



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**  
**POSGRADO DE LA MAESTRÍA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**BARRERAS ASOCIADAS A LA EXPLORACIÓN DE MAMA  
EN MUJERES DE 20 AÑOS Y MÁS QUE RECIBEN  
ATENCIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD EN PACHUCA  
DE SOTO, HIDALGO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD  
CON ÉNFASIS EN SALUD PÚBLICA**

**P R E S E N T A**

**ANA BERTHA LEÓN OLGUÍN**

**Directora: DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA**

**COMITÉ DE TESIS:**

Pachuca, Hidalgo de Noviembre del 2013



Pachuca Hidalgo a 08 de noviembre del año 2013

**Asunto:** Autorización de impresión de tesis

**M. en C. Julio Cesar Leines Medécigo**  
**Director de Administración Escolar**  
**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**  
**Presente**

Por este conducto informo a usted que la pasante de la Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Pública, Ana Bertha León Olgún 071378, presenta el trabajo de tesis denominado **“Barreras Asociadas a la Exploración de mama en Mujeres de 20 años y más que reciben atención en Instituciones de salud en Pachuca de Soto, Hidalgo.”** y que después de haber revisado el documento preliminar y hechas las correcciones acordadas por su comité tutorial, se ha decidido autorizarle la impresión del mismo.

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña.  
Dra. Melisa García Meraz.  
MSP. Juan Carlos Paz Bautista.

Director de tesis  
Asesora  
Asesor

Atentamente

“Amor Orden y Progreso”

Dr. José María Busto Villarreal

Dr. Luis Carlos Romero Quezada

Director del Instituto de Ciencias de la salud

Jefe del área Académica de Medicina

Dr. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma.  
Coordinador de Maestría en Ciencias de la Salud

## II

### DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido realizar un logro más en mi camino, aún con todas las dificultades y caídas que he tenido, lo cual en el transcurso de mi vida se han convertido en mis fortalezas

A mi esposo e hijo por el apoyo de manera extraordinaria, en mis ausencias físicas y de tiempo para con ellos. Por ellos y para ellos.

A mi madre y abuelos, que supieron sembrar en mí alma la semilla de la superación, amor y entrega a la vida como mujer.

A la Dra. Rebeca y Dra. Melissa por el apoyo incondicional, guía y por ser mujeres luchadoras y comprometidas por otras mujeres.

A todas las mujeres que de alguna manera compartimos esa esencia y sentir de lo maravilloso que es vivir.

A la Dra. Rosy (q.e.p.d.) que desde que la conocí siempre me inculcó el poder seguir luchando por mis sueños y metas.

“Lo Logre”

### III

## **AGRADECIMIENTOS**

A La Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña, por la dirección apoyo, compromiso y enseñanzas.

A la Dra. Melissa García Meraz por su asesoría apoyo y conocimientos brindados.

Al Dr. Juan Carlos Paz Bautista, por su asesoría orientación y colaboración en este proyecto.

A todos los catedráticos de la U.A.E.H. que me brindaron su ayuda y apoyo para cumplir la realización de esta tesis.

## IV

### ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2. ANTECEDENTES</b>	4
2.1 Perfil Epidemiológico	10
2.2 Detección Temprana y Tratamiento	12
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	15
3.1 Barreras	15
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	21
4.1 Justificación	21
4.2 Hipótesis	23
<b>5. OBJETIVOS</b>	25
5.1 Objetivo General	25
5.2 Objetivos Específicos	25
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	26
6.1 Diseño	26
6.2 Variables	26
6.2.1 Definiciones Conceptuales	26
6.2.2 Definiciones Operacionales	26
<b>7. FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	27
7.1 Instrumento de Medición	27
7.2 Población y Muestra	28
7.2.1 Ubicación espacio temporal	28
7.2.2 Diseño Muestral	28
7.2.3 Tamaño Muestral	28
7.3 Criterios de selección	30
7.3.1 Criterios de Inclusión	30
7.3.2 Criterios de Exclusión	31
7.3.3 Criterios de Eliminación	31
7.4 Procedimientos	31
<b>8. RESULTADOS</b>	33
8.1 Datos Sociodemográficos	33
8.2 Acceso a los Servicios de Salud y Datos de Salud de las Usuaris	37
8.3 Sintomatología de Riesgo para Cáncer de Mama	42
8.4 Desventajas Percibidas para la Exploración de Mama	46
8.5 Escala Cultural para la Detección de Cáncer Adaptada a Población Mexicana	52
8.5.1 Correlaciones entre los factores de la escala cultural de detección de cáncer	56
8.5.2 Diferencias entre las escala cultural de cáncer dependiendo la respuesta Si y No a las desventajas percibidas de prácticas preventivas	57

<b>9. DISCUSIÓN</b>	84
9.1 Limitaciones	89
9.2 Sugerencias	90
<b>10. CONCLUSIONES</b>	91
<b>REFERENCIAS</b>	93
<b>ANEXOS</b>	97
1. Cuadro de variables	98
2. Consideraciones éticas	110
3. Instrumento aplicado para la encuesta	112
4. Escala de desventajas percibidas para la detección de cáncer	122
5. Escala cultural para la detección de cáncer de mama	124
6. Carta de consentimiento informado	126
7. Cronograma de actividades	128

## V

### ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
N° 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO DE CÁNCER	17
N° 2. ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER	19
N° 3. ESCENARIOS MUÉSTRALES DE DIFERENTES NIVELES.	28
N° 4. MUESTREO POR CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PACHUCA, HIDALGO	30
N° 5. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE SINTOMATOLOGÍA	43
N° 6. ESTRUCTURA DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER	53
N° 7. COMPARATIVA DE LOS FACTORES ORIGINALES DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DR. BETANCOURT Y LA ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA EN POBLACIÓN MEXICANA.	55
N° 8. CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA DE DETECCIÓN CULTURAL DE CÁNCER	56
N° 9. DIFERENCIAS ENTRE LAS MUJERES QUE RESPONDIERON SI Y NO EN LA ESCALA DE DESVENTAJAS RESPECTO A LOS FACTORES DE LA ESCALA CULTURALES DE DETECCIÓN DE CÁNCER	83

## VI

### ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
N° 1. FACTORES RELACIONADOS CON LA REALIZACIÓN DE CONDUCTA SALUDABLE	18
N° 2. FÓRMULA PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRA DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL	29
N° 3. PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRA	29
N° 4. EDAD DE LAS PARTICIPANTES	33
N° 5. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ACTUALMENTE ¿CON QUIÉN VIVE?"	34
N° 6. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁL ES TU ESTADO CIVIL?	34
N° 7. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁL ES TU ESCOLARIDAD?	35
N° 8. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁNTOS SALARIOS MÍNIMOS PERCIBES AL MES?	35
N° 9. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁL ES SU RELIGIÓN?	36
N° 10. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿ES DERECHOHABIENTE DE ALGÚN SISTEMA DE SALUD?	36
N° 11. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN	37
N° 12. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁNTO TIEMPO HACE USTED DE SU CASA AL LUGAR DONDE SE ATIENDE?	37
N° 13. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA TRANSPORTE NECESARIO PARA LLEGAR AL CENTRO DE ATENCIÓN	38
N° 14. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿POR LO GENERAL CUÁNTO TIEMPO TIENE QUE ESPERAR PARA QUE LA ATIENDAN?	38
N° 15. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA REFERENTE A LA PREFERENCIA POR SEXO PARA A LA ATENCIÓN MÉDICA	39
N° 16. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE RESPONSABILIDAD A ESTAR SANA	39



N° 17. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA AMAMANTAR A LOS HIJOS LACTANTES	40
N° 18. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	40
N° 19. PORCENTAJE PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS	41
N° 20. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA TIEMPO Y USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	41
N° 21. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿FUMA?	42
N° 22. PORCENTAJE DE RESPUESTA AL NÚMERO DE CIGARROS QUE LAS PERSONAS FUMAN	42
N° 23. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA	44
N°24. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA TIEMPO DE ENTREGA DE LA MASTOGRAFÍA	44
N°25. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE EXPLORACIÓN DE MAMAS	45
N° 26. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER	45
N° 27 PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA HA TENIDO ALGUNA VEZ CÁNCER	46
N°28. PORCENTAJE Y FRECUENCIA A LA ESCALA DE VENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	47
N°29. PORCENTAJE Y FRECUENCIA A LA ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS (SEGUNDA PARTE).	48
N° 30. PORCENTAJE Y FRECUENCIA A LA ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS (TERCERA PARTE).	40
N°31. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL PRIMER REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	58
N°32. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SEGUNDO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	59
N° 33. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL TERCER REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	61

N° 34. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL CUARTO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	62
N° 35. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL QUINTO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	63
N° 36. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SEXTO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	64
N° 37. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SÉPTIMO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	65
N° 38. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL OCTAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	66
N° 39. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL NOVENO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	67
N° 40. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DECIMO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	68
N° 41. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL ONCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	69
N° 42. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DOCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	69
N° 43. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL TRECEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	71
N° 44. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL CATORCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	72

N° 45. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL QUINCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	73
N° 46. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECISEISAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	74
N° 47. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECISIETEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	75
N° 48. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECIOCHOAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	76
N° 49. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECINUEVEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	77
N° 50. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	78
N° 51. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTIUNAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	79
N° 52. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTIDOSAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	80
N° 53. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTITRESEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	81
N° 54. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTICUATRAVO REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS	82

## RESUMEN

En los últimos años, las investigaciones han señalado los factores culturales que alientan o desalientan a las mujeres de consultar con profesionales de la salud. En concreto, se han estudiado los factores culturales que funcionan como barreras para no realizarse el examen de cáncer de mama. A raíz de esta evidencia empírica, validamos la Escala de Detección del Cáncer Cultural en la población mexicana. Esta escala fue creada y validada en Estados Unidos y Chile por Betancourt en 2010. La escala se administró a 502 mujeres que estaban en la consulta de salud para realizarse el examen de cáncer de mama. Además, se administró una escala relacionada con barreras acerca del cáncer de mama, creada en México, así como una entrevista sociodemográfica. Los participantes fueron seleccionados de la población de consultoría general en los centros de salud públicos de la ciudad de Pachuca. La edad promedio del grupo fue de 36.57 años, 33 % de ellos estaban casadas, el 36% en cohabitación, el resto eran solteras. Para probar la estructura factorial de la Escala Cultural de detección de cáncer se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio. Los resultados muestran una similitud en la dimensión del instrumento original, sin embargo, la secuencia de las dimensiones eran diferentes. La escala está integrada por 5 dimensiones: 1. Impedimentos socioculturales, 2. Las creencias negativas sobre los profesionales de la salud, 3. Impedimentos sintomáticos, 4. El fatalismo de detección de cáncer y 5. Expectativas de enfermedades catastróficas. La escala explica el 63,498 % de la varianza explicada, con una consistencia interna de 0,829. Para la segunda escala, casi todas las dimensiones muestran diferencias entre el acuerdo y el desacuerdo (en su mayor parte de la población está en desacuerdo con impedimentos sobre el cáncer). Los resultados muestran algo de consistencia con las hipótesis culturales que afirman que las mujeres que aceptan el examen clínico de mama están en función, tanto de los impedimentos socioculturales como las creencias negativas acerca de los profesionales de la salud en la muestra mexicana. De hecho, tener niveles más altos de emociones negativas y fatalismo pueden tener un impacto negativo en el examen de cáncer de mama. Otros resultados han demostrado que el miedo, la ansiedad y la vergüenza son emociones negativas asociadas a los exámenes de cáncer de mama.

Palabras Claves: Barreras, Exploración de Mama y Mujeres

## ABSTRACT

In recent years, research has pointed out cultural factors than encourage or discourage women from consulting with healthcare professional. In specific, the cultural factors around having or not clinical breast exam have been explored. Following this empirical evidence, we validate the Cultural Cancer Screening Scale in Mexican population. This scale was created and validated in United States and Chile for Betancourt in 2010. The scale was administrated into 502 women that were in consulting breast cancer. Furthermore, a scale related to deterrents against breast cancer exam and sociodemographic interview were administrated. Participants were selected from general Consulting Breast Cancer population in a public hospital in Pachuca City. The average age of the group was 36.57; 33 % of them were married and 36 % in cohabitation, the rest were single. In order to prove the factor structure of the scale of Cultural Cancer Screening Scale an exploratory factor analysis was conducted. Results show a similarity in the Betancourt's dimension, however, the sequence of the dimensions were different. The scale is integrated for 5 dimensions: 1. Sociocultural deterrents, 2. Negative beliefs about health professionals, 3. Symptomatic deterrents, 4. Cancer Screening Fatalism, 5. Catastrophic disease expectations. The scale explains the 63.498% of the construct, with an internal consistency of .829. For the second Scale, almost all the dimensions show differences between the agreement and disagreement (the most part of population disagree with deterrents about cancer). Results show some consistency with cultural hypotheses that affirm that women clinical breast exam compliance is a function of both deterrents sociocultural and negative beliefs about health professionals in Mexican sample. Indeed, to have higher levels of screening emotions and screening fatalism have a negatively impact in encourage clinical breast cancer exam. Other results has showed that fear, anxiety, and embarrassment are negative emotions associated to breast cancer exams

Keywords: Barriers, Exploration Breast and Women

# 1. INTRODUCCIÓN

La salud, como concepto y meta de acción, es imprecisa. En el ser humano no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas, puesto que es un ser dinámico biológico, psicológicamente, social, activo y cambiante.

La salud de las mujeres se ve afectada por diversos factores vinculados con la función reproductiva y de género. Esta especificidad reclama particularidades en la atención a la salud en las diferentes etapas de vida, no solo en la edad reproductiva. Es considerable el número de mujeres que padecen enfermedades incapacitantes, asociado con la carencia de comportamientos preventivos, tal como recurrir a revisiones médicas periódicas. Aunado a esto, debe subrayarse la existencia de prejuicios culturales, sociales y educativos, que influyen en las mismas, para buscar servicios preventivos.<sup>1</sup>

El cáncer de mama es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y a órganos distantes del cuerpo.

<sup>2</sup>

La falta de conocimiento de la población sobre acciones preventivas en este grave problema de salud pública, hacen que aumente la muerte por este padecimiento que es curable cuando se detecta a tiempo; destaca además la deficiente atención de los profesionales de la salud quienes no son la excepción, puesto que estudios realizados en este grupo, han encontrado un alto grado de discrepancias en los conocimientos sobre detección oportuna y prevención del cáncer de mama.

Existen también prejuicios sociales y educativos que hacen que las mujeres no busquen servicios preventivos a tiempo. Las mujeres padecen mayores morbilidades a lo largo de su vida en comparación a los hombres, a pesar de los adelantos en la medicina moderna, siguen sufriendo y muriendo de enfermedades con causas prevenibles que tienen mucho menos que ver con la biología humana que con la interacción de género, clase social y origen étnico. El factor más perjudicial que afecta a la salud y el empoderamiento de las mujeres es la pobreza.<sup>3</sup>

Existen fallas para seguir las recomendaciones del médico que pueden ser atribuidas a problemas en el entendimiento y recuerdo de las indicaciones médicas.

La literatura informa múltiples y variados ejemplos de barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama, englobándolas en tres grandes grupos: a) socioculturales, b) económicas, y c) de organización en los servicios de salud, además

existe una cuarta: las barreras geográficas, una forma de exclusión que se traduce en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud. Particularmente en esta tesis se abordan algunas de ellas relacionadas con miedos, emociones y temores a sufrir, morir, abandonar a los hijos, dejar de ser objeto de deseo, perder al esposo; tabúes sobre la incurabilidad del cáncer de mama, ya que muchas mujeres al escuchar cáncer lo perciben como sinónimo de muerte; lo cual genera sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección en el seno familiar; así mismo, la falta de información, los impedimentos socioculturales, sintomáticos, económico, creencias, la falta de disponibilidad de servicios de salud, los largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, la falta de conciencia sobre los mecanismos de detección temprana de este padecimiento, aunado al desconocimiento sobre los factores de riesgo; así como percepciones del personal de salud, entre otros factores, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención, dando como resultado que el cáncer de mamá ocupe el primer lugar como causa de muerte.

4

La supervivencia del cáncer de mama depende sobre todo de su detección, diagnóstico y tratamiento oportuno y no como motivo de muerte en la población femenina. <sup>5</sup>

Por consiguiente, son recomendables las campañas de comunicación y educación a la población que favorezcan conductas relacionadas con un menor riesgo de padecer o morir por cáncer de mama: promoción de la alimentación al seno materno, alimentación balanceada con alto contenido de fibra, actividad física regular, prevención del sobrepeso y el consumo de alcohol, y nula automedicación de terapias de reemplazo hormonal en la menopausia. Por lo regular, las medidas para reducir la mortalidad por cáncer de mama se basan en el tamizaje y el diagnóstico oportuno, mediante la autoexploración, la exploración clínica y la mastografía. <sup>6</sup>

No debe olvidarse que la evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más accesibles y pueden administrarse con menos recursos. En ello reside la importancia de haber realizado el presente estudio cuyo objetivo fue identificar barreras asociadas a la detección oportuna de cáncer de mama en mujeres de 20 años y más de una institución pública del Estado de Hidalgo, se piloteó el instrumento denominado *Escala Cultural para la Detección de Cáncer* de Betancourt <sup>16</sup> el cual fue adaptado en esta investigación a población mexicana, estableciendo las propiedades psicométricas del mismo; también se utilizó la *Encuesta de Desventajas Percibidas para la Detección de*

*Cáncer de Mama*, para finalmente evaluar cuáles eran las barreras relacionadas con la exploración de mama.

El presente documento se estructura en los siguientes apartados:

Antecedentes, en donde se da el panorama general de las barreras relacionadas con la exploración de mama internacional, nacional, estatal y local. El Marco Teórico aborda los conceptos de barreras, exploración de mama y la escala cultural para la detección de cáncer. El objetivo general del presente estudio, así como los específicos. En el Planteamiento del Problema se expusieron las razones, trascendencia y alcances del mismo. En el apartado de Material y Métodos, se explica el diseño, variables y conceptos, las Fuentes de Información, donde se especifica, los instrumentos de medición, muestra y para finalizar los Resultados que están divididos en siete apartados en donde se describen datos sociodemográficos, datos de salud, acceso y sintomatología de las usuarias, las desventajas encontradas para realizarse la exploración de mama, los factores de la escala cultural para la detección de cáncer, la Asociación entre Factores de la Escala Cultural de Detección de Cáncer y la Escala Adaptada a Población Mexicana y las Diferencias entre la escala cultural de cáncer dependiendo la respuesta Sí y No a las desventajas percibidas de prácticas preventivas. Discusión y Conclusiones.



