



BUAP

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
Facultad de Medicina.**

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina familiar No. 6.**

**“FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RENUENCIA A LA AUTOEXPLORACIÓN DE
MAMA Y MASTOGRAFÍA EN LA U.M.F. N°6”**

**No. de Registro SIRELCIS:
R-2018-2104-016**

Tesis para obtener el título en la especialidad en medicina familiar.

**Presenta:
Dra. Elizabeth Velázquez Juárez**



**Directores de tesis:
MC. Eduardo Vázquez Cruz
Dra. María Luisa Vargas Torres**

Puebla, Puebla Febrero 2020

INDICE.

1.- RESUMEN	3
2.- INTRODUCCIÓN.	4
3.- ANTECEDENTES.	5
3.1.- ANTECEDENTES GENERALES.	5
3.2.- ANTECEDENTES ESPECIFICOS.....	8
4.- JUSTIFICACIÓN.....	10
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
6.- HIPÓTESIS.....	12
6.1 HIPÓTESIS NULA.....	12
6.2 HIPÓTESIS ALTERNA	12
7.- OBJETIVO.....	13
7.1 OBJETIVO GENERAL	13
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	13
8.- MATERIAL Y MÉTODOS.	14
8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	14
8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO	14
8.3 MUESTREO	14
8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	14
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	14
8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	14
8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	15
8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	15
8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	15
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA	15
8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	16
8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL	16
8.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICION	18
8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	19
8.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.....	19
9.- ASPECTOS ÉTICOS.	20
10.- RESULTADOS.....	23
11.- DISCUSIÓN.....	36
12.- CONCLUSIONES.....	37
13.- PROPUESTAS.....	38
14.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
15. ANEXOS.	42

1.- RESUMEN.

“Factores involucrados en la renuencia a la autoexploración de mama y mastografía en la U.M.F. N°6”.

Residente de Medicina Familiar Velázquez Juárez Elizabeth, Dr. Vázquez Cruz Eduardo, Dra. Vargas Torres María Luisa.

Introducción: El cáncer de mama representa un problema de salud pública, en nuestra población, no tanto por la patología en sí, si no por el numero de muertes cada vez mayor por esta patología. Se ha demostrado por medio de estudios epidemiológicos y revisiones sistémicas que para aumentar el timpo de supervivencia de las pacientes con esta enfermedad, el diagnostico temprano es la herramiento con la que contamos. Es este el motivo donde radica la gran importancia de las medidas de prevención primaria a las que se debe de enfocar el primer nivel de atención en salud de las instuticones tanto publicas como privadas en nuestro pais.

Objetivo: Determinar cuáles son los factores involucrados en la renuencia a la autoexploración de mama y mastografía en la población femenina de entre 40 y 69 años de edad de la U.M.F. N°6.

Material y método: Se aplicaron encuestas a derechohabientes femeninos de un rango de edad entre 40 y 69 años (316 derechohabientes), quienes se encontraron en sala de espera en ambos turnos en la U.M.F. N°6, que cumplieron con los criterios de selección, en un periodo comprendido entre agosto y octubre del 2018, posteriormente se recabaron los datos obtenidos de las encuestas en una base de datos y se realizó interpretación de resultados.

Resultados: De un total de 316 mujeres evaluadas, entre 40 y 69 años, con una mediana de 55.4 años, se obtuvo que el 44% son amas de casa, el 40% con estado civil casada, escolaridad 37% secundaria, religión católica con el 50%, con conocimiento de la técnica de autoexploración de mama e indicaciones de mastografías el 85%, realización de autoexploración 46%, realización de mastografía 67% y factores para la no realización de ambos grupos se encontró desidia en el 30%.

Conclusión: En cuanto al conocimiento de las técnicas de autoexploración de mama y de indicaciones de mastografías el mayor porcentaje (85%) respondió si tener estos conocimientos y a pesar de esto, solo el 10% de la población se realiza de forma mensual autoexploración de mama, el mayor motivo para la falta de realización de autoexploración de mama fue desidia con 4 de cada 10 personas y para la falta de realización de mastografía fue desidia con 3 de cada 10 personas, seguido de falta de tiempo con 1.5 de cada 10 personas. Esto podría hacernos enfocar nuestra atención en medidas diferentes para lograr que las mujeres se realicen autoexploración de mama y mastografías, dirigidas al auto cuidado y preocupación por sí mismas, ya que el conocimiento si lo tienen.

2.- INTRODUCCION.

El cáncer es una de las causas principales de muerte en todo el mundo. En 2008 hubo 12.7 millones de casos y 7.6 millones de muertes por esta causa; 56% de los casos y 64% de los desesos que se presentaron ocurrieron en países de bajo o en vías de desarrollo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para los próximos 20 años se espera que la incidencia de cáncer en el mundo incremente a 22 millones por año y que el aumento en la mortalidad para el mismo periodo sea de 13 millones por año.

El cáncer de mama es un problema de salud pública tanto en el mundo, como en cada país por separado, y se enlista en una de las principales causas de discapacidad entre las mujeres. En mujeres mexicanas, la edad promedio de diagnóstico es de 50 años, lo cual representa una década menor que en población anglosajona y europea. En distintas series mexicanas se concluyó que aproximadamente el 50% de las mujeres con cáncer de mama tienen al menos 50 años al momento del diagnóstico, en contraste con aproximadamente solo el 20% en población caucásica, en quienes la edad al momento del diagnóstico es mayor.

A partir del año 2006 el cáncer de mama ha representado la primera causa de muerte por neoplasia en mujeres mexicanas, por lo que es urgente fortalecer el programa de tamizaje organizado con base poblacional. El grupo blanco (mujeres de 40 a 69 años) corresponde a poco más de 14 millones de mujeres, sin embargo, la cobertura de toda esta población no podrá realizarse ya que la capacidad instalada en los servicios clínicos del país únicamente podría cubrir a 24.7% de estas mujeres en un lapso de dos años.

El programa de tamizaje para cáncer de mama, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM) 041-2011, incluye: autoexploración de mama de forma mensual a partir de los 20 años, el examen clínico anual a partir de los 25 años y la mastografía bianual en mujeres de 40 a 69 años. Un programa de detección oportuna mediante la mastografía disminuye la mortalidad por cáncer de mama en 16% en seguimientos de al menos cinco años y cuando se dispone de un tratamiento adecuado. El autoexamen y el examen clínico de la mama, es importante, ya que a pesar de que no han mostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama, permiten crear conciencia sobre problema y su prevención. (4)

A pesar de la gran importancia que se le ha dado a los programas de examen clínico de mama, la incidencia y prevalencia del cáncer de mama sigue en aumento en las últimas décadas, así como la realización de medidas preventivas por parte de las mujeres mexicanas no ha sufrido aumento en cuanto cifras de años previos, dada la importancia de este tema se han realizado estudios para conocer cuáles son los factores que han contribuido a la falta de realización de acciones tan importantes como la auto exploración de mama y la mastografía.

