta la paciente solo indicará el número total de embarazos, contando el número de gestas, paras y abortos solo si es el caso de la paciente.

19. Número de embarazos

Edad del primer embarazo: En esta pregunta la paciente solo indicará la edad en años aproximados de cuando fue su primer embarazo solo si es el caso de la paciente, si no lo es se omitirá esta respuesta.

20. Edad del primer embarazo:

Edad del último embarazo: En esta pregunta la paciente solo indicará la edad en años aproximados de cuando fue su último embarazo solo si es el caso de la paciente, si no lo es se omitirá esta respuesta.

21. Edad del último embarazo

Lactancia materna: En esta pregunta la paciente solo tendrá una respuesta dicotómica con si o no acerca de si está o en sus hijos recurrió a la lactancia materna.

22. Lactancia materna:

2. Si. 2. No.

En la siguiente pregunta la paciente indicará por cuánto tiempo dio lactancia materna o si es el caso indicar cuánto tiempo lleva con la lactancia materna.

23. Tiempo de lactancia materna:

En la siguiente pregunta la paciente indicara por medio de una respuesta dicotomica con si o no, si esta usando o usó medicamentos hormonales.

24. Uso de hormonales:

2. Si. 2. No.

En la siguiente pregunta se leerá a la paciente la definicion de ejercicio fisico, con sus dimensiones de frecuencia y duración y posterior a esto solo va a seleccionar una resuesta.

9.- El ejercicio regular es cualquier actividad planeada (por ejemplo caminar rapidamente, hacer yoga, bailar, correr o trotar, andar en bicicleta, jugar futbol, etc.) que se realice para mejorar la condición física. Esta actividad se debe realizar de 3 a 5 veces por semana con una duración de 20-60 minutos por ocasión. El ejercicio no debe ser doloroso para que sea efectivo pero se debe hacer a un nivel que incremente su frecuencia respiratoria y que le haga sudar. De acuerdo con esta definición, ¿Realiza ejercicio físico?

1. No, y no tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses.
2. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 6 meses.
3. No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo e los próximos 30 días.
- 4.Si, llevo haciendolo menos de 6 meses.
5. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 6 meses.
6. Si, llevo haciendolo desde hace mas de 5 años.

En la siguiente pregunta sera importante definir por cuanto tiempo la paciente realiza ejercicio físico, seleccioanndo una de las respuestas estipuladas.

10.- ¿Cuántos minutos por ocasión?

1. < 30 minutos. 2. 1 hora. 3. > 1 hora. 4. Nada.

Es importante definir con que frecuencia a las emana la paciente realiza ejercicio, por lo que en la siguiente pregunta la paciente seleccionara una de las respuestas que mas valla de acuerdo a ella.

11.- Cuantas veces a la semana

1. Ninguno. 2. De 1 a 3 días. 3. Más de 4 días.

En la siguiente pregunta se definirá si la alimentacion de la paciente es alta en grasas.

12.- Su alimentación es alta en grasas.

1. Si. 2. No

es imortante definir cuantos días a la semana es que la apciente tiene una alimentación con un índice alto de grasas.

13.- Cuantas veces a la semana consume alimentos altos en grasas.

1. Ninguno. 2. De 1 a 3 días. 3. Más de 4 días.

En la siguientes preguntas se va a indagar acerca de los antecedentes familiares que tiene la paciente en familiares de primer grado, como lo son abuelos, padres, hermanos o hijos refiriendose unicamente a cáncer de mama o de ovario.

V. - Antecedentes Heredofamiliares

1.- ¿Tienen algún familiar que padece o padeció o incluso murió por Cáncer de mama?

1. Si. 2. No

1.1 ¿Tipo de parentesco?

1. Abuelos. 2. Padres. 3. Hermanos o hermanas. 4. Hijos o hijas.

2.- ¿Tienen algún familiar que padece o padeció o incluso murió por Cáncer de ovario?

1. Si. 2. No

2.1.- ¿Tipo de parentesco?

1. Abuelos. 2. Padres. 3. Hermanos o hermanas. 4. Hijos o hijas

Las toximanías como el tabaquismo y alcoholismo también serán preguntadas de manera muy sencilla.

VI.- Toxicomanías

En la siguiente pregunta la paciente seleccionará una de las respuestas que están estipuladas.