## 2. ANTECEDENTES

En la evidencia científica existen estudios que identifican la detección de lesiones mamarias mediante la autoexploración en diferentes grupos de mujeres, y se señala a esta como un método importante en la detección precoz de cáncer de mama.

Un informe de la comisión de los servicios médicos llegó a la conclusión de que Europa tiene que intensificar las acciones de detección de cáncer de mama a través de la autoexploración en un doble esfuerzo. <sup>7</sup> En el Reino Unido se examinó una serie de estudios sobre las desigualdades en la autoexploración del cáncer de mama, en diversos países. En general se encontró que la detección oportuna del cáncer de mama se ve afectada por factores como el conocimiento de la detección por parte de las mujeres, la alfabetización, la edad, actitud, creencias, condición social y económico; así también la escasa utilización de la técnica de autoexploración de mama entre las mujeres principalmente del sur de Asia respecto de las de otras regiones. Como conclusión se planteó que la poca realización de prácticas de autoexploración de mama no solo se debe atribuir a condiciones socioeconómicas, o de edad. <sup>8</sup>

Otro estudio realizado en Filipinas, con respecto a la realización de estrategias apropiadas a la cultura para promover la detección del cáncer de mama, se aplicó un cuestionario a 125 mujeres (47 mujeres filipinas, 40 chinas, y 38 asiáticas indias) para evaluar las prácticas de detección de mama como son autoexploración de mama, examen clínico de mama y mamografía, las creencias y los conocimientos acerca de la detección de cáncer de mama. Se encontró que la media de edad fue 50.2 años y la mayoría de las mujeres (76 %) estaban casadas, los resultados mostraron una fuerte influencia de la etnia en la percepción de susceptibilidad, lo cual se relacionó con la presencia de cáncer de mama; además de una interacción detectada entre la etnia y los ingresos económicos en términos de barreras percibidas. Los resultados también identificaron tres obstáculos comunes reportados en los tres grupos étnicos, y tres barreras únicas fueron identificadas con mayor frecuencia por las chinas: no necesitan una mamografía cuando se sienten bien, el tiempo de espera es demasiado largo, y las mujeres de India y Asia no saben dónde realizarse una mamografía<sup>9</sup>

Otro estudio con respecto a las barreras culturales de autoexploración de mamas se realizó en mujeres chinas y americanas de 60 años y más, este estudio examinó la utilización de detección al menos una vez al mes, el cumplimiento regular de la mamografía, examen clínico de mama y autoexamen de los senos. Los resultados mostraron que la presencia de

una cobertura de seguro para la toma de mastografía y la cultura predijeron la realización del estudio al menos una vez al año, la falta de recomendación del médico hacia las mujeres para realizarse el estudio, la ausencia de cultura preventiva y la vergüenza fueron predictores significativos de haber tenido un examen de autoexploración de mama al menos una vez en la vida de las mujeres, mientras que la exploración física por parte del personal de salud fue un predictor significativo para haber tenido un examen clínico de mama en el año pasado. Ahora bien la falta de indicación o instrucción de la técnica de autoexploración de mama por parte de los médicos para la detección de cáncer y el olvido de las mujeres fueron predictores significativos para realizarse el autoexamen mensualmente. En estos resultados se sugieren que las barreras culturales son muy comunes y desempeñan un papel importante en la autoexploración de la mama para la detección temprana del cáncer entre las mujeres mayores de 60 años de América y China, y los factores culturales influyen en la realización de la exploración de mama.<sup>10</sup>

En otro estudio se encontró también que existen obstáculos para la autoexploración de mama en las mujeres afroamericanas, se evaluó el apego a la autoexploración de mama y las barreras percibidas a través de una encuesta autoadministrada en mujeres afroamericanas en la ciudad de Connecticut. El cuestionario incluía escalas para medir: a) el apego a la autoexploración, b) los obstáculos para la autoexploración, y c) las características demográficas. Los resultados revelaron que 31.6 % de las participantes estaban de acuerdo con cumplir el papel de ser mamá antes que realizarse el examen de exploración; las mujeres con un mayor nivel de educación están más de acuerdo con realizarse exámenes regulares. El 73.4 % de las participantes tenían una autoexploración de mama en el año anterior y el 69.6 % se habían realizado una mastografía en el año anterior. Hubo una relación positiva entre el apego y el cumplimiento de la exploración de mama. Como barreras al apego por parte de las participantes, se encontró la falta de cobertura de salud, la falta de indicación de los médicos sobre la necesidad de detección, y olvidarse de ir al entrenamiento sobre la autoexploración de mama.<sup>11</sup>

Otro estudio evaluó el contexto cultural de mujeres afroamericanas para determinar el éxito o el fracaso de intervenciones de prevención y control en la detección del cáncer de mama. La cultura y reacciones psicológicas, tales como el miedo, la desconfianza, el fatalismo, y otros, son factores determinantes a la participación en estas intervenciones por las mujeres africanas de América. Las conclusiones del estudio fueron que los programas de control para la prevención del cáncer de mama deben abordar y desarrollar modelos culturales competentes que promuevan cambios de comportamiento en este grupo de mujeres; se

señala que es fundamental comprender la relación entre la cultura y los problemas psicosociales de mujeres afroamericanas para lograr su participación en las intervenciones sobre la prevención del cáncer.<sup>12</sup>

En un estudio transversal retrospectivo realizado en Cuba, se encuestó a 100 mujeres, y se valoraron en ellas las distintas formas de aprendizaje de las técnicas de autoexploración de mama, y la frecuencia con la que se realizan la técnica. También se valoraron los conocimientos sobre la naturaleza benigna o maligna de los nódulos mamarios y la relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna. Los resultados demostraron que la mayoría de las mujeres desconocen la técnica del autoexamen de mama, así como el efecto protector de la lactancia materna contra el cáncer mamario. Este estudio demostró la necesidad de incrementar la labor educativa del médico y la familia, pues el mayor porcentaje de las mujeres encuestadas tenía desconocimiento sobre la técnica de autoexamen de mamas. A diferencia de los resultados de otros estudios la prioridad con que se realizan el auto examen mamario fue ante la presencia de síntomas, sin tener en cuenta la frecuencia aconsejable que es después de la menstruación, ya que en esta fase existen menos nódulos; sin embargo, en este estudio fueron más las mujeres que no tuvieron en cuenta el ciclo menstrual, lo que demostró el desconocimiento existente.<sup>13</sup>

En un estudio de corte cualitativo, exploratorio en donde se utilizó el método narrativo se indagó sobre el contexto de experiencias relacionadas con los senos de las mujeres, la actuación respecto a los actuales comportamientos de autoexploración de mama, y se destacó la necesidad de educación para la salud en cáncer de mama.<sup>14</sup>

Un estudio realizado por Betancourt en el sur de California cuyo objetivo principal era estudiar la percepción de las mujeres, en relación con el maltrato que recibían por el personal de salud y las emociones que les generaba, para continuar con la detección de cáncer de mama, en este estudio participaron 313 mujeres de las cuales 132 mujeres era anglo americanas y 151 latinas un total de 283 mujeres que fueron reclutadas mediante un muestreo estratificado de varias etapas, como resultados se encontró que los modelos de ecuaciones estructurales confirmó la relación entre la percepción de maltrato y continuar con la atención, para las angloamericanas a mayor percepción de maltrato se relacionaba negativamente con la continuidad del estudio de detección de cáncer. Sin embargo, para las mujeres latinas la relación era indirecta. La mayor percepción de maltrato se asoció con mayores niveles de ira en ambos grupos étnicos, la ira fue relacionada negativamente con la continuidad de la atención de la mujer latina pero no así de la mujer anglosajona. Algo importante en este estudio fueron las creencias culturales sobre los profesionales de la

salud las cuales fueron directamente relacionadas con la continuidad en el cuidado de la salud, lo cual demuestra la importancia del papel cultural y los factores psicológicos en donde es importante realizar una intervención mejorando la relación médica paciente tomando en cuenta la diversidad cultural.<sup>15</sup>

Dentro de los estudios realizados por Betancourt se encuentra el realizado con mujeres de América latinas y no latinas que viven en Estados Unidos de América. En donde los diferentes comportamientos en relación a la detección de cáncer de mama han aumentado en la última década. Las investigaciones en esta área identifican factores socioculturales responsables de que existan diferencias étnicas. En este estudio participaron 281 mujeres las cuales fueron reclutadas de diferentes áreas (centros de salud iglesias parques, casas móviles) al sur de california y se encontró como resultado que las creencias culturales como el fatalismo está asociada con la detección temprana de cáncer de mama, la investigación también sugirió que las emociones desempeñan un papel importante en el comportamiento en la detección de cáncer y su relación con los comportamientos saludables.<sup>16</sup>

Otro estudio donde se aplicó a 314 mujeres anglosajonas y latinas a través de entrevistas, en donde se indagó sobre cinco factores: fatalismo en la detección de cáncer de mama, creencias negativas acerca de los profesionales de la salud, expectativas catastróficas acerca de la enfermedad, impedimentos socioculturales, e impedimentos sintomáticos; los resultados permitieron elaborar una escala cultural para la detección de cáncer, que obtuvo buenos índices de confiabilidad y validez.<sup>17</sup>

En otro estudio se examinó la relación entre la detección de cáncer de mama y las emociones como el fatalismo entre mujeres de diversos orígenes étnicos y socioeconómicos. Participaron 281 mujeres latinas y anglosajonas en las que se encontró que el fatalismo tiene una influencia negativa directa sobre la exploración de mama para ambos grupos étnicos, concluyendo que es necesario durante la realización de exámenes clínicos de la mama considerar las creencias culturales.<sup>18</sup>

Ahora bien, en México en los estados de Oaxaca y en el Distrito Federal, realizaron un estudio exploratorio transversal de corte cualitativo (con grupos focales) para identificar barreras sociales, culturales, y relacionadas con los servicios de salud, para lo cual se interrogó a tres diferentes grupos con el objetivo de identificar situaciones que impiden que las mujeres se realicen la detección temprana del cáncer de mama. El primer grupo fue en mujeres mayores de 25 años que no presentaban afección de cáncer, el segundo grupo fueron mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y sus parejas, y el tercer grupo a

directores de programas de cáncer de mama de diversas instituciones. Se encontró que hay barreras relacionadas con el acceso a los servicios de salud en cuanto a: a) disponibilidad de información para la población general; b) entrenamiento de los médicos generales y ginecólogos de primer contacto; y, c) temores de la pareja y familia. Las barreras identificadas muestran notorias deficiencias en la difusión de información, tanto a la población en general como en los prestadores de servicios de salud.<sup>19</sup>

Otro informe es el estudio titulado “Proceso Social del Cáncer de Mama” en donde se investigaron las barreras y obstáculos para la búsqueda, acceso y utilización de servicios de salud por parte de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante el tránsito por la enfermedad. El estudio se realizó en áreas urbanas de cuatro entidades federativas: Distrito Federal, Jalisco, Oaxaca y Querétaro. Se realizaron 89 entrevistas y nueve grupos focales, en mujeres mayores de 25 años sin la patología, La edad promedio de las mujeres sin la patología fue de 40 años, la mayoría con 7 a 9 años de escolaridad, y con 3 a 5 hijos, aunque 3 manifestaron no tener hijos. Del total, 43 señalaron tener algún tipo de seguro médico, mientras que las 10 restantes no cuentan con aseguramiento en salud. Se encontraron como resultados que la falta de información, la falta de disponibilidad de servicios de salud, los largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención. Otros factores se relacionan con la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud en (particular de los médicos) para determinar el diagnóstico oportuno del trastorno mamario. Asimismo, las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud, pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía). Otra barrera que se identificó fue la cultural que se asocia con la de poder acceder a un diagnóstico temprano del cáncer de mama por miedo a que les diagnostiquen alguna patología e identificar el cáncer de mama como sinónimo de muerte para todas ellas antes de saberse enfermas, pero es en el proceso del diagnóstico y en el momento en que les dan el diagnóstico en que aparece una serie de creencias que hay alrededor de la palabra cáncer de mama, y por último se identifican las barreras funcionales asociadas a la organización de los servicios de salud identificando los obstáculos que retrasan la búsqueda y atención al acceso al tratamiento de cáncer de mama.<sup>20</sup>

Un estudio identificó que por desconocimiento y desinterés 62% trabajadoras sexuales del Puerto de Veracruz no se realizan el examen de autoexploración, entre las razones

señaladas se encuentra el desconocimiento de la técnica, la falta de tiempo, el olvido, el temor a descubrir indicios del padecimiento y el dolor que pudiera causar.<sup>21</sup>

En otro estudio realizado con mujeres que viven en zonas rurales e indígenas que asisten a programas de detección del cáncer, se encontró que 838 mujeres con una edad media 40 años, 443 (53%) eran mayores de 40 años. El nivel de educación más alto fue de 9 años en 408 (49 %), 72 (9%) eran analfabetas y 721 (86%) no tenían seguro médico. Solo 104 (12%) practican la exploración de mama. La principal fuente de toma de conciencia sobre el cáncer de mama fueron los médicos y los medios de comunicación en 270 (32%) y 214 (26%) mujeres (respectivamente). Ahora bien, 285 (34%) mujeres sabían sobre los factores de riesgo de cáncer de mama, 255 (30%) identificaron síntomas y signos, y 460 (55%) identificó el abultamiento como el signo más común, 441 (53%) mujeres reconocieron la mamografía como la mejor herramienta de diagnóstico para detectar el cáncer de mama, pero, solo 79 (18%) de un total de 443 mujeres de 40 años de edad reportaron haber tenido una mamografía. Las mamografías no se realizaron en 364 (82%) mujeres por problemas financieros y dificultades para acceder a las instalaciones que realizan una mamografía, 311 (37%) mujeres pensaban que estaban en mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. De manera general, se concluyó que las mujeres rurales e indígenas tienen un escaso conocimiento sobre el cáncer de mama. El bajo nivel de educación, la falta de seguro médico, las cuestiones financieras, los servicios insuficientes de mamografía, y una percepción baja del riesgo de cáncer de mama son las barreras más importantes en la detección precoz del cáncer de mama. Se enfatiza que estos factores deben considerarse para mejorar los programas preventivos de cáncer de mama.<sup>22</sup>

Otro estudio se realizó en Chihuahua y tuvo como objetivo identificar las variables psicosociales que explican la ausencia de comportamientos preventivos del cáncer de mama, ya que incrementó 1.03 veces más el realizarse el estudio; (autoexploración de mama) en cambio, una variable importante en contra fue el sentir pudor o vergüenza en 1.57 veces durante el estudio; el resultado más significativo fue que las mujeres que presentan comportamiento preventivo son las que tienen mayor información sobre la enfermedad.<sup>23</sup>

En el estado de Hidalgo se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar el grado de conocimiento que tienen las mujeres acerca de la técnica de autoexploración de mama; aplicado en el Hospital General de la Zona de Medicina Familiar No. 1, en mujeres que acudieron a la consulta externa. Aplicado en 178 mujeres, encontrando una media de edad de 38.8 ±10.05 años; la mayoría con escolaridad secundaria; 51% amas de casa; 46.6%

empleadas; más de la mitad de las mujeres (66.3%) estaban casadas; con antecedente familiar de cáncer de mama 10.1%; 61.8% no utiliza algún método de planificación; 80.9% refirió conocer la técnica de la autoexploración de mama y 19.1% expresó no conocerla, aunque solo 65.7% afirmó practicar autoexploración mamaria: el grado de conocimiento sobre la técnica de autoexploración en ninguna obtuvo calificación muy alta, 15 mujeres (8.4%) tuvieron grado alto, 41 (23%) medio, 54 (30.3%) bajo, 43 (24.2%) muy bajo y 25 (14%) contestaron por azar. La mayor parte de la población tuvo un grado de conocimiento no adecuado, la mediana global fue 23 puntos, que corresponde a grado de conocimiento bajo. Las mujeres con mayor escolaridad tuvieron dos veces más probabilidades de conocer la técnica se concluyó que existen diferencias significativas en los conocimientos entre las mujeres con mayor grado de escolaridad.<sup>24</sup>

## **2.1 Perfil Epidemiológico**

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7.6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). En la mujer el cáncer de mama constituye reto para la salud pública, los servicios de salud y gobiernos del mundo, un grave problema que amenaza la integridad y bienestar de las familias que lo padecen.<sup>25</sup> El cáncer de mama es una causa muy frecuente de cáncer en las mujeres, con un estimado de 1.38 millones de casos nuevos diagnosticados en 2008 (23% de todos los cánceres), ocupando el segundo lugar (10.9% de todos los cánceres). Es común encontrar cáncer en regiones en vías de desarrollo, con alrededor de 690 000 casos nuevos estimados en cada región.<sup>26</sup>

Las tasas de incidencia reportadas por Globocan en 2008 oscilan en 19.3 por cada 100 000 mujeres en el este de África contra 89.7 por cada 100 000 mujeres en Europa del este, con mayor incidencia en los países desarrollados (excepto Japón) y bajas (menos de 40 por 100 000) en la mayoría de los países en vías de desarrollo. En los países en desarrollo el rango de mortalidad es muy bajo (aproximadamente 6-19 por 100 000) porque la supervivencia del cáncer de mama es más favorable. En general, el cáncer de mama se ubica en la quinta causa de muerte por cáncer (480 000 muertes), pero sigue siendo la causa más frecuente de muerte en mujeres (269 000 muertes, 12.7% del total) tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.<sup>27</sup>

En Estados Unidos de América (EE. UU.) Una de cada ocho mujeres (12 %) desarrolla cáncer de mama invasivo en el transcurso de su vida, para el año 2010, se preveía el

diagnóstico de aproximadamente 207 090 nuevos casos de cáncer de mama aunado a 54 010 nuevos casos de cáncer de mama no invasivo (in situ), cifras que han venido en descenso a consecuencia de los adelantos en los tratamientos, la detección temprana a través de la revisión y el aumento de la concientización sobre el tema.<sup>28</sup>