En estos aspectos se han distinguido varios factores, entre los que se encuentran barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales, también falta de conocimiento, tiempo, pudor y vergüenza por mostrar el cuerpo, por parte de las mujeres, por lo que resulta de gran relevancia la investigación de todos estos factores para poder crear acciones que puedan modificar estos aspecto

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES.

El cáncer es una enfermedad tan antigua que se conoce su existencia desde el surgimiento del hombre , según Hipócrates el término cáncer viene del griego karkino que significa cáncer, por la semejanza con las patas del cangrejo. Su origen se da en cualquier tipo de célula y tejido corporal transformando estas células a las que le dieron origen , en las mujeres el cáncer que tiene una mayor prevalencia en mortalidad es el cáncer cervicouterino y cáncer de mama (1).

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, requiere urgentemente de acciones efectivas que tengan impacto a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. En el actualidad el desarrollo y avance en nuevas tectologías y conocimiento científico y el cambio en los sistemas de salud, han impuesto retos importantes para el control de esta enfermedad. (5)

Existen muchas diferencias sobre el cáncer entre países en vías de desarrollo y los más desarrollados, no solo en cuanto a la etiología, también presenta variaciones significantes en términos geográficos, recursos disponibles para la atención de los pacientes, en sus diferencias culturales y en la organización de sus sistemas de salud para afrontar dicha enfermedad, lo que influye en la existencia de una brecha de equidad muy grande entre todos los países. Problema que tiende a empeorar en el futuro causado por las transiciones tanto demográficas y epidemiológicas que se están viviendo, así como de la existencia de enfermedades infecciosas que cada vez se relacionan mas con el cáncer , del estilo de vida actual y la capacidad de respuesta de nuestros sistemas de salud para el abordaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer. (11)

México se encuentra un proceso de transición demográfica y epidemiológica. A diferencia de países desarrollados nuestro país presenta una incidencia simultanea de enfermedades pre y pos transicionales con resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas, bajo este panorama desde hace más de tres décadas las enfermedades cronicodegenerativas incluido el cáncer, han ocupado los primeros lugares como causa de muerte en el país, asociados a características que presenta nuestra población como envejecimiento y estilos de vida poco saludables. (6)

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En 2008 hubo 12.7 millones de casos diagnosticados como primera vez y 7.6 millones de muertes atribuidos a esta causa ; 56% de los casos y 64% de las muertes ocurrió en países subdesarrollados. En los países desarrollados, el cáncer de pulmón, mama, colorectal y próstata representan el 46% del total de los casos de cáncer; en los países en vías de desarrollo: sarcoma de Kaposi, cáncer cérvico uterino, cáncer hepático, gástrico y de esófago representan

el 43% de la carga de enfermedad. (2,3).

Aproximadamente 18.1 millones de nuevos casos en el 2018 (GLOBOCAN). Se estima que para el año 2040 se incremente la cifra anual de casos nuevos a 29.5 millones. (1) el 70% de defunciones ocurren en países de ingresos medio y bajos (2), La Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO) considera que las elevadas cifras de muertes por cáncer se deben a los diagnósticos tardíos.

La región de América se encuentra en el segundo lugar de incidencia (242.5 por 100 000 habitantes) y en el tercer lugar de mortalidad (101.0 por 100 000 habitantes) por cáncer. De los países que se encuentran en este grupo, México es uno de los que tienen menor incidencia (131.5 por 100 000 habitantes) y mortalidad (68.9 por 100 000 habitantes) por esta causa. (4).

En 2011, los desesos por neoplasias de origen carcinoso en México ocuparon el tercer lugar (12.1%) como causa de muerte en hombres y en mujeres. Aunque su frecuencia varía dependiendo a características como la edad, los principales tipos de cáncer en hombres fueron: próstata (16.2%), pulmón (12.4%), estómago (8.3%), hígado (7.5%) y colon (5.1%); y en mujeres: mama (14.3%), cérvix (10.8%), hígado (7.8%), estómago (7.3%) y pulmón (6.6%). En cuanto a los grupos de edad más afectados fueron: menores de 15 años, por leucemias, en ambos sexos; mayores de 25 años, en mujeres y mayores de 45, en hombres. (5).

De acuerdo a con un análisis preliminar de Gutiérrez Delgado y colaboradores (6), en el periodo comprendido entre 2000 y 2010, en México ocurrieron, en promedio, 66 000 muertes anuales por esta causa, lo que equivale a 13% de la mortalidad nacional anual. Del total de defunciones por cáncer, las de mujeres representan, en promedio, 51% anual. Durante este periodo, el cáncer pulmonar fue el de mayor mortalidad (6 701), seguido de las neoplasias malignas de estómago (5 298) e hígado (4 819). Entre los cánceres de los órganos reproductivos, el de próstata generó el mayor número de defunciones (4 690), seguido del de mama (4 321) y el de cérvix (4 236). Estos seis tumores ocasionaron 46% del total de defunciones por cáncer.

Se estima que para el año 2025 habrá más de 20 millones de nuevos pacientes con cáncer a nivel mundial, para el 2030 se incrementarían a más de 22 millones con 14 millones de muertes y que más de tres cuartas partes serán diagnosticados en países de escasos recursos o menor índice de desarrollo humano. Situación que le da carácter de urgente a la implementación de medidas efectivas para el control de la patología (11).

Existen definiciones múltiples para hablar del cáncer de mama, pero se puede expresar como "el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios que tiene la capacidad de diseminarse" (2).

Entre la fisiopatología que causa el cáncer de mama se encuentra la exposición a estrógenos de forma prolongada, lo cual representa un mayor riesgo de cáncer de mama, ejemplos de dicha exposición prolongada serían la menarca temprana, la nuliparidad y la menopausia tardía. En estudios recientes también se ha observado un vínculo entre la obesidad y un mayor riesgo de cáncer de mama. (7).

En el cáncer de mama 8 de cada 10 diagnósticos muestran fibrosis productiva lo que incluye tejido epitelial y estromal, ocasionando atrapamiento de los ligamentos de Cooper y como consecuencia retracción, alteración del drenaje linfático y producción de piel de naranja. En general hasta 20% de la recurrencia es local, 60% es distante y 20% es local y distante. Al momento del diagnóstico 95% de las mujeres con metástasis distales fallecen, pero el principal factor pronóstico para estas pacientes es el estado de los ganglios axilares. Las mujeres con ganglios negativos presentan un menor riesgo de 30% de recurrencia, en comparación con el 75% cuando tienen ganglios positivos (8,9).

La detección tardía del cáncer de mama, lamentablemente aun en la actualidad se presenta de una forma común. Según el Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM), en el periodo 2003-2008, 70.2% de los casos de cáncer de mama se detectó en etapas avanzadas (II, 32.8%; III, 30.0%; y IV, 7.4%). Esta situación representa no sólo la disminución de la supervivencia de las mujeres diagnosticadas, sino que también conlleva a la utilización de tratamientos más agresivos y costosos, lo cual repercute en los sistemas de salud. La evidencia de estudios realizados en forma internacional ha demostrado que la utilización de la mastografía como una forma de tamizaje puede llegar a reducir entre 16 y 35% la mortalidad por cáncer de mama en mujeres con rangos de edades de entre 50 y 69 años. Sin embargo su impacto en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 40 y 49 años de edad es todavía objeto de debate (7,12).