1.- Fuma.

1. Si. 2. No

Es importante indagar acerca de la antigüedad que la paciente tiene fumando, por lo que en la pregunta que sigue a continuación, mencionará cuanto tiempo es lo que aproximadamente lleva fumando, de las cuales la paciente al elegir una respuesta, el encuestador pondrá en el recuadro el número que corresponde a la respuesta de la paciente.

2. - Desde cuando fuma

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. >1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

En la siguiente pregunta la paciente mencionará cuantos cigarrillos son los que consume al día, por lo que el encuestador pondrá el número correspondiente en el recuadro según corresponda.

3.-Cuántos cigarros fuma al día.

- 1.- ≤ 1 cigarrillo. 2. > 5 cigarrillos. 3. ≥ 1 cajetilla.

En la siguiente pregunta sera necesario que se mencione si consume bebidas alcoholicas, asi como el tipo, frecuencia y las copas o unidades.

4.- Bebe alcohol

1. Si. 2. No.

5.- Desde cuando

1. < 6 meses. 2. > 6 meses. 3. > 1 año. 4. > 5 años. 5. > 10 años.

6.- ¿Qué tipo de bebida es la que consume?

1. Cerveza. 2. Tequila. 3. Whisky. 4. Vodka. 5. Ron. 6. Ginebra. 7. Mezcal. 8. Otro.

7.- ¿Con qué frecuencia lo consume?

1. Diario. 2. Cada tercer día. 3. Cada fin de semana. 4. Cada mes. 5. Nunca.

8.- Cuantas bebidas por ocasión

1. Nada. 2. < 6 bebidas. 3. > 6 bebidas.

En la sección VII se le cuestionará a la paciente sobre los posibles obstáculos o facilitadores de un comportamiento deseable de adopción de medidas sanitarias.

EJEMPLO DE LA ESTRUCTURA DE PREGUNTAS

A continuación, se da un ejemplo de cómo son las preguntas de esta sección y de la codificación para las respuestas, esta pregunta se le debe hacer a la paciente femenina de 40-69 años de edad con un ejemplo de cómo debe contestar. Se le dará a la paciente una hoja con una escala donde se mostrarán las opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo, muy de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, muy en desacuerdo y totalmente desacuerdo, se le pedirá que responda a la pregunta con la opción que considere mejor:

TOTALMENTE DE ACUERDO 100%
MUY DE ACUERDO
NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
MUY EN DESACUERDO
TOTALMENTE EN DESACUERDO 100%

Explicación:

Para familiarizar a la paciente femenina con el tipo de preguntas que se le realizarán y las opciones de respuesta que tendrá que dar, se le dará un ejemplo de la vida cotidiana como: de acuerdo con su experiencia, ¿Aconsejaría a sus compañeros o vecinos acerca de cómo mejorar su alimentación, esperando que ellos aconsejen a otros compañeros o vecinos? A continuación, se le mostrará la hoja con la escala de respuestas y se le pedirá que conteste.

Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

EJEMPLO:

En comparación de mujeres de mi misma edad, creo que tengo más posibilidades de sufrir cáncer de seno.	5
--	---

VII.- Cuestionario Del Modelo De Creencias En Salud Para El Tamizaje De Cáncer De Mama

VII.1 Susceptibilidad percibida

1. En comparación de mujeres de mi misma edad, creo que tengo más posibilidades de sufrir cáncer de seno.

En esta pregunta se investigará si la paciente al compararse con las mujeres de su entorno social o familiar que la rodean siente que sus posibilidades de tener cáncer de mama son mayores esto gracias a diferentes factores que ella presenta. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

2. Hay una buena posibilidad de que yo sufra cáncer de seno en los próximos diez años.

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de que si paciente considera que el riesgo de ella tener cáncer de mama en los proximos 10 años es mayor debido a diferentes factores como hereditarios o antecedentes patológicos que presenta la paciente. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la

opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

3. Creo que tendré cáncer de seno en algún momento de mi vida

La siguiente pregunta se le realizará a la paciente haciendola pensar si ella considera que la posibilidad de tener cáncer de mama en algún momento de su vida es muy alta. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	DE TOTALMENTE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. En comparación de mujeres de mi misma edad, creo que tengo más posibilidades de sufrir cáncer de seno.	5	4	3	2	1