En las mujeres de los Estados Unidos, las tasas de mortalidad a causa del cáncer de mama son más elevadas que las de cualquier otro cáncer, después del cáncer de pulmón. En comparación con las mujeres afroamericanas, las mujeres blancas tienen probabilidades mayores de desarrollar cáncer de mama, pero con menor probabilidad de mortandad. Una de las posibles razones es que las mujeres afroamericanas suelen desarrollar tumores más agresivos, aunque todavía se desconoce el motivo. Las mujeres de otros grupos étnicos (asiáticas, latinas y nativas americanas) presentan un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama y morir por esta causa que las mujeres blancas y afroamericanas. Esto puede suponer factores que impiden el diagnóstico temprano, la falta de acceso a servicios de salud oportunos y factores étnicos que impiden o dificultan la decisión de atención oportuna a la salud de la mujer.<sup>29</sup>

En 2010, se contaban en los Estados Unidos más de 2,5 millones de sobrevivientes al cáncer de mama. El riesgo de una mujer de padecer cáncer de mama se duplica si tiene una pariente en primer grado (madre, hermana, hija) a quien le hayan diagnosticado cáncer de mama. Entre el 20 % y el 30 % de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de cáncer de mama <sup>28</sup>

En América Latina y el Caribe, aproximadamente 40,000 mujeres fallecen de cáncer de mama al año, en 2009 se presentaron 117,939 nuevos casos. <sup>23, 24</sup> En México, en el año 2001 se reportaron 3,971 casos (10.2 x 100,000 mujeres de 15 años o más); a partir del 2006 el cáncer de mama ha sido la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años, y se ubica como la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres. En 2008 murieron 4,818 mujeres mexicanas, lo cual se traduce en una muerte cada 2 horas. En 2009 la tasa de mortalidad por cáncer mamario en México ha registrado un aumento importante de 1950 a 2008, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres. Se estima a partir de 1990 el cáncer de mama ha mostrado un aumento 2.5 veces mayor con respecto al cérvico uterino. <sup>5, 6</sup> La edad de ocurrencia se da una década antes que en las mujeres de EE. UU. y Europa, 9 de los 33,044 casos registrados durante el periodo 2000-2006, el 50% ocurrieron en personas menores de 50 años.<sup>30</sup>



Para el 2012 de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología los estados con mal altas tasas de mortalidad por cáncer de mama son Coahuila con una tasa del 29.9 por 100 mil mujeres, Chihuahua con una tasa 23.4 por 100 mil mujeres y Distrito Federal 22.8 por 100 mil mujeres. Hidalgo para el mismo año cierra con una tasa por debajo de la media nacional (16.6); 14 por 100mil mujeres (113muertes).

## **2.2 Detección Temprana y Tratamiento**

En 1998 se realizaron 6.6 millones de exploraciones clínicas en el sector público mexicano. La cifra ascendió a 10.8 millones en el año 2000. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contribuye aproximadamente con el 40% de las detecciones seguido por la Secretaría de Salud (SSA) con el 26%.<sup>31</sup>

El incremento en la incidencia también se refleja en el número de egresos hospitalarios por cáncer de mama en las instituciones públicas. En el IMSS, en el periodo 1986-2003 la tasa de crecimiento en el número de egresos por esta causa fue del 80% (tendencia de crecimiento mayor a la de la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer cérvico uterino).<sup>32</sup>

En México, en el IMSS en el año 2002, solo se diagnosticaron el 12.7% de los casos en la etapa 1. <sup>10</sup> En los países desarrollados, aproximadamente el 50% de los casos se diagnostican en esos estadios. En EE. UU. la tasa relativa de sobrevida a cinco años de casos localizados es de 98% (etapas tempranas), 84% cuando la enfermedad es regional y solo de 23% cuando hay metástasis.<sup>33</sup>

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012 el 36.31 % de las mujeres de 20 años y más acudió a exploración clínica de senos. Y en el caso de la detección del cáncer de mama, 15 % de las mujeres de 40 a 49 años y 26% de las de 50 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta.<sup>34</sup>

Un estudio de la Secretaría de Salud, revela que en el caso de México hasta dos terceras partes de los fallecimientos en mujeres menores de 75 años por cáncer de mama se pueden evitar con detección temprana de la enfermedad y con la aplicación del conjunto de tratamientos médicos que existen para aliviarla.<sup>35</sup>

Dada la falta de acceso y tratamiento en países en vías de desarrollo, un porcentaje más alto de las mujeres que padecen la enfermedad mueren a causa de ella.

Específicamente respecto al problema del cáncer mamario se ha encontrado que la exploración física de la mama permite una detección de hasta 50% de lesiones no vistas en mamografías, con un valor predictivo positivo de 73% y negativo de 87% La sensibilidad de mamografía más la exploración física sería del 75%.<sup>36</sup>

La prevención secundaria es el elemento clave para combatir la mayor propagación del cáncer de mama. El diagnóstico temprano mediante la autoexploración de las mamas en forma sistemática, el examen clínico con búsqueda intencionada, tratamiento en forma oportuna de las tumoraciones de glándula mamaria así como la realización de la mastografía y/o ultrasonido en población de riesgo.

A través de la autoexploración la mujer toma conciencia de su cuerpo, y al familiarizarse con sus senos, es capaz de descubrir cualquier cambio aunque sea pequeño, lo que en ocasiones resulta difícil de detectar por el médico o a la enfermera. Por otra parte, además del cuidado que debe de tener la mujer con su cuerpo, es importante ver y reconocer la forma y tamaño de sus senos, color temperatura y textura de la piel, si se presenta alguna descamación, desviación, cambios de color o hundimiento del pezón, así como secreción que no sea leche materna; o cualquier otra anomalía o deformación para la identificación oportuna y demandar el servicio de atención. La exploración de las mamas no debe ser interrumpida por la presencia de embarazo o lactancia, situaciones en las que debe de seguir realizándose la autoexploración, poseer implantes en la mama tampoco es motivo para dejar de hacerlo. Para descubrir oportunamente este tipo de cáncer, es necesario que todas las mujeres aprendan a examinarse los senos cada mes.<sup>37</sup>

Esto obliga, entre otras medidas, a diseñar iniciativas para impulsar decididamente el entrenamiento de los profesionistas de la salud en una exploración clínica competente y respetuosa que sea ingrediente indispensable para promover acciones desde la atención primaria y para reforzar la práctica de la autoexploración de mama entre las mujeres.<sup>38</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concluyó que el único recurso efectivo para su detección es la autoexploración por parte de toda mujer mayor de 20 años y la exploración clínica dentro del consultorio. El recurso tecnológico de la mastografía no está disponible para su uso masivo. Si bien el número de detecciones realizadas se mantiene por el rango de los 2 millones de detecciones todavía es insuficiente para lograr coberturas adecuadas que puedan incidir sobre la mortalidad por esta causa.<sup>39</sup>

En México, el panorama epidemiológico de los dos principales cánceres femeninos muestra dos tendencias muy claras. En 2006, la tasa de mortalidad por cáncer de mama superó a

la del cáncer cervicouterino por primera vez en la historia. Además, el primero tiende a incrementarse mientras que el segundo acusa una notable reducción de cáncer de mama<sup>40</sup>

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. <sup>41</sup>

Se documenta que más del 90% de nódulos mamarios son detectados por la propia paciente mediante la exploración mamaria.<sup>42</sup> Además se ha comprobado que el cáncer de mama detectado por autoexploración de mama es más pequeño y se encuentran en un estadio menos avanzado que aquellos detectados de otra manera. La exploración clínica de la mama es capaz de identificar el 10% al 25% de los cánceres de mama que escapan a la mamografía y la sobre vivencia después del diagnóstico de cáncer tiende a ser mayor en las mujeres que practican la autoexploración, sin embargo, no reduce la mortalidad.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Barreras

Existen múltiples barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud las más estudiadas y que han impactado en salud se clasifican en tres: económicas, geográficas y culturales. Las económicas que se refieren al gasto que realizan los usuarios para acudir a demandar los servicios de salud y/o mantener el estado de salud del individuo y familia. Las geográficas las cuales tienen que ver con los caminos, brechas y carreteras para llegar a unidad cercana de salud. Las culturales están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas. Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de prejuicios y normas sociales.<sup>35</sup>

Las publicaciones informan ejemplos de barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama, y por consiguiente a la exploración de mama. La falta de información, bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención y de información.<sup>18</sup>

Las barreras percibidas son situaciones que aplican tanto las intenciones para realizar una conducta particular como la ejecución real de la conducta. Pueden ser imaginarias o reales, consisten en percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, gasto, dificultad o tiempo consumido en una acción particular.<sup>19</sup>

Respecto de las barreras específicas sobre el cáncer de mama se dice que el conocimiento de las percepciones del cáncer de mama en la población mexicana es muy vago. Existen algunos reportes publicados en fecha reciente que exploran de manera primaria este campo. En virtud de tal falta de conocimiento sobre el fenómeno, se decidió efectuar una aproximación cualitativa de investigación. Se dice que los estudios cualitativos son en especial útiles para dilucidar las estructuras de pensamiento de los informantes alrededor de temas específicos, para lo cual utilizan muestras relativamente reducidas.<sup>43</sup>

Es importante mencionar y hacer hincapié en los aspectos o razones por las que las personas en general no cuidan su salud, para ello se encuentran una serie de

planteamientos en la literatura. Una de las preguntas que recientemente se plantean en el campo de la salud es ¿Por qué la gente no solo no hace lo que es bueno para ella sino que insiste en conductas que sabe que son nocivas para su salud?<sup>44</sup>

Existen estudios de las memorias de las mujeres y los sentimientos sobre sus pechos y la detección del cáncer de mama, las experiencias y comportamientos en relación con la detección de cáncer de mama, a través de la exploración mamaria. Doce mujeres afroamericanas compartían historias que se generaron en forma escrita narraciones y entrevistas individuales. Dos temas centrales surgidos del análisis de los datos: el silencio y las contradicciones de la sociedad. Las mujeres que reciben mensajes contradictorios de la sociedad, pueden tener efectos a largo plazo sobre la forma en que perciben su cuerpo y la valoración de la detección temprana en materia de cáncer de mama. Los senos femeninos se ven a menudo como símbolos de la sexualidad, la feminidad y la maternidad, con frecuencia es difícil para las mujeres resolver sus propios sentimientos sobre sus pechos de los mensajes que reciben las mujeres incrustado de los valores culturales, las interacciones sociales, experiencias individuales, y los medios de comunicación. En su mayor parte, las mujeres han permitido que sus pechos puedan ser definidos por los demás puntos de vista, y han permitido que sus propios puntos de vista se pierdan en la confusión. La sociedad occidental parece estar obsesionada con el cáncer de mama y muchas mujeres estadounidenses temen perder sus pechos por el cáncer de mama más que morir por su causa. No ha sido una idea persistente de que el cáncer de cualquier tipo no debe ser controlado, posiblemente porque el cáncer en sí es percibido por algunos como incontrolable.<sup>18</sup>

Un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México de la Facultad de Psicología <sup>22</sup> sobre los factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino, en donde se exploró un “Modelo Hipotético” para explicar que variables psicosocioculturales están involucradas en que las mujeres no acudan a realizarse un estudio preventivo y fueron: estilo auto modificador, estilo modificador activo, resistencia a la enfermedad, ventajas, desventajas, percibidas autoeficacia 1 y 2, apoyo social, conciencia pública y posibilidad del estudio.(Ver tabla 1)

**TABLA NO 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO PREVENTIVO DE CÁNCER**

Validación escala factores psicosocioculturales que influyen en el comportamiento preventivo. Instrumento 1			
Subescalas Factores	Eigen Value	Varianza Explicada*	Ejemplo de un reactivo
Estilo automodificador	1.8	37.10 ∞ .42	13. Los problemas de uno, se deben más a la mala suerte que a qu uno se los busca.
Estilo modificador activo	2.04	25.50 ∞.60	02. No necesariamente, una hija debe siempre obedecer a su madre.
Resistencia a la enfermedad	2.3	56.80 ∞.74	03. Me considero muy resistente a enfermarme
Conciencia pública	2.3	31.30 ∞.71	22. Usualmente, me preocupa causar una buena impresión
Autoeficacia 1	2.4	17.60 ∞ .63	05. Me siento con decisión, para realizarme chequeos médicos, cuándo menos una vez al año.
Autoeficacia 2	1.23	34.80 ∞.62	11. Cuando tengo síntomas de alguna enfermedad, no dudo en consultar al médico
Apoyo social	2.1	57.50 ∞.73	0.06 Me siento apoyada por mi pareja para practicar el estudio del Papanocolaou
<b>Desventajas</b>	<b>5.49</b>	<b>64.70 ∞ .85</b>	<b>43. Temor a ser lastimada</b>
Ventajas	10.32	52.60 ∞.92	62. Detectar a tiempo, cualquier anomalía
Posibilidad de el estudio	1.72	57.30 ∞.26	89. No tengo problemas para pagar el estudio.
Práctica preventiva efectiva		n=103	Se realizaron el estudio 65% No se realizaron el estudio 35% (en el último año)
Pueden costear el estudio		85%	
No pueden costear el estudio		13.50%	

\* ∞ = Coeficiente de Cronbach

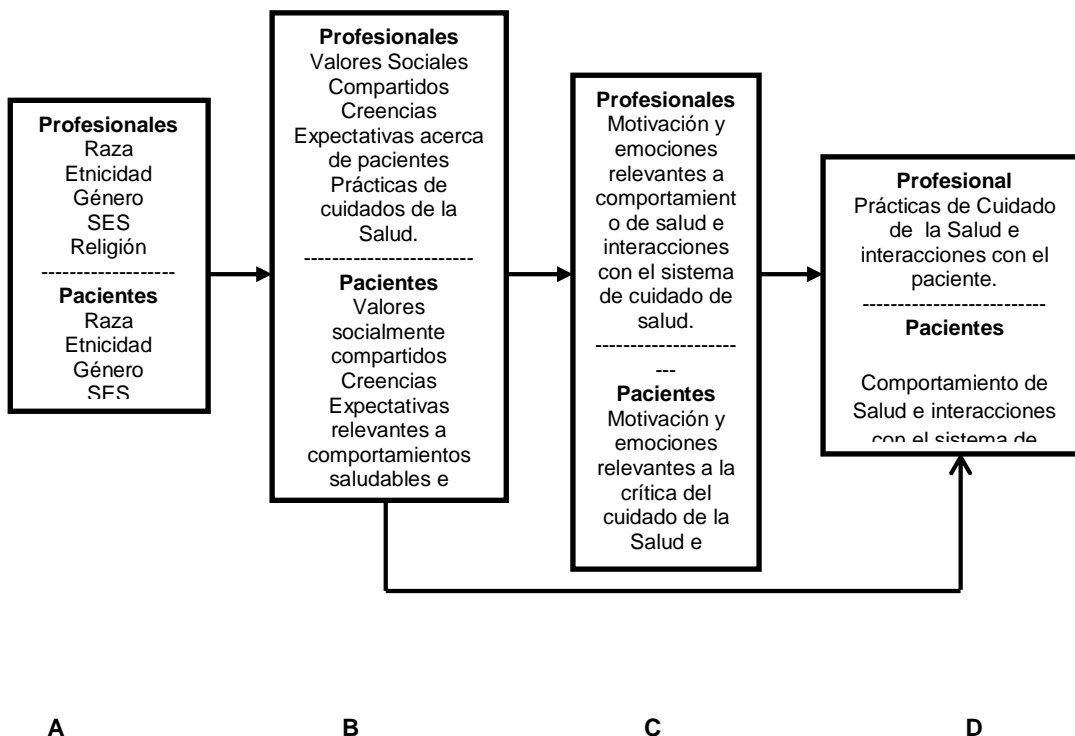
Fuente: Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer.<sup>22</sup>

Por otro lado, se desarrolló un Modelo <sup>16</sup> sobre el cuidado de la salud en mujeres hispanas y anglo americanas del sur de California, que incluye como barreras a los malos tratos por parte del personal de salud, además de contemplar factores como la etnia, los factores culturales, psicológicos comportamientos de salud incluyendo la relación médica paciente (ver figura 1).