La autoexploración manual (AE) y el examen clínico (EC) podrían representar una ayuda para la mastografía, especialmente en países con recursos bajos en los que la cobertura de la mastografía tiende a ser baja y restringida en cuanto a su uso para el tamizaje. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de la autoexploración de mama y el examen clínico, independiente de la mastografía, en la detección temprana del cáncer de mama sigue siendo limitada y su aplicación como estrategia integrada para lograr una mayor cobertura se cuestiona por todas las implicaciones que representa. (4,13).

En cuanto a la mastografía, a pesar de que existe información reciente respecto a que no hay diferencia en cuanto a la mortalidad por cáncer de mama como índice final entre las mujeres con o sin mamografía rutinaria, aun no se presentan datos concluyentes. Se observó veinte por ciento de frecuencia de diagnósticos falsos positivos, lo que quiere decir que gran

numero de mujeres han sido sometidas a procedimientos diagnósticos innecesarios por la sospecha de un supuesto cáncer que no es clínicamente aparente.

Desde el año 2004 en México, se incrementó la popularidad de la mastografía para detectar efectivamente el cáncer, sin embargo a pesara de su implementación en un gran numero de mujeres pertenencientes a los grupos de riesgo, la mortalidad por cáncer de mama no ha variado. La aceptación de este tipo de tamizaje se puede atribuir a la facilidad para promover las campañas de detección, ya que la mayoría de las mujeres acepta que la mastografía puede ofrecer la oportunidad de recibir oportunamente un tratamiento que reduzca la propagación e impida una pronta mortalidad. A pesar de que existen indicaciones específicas para la toma de las mastografías, aun no se ha alcanzado un consenso en cuanto a características específicas, por ejemplo la edad en la que es conveniente realizar la primera mastografía, la frecuencia de repetirla e, incluso, la edad para ya no realizarla (14-17).

Se conoce que cuatro de cada 10 casos de cáncer en México se pueden prevenir y que hasta una tercera parte de los pacientes diagnosticados podrían curarse o ser controlados si el cáncer se detecta a tiempo y se recibe de forma precoz un tratamiento. En México la prevención primaria esta poco organizada así como es carente de presupuesto para lograr su funcionamiento adecuado lo cual explica que hasta el 70 por ciento de casos de cáncer se diagnostique en forma tardía, lo cual redice en forma significativa la posibilidad de curación, y al mismo tiempo genera la necesidad de otro tipo de manejo como cuidados paliativos para tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes (6)

En la actualidad no se conoce con exactitud la prevalencia real de cáncer y solo se conoce de forma parcial su mortalidad, esto es debido a que México no cuenta con un sistema de registro de base poblacional de casos de cáncer homogeneizado en todo el país, el cual es indispensable para poder determinar de forma verídica el crecimiento de la epidemia, la tendencia que maneja, el perfil epidemiológico que cubren los pacientes, la supervivencia de la que gozan los casos reportados, la rapidez en el diagnóstico y la calidad en el tratamiento, mientras no contemos con esta herramienta cualquier intento sobre el control de cáncer será limitado. (6) por lo que es fundamental crear este registro el cual sea eficiente, cuente con acceso a información homogénea y sistémica para la captación, registro, pero sobre todo seguimiento de todos los nuevos casos de alguna neoplasias maligna.

3.2.- ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

El cáncer de mama es una enfermedad que en la actualidad representa uno de los principales problemas en la sociedad, no solo por el aumento en el número de sus casos, si no también por las muertes que ocasiona. Es una situación de la que aun no se conocen o no se han establecidos de forma eficaz la manera de evitarse, pero a pesar de eso, es una patología curable, si se logra detectar en sus etapas tempranas, es decir cuando el tumor aun no ha alcanzado un diámetro mayor a 2 centímetros. Estudios han logrado demostrar que este diagnóstico temprano logra reducir el porcentaje de mortalidad por este tipo de cáncer. Así que al conocer estos datos es donde surge la importancia en hacer énfasis en las medidas de prevención primaria a las que se debe de enfocar nuestro sistema nacional de salud. (18,19,20).

Entre los diferentes métodos que existen para llevar a cabo un diagnóstico precoz de cáncer de mama, se destacan dos, por su gran importancia: La autoexploración mamaria y la mastografía. La primera de ellas se debe de realizar cada mes, preferentemente entre el 7° y 10° día del inicio de la menstruación, mujeres con histerectomía posmenopáusicas, pueden realizar su autoexploración el primer día de cada mes o cualquier otro día elegido por ellas, mientras este sea fijo, para que sea más fácil de recordar. (21).

Al hablar de mastografía, podemos decir que es el método actual de elección para la detección oportuna de cáncer de mama, es utilizado principalmente por países desarrollados, un ejemplo de estos, es Estados Unidos quien ha demostrado gracias a esta iniciativa una reducción en los últimos 20 años de hasta un 35 por ciento de su mortalidad. Caso contrario para México ya que su tasa de mortalidad a pesar de que no ha aumentado significativamente si se ha mantenido estable, a pesar de su intento por implementar el mismo método de detección oportuna. (22,23).

La mastografía ha estimado una sensibilidad de 40 a 69% y especificidad de 88 a 99%, con un valor predictivo positivo de 4 a 50% (22,23).

Se ha observado que a pesar de que se han implementado en México desde hace muchos años la realización de mastografías como diagnóstico temprano, no ha representado algo significativo para el impacto en la enfermedad y que las mujeres no han adoptado estas medidas preventivas como se quisiera, por lo que se ha iniciado la búsqueda de los factores que han contribuido a la falta de realización de acciones tan importantes como la autoexploración de mama y la mastografía (24).

Con respecto a la búsqueda de estos factores se han logrado distinguir múltiples factores, entre los que se encuentran: barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales, o por parte de las mujeres falta de conocimiento, de tiempo, pudor y vergüenza por mostrar el cuerpo (25).

En cuanto al examen clínico, López-Carrillo y cols., “destacan que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico, residentes en áreas urbanas, acuden al examen clínico significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad”. Más aún, de acuerdo a Knaul y cols, en 2006 sólo el 22% de las mujeres de 40 a 69 años se sometió a una mastografía en el último año, lo cual es una proporción muy baja y mayor desde el año 2000. (26,27).

En nuestro país, en el año 2012 el Dr Yopez realizo un estudio enfocado al conocimiento que tenían las mujeres así como la perspectiva sobre la autoexploración de mama, quien encontró que el 82 por ciento de su población estudiada presentaba los conocimientos básicos sobre la técnica e indicaciones de autoexploración, sin embargo solo 4 de cada 10 de estas mujeres lo realizaban de forma periódica y de quienes la realizan, solo el 10 por ciento, lo hace de una forma correcta. La principal causa de la realización fue por indicación médica y de las causas encontradas para la falta de la realización, se enlistan en primer lugar la desidia con un 50%, otra causa fue el temor a resultados que representen algo negativo en su salud en un 5 por ciento, por lo que el autor concluyó que es de verdadera importancia la necesidad de un conocimiento más significativo de la técnica e indicaciones de la autoexploración (28).