2. Hay una buena posibilidad de que yo sufra cáncer de seno en los próximos diez años	5	4	3	2	1
3. Creo que tendré cáncer de seno en algún momento de mi vida	5	4	3	2	1

VII.2 Gravedad percibida

1. Me atemoriza pensar en el cáncer de seno

En la siguiente pregunta se va a indagar acerca de la presencia de miedo en la paciente por pensar en los temas relacionados con cáncer de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

2. Los problemas que experimentaría con el cáncer de seno durarían mucho tiempo.

La siguiente pregunta cuestiona a la paciente acerca de tener la creencia de que el tener cáncer de mama y llevar a cabo algún tratamiento tendrían una duración muy larga. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en acuerdo*”, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

3. Si tuviera cáncer de seno cambiaría toda mi vida

La pregunta que sigue es sobre el pensar que el tener cáncer de mama conllevaría un cambio en todo lo relacionado a su vida diaria. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea "*Totalmente de acuerdo*", el código **4** cuando responda "*Muy de acuerdo*", el código **3** para la opción "*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*", el código **2** para la opción "*Muy en desacuerdo*" y por último el código **1** si elige la opción "*Totalmente desacuerdo*".

Supóngase que la entrevistada respondió "*Muy en acuerdo*", se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

4. Si desarrollara cáncer de seno, no viviría más de 5 años

La siguiente pregunta es sobre la gravedad que puede llegar a tener el cáncer de mama y el pensar que se tiene un lapso de vida muy corto debido a todo lo que conlleva la enfermedad. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea "*Totalmente de acuerdo*", el código **4** cuando responda "*Muy de acuerdo*", el código **3** para la opción "*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*", el código **2** para la opción "*Muy en desacuerdo*" y por último el código **1** si elige la opción "*Totalmente desacuerdo*".

Supóngase que la entrevistada respondió "*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*", se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

5. Me preocupa pensar en las consecuencias de los tratamientos del cáncer de seno.

La siguiente pregunta se le realizará a la paciente acerca de el miedo que puede llegar a tener por todos los efectos secundarios que puede llegar a tener si inicia algún tratamiento para esta enfermedad, de acuerdo a todo lo que ha visto en personas que padecen esta enfermedad. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea "*Totalmente de acuerdo*", el código **4** cuando responda "*Muy de acuerdo*", el código **3** para la opción "*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*", el código **2** para la opción "*Muy en desacuerdo*" y por último el código **1** si elige la opción "*Totalmente desacuerdo*".

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Me atemoriza pensar en el cáncer de seno	5	4	3	2	1
2. Los problemas que experimentaría con el cáncer de seno durarían mucho tiempo.	5	4	3	2	1
3. Si tuviera cáncer de seno cambiaría toda mi vida	5	4	3	2	1
4. Si desarrollara cáncer de seno, no viviría más de 5 años	5	4	3	2	1
5. Me preocupa pensar en las consecuencias de los tratamientos del cáncer de seno.	5	4	3	2	1

VII.3 Beneficios percibidos.

1. Realizar las autoexploraciones de seno cada mes me permite encontrar cualquier bolita en forma temprana.

La pregunta que sigue es acerca de la creencia de que el autoexplorarse puede llegar a tener un diagnostico temprano y asi identificar la presencia de cáncer de mama en un tiempo adecuado. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

2. Si realizo las autoexploraciones de seno cada mes durante el próximo año, reduciré la posibilidad de morir por cáncer de seno.

La siguiente pregunta es sobre la creencia de la paciente acerca de autoexplorarse cada mes y obtener mejores resultados en el tratamiento por un diagnóstico temprano al reducir la probabilidad de morir por cáncer de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

3. Si realizo las autoexploraciones de seno mensuales, reduciré mis posibilidades de requerir una cirugía radical o desfigurante en caso de que sufra de cáncer de seno.

La siguiente pregunta es sobre la creencia de la paciente acerca de autoexplorarse cada mes y obtener mejores resultados en el tratamiento ya que las posibilidades de quitar un seno o parte de él sean menores y la apariencia física no se vea alterada. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

4. Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer de seno.