**FIGURA. 1. FACTORES RELACIONADOS CON LA REALIZACIÓN DE CONDUCTA SALUDABLE**

*De Distal...* *A proximal determinantes de comportamiento*

<b>Categorías</b>	<b>Factores</b>	<b>Procesos</b>	<b>Comportamientos</b>
<b>De Población</b>	<b>Culturales</b>	<b>Psicológicos</b>	<b>de Salud</b>



Fuente: Modelo de la conducta saludable .<sup>16</sup>

Otro estudio realizado tuvo como objetivo desarrollar una escala de detección de barreras culturales que se aplicó en mujeres anglosajonas y latinas; obteniendo como resultados cinco grupos de factores: 1).- Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad; 2).- Fatalismo en la detección de cáncer; 3).- Impedimentos socioculturales; 4).- Impedimentos sintomáticos; 5).- Las creencias negativas sobre los profesionales de salud.<sup>16</sup> (Ver tabla 2)

**TABLA NO. 2 ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER**

Factores Culturales	1	2	3	4	5
<b>Impedimentos Socioculturales</b>					
Tener problemas para la cita	<b>0.84/0.70/0.77</b>	-0.04/0.01/0.01	-0.02/0.07/0.02	-0.07/0.02/-0.04	0.09 - /0-.004/0.03
No saber dónde puedo hacerme los exámenes	<b>0.76/0.58/0.70</b>	0.01/0.23/0.12	0.03/-0.05/0.03	- 0-.05/-0.04/-0.05	- 0.08/0.01/-0.03
No poder tomar tiempo libre del trabajo	<b>0.68/0.79/0.74</b>	0.01/-0.10/-0.05	-0.02/0.15/0.01	-0.05/0.03/0.02	0.01/0.02/-0.02
No tener transporte para ir a la cita	<b>0.65/0.49/0.60</b>	0.04/0.02/0.04	-0.06/0.11/-0.06	-0.06/-0.13/-0.01	-0.18/0.11/-0.05
No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita	<b>0.62/0.54/0.59</b>	-0.02/-0.07/-0.02	-0.09/-0.07/-0.11	-0.08/-0.18/-0.10	0.00/-0.19/0.05
Tener que cuidar a mis hijos o familia	<b>0.60/0.54/0.55</b>	0.09/0.02/0.04	-0.04/0.22/-0.05	0.12/-0.07/0.04	0.01/-0.12/-0.08
No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen.	<b>0.51/0.47/0.51</b>	0.16/-0.08/-0.12	-0.10/-0.10/-0.02	0.12/0.01/0.13	-0.02/0.21/0.03
<b>Fatalismo en la detección de cáncer</b>					
No es importante hacerse exámenes para la detección de cáncer de seno regularmente, porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo	-0.05/-0.07/-0.03	<b>0.82/0.70/0.79</b>	-0.14/-0.01/-0.10	-0.05/-0.09/-0.04	-0.15/0.004/-0.09
No es necesario hacerse un examen mamario regularmente, porque de todas maneras está en las manos de Dios.	-0.10/0.02/-0.05	<b>0.67/0.87/0.71</b>	-0.18/-0.02/-0.10	0.00/0.03/0.05	0.12/0.08/0.08
No es muy importante examinarse regularmente, porque si vas a tener cáncer lo tienes, no importa lo que uno haga.	0.12/0.05/0.08	<b>0.60/0.84/0.66</b>	0.09/0.08/0.03	0.09/-0.05/0.04	-0.01/-0.06/-0.06
<b>Impedimentos Sintomáticos</b>					
Sentirme saludable	0.09/0.02/0.02	0.10/0.20/0.13	<b>-0.88/-0.04/-0.91</b>	0.10/-0.89/0.09	0.02/-0.09/0.05
Tener muchos resultados normales en el pasado	0.20/0.09/0.10	0.02/-0.02/-0.01	<b>-0.82/0.07/-0.81</b>	0.06/-0.75/0.03	0.60/-0.02/0.01
No sentir nada anormal	0.06/0.003/0.04	0.08/-0.03/0.03	<b>-0.68/0.07/0.72</b>	-0.12/-0.81/-0.06	-0.18/0.01/-0.10
<b>Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad</b>					
El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer	0.06/-0.06/0.00	0.06/0.06/0.08	0.08/0.10/0.07	<b>0.83/0.01/0.77</b>	0.02/0.59/-0.01
El cáncer mamario es una enfermedad mortal	-0.14/0.12/-0.02	-0.03/-0.06/-0.05	-0.12/0.05/-0.10	<b>0.81/-0.08/0.75</b>	-0.04/0.75/-0.004
<b>Creencias negativas sobre los profesionales de salud</b>					
Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo que sus pacientes están pasando	0.11/-0.03/0.03	0.01/-0.03/-0.05	0.04/0.78/0.02	-0.04/0.01/-0.02	<b>-0.80/0.08/-0.83</b>
Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes.	-0.06/0.04/-0.03	-0.21/-0.18/-0.24	-0.09/0.57/-0.12	0.04/-0.12/0.02	<b>-0.63/-0.01/-0.60</b>
No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen	0.001/-0.01/-0.01	0.27/0.04/0.16	-0.03/0.51/-0.07	-0.04/-0.13/-0.04	<b>-0.58/-0.01/-0.56</b>
Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente los senos de sus pacientes.	0.16/0.16/0.13	0.11/0.18/0.12	-0.03/0.57/0.05	0.05/0.13/0.05	<b>-0.50/0.05/-0.53</b>
Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables	0.11/-0.07/0.02	0.28/0.08/0.21	0.15/0.61/0.10	0.12/0.004/0.12	<b>-0.30/0.09/-0.43</b>

Fuente: Escala Cultural de detección de cáncer <sup>16</sup>



En resumen, existen diferentes barreras las cuales nos hablan del gran obstáculo que existe para que las usuarias no se realicen la exploración de mama, la cual es una práctica preventiva para el diagnóstico oportuno del cáncer de mama, las diferencias culturales desempeñan un papel importante en el comportamiento en salud de las mujeres, por lo que es necesario realizar recomendaciones e intervenciones para disminuir las barreras psicosocioculturales encontradas en las comunidades o grupos de mujeres aplicando instrumentos adaptados en población mexicana.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer de mama es un grave problema de salud pública, se puede incidir en la morbimortalidad si se detecta a tiempo, de la bibliografía revisada se ha identificado la importancia de estudiar los factores psicosocioculturales como barrera principal para que las mujeres no se realicen la exploración de mama, las mujeres piensan que el cáncer de mama es sinónimo de muerte, no saben a dónde acudir a realizarse la exploración mamaria, no identifican la sintomatología a tiempo y tienen creencias negativas acerca de los prestadores de salud entre muchos otros factores, lo que impide que las mujeres se realicen el examen de mama.<sup>16</sup> El último reporte en salud <sup>33</sup> menciona que solo el 36.31% de las mujeres de 20 años y más acudió a la exploración clínica de senos, lo cual denota el bajo porcentaje de la realización de la detección para cáncer de mama. En México y en particular en el estado de Hidalgo, existen pocos instrumentos validados y adaptados a población mexicana que puedan medir las barreras de tipo psicosocioculturales que limitan que las mujeres realicen prácticas preventivas para el cáncer de mama. La literatura menciona que los factores psicosocioculturales desempeñan un papel importante como barrera en el comportamiento preventivo para cáncer de mama. <sup>(16)</sup> por lo que es necesario adaptar un instrumento a población mexicana que mida dichos factores y brinde aportaciones metodológicas para futuras investigaciones; así como el desarrollo de programas de intervención dirigido para una determinada comunidad. <sup>16</sup> A pesar de los programas implementados por la Secretaria de Salud las mujeres mayores de 20 años no se realizan la exploración de mama ni acuden a los servicios de salud para la detección temprana de cáncer de mama.

Por todo lo anterior expuesto la pregunta planteada para este estudio es:

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son las barreras psicosocioculturales, vinculadas a la no detección oportuna de cáncer de mama, en usuarias que acuden a Centros de Salud de la Secretaria de Salud de Pachuca, Hidalgo?

### **4.1. Justificación**

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública en el mundo. Según el último informe mundial sobre el cáncer, la incidencia podría aumentar en un 50% hasta el año

2020. El cáncer de mama se sitúa en el primer lugar en frecuencia por tipos de cáncer en México, siendo hoy el responsable de las muertes en las mujeres mexicanas. Según el Programa de prevención y Control de Cáncer en la Mujer, diariamente mueren nueve mujeres por cáncer de mama, y son las mujeres de 40 a 59 años la población más afectada. La distribución por entidad federativa de la mortalidad por cáncer de mama en el norte del país siendo los estados de Baja California Norte con una tasa de 26.7 muertes por cada 100 000 mil mujeres, Baja California Sur 22.2 muertes por cada 100 000 mil mujeres, Sonora 19.1 muertes por cada 100 000 mil mujeres, Chihuahua 18.7 muertes por cada 100 000 mil mujeres, Coahuila 18.2 muertes por 100 000 mil mujeres y Nuevo León con 17.7 muertes por cada mil mujeres.<sup>45</sup>

La clave del control del cáncer de mama es la detección temprana, por más amplia que sea la cobertura de las intervenciones curativas, este padecimiento solo podrá controlarse si se implementan las medidas necesarias para detectarlo en sus etapas iniciales.<sup>38</sup>

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. <sup>7</sup> En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y por ende del acceso a los servicios de salud. El acceso se concibe como el proceso de interacción entre usuarios y servicios, con la finalidad de permitir que el individuo enfermo reciba el servicio. En otras palabras, es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención. El acceso depende de factores propios de la población, la organización, el otorgamiento de los servicios y las relaciones entre ellos. <sup>10</sup> El escaso uso de los servicios en caso de necesidad por parte de la población es evidencia de las barreras, las cuales pueden ser geográficas, culturales, económicas, sociales, de información, psicológicas y de género.<sup>38</sup>

Como la glándula mamaria puede ser examinada con facilidad y las mujeres son las principales en participar en cuanto a la detección de enfermedades de las glándulas mamarias es recomendable la divulgación en la población de los procedimientos para el autoexamen de las mismas, pues estas técnicas empleadas sistemáticamente, permiten la detección de anomalías que pueden corresponderse con las manifestaciones clínicas iniciales de una neoplasia. Es recomendable también precisar los conocimientos que tiene la población femenina sobre estos procedimientos.

El cáncer de mama es la causa más común de muerte en las mujeres de todo el mundo, con tasas de mortalidad más altas en los países de bajos recursos. A pesar de los considerables adelantos científicos en su tratamiento, la mayor parte del mundo afronta

carencias de recursos que limitan la capacidad para mejorar la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. La iniciativa Mundial de Salud de la Mama (conocida por las siglas BHGI) tiene por objeto formular normativas basadas en evidencias, económicamente factibles y culturalmente apropiadas, que puedan usarse en las naciones con recursos limitados para la atención sanitaria, a fin de mejorar el desenlace en las pacientes con cáncer de mama. Mediante un proceso de grupos de consenso basados en evidencias, cuatro grupos de expertos de la BHGI abordaron respectivamente las áreas de detección temprana y acceso a la asistencia; diagnóstico y anatomía patológica; tratamiento y asignación de recursos; y sistemas de atención de salud y políticas públicas, en lo relacionado con la atención de la salud de la mama en los entornos de recursos limitados. Con objeto de actualizar y ampliar las Normativas de la BHGI publicadas en 2003, los grupos de expertos de la BHGI del 2005 elaboraron una estrategia gradual y sistemática para mejorar la asistencia sanitaria, mediante un sistema escalonado de asignación de recursos en cuatro niveles-básico, limitado, amplio y máximo- según la contribución de cada recurso para mejorar el desenlace clínico.<sup>44</sup>

La detección temprana del cáncer de mama mejora el desenlace de una manera rentable, siempre que se cuente con un tratamiento, pero es necesario educar a la población para fomentar la participación activa de las usuarias en el diagnóstico y el tratamiento. La exploración clínica de las mamas, combinada con estudios de imagenología diagnóstica (ultrasonido con o sin mastografía diagnóstica), puede facilitar la aplicación de técnicas rentables de obtención de tejidos para el diagnóstico citológico o histológico.<sup>46</sup>

Es importante señalar que el presente estudio sugiere que al identificar las barreras psicosocioculturales más importantes en la capital hidalguense en las mujeres mayores de 20 años se podrá proporcionar y sugerir a los servicios de salud de Hidalgo aquellas barreras significativas para que los tomadores de decisiones en salud realicen lo pertinente en materia de salud en las mujeres, así como otorgar a la comunidad científica un instrumento que mida la cultura en relación al cáncer de mama, adaptado a la población mexicana confiable y validado para futuras investigaciones.

## **4.2. Hipótesis**

Existen barreras asociadas a la exploración de mama en mujeres de 20 años y más que reciben atención en instituciones de salud en Pachuca de Soto, Hgo

Ho=Las barreras de creencias culturales como los impedimentos sintomáticos son igual a las barreras sobre las creencias negativas acerca de los profesionales de salud asociadas a la no exploración de mama oportunamente en mujeres de 20 años y más en el municipio de Pachuca

Hi= Las barreras de creencias culturales como los impedimentos sintomáticos son mayores a las barreras sobre las creencias negativas sobre los profesionales de salud asociadas a la no exploración de mama oportunamente en mujeres de 20 años y más en el municipio de Pachuca

Hipótesis Conceptuales: Las barreras más importantes encontradas en estudios <sup>14, 15, 16,17</sup> fueron las culturales; como las expectativas catastróficas acerca de la enfermedad entendiendo que cáncer es lo peor que le puede pasar a una mujer y como sinónimo de muerte. El fatalismo en la detección de cáncer, en donde las mujeres piensan que no tiene caso hacer estudios preventivos ya que de todas maneras nos van a morir de algo y están en manos de Dios. Los impedimentos socioculturales, como tener problemas para sacar la cita, el tiempo para acudir al examen, no acudir al examen por tener que cuidar a la familia, no tener transporte para la cita, tener que recibir un recordatorio para acudir a la cita. Los impedimentos sintomáticos, como el sentirse saludable, tener exámenes normales previos y no sentir nada anormal; son barreras para que no acudan a realizarse el estudio para la detección de cáncer de mama. Y por último las creencias negativas, que tienen las mujeres acerca de los profesionales de la salud son barreras importantes para no acudir a realizarse el estudio ya que los profesionales de salud no tienen compasión de ellas, siempre están ocupados, no son confiables para que hagan el examen, las mujeres no se sienten cómodas con ellos y las han tocado inapropiadamente los senos.

Al revisar un estudio<sup>22</sup> sobre un modelo acerca de los factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer menciona que dentro del mismo la variable más importante eran las psicosociales dentro del fenómeno de prevención del cáncer, y como resultado después de explorar la variable del modelo se identificó que la variable más significativa en el estudio es la falta de información aun cuando se esperaba que las psicológicas fueran las más relevantes.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Describir las barreras relacionadas a la exploración de mama en mujeres de 20 años y más que reciben atención en los Centros de Salud de Pachuca de Soto, Hidalgo.

### **5.2 Objetivos Específicos**

1. Adaptar el lenguaje utilizado en el instrumento Barreras culturales apoyándose en la revisión de expertos.
2. Pilotear el Instrumento de Barreras Culturales.
3. Aplicar el instrumento de Barreras Culturales
4. Aplicar el instrumento de desventajas percibidas para prácticas preventivas.
5. Realizar el análisis psicométrico de validez y confiabilidad del instrumento.
6. Describir las variables estudiadas
7. Describir los datos sociodemográficos, de salud de las usuarias y de acceso a los servicios de salud
8. Identificar el tipo de sintomatología de riesgo para cáncer de mama
9. Identificar las desventajas percibidas para la exploración de mama
10. Describir los factores culturales de detección de cáncer.
11. Correlaciones entre los factores de la escala cultural de detección de cáncer.
12. Describir las diferencias entre las escalas culturales de detección de cáncer dependiendo de la respuesta Sí y No a las desventajas percibidas de prácticas preventivas

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **6.1 Diseño**

Diseño no experimental, un estudio transversal de corte cuantitativo en el estado de Hidalgo en el municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

### **6.2 Variables**

#### *6.2.1 Definiciones Conceptuales*

- Exploración de mama: Método realizado por la mujer misma para comprobar la presencia de cambios mamarios sospechosos de enfermedad o la presencia de masas (protuberancias).<sup>47</sup>
- Barrera: .Obstáculo que influye en el comportamiento preventivo de salud así como en los procesos psicológicos.<sup>14</sup>

#### *6.2.2 Definiciones Operacionales*

- Exploración de mama: Revisión de las glándulas mamarias por las propias usuarias o por algún personal de salud. (Ver Anexo 1).
- Barreras: Obstáculo cultural como los valores creencias normas expectativas y prácticas que son relevantes para el comportamiento preventivo en salud y que influyen a la mujer mayores de 20 años no realizarse el estudio de exploración mamaria.

## 7.- FUENTES DE INFORMACIÓN

### 7.1 Instrumentos de Medición

Se aplicaron dos escalas de medición validadas (Ver tabla 1 y 2) las cuales se adaptaron en un solo formato que incluyó preguntas sobre la salud y datos sociodemográficos de las participantes. (Ver Anexo 3)

a) Cuestionario sobre salud e identificación de datos sociodemográficos (Ver Anexo 3). Este Cuestionario tiene un formato tipo entrevista semiestructurada con un total de 90 preguntas, con la finalidad de identificar datos sobre las siguientes áreas:

- Datos sociodemográficos de salud de las usuarias
- Acceso a los servicios de salud.

b) Escala de Desventajas percibidas para la exploración de mama <sup>(22)</sup> (Ver Anexo 4). Este cuestionario solo consta de 24 ítems de un total de 107 reactivos dividido en 4 escalas Likert y dos cuestionarios uno de preguntas cerradas y otro abierto, el cual se aplicó de manera de entrevista cara a cara, con una validez de Eigen valué. De 5.49 y una varianza explicada de 64.70 con un coeficiente alfa de Cronbach de  $\infty$ . 85. Los factores que la conforman son: estilo auto modificador, estilo modificador activo, resistencia a la enfermedad, conciencia pública, autoeficacia 1, autoeficacia 2, desventajas, ventajas posibilidad del estudio, de los cuales solo nos interesó los ítems del aparatado de desventajas.

c) Escala Cultural para la Detección de Cáncer <sup>16</sup> (Ver Anexo 5) Esta escala consta de 20 ítems la cual mide cinco factores. 1).- Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad 2).- Fatalismo en la detección de cáncer. 3).- Impedimentos socioculturales. 4).- Impedimentos sintomáticos. 5).- Las creencias negativas sobre los profesionales de salud. Con una confiabilidad total de la escala de 0.84 y la alfa para los factores culturales se encuentran desde un rango de 0.66 a 0.90. Y una varianza total de 65.11%. La forma de aplicación fue entrevista semiestructurada, con respuestas tipo Likert, los datos de la adaptación de la escala a población mexicana se describen en el apartado de los resultados.



## 7.2 Población y Muestra

### 7.2.1 Ubicación Espacio Temporal

Población blanco. Se eligió para el estudio a la población de las mujeres de 20 años y más que acuden a los 18 Centros de Salud de la Secretaria de Salud ubicados en el municipio de Pachuca, Hidalgo. En el periodo de enero- diciembre 2012.

### 7.2.2 Diseño Muestral

La muestra se determinó por medio de un muestreo aleatorio estratificado proporcional, con un tamaño de muestra de N=502, con una tasa de no respuesta del (TNR) 10%.

### 7.2.3. Tamaño Muestral

N= 502 Usuaris de 20 años y más que acuden a los 18 Centros de Salud del municipio de Pachuca (Ver tabla No. 4).