Al realizar un análisis sobre las principales barreras que se presentan para la realización de exámenes de diagnóstico temprano para cáncer de mama, se encontró en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Secretaría de Salud, que eran los médicos quienes no indicaban dichos estudios a sus pacientes por el temor de que dichas instituciones no contarán con la infraestructura, personal y equipo necesarios para realizarlos, y que las mujeres derechohabientes muestren quejas contra ellos, por su parte las mujeres expresaron que parte de los factores para la no realización de estos procedimientos fueron la mala atención del personal de salud, falta de confianza hacia los mismos y falta de información. (29)

En un estudio se encontró que 4 de cada 5 mujeres referían tener conocimiento sobre la autoexploración de mama y su realización en forma mensual, sin embargo, sólo una de cada tres practica la exploración mensual y sólo una de cada cuatro conoce la técnica adecuada. Se encontró que el primer motivo por el cual no se realizan la autoexploración es por desidia o flojera, asimismo, se muestra que la fuente principal de quien reciben la información es del área de enfermería. (30).

4.- JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por neoplasias en la mujer, hasta el 14.3 %, representa en la actualidad un gran problema de salud pública, por el aumento cada vez mayor en los casos de muerte por esta patología.

El cáncer de mama no puede evitarse, pero es curable si la enfermedad es detectada en una etapa clínica temprana. En sus inicios dicho padecimiento no refleja síntomas precisos que puedan representar un foco de alerta en las mujeres, por lo que la realización mensual de autoexploración, así como mastografía es de gran utilidad para detectar cambios en la mama y con esta actividad hacer un diagnóstico oportuno y reducir la mortalidad.

Existen diferentes formas con las cuales se puede realizar el diagnóstico precoz del cáncer de mama, entre las más importantes destacan: La autoexploración mamaria y la mastografía. La autoexploración mamaria se debe de realizar cada mes, preferentemente entre el 7° y 10° día del inicio de la menstruación y la mastografía es el método de elección para la detección oportuna del cáncer de mama.

Por lo tanto, es importante conocer los factores por los que las mujeres no se realizan el autoexamen de mamas y mastografía que se traduce en una detección tardía y como consecuencia un incremento en la prevalencia de dicha enfermedad.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de mama en sus inicios dicho padecimiento no refleja síntomas específicos por lo cual su diagnóstico se torna más complicado y a pesar de que existen métodos enfocados a la prevención primaria de esta patología, gran porcentaje de la población femenina no se realiza dichos métodos. Por lo tanto, es importante conocer los factores por los que las mujeres no se realizan el autoexamen de mamas y mastografía, lo que se está traduciendo en una detección tardía y como consecuencia un incremento en la prevalencia y mortalidad de dicha enfermedad.

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores involucrados en la renuencia a la autoexploración de mama y Mastografía en las mujeres de entre 40 y 69 años de la U.M.F 6?

6.- HIPÓTESIS.

6.1 HIPÓTESIS NULA.

No existen factores predominantes para la renuencia a la autoexploración de mama y mastografía en las mujeres de entre 40 y 69 años de edad de la U.M F. N° 6.

6.2 HIPÓTESIS ALTERNA.

Existe más de un factor involucrado en la renuencia a la autoexploración de mama y realización de mastografía en las mujeres de entre 40 y 69 años de edad de la U.M F. N° 6.

7.- OBJETIVO.

7.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar cuál es el principal factor involucrado en la renuencia a la autoexploración de mama y mastografía en las derechohabientes de la U.M.F. N° 6.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer cuáles son las características sociodemográficas (escolaridad, edad, estado civil, ocupación, y religión de las pacientes).
- Enumerar por frecuencia de los factores involucrados en la renuncia a la autoexploración de mama y mastografía.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico.

8.2 UBICACIÓN ESPACIO-TIEMPO

La presente investigación se llevó a cabo con la población de mujeres de entre 40 y 69 años de edad de la U.M.F. N°6 IMSS en Puebla, Puebla, que acudió a la unidad médica en el turno matutino y vespertino, que se encontraba en sala de espera, durante el período comprendido del 1 de agosto al 31 octubre del 2018.

8.3 MUESTREO

8.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Derechohabientes femeninas de 40-69 años de edad adscritas a la U.M.F. N°6 IMSS Puebla, que acudieron a la unidad médica y que se encontraban en la sala de espera, durante el período del 1 agosto al 31 de octubre del 2018 y que cumplieron los criterios de selección.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Población femenina derechohabiente.

Pacientes que deseen participar en las encuestas.

Mujeres entre 40 y 69 años de edad.

Mujeres que se han realizado menos de 3 mastografías anteriormente.

Mujeres que no se realizan exploración mamaria por lo menos 6 veces al año.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Mujeres con diagnóstico de patología mamaria.
Mujeres analfabetas.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Mujeres que no contesten el 100% de la encuesta.
Mujeres que una vez iniciada el estudio no deseen seguir participando.

8.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

Probabilístico por conglomerado

8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Siendo la población de mujeres de 40 a 69 años de edad en la U.M.F. No. 6 del IMSS de la ciudad de Puebla de 22, 637 derechohabientes y dadas las características de nuestra investigación, requerimos estimar una proporción, con un nivel de confianza al 95% ($Z_{1-\alpha}$) con un valor de 1.96, una precisión del 5% y una proporción esperada de 30% de mujeres que no se realizan exploración de mama o mastografía. Obtenemos un tamaño de muestra de 316 individuos de acuerdo a la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N: universo de trabajo

$Z_{1-\alpha}^2$ = (valor tipificado)

p= proporción:

q= 1- p

d= (poder de precisión)

8.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Variables Independientes: Escolaridad, Edad, Estado civil, Ocupación, Religión, Causas que influyen para presentar renuencia a la autoexploración de mama, Causas que influyen para presentar renuencia a la realización de mastografía.

Variable dependiente: Mastografía. Autoexploración de mama.

8.7.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL

EDAD: Tiempo que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual. La expresaremos en años cumplidos y será la referida por el paciente.

OCUPACIÓN: Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo, será el señalado por la paciente de acuerdo a los siguientes rubros: ama de casa, empleada u obrera, comerciante, negocio propio.

ESTADO CIVIL: Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles, será el especificado por la paciente de acuerdo a los siguientes rubros: soltera, casada, unión libre, divorciada, viuda.

ESCOLARIDAD: Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela. Último grado de estudio que la paciente nos refieran, se expresará en el último grado alcanzado y culminado que refiera nuestro paciente., primaria, secundario, preparatoria, licenciatura, posgrado.