La pregunta siguiente cuestiona la creencia de que si la paciente se realiza la autoexploración de su mama cada mes las posibilidades de que muera por esta enfermedad disminuyen. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2**

para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Totalmente de acuerdo*”, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Realizar las autoexploraciones de seno cada mes me permite encontrar cualquier bolita en forma temprana.	5	4	3	2	1
2. Si realizo las autoexploraciones de seno cada mes durante el próximo año, reduciré la posibilidad de morir por cáncer de seno.	5	4	3	2	1
3. Si realizo las autoexploraciones de seno mensuales, reduciré mis posibilidades de requerir una cirugía radical o desfigurante en caso de que sufra de cáncer de seno.	5	4	3	2	1
4. Si realizo mis autoexámenes mensuales, es menos probable que muera por cáncer de seno.	5	4	3	2	1

VII.4 Barreras percibidas.

1. Hacerme las autoexploraciones de seno me tomara mucho tiempo.

La siguiente pregunta es acerca la creencia de que el realizarse la autoexploración de mama tardara mucho tiempo al estar realizando cada una de las maniobras de autoexploración. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

2. Hacerme las autoexploraciones de seno no será nada agradable

La pregunta siguiente cuestiona la creencia de que si la paciente se realiza la autoexploración de su mama puede llegar a ocasionar que no me sienta agusto al momento de realizarla. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

3. Las autoexploraciones de seno me hacen sentir incomoda

La siguiente pregunta es acerca la creencia de que el realizar la autoexploración de mama puede ocasionar una situación incomoda, incluso que llegue a causa ¿r dolor al momento de realizarla. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2**

para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

4. Me falta privacidad como para realizarme las autoexploraciones de seno

La siguiente pregunta cuestiona el que la paciente no puede realizarse la autoexploración debido a que no cuenta con un lugar en donde nadie la interrumpa o pueda verla al momento de realizarse la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy en desacuerdo”*, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

5. Tengo miedo de hacerme la autoexploración de seno porque puedo encontrar algo mal.

Esta pregunta cuestiona la idea de que la paciente tenga miedo de encontrar algo anormal en su seno o algo que anteriormente no había visto o sentido. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Totalmente de acuerdo”*, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

6. La autoexploración de seno solo se realiza si sientes dolor en el seno

La siguiente pregunta cuestiona la idea de que la autoexploración de mama solo se realizara si la paciente inicia con dolor sin causa aparente de su mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para

la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en desacuerdo*”, se utilizará el código **2** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Hacerme las autoexploraciones de seno me tomara mucho tiempo.	5	4	3	2	1
2. Hacerme las autoexploraciones de seno no será nada agradable.	5	4	3	2	1
3. Las autoexploraciones de seno me hacen sentir incomoda.	5	4	3	2	1
4. Me falta privacidad como para realizarme las autoexploraciones de seno.	5	4	3	2	1
5. Tengo miedo de hacerme la autoexploración de seno porque puedo encontrar algo mal.	5	4	3	2	1
6. La autoexploración de seno solo se realiza si sientes dolor en el seno.	5	4	3	2	1

VII.5 Autoeficacia.

1. Estoy segura de los pasos que debo seguir para hacerme una autoexploración de seno.

La siguiente pregunta cuestiona el que la paciente conoce la tecnica adecuada para poder realizarse la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

2. Confío en que puedo realizar las autoexploraciones de seno correctamente

La siguiente pregunta es acerca de que la paciente tiene plena confianza de que realiza la técnica adecuada para realizar la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

3. Sé cómo realizar las autoexploraciones de seno

La siguiente pregunta es acerca de que la conoce todos los pasos y las maniobras para realizar la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

4. Sé las posiciones corporales para realizarme la autoexploración de seno

La siguiente pregunta cuestiona a la paciente acerca de que conoce todas las maniobras para realizar la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

5. Puedo usar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis senos

La siguiente pregunta es acerca de que la paciente sabe con que parte exactamente de sus dedos debe de realizar la autoexploración de mama. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

6. Puedo identificar si el tejido de mi seno ha sufrido cambios.

La siguiente pregunta cuestiona a la paciente acerca de si tiene el conocimiento para detectar algo anormal en su seno esto al conocer la consistencia adecuada del seno. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

7. Sé en qué fechas debo realizarme la autoexploración de seno.

La siguiente pregunta cuestiona a la paciente acerca de si tiene el conocimiento para saber en que fechas se tiene que hacer la exploración de mamas para hacerla de manera correcta y detectar de manera adecuada alguna alteración. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