Con los datos siguientes se analizó las prevalencias de diferentes lugares del mundo la precisión y los resultados del total de mujeres y se tomó la prevalencia del Estado de Hidalgo para el 2012 que es 3.82%, Para poder realizar la obtención de la muestra. (Ver tabla No. 3)

**TABLA No.3 ESCENARIOS MUÉSTRALES DE DIFERENTES NIVELES.**

LUGAR	ESCENARIOS MUÉSTRALES						
	A	P	Q	E2	n	TNR 10%	N total
MUNDIAL	95%	0.16	0.84	0.05	206	20	226
	95%	0.19	0.81	0.02	1478	14	1492
E.U.	95%	0.32	0.68	0.05	334	33	367
	95%	0.14	0.86	0.05	185	18	203
MEXICO	95%	0.17	0.83	0.05	217	21	238
	95%	0.089	0.911	0.07	125	12	137
HIDALGO	95%	0.068	0.932	0.03	270	27	298
	95%	3.82	96.18	0.05	509	10	<b>502</b>

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica <sup>28</sup>

**FIGURA No. 2 FÓRMULA PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRA DE UN ESTUDIO  
TRANSVERSAL**

$$\underline{n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}}$$

Fuente: Pagano M. Bioestadística Fundamentos de Bioestadística.<sup>48</sup>

**FIGURA No. 3 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE MUESTRA  
TRANSVERSAL**

$n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$	$n = \frac{1.96^2 * 0.382 * 0.944}{0.05^2}$			
$n = ?$	$n = \frac{3.8416 * 0.382 * 0.944}{0.0025}$			
$Z^2 = 1.96$		$n^1$	$n * \text{TNR}$	<b>10%</b>
$p = 3.82\%$	$n = \frac{1.385311693}{0.0025}$	$n^1$	554.124677	<b>502</b>
$q = 96.18\%$				
$E^2 = 5$	$n = 554.1246771$			

El tamaño de la muestra considerando una tasas de No respuesta (TNR) del 10% fue de N= 502 mujeres mayores de 20 años de edad.

**TABLA No. 4 MUESTREO POR CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PACHUCA HGO.**

No.	CENTROS DE SALUD	POBLACION DE MUJERES 20 AÑOS Y MAS	% DE POBLACIÓN CON RELACIÓN AL TOTAL MUNICIPAL	MUESTRA FINAL
1	C.S. ALCANTARILLA	549	1%	6
2	C.S. AQUILES SERDAN	2197	4%	14
3	C.S. SAN MIGUEL CEREZO	549	1%	6
4	C.S. CUAUHTEMOC	2746	5%	10
5	C.S. NOPANCALCO	1648	3%	18
6	C.S. ROJO GÓMEZ	4943	9%	55
7	C.S. SANTA JULIA	7139	13%	19
8	C.S. SANTIAGO TLAPACOYA	1098	2%	12
9	C.S. MATILDE	1648	1%	11
10	C.S. ARBOLITO	2197	4%	24
11	C.S. BUENOS AIRES	1648	3%	18
12	C.S. CUBITOS	3295	6%	17
13	C.S. NUEVA ESTRELLA	1098	2%	12
14	C.S. TEZONTLE	2197	4%	24
15	C.S. LA RAZA	3295	6%	37
16	C.S. GUADALUPE	1098	2%	12
17	C.S. PARQUE DE POB.	2746	5%	30
18	C.S. JESÚS DEL ROSAL	13180	26%	177
	TOTAL DE POBLACION	54917	100%	502

FUENTE: Población de la Secretaria de Salud de Hidalgo. 2012.

## 7.3 Criterios de Selección

### 7.3.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres de 20 años y más.
- Que radicarán en el municipio de Pachuca Hidalgo México.
- Que acudieran a los 18 Centros de Salud de la Secretaria de Salud. del municipio de Pachuca Hidalgo.
- Que se hubiera o no realizado una mastografía en su vida.

- Que se comprometieran voluntariamente a contestar el cuestionario completo.

### *7.3.2 Criterios de Exclusión*

- Mujeres que cursaran con alguna patología benigna o maligna de las glándulas mamarias
- Mujeres con edad fuera de los límites establecidos.
- Mujeres que radicaran fuera del municipio de Pachuca, Hidalgo.
- Mujeres que se encontraran hospitalizadas en algún Centro de Salud.
- Mujeres que se rehusaran a contestar el cuestionario.

### *7.3.3 Criterios de Eliminación*

- Mujeres que no terminaron de contestar el cuestionario.
- Mujeres que deseaban retirarse por alguna circunstancia de la aplicación de los cuestionarios.
- Se eliminaron los cuestionarios que se encontraron menos del 80% de ítems respondidos.

## **7.4 Procedimientos**

Se realizó la capacitación y estandarización del personal encuestador, las cuales fueron alumnas de la escuela CECYTEH plantel Pachuca se contemplaron que fueran 10 alumnas.

Por medio de un oficio se solicitó la participación al director del plantel del CECYTEH para que las alumnas participaran en este proyecto y se les validaran sus prácticas aplicando dichos cuestionarios. Se aplicó el instrumento en una muestra de 50 encuestas para pilotear el instrumento a la manera de que las alumnas aplicaran el instrumento a la población disipando las posibles dudas, así como se realizaron los cambios en el cuestionario para un mayor entendimiento y realizando una prueba piloto para identificar en campo aquellas situaciones que no se observaron al interior de este estudio, cabe señalar que se cumplieron con las consideraciones éticas para la realización del presente (Ver Anexo 2).

Se solicitó a la Jurisdicción Pachuca 1 de la Secretaria de Salud a través de un oficio firmado por el Director del Primer Nivel de Atención la participación en la aplicación de

dichos cuestionarios previamente con consentimiento informados autorizados (Ver anexo 6) en los 18 centros de salud que conforman el municipio de Pachuca.

Se realizó la limpieza de la información identificando aquellos cuestionarios incompletos o mal requisitados para que no se capturen, se utilizó paquete estadístico SPSS versión 14.

Se realizó las supervisiones que se citan en el cronograma de actividades (ver anexo 7) en campo junto con dos pasantes de psicología las cuáles fueron las coordinadoras en la supervisión retroalimentándose de los avances.

Con la capacitación la estandarización y sensibilización a los encuestadores se minimizó la tasa de no respuesta. Se utilizó una fuente proyectiva primaria con técnica de un cuestionario de 90 preguntas semiestructuradas aplicado por una encuestadora con la técnica de cara a cara en las salas de espera de los centros de salud, para que pudieran tener el tiempo suficiente para contestar el cuestionario.

## 8. RESULTADOS

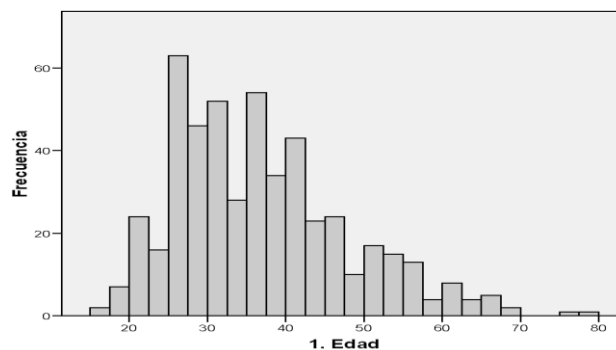
Dentro de los resultados se dividen en siete apartados:

- Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos.
- Acceso a los servicios de salud y datos de salud de las usuarias.
- Sintomatología de Riesgo para Cáncer de Mama.
- Desventajas percibidas para la exploración de mama.
- Factores culturales de detección de cáncer de la escala cultural para la detección de cáncer adaptada a la población mexicana.
- Correlaciones entre los factores de la escala cultural de detección de cáncer
- Diferencias entre las escalas culturales de detección de cáncer. dependiendo de la respuesta Si y No a las desventajas percibidas de prácticas preventivas.

### 8.1 Datos Sociodemográficos

En total, se obtuvo la colaboración voluntaria de N=609 participantes mujeres. De acuerdo a los datos sociodemográficos, las participantes reportan una media de edad de 36.57 años, con una mediana de 35 y una moda de 30 años. El rango de edad tuvo un reporte de 15 años hasta 79 y una desviación estándar de 11. 11. (Ver figura 4).

**FIGURA 4. EDAD DE LAS PARTICIPANTES.**

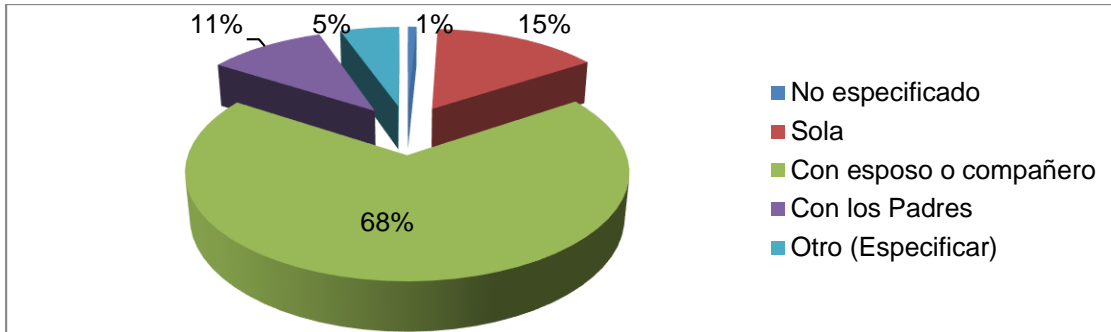


FUENTE: Instrumento de Medición

El histograma anterior muestra la curva de edad en la muestra

Con referencia a la vivienda, más de la mitad de las participantes (68%) reportaron que viven con su esposo o compañero, mientras que un 15% viven solas. (Ver figura 5)

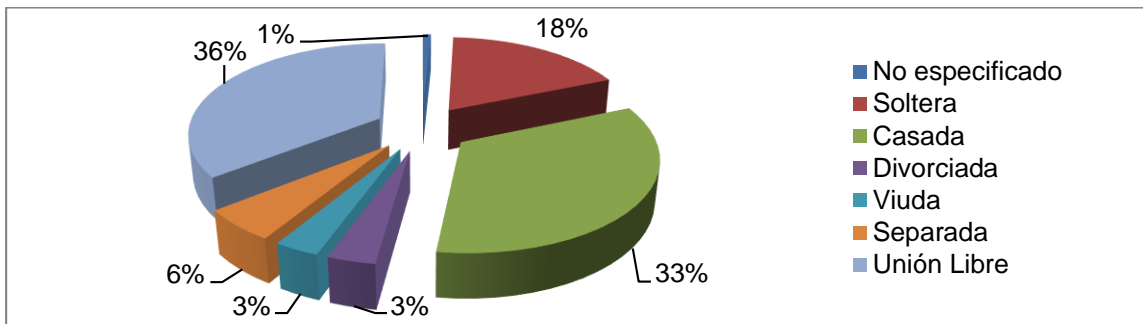
**FIGURA 5. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ACTUALMENTE, ¿CON QUIÉN VIVE?**



FUENTE: Instrumento de Medición

Con referencia al estado civil, las participantes reportaron que 33% están casadas, 36% vive en unión libre. Lo cual muestra una predominancia en la unión libre versus el matrimonio formal. Acorde a los datos anteriores, el 18% reporta soltería. (Ver figura 6)

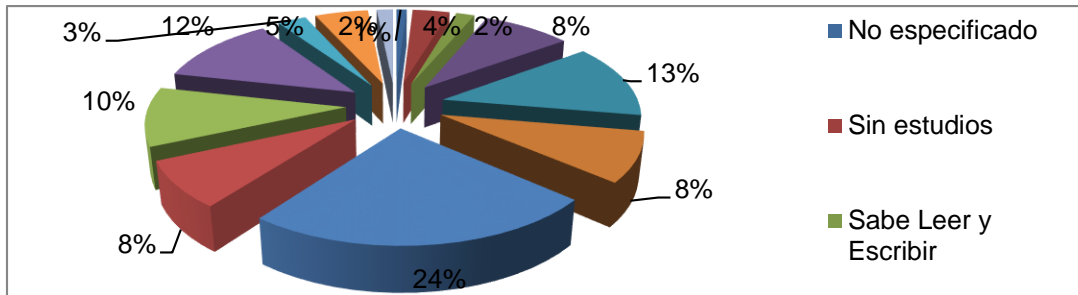
**FIGURA 6. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a los datos de escolaridad, el 55% de la población reporta primaria incompleta, completa y secundaria incompleta o completa. El 2% de las participantes reportaron ser analfabeta, mientras que sólo el 5% reporta estudios de licenciatura concluidos. (Ver figura 7)

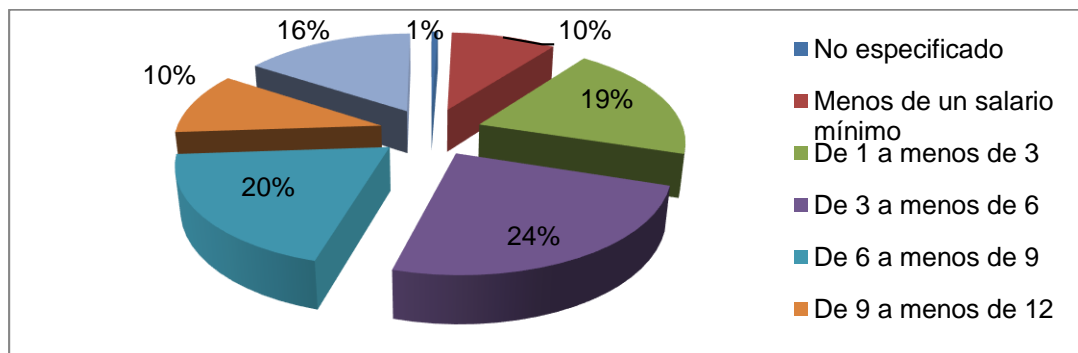
**FIGURA 7. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA, ¿CUÁL ES SU ESCOLARIDAD?**



FUENTE: Instrumento de Medición

En términos del salario percibido, el mayor porcentaje de 24% de la población reportó de 3 a menos de 6 salarios mínimos. (Ver figura 8)

**FIGURA 8. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA, ¿CUÁNTOS SALARIOS MÍNIMOS PERCIBE AL MES?**

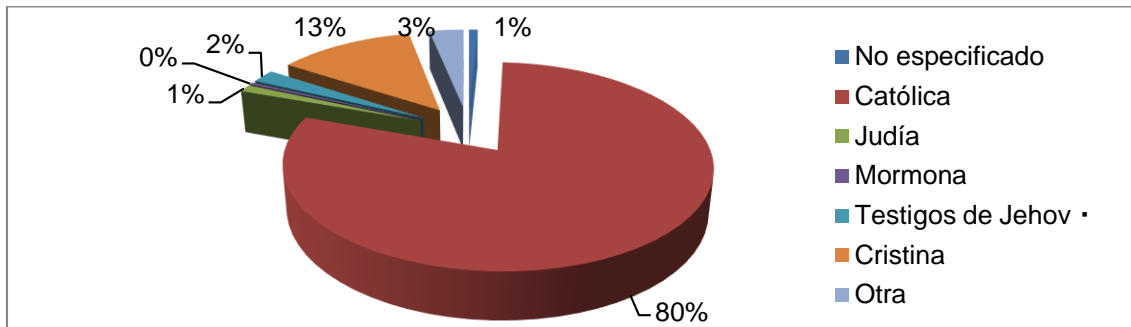


FUENTE: Instrumento de Medición



Confirmando la orientación religiosa en México, el 80% reportó profesar la religión católica. (Ver figura 9)

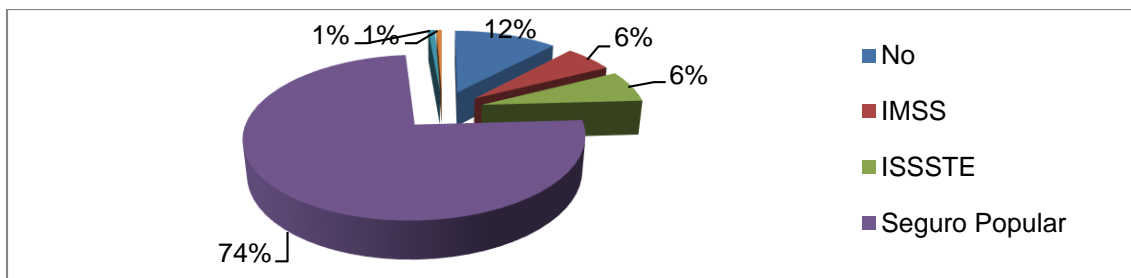
**FIGURA 9. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA, ¿CUÁL ES SU RELIGIÓN?**



FUENTE: Instrumento de Medición

Las participantes son en su mayoría usuarias del seguro popular (74%). Sólo el 6% es usuaria del ISSSTE y otro 6% es usuaria del IMSS. (Ver figura 10)

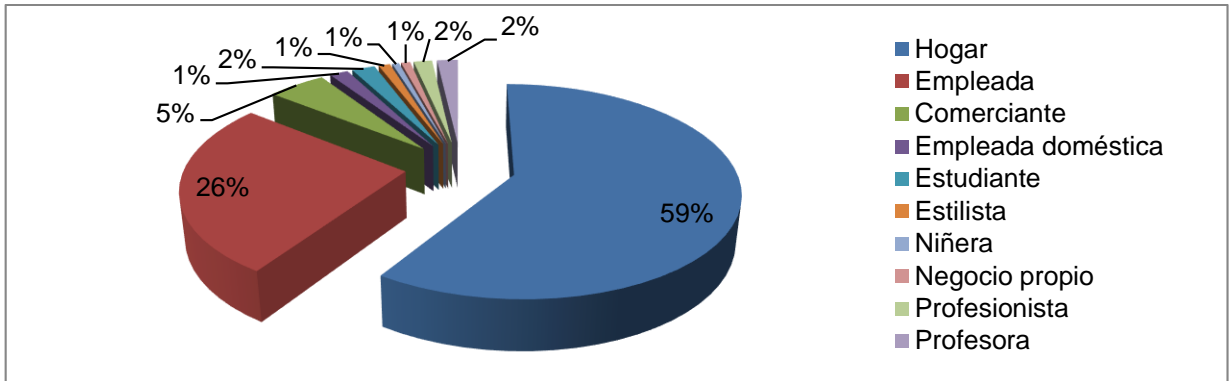
**FIGURA 10. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA, ¿ES DERECHO HABIENTE DE ALGÚN SISTEMA DE SALUD?**



FUENTE: Instrumento de Medición

Con respecto a la ocupación el 59% de las participantes reportaron dedicarse al hogar, mientras que 26% es empleada en diversos oficios y 2% es profesionista. (Ver figura 11)

**FIGURA 11. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN**



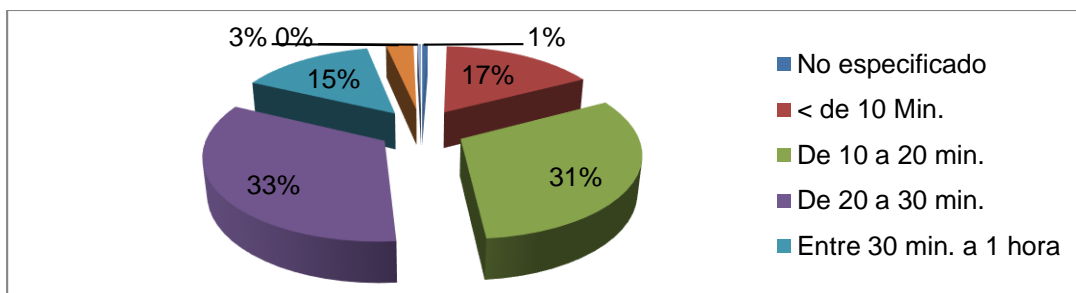
FUENTE: Instrumento de Medición

## 8.2 Acceso a los Servicios de Salud y Datos de Salud de las Usuaris

Este análisis se divide en dos partes. La primera de ellas está dedicada a aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud, tiempo de transporte, y la segunda aspectos generales relacionados a la salud de las participantes,

La figura 12 muestra los porcentajes correspondientes al tiempo de transporte entre la casa de las usuarias y el lugar de atención. Sobresale la categoría de 20 a 30 minutos con el total de 33% de las participantes.