RELIGIÓN: Conjunto de creencias religiosas de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano, será el especificado por nuestro paciente con base a lo siguiente: católico, cristiano, testigo de Jehová y otro

CAUSAS QUE INFLUYEN PARA NO REALIZARSE AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA: Motivo o razón por la cual una mujer es influida para no realizarse autoexploración de mama. Sera lo especificado por nuestro paciente con base lo siguiente; Desconozco la técnica, flojera, falta de tiempo, desidia, pena de auto explorarme

CAUSAS QUE INFLUYEN PARA NO REALIZARSE MASTOGRAFÍA: Motivo o razón por la cual una mujer es influida para no realizarse una mastografía. Sera lo especificado por nuestro paciente con base a lo siguiente: Miedo a que el resultado del estudio sea negativo para mi salud, flojera, falta de tiempo, desidia , pena de que me vean y toquen al momento del estudio, falta de información sobre cuándo y en qué momento me debo realizar el estudio, mi médico familiar no me solicita el estudio, dolor al momento de la prueba, el personal que realiza la prueba realiza el estudio de mala forma y grosero, mi pareja no me permite que acuda este tipo de estudio.

8.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICION.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores	Parámetro
Edad	Cuantitativa	Continua	Lo referida por la encuesta	Años Cumplidos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Lo referida por la encuesta	a) Ama de casa b) Empleada u obrera c) Comerciante d) Negocio propio
Estado civil	Cualitativo	Ordinal	Lo referido por el encuesta	a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Divorciada e) Viuda
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Lo referido por la encuesta	a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Licenciatura e) Posgrado
Religión	Cualitativa	Nominal	Lo referido por la encuesta	a) Católico b) Cristiano c) Testigo de Jehová d) Otro
Causas que influyen para no realizase autoexploración de mama.	Cualitativo	Nominal Politómica	Lo referido por la encuesta	a) Desconozco la técnica. b) Flojera. c) Falta de tiempo. d) Desidia. e) Pena de auto explorarme.
Causas que influyen para no realizarse mastografía.	Cualitativo	Nominal Politómica	Lo referido por la encuesta	a) Miedo a que el resultado del estudio sea negativo para mi salud. b) Flojera. c) Falta de tiempo. d) Desidia. e) Pena de que me vean y toquen al momento del estudio. f) Falta de información sobre cuándo y en qué momento me debo realizar el estudio. g) Mi médico familiar no me solicita el estudio. h) Dolor al momento de la prueba. i) El personal que realiza la prueba realiza el estudio de mala forma y grosero. j) Mi pareja no me permite que acuda este tipo de estudios.

8.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Una vez revisado y aprobado el Protocolo de Tesis por parte de los asesores (metodológico y experto) y previo registro ante SIRELCIS y autorización CLIEIS, se identificó a las pacientes con rango de edad entre 40 a 69 años de edad que se encontraban adscritas a la U.M.F. 6 y que acudieron a la unidad médica durante el periodo del 1 agosto a 31 de octubre del 2018 y que se localizaban en la sala de espera de dicha unidad, en el turno matutino y vespertino y se les pidió su consentimiento informado para participar en el estudio, el cual consistió en contestar la encuesta seleccionada para la estudio.

Se realizó una encuesta que contenía los datos principales de la paciente como edad, número de seguro social, características sociodemográficas como escolaridad, estado civil, religión, ocupación, así como los principales factores que puede influir en las mujeres para no realizarse medidas de prevención para cáncer de mama como lo son autoexploración de mama y mastografía.

8.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.

Se realizó análisis de las variables de investigación y de las sociodemográficas; con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas.

9.- ASPECTOS ÉTICOS.

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. Esta investigación médica quiere conocer los factores involucrados en la renuencia de las mujeres a la autoexploración de mama y mastografía.

El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo al manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S establece en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud establece un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad; con la formación de profesionales de la Medicina Familiar; con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, República de la Ciudad África, Octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, Al conocimiento de los vínculos entre las causas de

enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13° (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16 donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Considerándose a ésta investigación como de Riesgo Mínimo (Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, entre otros) de acuerdo con lo establecido en su artículo 17° e incluirá la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22, al realizarse en menores de edad, éste se entregará a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36°. Por lo tanto nuestra investigación es de riesgo mínimo ya que se preguntarán datos personales y se hará un cuestionario para conocer la calidad de vida, tipología familiar y ciclo evolutivo.

Finalmente, en esta investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les detallaron las características del estudio informándoles que fue registrado y aprobado ante el comité local de investigación, y que su decisión de haber participado fue libre y voluntaria, señalando que habrían podido retirarse del estudio en el momento que lo hubiesen deseado, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual sería respetada en su integridad, en caso de haber aceptado participar se les realizó una entrevista manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitiría la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de las demás mujeres y que en el transcurso del estudio podrían solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y

valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto. La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral.

10.- RESULTADOS.

Las pacientes que conformaron la muestra del estudio fueron 316, las cuales se encuentra adscritas a la UMF 66, Puebla, quienes cumplieron con los criterios de inclusión, de dicho estudio se obtuvieron los siguientes resultados.

Sobre la edad reportada en la base de datos se obtuvo una media de 55.4 años +/- 7.8. Los rangos mínimo y máximo fueron 40 y 69 años respectivamente.

CUADRO 1. ESTADÍGRAFO POR EDAD.

<i>EDAD</i>	
Media	55.47
Mediana	56
Moda	63
Desviación estándar	7.85
Rango	29
Mínimo	40
Máximo	69
Cuenta	316

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En cuanto a ocupación, ama de casa obtuvo el 44.93 % (n=142).

CUADRO 2. DISTRIBUCION POR OCUPACIÓN.

<i>OCUPACIÓN</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
AMA DE CASA	142	44.93
COMERCIANTE	39	12.34
EMPLEADA	93	29.43
NEGOCIO PROPIO	42	13.30
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En relación al estado civil se encontró, casadas con 41.15% (n=130), seguida de viudas con 22.2% (n=70).

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL.

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SOLTERA	11	3.50
CASADA	129	40.80
UNION LIBRE	55	17.40
VIUDA	70	22.20
DIVORCIADA	51	16.10
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Con respecto a la escolaridad se encontró que secundaria fue el 37 % (n=117).

4. DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD.

<i>ESCOLARIDAD</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
PRIMARIA	59	18.70
SECUNDARIA	117	37.00
PREPARATORIA	98	31.00
LICENCIATURA	37	11.70
POSGRADO	5	1.60
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En cuanto a la religión se encontró religión católica con 50.60 % (n=160).

5.- DISTRIBUCION POR RELIGIÓN.

<i>RELIGIÓN</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
CATÓLICA	160	50.60
CRISTIANA	115	36.40
TESTIGO DE JEHOVÁ	24	7.60
OTRO	17	5.40
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Sobre la distribución de conocimiento de indicaciones para autoexploración de mama se encontró que no tienen dicho conocimiento el 12.97% (n=41).

6. DISTRIBUCIÓN DE INDICACIONES PARA AUTOEXPLORACION DE MAMA.

<i>CONOCE LAS INDICACIONES PARA REALIZAR AUTOEXPLORACION DE MAMA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SI	275	87.03
NO	41	12.97
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Del conocimiento sobre técnica de autoexploración de mama, si lo tienen el 84.49% (n=267).