8. Puedo encontrar una bolita de seno si me practico la autoexploración de seno yo sola.

La siguiente pregunta cuestiona a la paciente acerca de si tiene el conocimiento para detectar algo anormal en su seno esto al conocer la consistencia adecuada del seno. Sin necesitar ayuda de alguien mas para una correcta identificación. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Muy de acuerdo”*, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

9. Cuando me veo al espejo, puedo reconocer cambios anormales de mis senos como: arrugas, cambios de color y/o deposición de mi pezón

La siguiente pregunta es acerca de que la paciente puede identificar algo anormal con solo ver su seno al momento de observarse en un espejo. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea *“Totalmente de acuerdo”*, el código **4** cuando responda *“Muy de acuerdo”*, el código **3** para la opción *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, el código **2** para la opción *“Muy en desacuerdo”* y por último el código **1** si elige la opción *“Totalmente desacuerdo”*.

Supóngase que la entrevistada respondió *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*, se utilizará el código **3** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Estoy segura de los pasos que debo seguir para hacerme una autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
2. Confío en que puedo realizar las autoexploraciones de seno correctamente.	5	4	3	2	1
3. Sé cómo realizar las autoexploraciones de seno.	5	4	3	2	1
4. Sé las posiciones corporales para realizarme la autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
5. Puedo usar la parte correcta de mis dedos cuando examino mis senos.	5	4	3	2	1
6. Puedo identificar si el tejido de mi seno ha sufrido cambios.	5	4	3	2	1
7. Sé en qué fechas debo realizarme la autoexploración de seno.	5	4	3	2	1
8. Puedo encontrar una bolita de seno si me practico la autoexploración de seno yo sola.	5	4	3	2	1
9. Cuando me veo al espejo, puedo reconocer cambios anormales de mis	5	4	3	2	1

senos como: arrugas, cambios de color y/o deposición de mi pezón.					
---	--	--	--	--	--

VII.6 Señales para la acción.

1. Mantener una buena salud es extremadamente importante para mí.

La siguiente pregunta es acerca de que para la paciente el mantenerse saludable ayudara a prevenir enfermedades y por lo tanto es un tema que tiene muy presente en su día a día. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Totalmente de acuerdo*”, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

2. Creo que es importante realizar actividades que mejoran mi salud.

La siguiente pregunta cuestiona la idea de la paciente acerca de que el hacer ejercicio mantiene un adecuado estado de salud. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Totalmente de acuerdo*”, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

3. Me interesa detectar a tiempo cualquier problema de salud

La siguiente pregunta interroga el interes de la paciente sobre el diagnostico precoz sobre presentar alguna enfermedad. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en*

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

desacuerdo”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Totalmente de acuerdo*”, se utilizará el código **5** en la hoja de respuestas.

4. Busco nueva información para mejorar mi salud.

La siguiente pregunta interroga el interes de la paciente sobre investigar nuevas técnicas o metodos o cualquier tipo de información para asi tener una vida sana. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en acuerdo*”, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

5. Como alimentos bien balanceados.

La siguiente pregunta interroga a la paciente sobre su alimentación para asi tener una vida sana. Se codificará la respuesta del entrevistado de la siguiente manera: se utilizará el código **5** cuando la respuesta sea “*Totalmente de acuerdo*”, el código **4** cuando responda “*Muy de acuerdo*”, el código **3** para la opción “*Ni de acuerdo ni en desacuerdo*”, el código **2** para la opción “*Muy en desacuerdo*” y por último el código **1** si elige la opción “*Totalmente desacuerdo*”.

Supóngase que la entrevistada respondió “*Muy en acuerdo*”, se utilizará el código **4** en la hoja de respuestas.

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	MUY EN ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	TOTALMENTE DESACUERDO
1. Mantener una buena salud es extremadamente importante para mí.	5	4	3	2	1
2. Creo que es importante realizar actividades que mejoran mi salud.	5	4	3	2	1
3. Me interesa detectar a tiempo cualquier problema de salud.	5	4	3	2	1
4. Busco nueva información para mejorar mi salud.	5	4	3	2	1
5. Como alimentos bien balanceados.	5	4	3	2	1