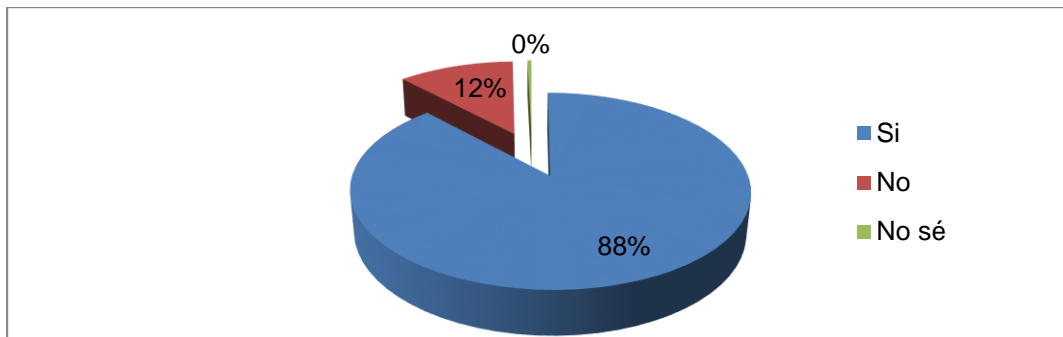
**FIGURA 12. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿CUÁNTO TIEMPO HACE USTED DE SU CASA AL LUGAR DONDE SE ATIENDE?**



FUENTE: Instrumento de Medición

La figura 13 muestra que el 88% de las participantes considera que el transporte para llegar al centro de salud es suficiente.

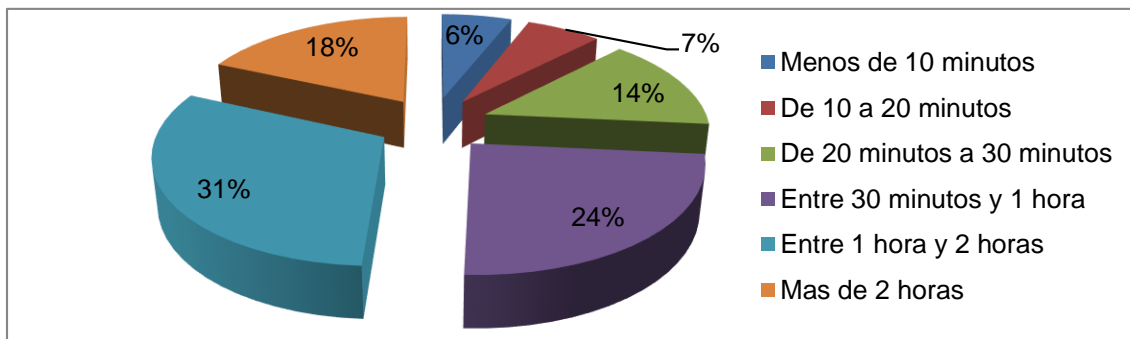
**FIGURA 13. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA DE TRANSPORTE NECESARIO PARA LLEGAR AL CENTRO DE ATENCIÓN.**



FUENTE: Instrumento de Medición

Un 31% de las entrevistadas concluyó que tiene que esperar entre 1 y 2 horas para recibir atención médica. (Ver figura 14)

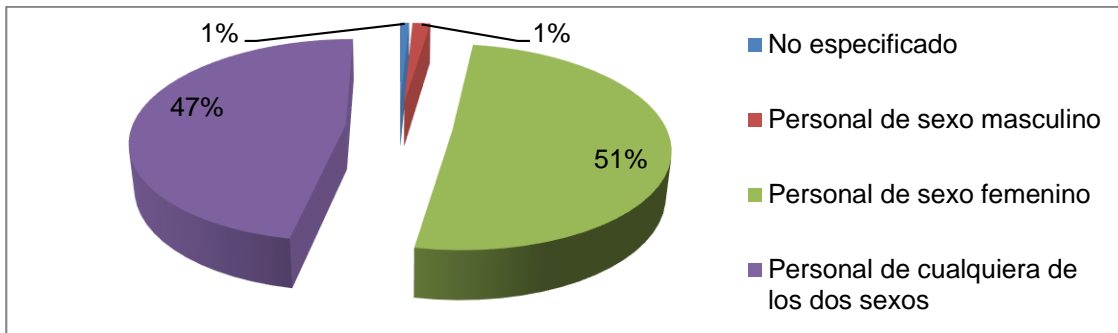
**FIGURA 14. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿POR LO GENERAL CUÁNTO TIEMPO TIENE QUE ESPERAR PARA QUE LO ATIENDAN?**



FUENTE: Instrumento de Medición

La figura 15 muestra que un 51% del total de la muestra que preferiría la atención del sexo femenino.

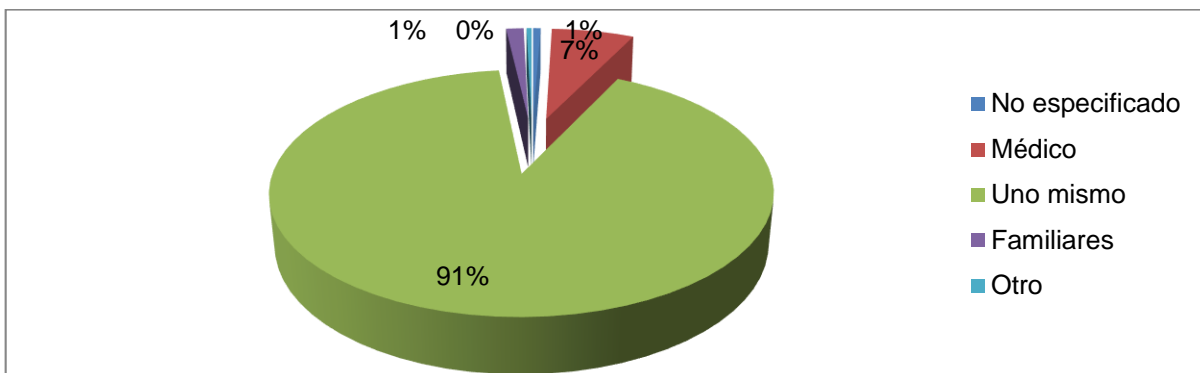
**FIGURA 15. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA REFERENTE PREFERENCIA POR SEXO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**



FUENTE: Instrumento de Medición

La figura 16 muestra que el 91% de la muestra total piensa que uno mismo es responsable de estar sana.

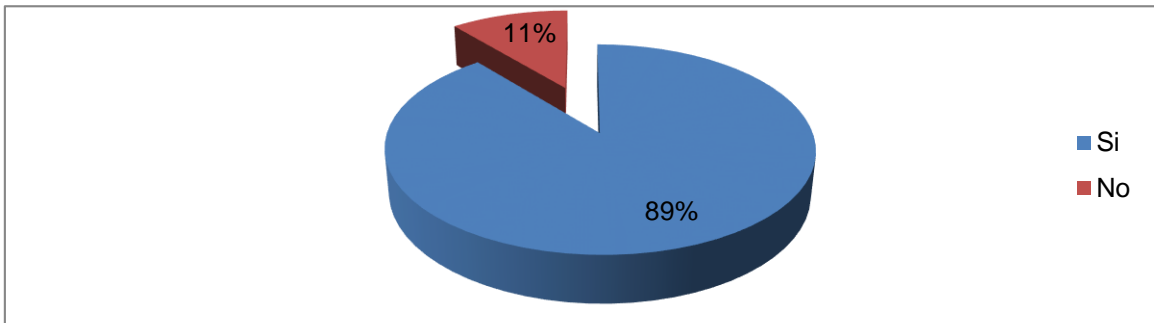
**FIGURA 16. PORCENTAJE DE RESPUESTA PARA LA PREGUNTA SOBRE RESPONSABILIDAD DE ESTAR SANA**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a la figura 17 se puede notar que un 89% de la muestra total si amantó a sus hijos cuando estuvieron en periodo lactante.

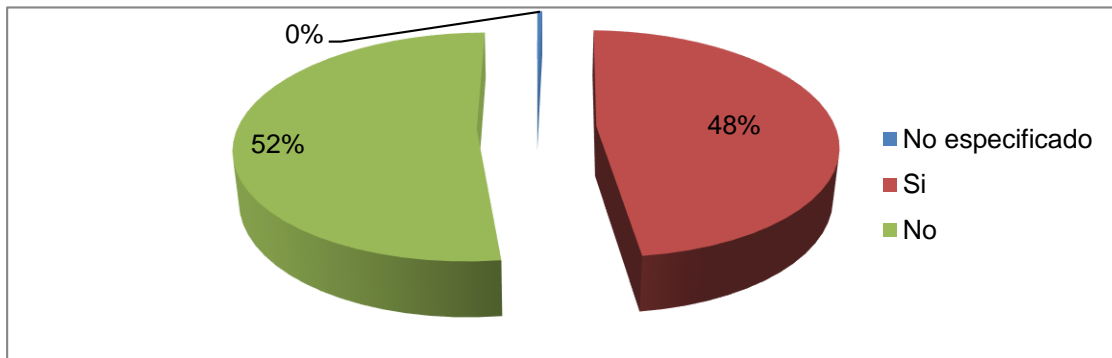
**FIGURA 17. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE AMAMANTARA LOS HIJOS LACTANTES**



FUENTE: Instrumento de Medición

La figura 18 muestra que el 48% de los participantes comentó que utiliza algún método de planificación familiar

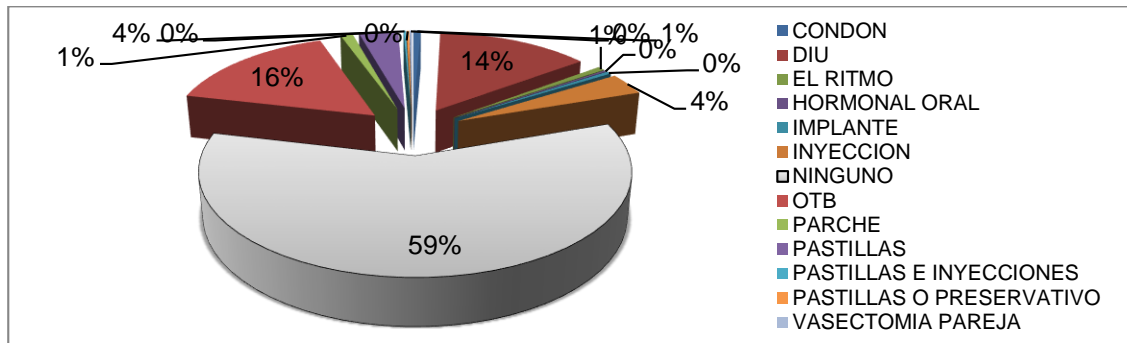
**FIGURA 18. PORCENTAJE DE UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**



FUENTE: Instrumento de Medición

Del total de participantes, el 59% rectificaron comentando que no utilizan ningún método anticonceptivo. De aquellos que si lo hacen el 16% comentó que utiliza OTB, y el 14% DIU. (Ver figura 19)

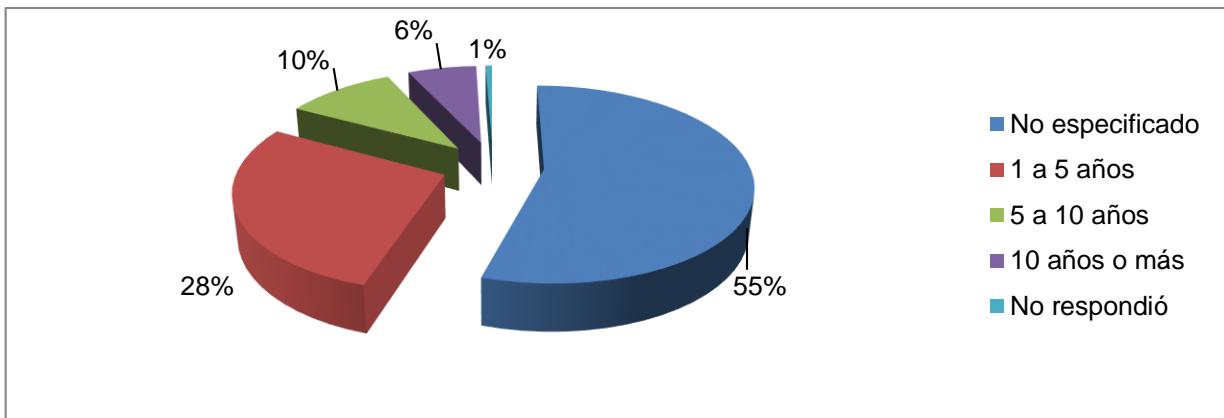
**FIGURA 19. PORCENTAJE PARA USO DE ANTICONCEPTIVOS**



FUENTE: Instrumento de Medición

La figura 20 muestra el porcentaje de respuesta para el tiempo de uso del método anticonceptivo. El 55% de la muestra no especificó el tiempo, mientras que el 28% contestó que lo había utilizado entre 1 y 5 años.

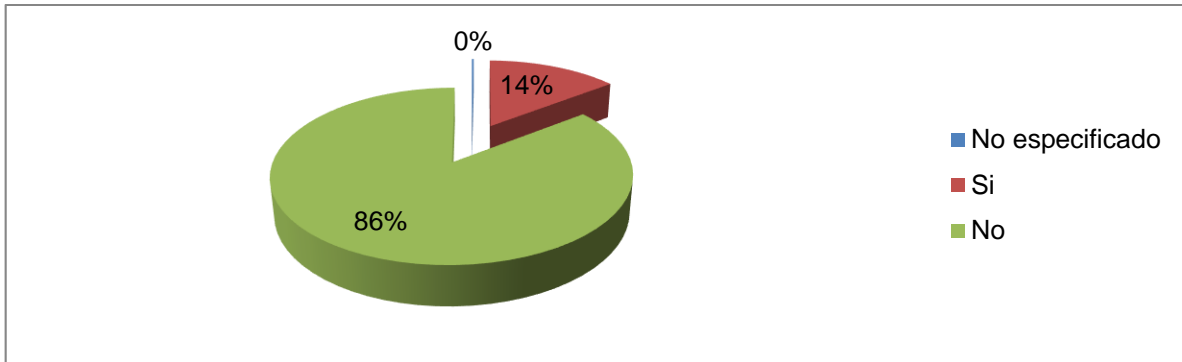
**FIGURA 20. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA POR TIEMPO Y USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a la figura 21 puede notarse que el 86% de las participantes no fuma.

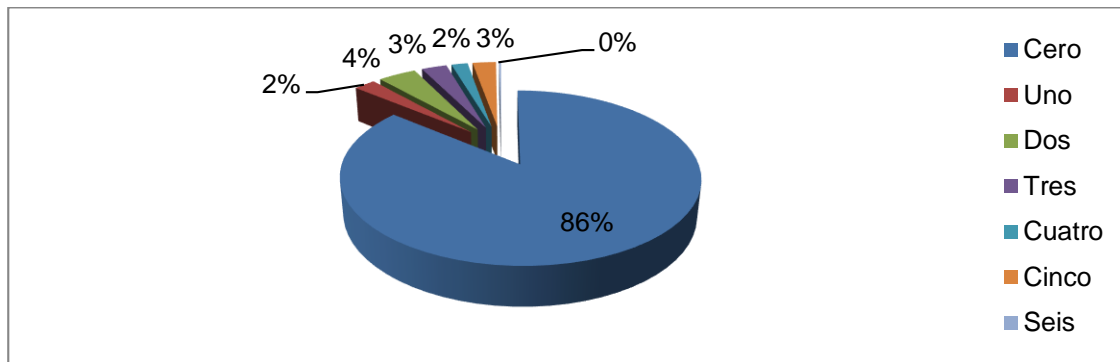
**FIGURA 21. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿FUMA?**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a la figura 22 se puede notar que el 86% de las participantes no fuma, mientras que el 4% fuma dos cigarros, y el 2% un cigarro.