7. DISTRIBUCIÓN DE CONOCIMIENTO DE TECNICA DE AUTOEXPLORACION DE MAMA.

<i>CONOCE LA TECNICA DE AUTOEXPLORACION DE MAMA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SI	267	84.49
NO	49	15.51
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En cuanto a la realización de autoexploración de mama si se la realizan el 46.52 % (n=147).

8. DISTRIBUCIÓN DE REALIZACION DE AUTOEXPLORACION DE MAMA.

<i>SE REALIZA AUTOEXPLORACION DE MAMA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SI	147	46.52
NO	169	53.48
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Los datos obtenidos de frecuencia de realización de autoexploración de mama fue que se la realizan una vez al mes el 9.49 % (n=30) y más de dos meses el 28.48% (n=90).

9. DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE AUTOEXPLORACION DE MAMA.

<i>CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA AUTOEXPLORACION DE MAMA.</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
UNA VEZ AL MES	30	9.49
CADA 2 MESES	27	8.55
MÁS DE 2 MESES	90	28.48
NO SE REALIZAN	169	53.48
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En relación al motivo por el cual no se realizan autoexploración de mama se reportó desidia con 45.45% (n=130), seguida de desconocimiento de la técnica con 15.50 % (n=49).

10. DISTRIBUCIÓN DE MOTIVO PARA NO REALIZARSE AUTOEXPLORACION DE MAMA.

MOTIVO POR EL QUE NO SE REALIZA AUTOEXPLORACION DE MAMA	n	%
DESIDIA	69	21.90
DESCONOZCO LA TECNICA	49	15.50
FALTA DE TIEMPO	30	9.49
FLOJERA	13	4.11
PENA DE AUTOEXPLORARME	8	2.50
SI SE LA REALIZAN	147	46.60
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Sobre el conocimiento de las indicaciones para realizarse una mastografías se obtuvo que no tienen dicho conocimiento el 9.50% (n=30).

11. DISTRIBUCION DE CONOCIMIENTO DE LAS INDICACIONES PARA MASTOGRAFIA.

<i>CONOCE LAS INDICACIONES PARA REALIZARSE MASTOGRAFIA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SI	286	90.50
NO	30	9.50
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

En cuanto a la realización de mastografía se obtuvo que no se la realizan el 32.6% (n=103).

12. DISTRIBUCION DE REALIZACIÓN DE MASTOGRAFIA.

<i>SE REALIZA MASSTOGRAFIA</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
SI SE REALIZA	213	67.4
NO SE REALIZA	103	32.6
TOTAL	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018.

Con respecto a los motivos por los cuales no se realizan mastografías se encontró en primer lugar a la desidia con 29.74% (n=94) y en segundo lugar a falta de tiempo con 14.87% (n=47).

13. DISTRIBUCIÓN DE MOTIVO PARA NO REALIZARSE MASTOGRAFIA.

MOTIVO POR EL QUE NO SE REALIZA MASTOGRAFIA	n:	%
Desidia	94	29.7
Falta de tiempo	47	14.87
Mi médico familiar no me solicita el estudio	20	6.32
Flojera	13	4.11
Falta de información sobre cuándo y en qué momento me debo realizar el estudio	12	3.79
Pena de que me vean o toquen al momento del estudio	8	2.53
Miedo a que el resultado del estudio sea negativo para mi salud	8	2.53
Dolor al momento de la prueba	5	1.58
Mi pareja no me permite que acuda este tipo de estudios	4	1.26
El personal que realiza la prueba realiza el estudio de mala forma y grosero	2	0.63
Si se realizan	103	32.59
TOTAL:	316	100

Fuente: Factores para no realizar autoexploración de mama y mastografía 2018

11.- DISCUSIÓN.

A pesar de la gran importancia que se le ha dado a los programas de examen clínico de mama, la incidencia y prevalencia de este ha continuado en aumento en las últimas décadas, así como la realización de medidas preventivas por parte de las mujeres mexicanas no ha sufrido aumento en cuanto cifras de años previos por lo se han realizado estudios para conocer cuáles son los factores que han contribuido a la falta de realización de acciones tan importantes como lo son la autoexploración de mama y la mastografía.

Al respecto se han distinguido barreras psicológicas, culturales, sociales e institucionales. Por parte de las mujeres falta de conocimiento y tiempo, pudor y vergüenza por mostrar el cuerpo, y falta de información entre otras causas, por lo que resulta de gran relevancia la investigación de todos estos factores para poder crear acciones que puedan modificar estos aspectos

En cuanto a la autoexploración de mama, López-Carrillo y cols., destacan que las mujeres jóvenes con menor escolaridad y estrato socioeconómico residentes en áreas urbanas, se realizan autoexploración de mama significativamente en menos ocasiones que aquellas con mayor escolaridad, lo cual es similar en el presente estudio ya que en nuestra población, secundaria fue el mayor porcentaje de escolaridad alcanzada.

En el estudio Escamilla y cols 2103, se encontró que cinco de cada diez mujeres refieren tener conocimiento sobre la autoexploración mamaria y que cada cuatro de diez realiza la autoexploración mamaria aunque no de forma mensual. En el presente estudio se encontró que 8 de cada 10 mujeres refieren tener conocimiento sobre la autoexploración de mama, sin embargo solo el 10 por ciento se la realiza de forma mensual, lo que nos indica que no es la falta de conocimiento la principal causa para la falta de realización de autoexploración mamaria.

Se encontró en Escamilla y cols 2013, que el primer motivo por el cual no se realizan la autoexploración es falta de información seguido de falta de tiempo, En el presente estudio se encontró se encontró que la desidia y la falta de tiempo son los principales motivos para la falta de realización de autoexploración de mama así como de mastografía, lo que no muestra la falta de autocuidado de nuestras pacientes.

12.- CONCLUSIONES.

En la muestra estudiada se obtuvo una media de 55.4 años, +/- 7.8, encontrándose una edad máxima de 69 años y una mínima de 40 años.

La ocupación que más se presentó fue ama de casa con 4 de cada 10 personas.

El estado civil más encontrado fue casada con 4 de cada 10 personas.

En cuanto a la escolaridad se obtuvo que secundaria representó el mayor número con 1 de cada 3, lo cual sugiere que la educación de la mayoría de la población se encuentra en nivel básico, y que esto puede influir de manera negativa a la falta de realización de autoexploración de mama y mastografías.

La religión que se presentó con mayor número fue católica con la mitad de la muestra de estudio.

En cuanto al conocimiento de indicaciones para realizar autoexploración de mama se obtuvo que 8 de cada 10 personas si cuentan con dicho conocimiento y a pesar de esto, solo el 10% de la población se realiza de forma mensual autoexploración de mama.

En cuanto al conocimiento de las técnicas de autoexploración de mama se encontró que solo 2 de cada 10 personas no cuentan con este conocimiento.

Sobre la realización de autoexploración de mama se encontró que 5 de cada 10 personas no se la realizan.

Con relación a la frecuencia de autoexploración de mama se obtuvo que solo 1 de cada 10 personas se realizan dicha exploración de forma mensual.

El mayor motivo para la falta de realización de autoexploración de mama fue desidia con 2 de cada 10 personas, seguida por desconocimiento de la técnica con 1.5 de cada 10. y para la falta de realización de mastografía se obtuvo en primer lugar igual manera la desidia con 3 de cada 10 personas, seguido de falta de tiempo con 1.5 de cada 10 personas. Esto podría hacernos enfocar nuestra atención en medidas diferentes para lograr que las mujeres se realicen autoexploración de mama y mastografías, dirigidas al auto cuidado y preocupación por sí mismas, ya que el conocimiento si lo tienen.

13.- PROPUESTAS.

- ❖ Fomentar a las pacientes el autocuidado por medio de pláticas o talleres, en los cuales se enfoque en concientizar a las derecho habientes de la importancia de la prevención de enfermedades y de la conservación de la salud.

- ❖ Crear grupos para talleres de autoexploración de mama, en donde personal capacitado enseñe a las derecho habientes a realizar la técnica correcta de autoexploración de mama.

- ❖ Crear una fuente de estímulos económicos para las derechohabientes los cuales sean recibidos cuando se hayan realizado la mastografía que les corresponde.

14.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Salazar VN, Esamilla RS. Factores que influyen en la falta de realización de autoexploración de mama;2013.
2. Itriago GL, Silva NL, Cortes FG. Cáncer en Chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro. *Rev Med Clin Condes* 2013;24:531-552.
3. Torres SL, Rojas MR, Escamilla NC, et al. Tendencia en la mortalidad por cáncer en México de 1980-2011. *Salud pública de Méx* 2014;56:473-491.
4. Merino BJ, Torres TM, Ros ML. Breast cancer in the 21st century: From early detection to new therapies. *Radiology* 2017;59:368-379.
5. Soto FWS, Cáncer de mama. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, 2015;617:799-802.
6. Villareal GC, Águila C, Platas A, et al. Cáncer de mama en mujeres jóvenes en México: necesidades y retos clínicos. *Revista de investigación clínica* 2014;66:547-558.
7. Torres MG, Ortega OC, Ángeles LIA, et al. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud pública de Méx* 2013;55:251-248.
8. Hernández VM, Hernández QT, Zarate A, et al. Z. Utilidad y riesgo de la mamografía rutinaria para detectar cáncer de mama. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc* 2014;52:704-708.
9. López CL, Torres SL, Banco MJ, et al. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud pública de Méx* 2014; 56:539-546.
10. Santos CY. Conocimiento sobre el cáncer de mama, técnica de autoexamen, actitudes y su asociación con la práctica en mujeres derechohabientes a la UMF 66; 2015.
11. Jacobo GT, Villalobos AL, Gallegos TR, et al. Behavioral patterns in breast cancer early detection among workers in a hospital institution. *Enfermería Universitaria* 2014;11:101-109.

12. Cardenal CMC, Cruzado RJA, Gonzáles NA, et al. Psychological impact of screening mammography in women with inconclusive results. *Prog Obstet Ginecol* 2013;56:393-399.
13. Jiménez CJ. Conocimiento del autoexamen mamario en mujeres de 20 a 40 años de edad en la unidad de medicina familiar número 3;2014.
14. Guía de práctica clínica México. Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechoso de cáncer de mama en primer nivel de atención;2017.
15. Ramos JV. Procederes tecnológicos de mamografía para la detención precoz y diagnóstico presuntivo del cáncer de mama. *Revista cubana de tecnología de la salud* 2015;6:21-29.
16. Bernal PM, Villavieja AL, Moros GM, et al. Declining age at diagnosis of breast cancer. *Prog Obstet Ginecol* 2014;54:397- 402.
17. Inzunza CN. Diagnóstico sobre las causas y efectos provocados por la falta de prevención y atención del cáncer de mama en las mujeres en el estado de Sinaloa; 2013.
18. Mellado RM. Cribado de cáncer de mama, estado actual. *Radiología* 2013;55:301-314.
19. Espié A, Hamy S, Eskenazy C. Epidemiología de cáncer de mama. *EMC de ginecología y obstetricia* 2013;49:1-19.
20. Guerra CC, Avalos TMC. Risk factors frequency for breast cancer in a primary health care unit. *Atent Fam* 2013;20:67-72.
21. Nieves AS, Delfrade AG, Salas R. Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados. *Med clínic Barc* 2013;14:13-23.
22. Aguirre BD. Controversies on the benefist and damages regarding the mammography screening for breast cancer. *Rev med clin, Condes* 2013;24:116-121.
23. Guerra CC, Avalos TM, Gonzales PB, et al. Risk factors frequency for breast cancer in a primary health care unit. *Atend Fam* 2013;20:73-76.
24. Porche EA. Problematizing disinformation in breast cancer awareness campaigns. *Gac San* 2017;31:250-252.

25. Serral G, Puigpinós R, Maydana E, et al. Perception of healthcare professionals on the Breast Cancer Screening Programme in Barcelona. *Rev Calid Asist* 2013;28:244 – 253.
26. Mellado RM, Osa Lebrador AM. Breast cancer screening: current status. *Radiologia* 2013;55:305-314.
27. Marzo CM, Prevencion del cáncer de mama. *Atencion Primaria* 2007;39:115- 117.
28. Catrezana CMT. Geografía del cáncer de mama en México. *Investigaciones geográficas* 2017;93:140-157.
29. Vich P, Brusint B, Alvarez H, et al. Update of breast cancer in Primary Care. *Semergen* 2015;41:326-333.
30. Martin AM, Arroyo YM, Villalobos LM, et al. Cáncer de mama. *Medicine* 2017; 12:2011-2023.
31. Allende LA, Fajardo GA. Historia del registro de cáncer en México, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2011; 49(1): 27-32.
32. Fajardo GA, Gonzales MG. Calidad de registro de cáncer, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2011; 49: 39-42.
33. .- Pardo C, De Vries E, Acero D, Murillo R. Vigilancia de la supervivencia global por cáncer en Colombia: utilidad de los registros rutinarios, *Revista colombiana de cancerología*. 2015; 19(2): 81-89.
34. Orozco CC, Benvidez HEA. Registro de cáncer de dos instituciones de referencia en el departamento de Cauca 2011, *Revista Facultad de ciencias de la salud universidad de Cauca*. 2018; 20(2): 16-21.
35. Unidad de epidemiología e Investigación Biomedica en cáncer. EL cáncer en México propuestas para su control, *Salud pública de México*. 2014; 56(5): 418-420.