**FIGURA 22. PORCENTAJE DE RESPUESTA AL NÚMERO DE CIGARROS QUE LAS PERSONAS FUMAN**



FUENTE: Instrumento de Medición

### **8.3 Sintomatología de Riesgo para Cáncer de Mama**

La tabla 5 describe la sintomatología de las participantes en términos de frecuencia y porcentaje. De esta manera, el 2.2% describe que ha sentido cambios de coloración en los senos y piel de naranja. El 18.5% dolor en los senos y el 7.8% salida de secreción blanquecina por pezón

**TABLA 5. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE SINTOMATOLOGÍA**

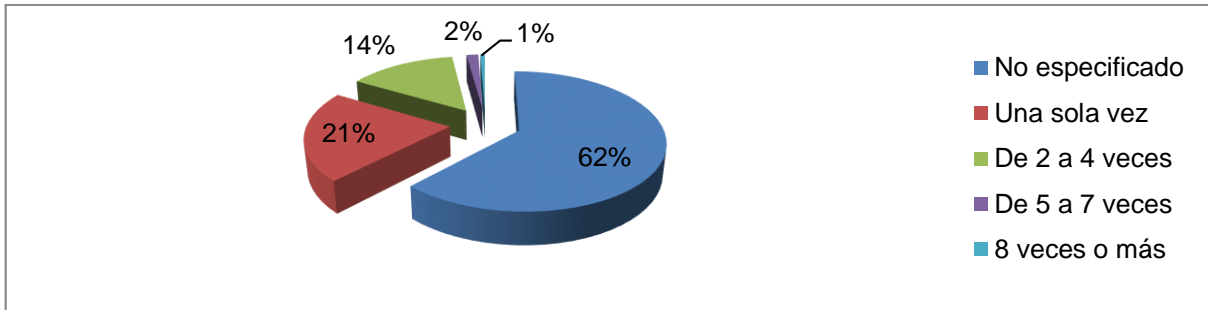
<b>Síntomas</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
29.1. Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja	11 (2.2%)	491 (97.8%)
29.2. Salida de Sangre por el Pezón	2 (.4%)	500 (99.6%)
29.3. Pezón Hundido	12 (2.4%)	490 (97.6%)
29.4. Salida de secreción blanquecina por pezón	39 (7.8%)	463 (92.2%)
29.5. Bolitas al tocarse los senos	32 (6.4%)	470 (93.6%)
29.6. Cambio de coloración en las axilas	21 (4.2%)	481 (95.8%)
29.7. Bolitas en las axilas	22 (4.4%)	480 (95.6%)
29.8. Abscesos en sus senos	13 (2.6%)	489 (97.4%)
29.10. Dolor en sus senos	93 (18.5%)	409 (81.5%)
29.11. Lunares que hayan cambiado de color de tamaño o que sangren	7 (1.4%)	495 (98.6%)
29.12. Úlceras	3 (.6%)	499 (99.4%)
29.13. Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos y axilas.	15 (3.0%)	487 (97%)

FUENTE: Instrumento de Medición



La figura 23 muestra el porcentaje de respuesta a la realización de la mastografía. Como la figura lo indica el 62% de la muestra no se la ha realizado o no especifica

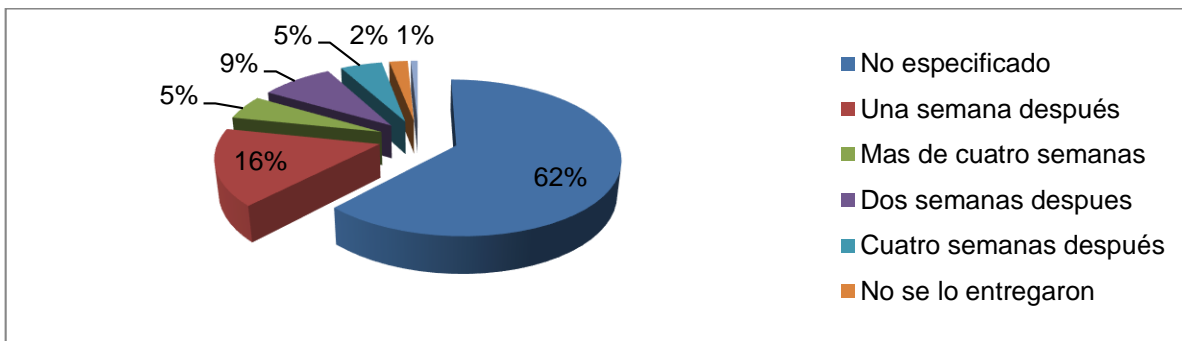
**FIGURA 23. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA REALIZACIÓN DE LA MASTOGRAFÍA**



FUENTE: Instrumento de Medición

Como lo indica la figura 24, el 62% del total indica que no especificaron. Del resto, el 16% indica que espero una semana, mientras que el 9% indica que espero dos semanas

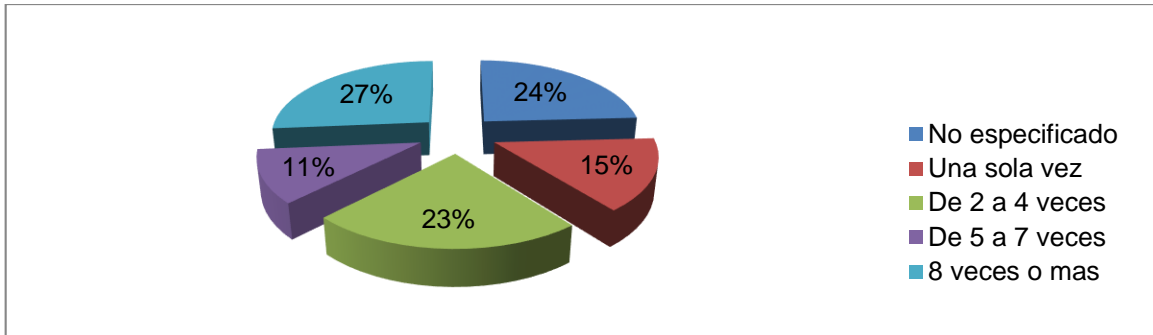
**FIGURA 24. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA DE TIEMPO DE ENTREGA DE LA MASTOGRAFÍA**



FUENTE: Instrumento de Medición

En el caso de la exploración de mamas, el 24% indica que no se la ha realizado, mientras que el 23% indica que ha sido de 2 a 4 veces. (Ver figura 25)

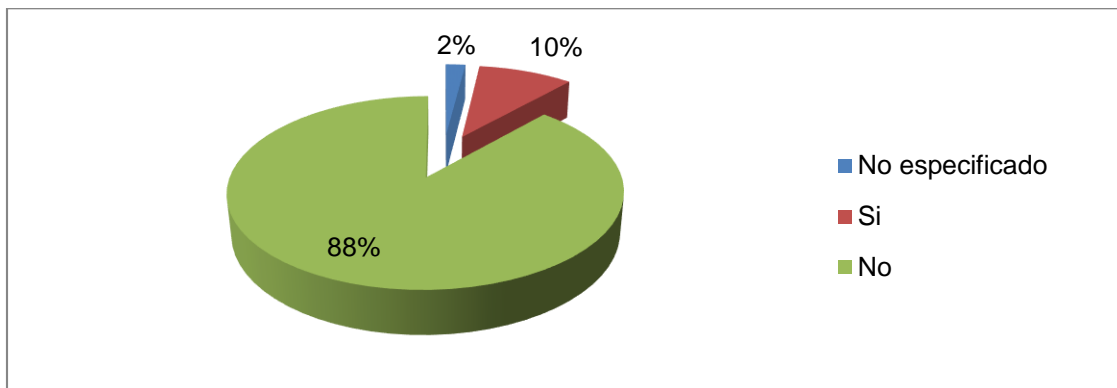
**FIGURA 25. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE EXPLORACIÓN DE MAMAS**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a los resultados, el 88% de las participantes no tiene antecedentes de algún familiar con cáncer. (Ver figura 26)

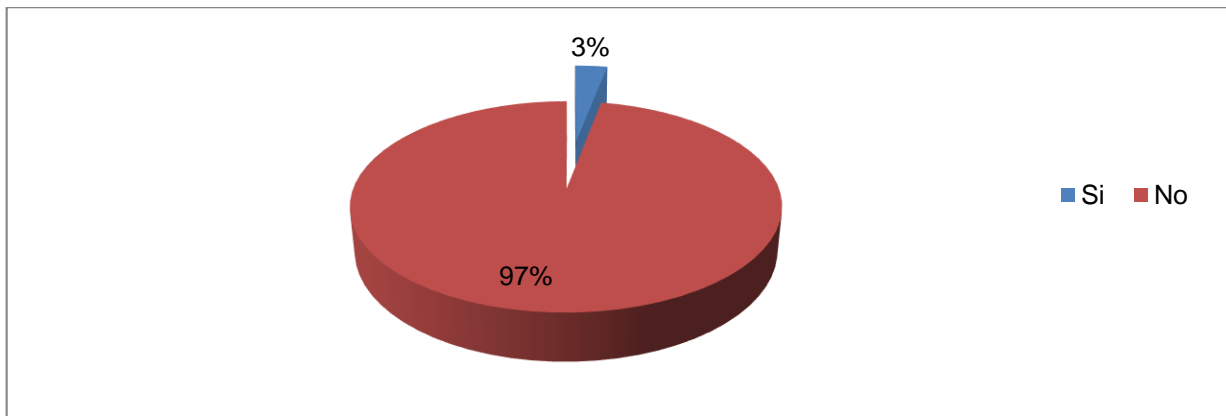
**FIGURA 26. PORCENTAJE DE RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER**



FUENTE: Instrumento de Medición

El 97% reporto no haber tenido antecedentes de cáncer.(Ver figura 27)

**FIGURA 27. PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE HA TENIDO ALGUNA VEZ CÁNCER**

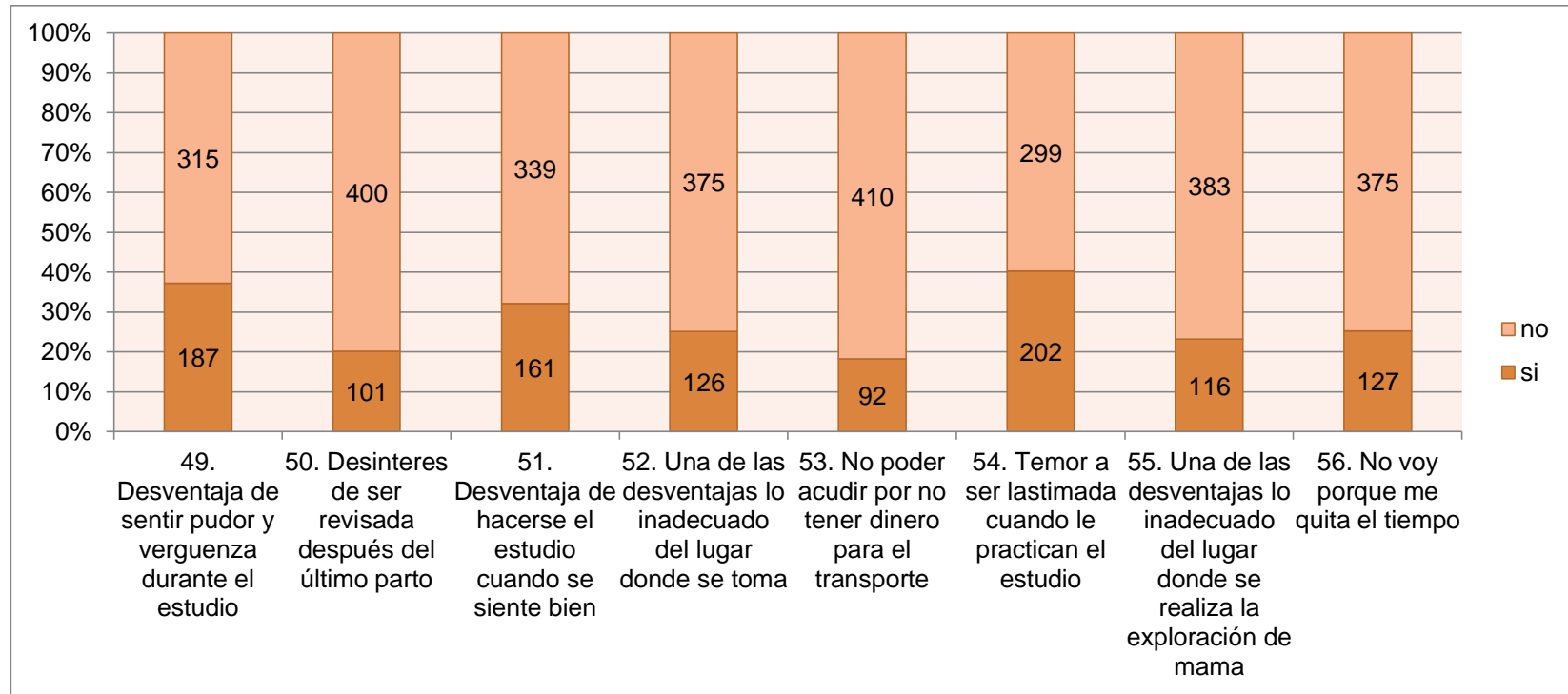


FUENTE: Instrumento de Medición

#### **8.4 Desventajas Percibidas para la Exploración de Cáncer de Mama**

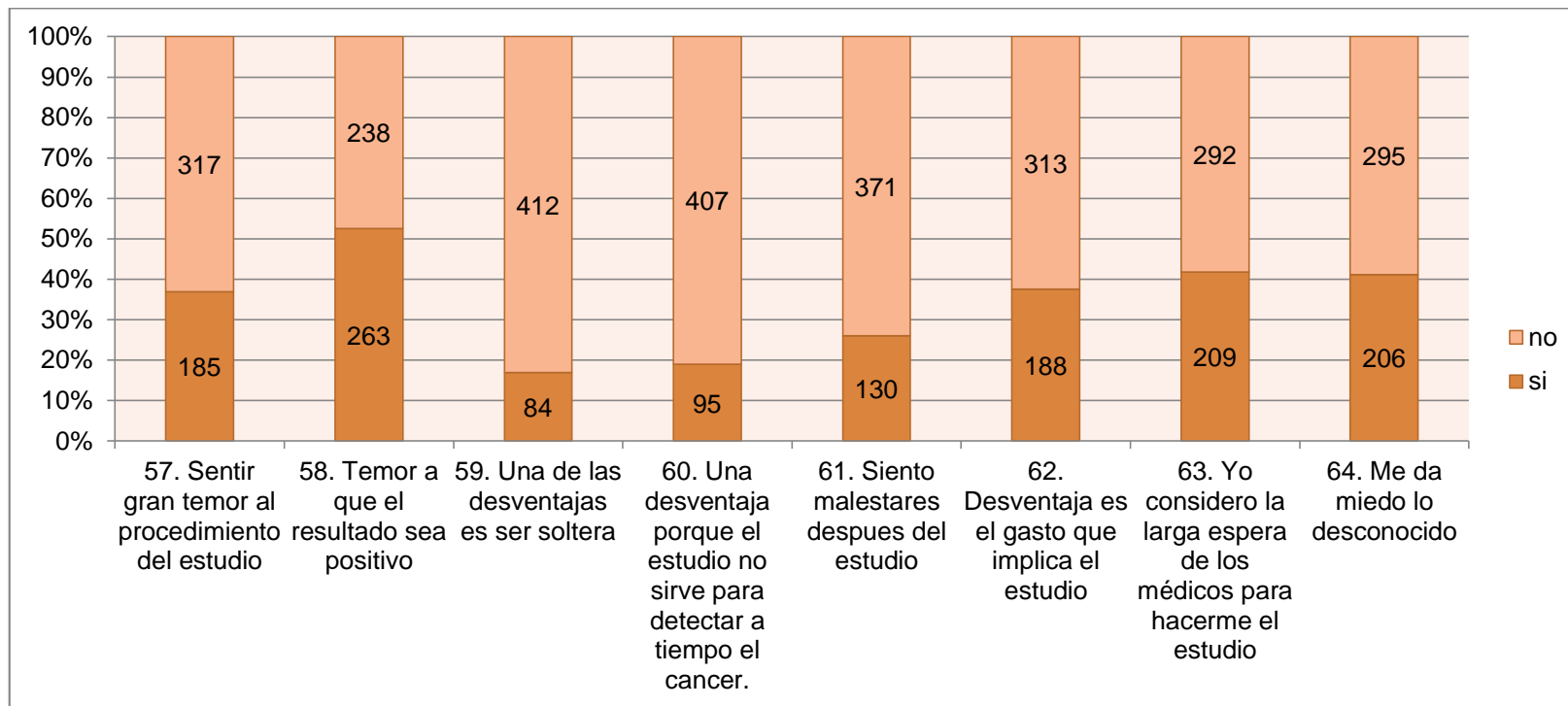
En este apartado se describe la distribución porcentual de respuestas afirmativas y negativas respecto a la percepción de desventajas sobre la detección del cáncer de mama que señalan las mujeres participantes. En las figuras No. 30 a 32 se observan las respuestas

**FIGURA 28. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE RESPUESTA A LA ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS PARA LA EXPLORACIÓN DE MAMA**



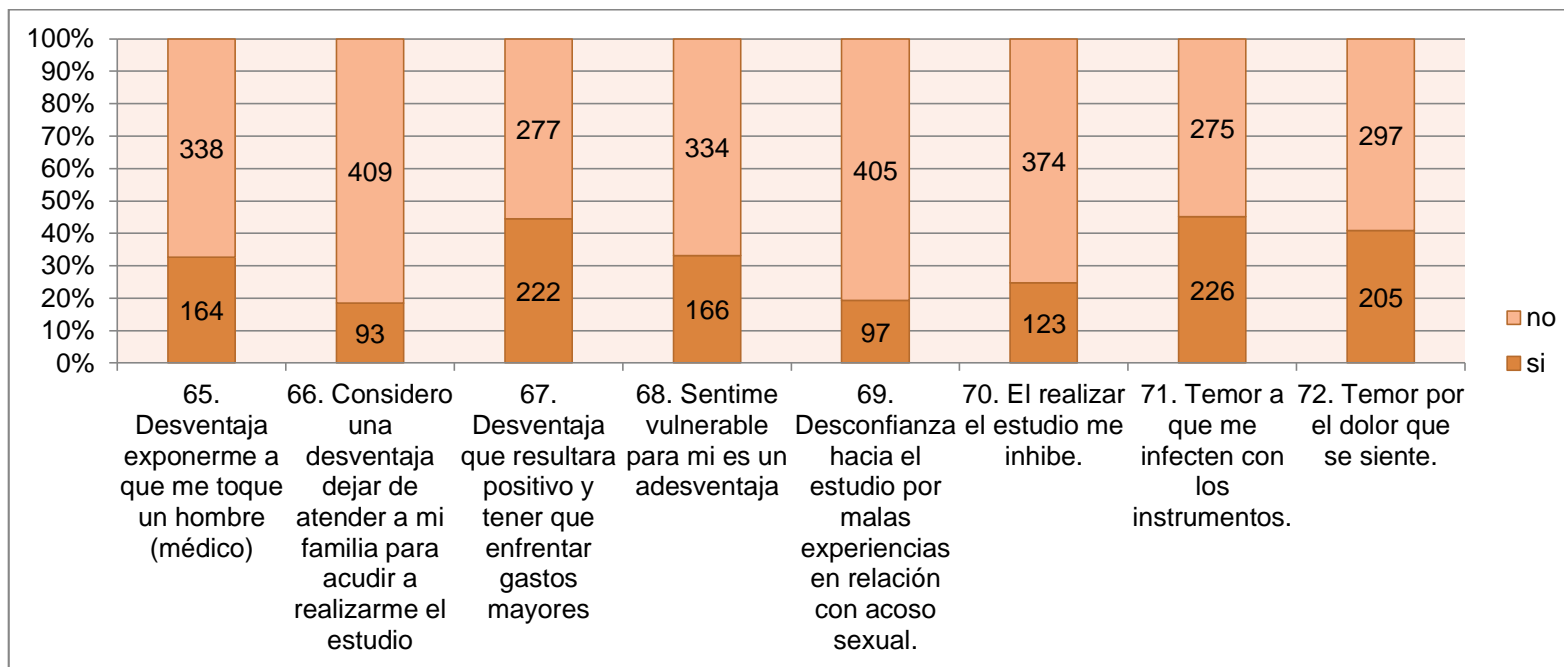
FUENTE: Instrumento de Medición

**FIGURA 29. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE RESPUESTA A LA ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS PARA LA EXPLORACIÓN DE MAMA (SEGUNDA PARTE)**



FUENTE: Instrumento de Medición

**FIGURA 30. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE RESPUESTA A LA ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS PARA LA EXPLORACIÓN DE MAMA (TERCERA PARTE)**



FUENTE: Instrumento de Medición

De acuerdo a los resultados antes señalados, se realizó un prueba estadística de chi cuadrada para conocer las diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que contestan *SI* y aquellos que contestan *NO* al sentir el enunciado como una desventaja.