15. ANEXOS.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RENUENCIA A LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA Y MASTOGRAFÍA EN LA U.M.F. N°6”

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla, Mayo de 2018.
Número de registro:	En trámite.
Justificación y objetivo del estudio:	El cáncer de mama representa la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en México a pesar de que se han tratado de realizar medidas que se ayuden a la prevención, solo 1 de 4 mujeres se revisan las mamas y muy pocas el estudio de mastografía donde las ponen en un aparato para tomar una radiografía de sus mamas en busca de un tumor. Por lo que este estudio quiere conocer cuál es la razón por la que las mujeres no se realizan este tipo de estudios.
Procedimientos:	Si usted acepta participar, se le hará un cuestionario donde se le preguntan datos como su edad, escolaridad, estado civil, algunas cosas sobre la revisión de mama y mastografía que es el estudio que le mencionamos al inicio de este documento.
Posibles riesgos y molestias:	Su participación consistirá únicamente en contestar unas preguntas, lo que no causa algún riesgo para su salud. Las respuestas y lo que encontremos es totalmente confidencial y tampoco queremos causarle un daño moral por invadir la intimidad de sus emociones y la forma en que se comporta, si usted siente alguna molestia o vergüenza tenga la confianza de expresarlo a un servidor a fin de orientarlo para que tome la mejor decisión.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted conocerá las causas por las que no se realiza estos estudios, podrá aclarar las dudas que tenga y conocerá la importancia de llevar a cabo la exploración física y la mastografía.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informaran los resultados del estudio en forma confidencial, con el fin de que pueda recibir orientación de ambos estudios y si lo requiere se le enviará a otros servicios como medicina preventiva y rayos x para que apoyen en su orientación o le hagan los estudios necesarios.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de participar en cualquier momento que usted decida, sin que esto tenga repercusión en el trato o la atención que solicite en la unidad, sin ser presionada para continuar su participación.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos que usted proporcione al momento de contestar la encuesta serán confidenciales y resguardados por el investigador, y solamente se utilizarán para este estudio según las pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres humanos y los citados en los artículos 100 en los incisos I al VII y en el artículo 101 de la ley general de salud en México.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	En caso de que lo necesite, se enviará al servicio de medicina preventiva y trabajo social para que lo orienten con más detalles sobre la revisión de mama y la mastografía.
Beneficios al término del estudio:	Podrá ver la razón por la que no se hace la revisión de mama y la mastografía y sabrá los beneficios de estos estudios, que si usted gusta se le pueden hacer en esta unidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Vázquez Cruz Eduardo, 11969296, eduardo.vazquezc@imss.gob.mx, 2221541599
Colaboradores:	Dra. Velázquez Juárez Elizabeth, 98229884, lis_avi324@hotmail.com , 246469123 Dr. Domínguez Naranjo José, 11679169, dominar72@gmail.com , 2221829460 Dra. Vargas Torres María Luisa, 98227327, dramaluvargas@hotmail.com , 2228631115

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

<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p>	<p>RIMF Dra. Velázquez Juárez Elizabeth, Mat: 98229884, lis_avi324@hotmail.com, 2464691237</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p>	<p>Testigo 2</p>
<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>_____ Nombre, dirección, relación y firma</p>

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2.

ENCUESTA:

Numero de seguridad social: _____ **Edad:** _____

1. Ocupación:

- a) Ama de casa b) Comerciante c) Empleada d) Negocio propio

2. Estado civil:

- a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Viuda e) Divorciada

3. Escolaridad:

- a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria d) Licenciatura e) Posgrado

4.- Religión:

- a) Católica b) Cristiana c) Testigo de Jehová d) Otro

7.- ¿Conoce cuáles son las indicaciones para realizarse autoexploración de mama?

- A) Si b) No

8.- ¿Conoce cuál es la técnica adecuada para realizarse autoexploración de mama?

- a) Si b) No

9. ¿Se realiza autoexploración de mamas?

- a) Si b) No

10.- ¿En caso de ser afirmativa la repuesta anterior con qué frecuencia se realiza la autoexploración de mamas?

- a) Una vez al mes b) Cada 2 meses c) Cada as de 2meses

10. ¿Cuál es el motivo por el cual no se realiza autoexploración de mama o por el cual no lo realiza de forma mensual?

- a) Desconozco la técnica.
- b) Flojera.
- c) Falta de tiempo.
- d) Desidia.
- e) Pena de auto explorarme.

MASTOGRAFIA;

1.- ¿Conoce cuáles son las indicaciones por las que se debe de realizar una mastografía?

- a) Si
- b) No

2.- ¿Se realiza mastografía?

- a) Si
- b) No

3. ¿Cuál es el motivo por el cual no se realiza mastografía?

- a) Miedo a que el resultado del estudio sea negativo para mi salud.
- b) Flojera.
- c) Falta de tiempo.
- d) Desidia.
- e) Pena de que me vean y toque al momento del estudio.
- f) Falta de información sobre cuándo y en qué momento me debo realizar el estudio.
- g) Mi médico familiar no me solicita el estudio.
- h) Dolor al momento de la prueba.
- i) El personal que realiza la prueba realiza el estudio de mala forma y grosero.
- j) Mi pareja no me permite que acuda este tipo de estudios.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 2104 con número de registro 17 CI 21 114 137 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102.
U MED FAMILIAR NUM 6

FECHA Viernes, 22 de junio de 2018.

**DR. EDUARDO VÁZQUEZ CRUZ
P R E S E N T E**


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

"FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RENUENCIA A LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA Y MASTOGRAFÍA EN LA U.M.F. N°6"


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


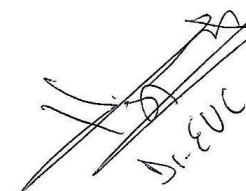
No. de Registro R-2018-2104-016

ATENTAMENTE


DR. JOSE DOMINGUEZ NARANJOS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL


Dra Elizabeth Velázquez Juárez
K2MF



Jose Dominguez Naranjos.
Dr. EUC



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.6
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DIRECCIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



PUEBLA, PUEBLA A 05 DE JULIO DEL 2019.

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

DR. EDUARDO VAZQUEZ CRUZ

DRA. MARÍA LUISA VARGAS TORRES

DE LA TESIS TITULADA:

“FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RENUENCIA A LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA Y
MASTOGRAFÍA EN LA U.M.F. N°6”

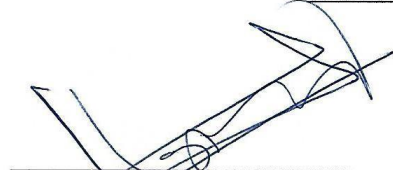
REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

ELIZABETH VÉLAZQUEZ JÚAREZ

DE LA ESPECIALIDAD DE **MEDICINA FAMILIAR.**

HACEMOS CONTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL
SIRELCIS CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2018-2104-016

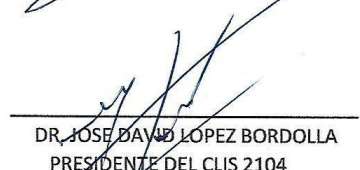
AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN




MC. EDUARDO VAZQUEZ CRUZ



DRA. MARÍA LUISA VARGAS TORRES



DR. JOSE DAVID LOPEZ BORDOLLA
PRESIDENTE DEL CLIS 2104



DR. EDUARDO VAZQUEZ CRUZ
SECRETARIO DEL CLIS 2104