De acuerdo a los resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que contestaron *SI* y *NO* en los siguientes reactivos:

En el reactivo 49 Desventaja de sentir pudor y vergüenza durante el estudio con una chi de 32.194 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 50 Desinterés de ser revisada después del último parto con una chi de 177.608 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 51 Desventaja de hacerse el estudio cuando se siente bien con un chi de 63.368 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 52 Una de las desventajas lo inadecuado del lugar donde se toma con una chi de 123.754 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 53 No poder acudir por no tener dinero para el transporte con una chi de 201.442 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 54 Temor a ser lastimada cuando le practican el estudio con una chi de 18.780 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 55 Una de las desventajas lo inadecuado del lugar donde se realiza la exploración de mama con una chi de 142.864 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 56 No voy porque me quita el tiempo con una chi de 122.518 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 57 Sentir gran temor al procedimiento del estudio con una chi de 34.709 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 58 Temor a que el resultado sea positivo no se encontraron diferencias

En el reactivo 59 Una de las desventajas es ser soltera con una chi de 216.903 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 60 Una desventaja porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cancer193.912 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 61 Siento malestares después del estudio con una chi de 115.930 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 62 Desventaja es el gasto que implica el estudio con una chi de 31.188 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 63 Yo considero la larga espera de los médicos para hacerme el estudio con una chi de 13.750 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 64 Me da miedo lo desconocido con una chi de 15.810 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 65 Desventaja exponerme a que me toque un hombre (médico) con una chi de 60.311 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 66 Considero una desventaja dejar de atender a mi familia para acudir a realizarme el estudio con una chi de 198.916 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 67 Desventaja que resultara positivo y tener que enfrentar gasto mayores con una chi de 6.062 con una probabilidad asociada de .014

En el reactivo 68 Sentirme vulnerable para mi es una desventaja con una chi de 55.890 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 69 Desconfianza hacia el estudio por malas experiencias en relación con acoso sexual con una chi de 188.122 con una probabilidad asociada de .000



En el reactivo 70 El realizar el estudio me inhibe con una chi de 126.763 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 71 Temor a que me infecten con los instrumentos con una chi de 254.407 con una probabilidad asociada de .000

En el reactivo 72 Temor por el dolor que se siente con una chi de 16.200 con una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que a excepción del reactivo “Temor a que el resultado sea positivo”, en que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que contestaron *SI* y aquellos que contestaron *NO*, y el reactivo “Temor a que el resultado sea positivo”, en el que la diferencia fue que 263 de los participantes contestaron que *SI* tenían miedo contra 238 que contestaron que *NO*; todos los demás reactivos se caracterizan por un mayor número de mujeres contestando que *NO* sienten temor o como barrera a los enunciados descritos.

## **8.5 Escala Cultural para la Detección de Cáncer Adaptada a la Población Mexicana**

Los factores culturales relacionados con la detección de cáncer fueron evaluados con la Escala adaptada a población mexicana de factores culturales de detección de cáncer.

La Escala original fue desarrollada por el Dr. Betancourt <sup>16</sup> la cual fue aplicada en una población de mujeres latinas y anglosajonas al norte de California, de los Estados Unidos de América (USA). Este instrumento en su versión original mide cinco factores, con un total de 20 ítems.

1).- Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad el cual tiene 2 ítems. 2).- Fatalismo en la detección de cáncer con 3 ítems. 3).- Impedimentos socioculturales con 7 ítems. 4).- Impedimentos sintomáticos con 3 ítems. 5).- Las creencias negativas sobre los profesionales de salud con 5 ítems. Con una confiabilidad total de 0.84 (latinas 0.84 y anglo 0.83) y la alfa para los factores culturales se encuentran desde un rango de 0.66 a 0.90. Y una varianza total de 65.11% y parcial de 62.84% para las mujeres latinas y 62.55% para las mujeres anglosajonas.

Como uno de los objetivos principales de este estudio fue la adaptación de la escala antes descrita a población mexicana, se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal para comprobar la estructura factorial del instrumento. Al igual que en estudios anteriores en Estados Unidos y en Chile, el instrumento agrupó cinco dimensiones. La interacción finalizó en 6 interacciones, con cinco factores que explican el 63.498% de la varianza explicada. Aún si bien los factores cambiaron en orden en comparación a la original. (Ver tabla 7).

Ahora bien, en la tabla 6, se representa un comparativo de los factores originales de la escala de Betancourt y la adaptación psicométrica en población mexicana; se observa que el primer factor identificado por Betancourt se encuentra en el quinto, el segundo factor en cuarto, el tercer factor en primero, el cuarto factor es el tercero y el quinto es el tercero en esta estructura factorial mexicana.

**TABLA 6. ESTRUCTURA DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER**

Orden Original	Reactivos	Estructura Factorial en México					Alpha	% de varianza
		F1	F2	F3	F4	F5		
1. Impedimentos Socioculturales	1. Tener problemas para la cita	.700					0.820	5.126
	2. No saber dónde puedo hacerme los exámenes.	.759						
	3. No poder tomar tiempo libre del trabajo	.745						
	4. No tener transporte para ir a la cita.	.566						
	5. No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita	.545						
	6. Tener que cuidar a mis hijos y familia.	.583						
	7. No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen.	.668						
	8. Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo		.677					

<b>2. Creencias negativas acerca de los profesionales de Salud</b>	que sus pacientes están pasando							
	9. Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes		.740				0.801	2.619
	10.. No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen		.724					
	11Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente los senos de sus pacientes		.762					
	12.Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables		.741					
<b>3.Impedimentos sintomáticos</b>	13. Sentirme saludable			.845			0.881	1.909
	14.Tener muchos resultados normales en el pasado			.889				
	15. No sentir nada anormal.			.874				
<b>4. Fatalismo en la detección de cáncer</b>	16. No es importante hacerse exámenes para detección de cáncer de seno regularmente porque de todas maneras algún día moriremos de algo				.790		0.825	1.698
	17. No es necesario hacerse un examen mamario				.876			

	regularmente porque de todas maneras está en la mano de dios							
	18. No es muy importante examinarse regularmente porque si vas a tener cáncer, lo tienes, no importa lo que uno haga				.808			
<b>5.Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad</b>	19. El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer					.848	0.697	1.344
	20. El cáncer mamario es una enfermedad mortal					.832		

**La confiabilidad total del instrumento fue de .829.**

**TABLA 7. COMPARATIVA DE LOS FACTORES ORIGINALES DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DR BETANCOURT Y LA ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA EN POBLACIÓN MEXICANA**

<b>Original Dr. Betancourt</b>	<b>Adaptada en población mexicana</b>
1).- Impedientes Socioculturales	1).- Impedimentos Socioculturales
2).- Fatalismo en la detección de cáncer	2).- Creencias negativas acerca de los profesionales de salud
3).- Impedimentos Sintomáticos	3).- Impedimentos Sintomáticos
4).- Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad	4).- Fatalismo en la detección de cáncer

5).- Creencias negativas sobre los profesionales de salud	5).- Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad.
---	--

Fuente: Resultados de la escala cultural para el cáncer Dr. Betancourt y resultados escala cultural adaptada a población mexicana

*8.5.1. Correlaciones entre los factores de la escala cultural de detección de cáncer*

Para los siguientes análisis se tomó en cuenta la estructura factorial reportada por Betancourt, es decir, en el orden original de los factores dado que puede ser útil para futuras comparaciones. (Ver Tabla 8).

**TABLA 8. CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER**

		<b>F1 impedimento</b>	<b>F2 Fatalismo en la detección de cáncer</b>	<b>F3Impe diment os socioc ulturale s</b>	<b>F4Impedim entos sintomáti cos</b>	<b>F5Creencia s negativas de los profesional es</b>
<b>F1Expectarivas catastróficas</b>	<b>Pearson Sig. N</b>	1  502			.201** .000 502	
<b>F2Fatalismo en la detección Cáncer</b>	<b>Pearson Sig. N</b>		1	.331** .000 502	.129** .004 502	.306** .000 502
<b>F3 Impedimentos socioculturales</b>	<b>Pearson Sig. N</b>			1 .000 502	.326** .000 502	.317** .000 502
					1	

<b>F4Impedimentos sintomáticos</b>	Pearson Sig. N					
<b>F5Creencias negativas de profesionales de salud</b>	Pearson Sig. N					1

**\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

Las correlaciones indican que el factor 1 Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad se correlaciona de manera positiva y media con el factor 4 Impedimentos sintomáticos. El segundo factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer se correlacionan de manera positiva con los factores 3 Impedimentos socioculturales, el factor 4 Impedimentos sintomáticos y el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de salud. El factor 3 Impedimentos socioculturales se correlaciona de manera positiva y media con el factor 4 y 5. El factor 4 correlaciona con los factores 1, 2 y 3. Finalmente el factor 5 Correlaciona con el 2 y el 3. En resumen, existe consistencia entre las dimensiones ya que correlacionan entre ellas de manera positiva.

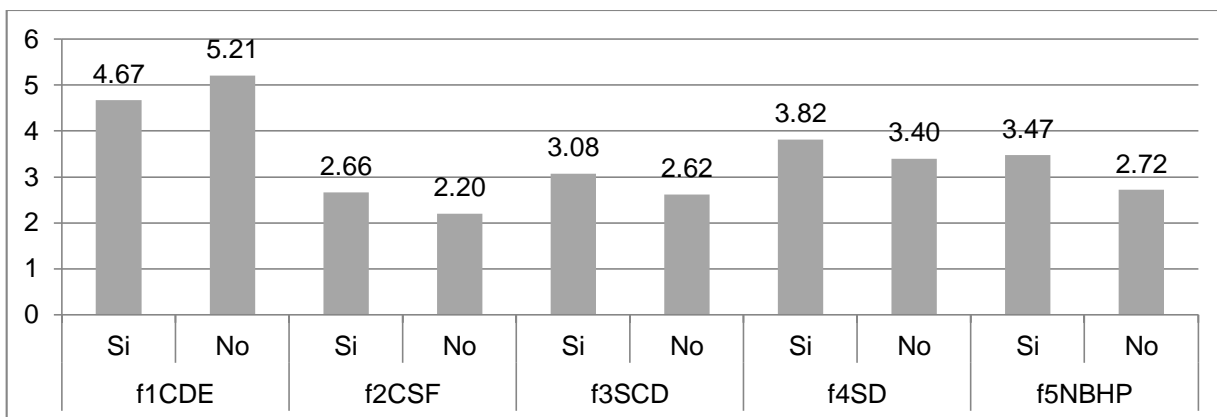
*8.5.2 Diferencias entre las Escalas Culturales de Detección de Cáncer dependiendo de la respuesta a las Desventajas Percibidas de Prácticas Preventivas*

Se tomó el instrumento de barreras (desventajas) con formato nominal como variable independiente y como variable dependiente el instrumento de factores socioculturales de la escala adaptada a la población mexicana. De esta manera, se compararon los reactivos de SI y NO, referentes a las desventajas contra los factores socioculturales en formato intervalar con el objetivo de saber si existen diferencias en los puntajes de los factores culturales con referencia a los grupos que contestan SI o NO en el caso de las desventajas. Se corrieron pruebas t para muestras independientes.

**PREGUNTA NO. 49 DESVENTAJA DE SENTIR PUDOR Y VERGÜENZA DURANTE EL ESTUDIO (187: SI, 315: NO)**

En el reactivo “desventajas de sentir pudor y vergüenza durante el estudio” se dividió a los grupos entre los 187 que contestaron que SI era una desventaja y los 315 que contestaron NO lo era. En este caso, los cinco factores de la escala cultural resultaron con diferencias estadísticamente significativas.

**FIGURA 31. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL PRIMER REACTIVO DE LA ESCALA DE DESVENTAJAS**



1

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en:

En el factor 1. Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad con una  $t=2.977$   $gl=499$  y una probabilidad asociada de .003.

En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=3.021$   $gl=499$  y una probabilidad asociada de .003.

<sup>1</sup> F1CDE= Factor 1 Expectativas Catastróficas acerca de la Enfermedad  
 F2CSF= Factor 2 Fatalismo en la Detección de Cáncer  
 F3SCD= Factor 3 Impedimentos Socioculturales  
 F4SD= Factor 4 Impedimentos Sintomáticos  
 F5NBHP= Factor 5 Creencias Negativas sobre los Profesionales de Salud

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.595$   $gl= 424.289$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.185$   $gl= 436.034$  y una probabilidad asociada de .029.

En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de la salud con una  $t=-5.353$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

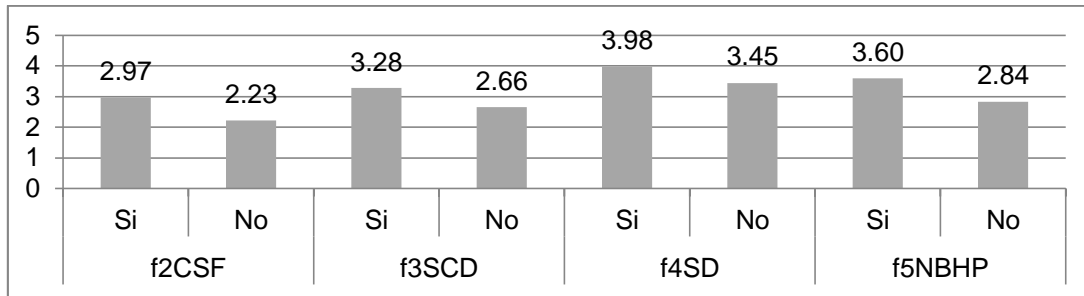
Los resultados indican que sólo en el caso del primer factor relacionado a las expectativas catastróficas de la enfermedad la media fue más alta para aquellas que no consideran una desventaja el pudor ante la enfermedad. En los demás casos, las medias son más altas para el grupo que considera una desventaja el pudor asociado al estudio.

**PREGUNTA NO. 50 DESINTERÉS DE SER REVISADA DESPUÉS DEL ÚLTIMO PARTO (101: SI 400: NO)**

Para esta pregunta, el factor uno no mostró diferencias significativas. En los demás casos, las personas que contestaron que sentían desinterés a ser revisadas después del parto, también mostraron medias más altas con referencia a casi todos los factores de la escala de factores socioculturales.

**FIGURA 32. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SEGUNDO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**





En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=3.700$   $gl= 143.203$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.629$   $gl= 140.3273$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.221$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

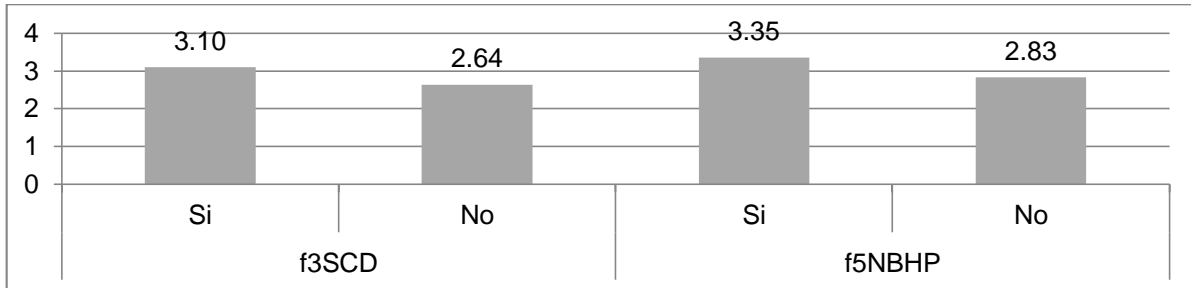
En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de salud con una  $t=4.416$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican medias más bajas en el grupo que no percibe desventajas; cabe señalar que no hubo diferencias significativas en el factor 1 sobre expectativas catastróficas acerca de la enfermedad.

**PREGUNTA NO. 51. DESVENTAJA DE HACERSE EL ESTUDIO CUANDO SE SIENTE BIEN (161: SI 399: NO)**

A partir de este reactivo todas las diferencias indican que el grupo que identifica desventajas también obtiene puntajes más altos en la escala cultural.

**FIGURA 33. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL TERCER REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



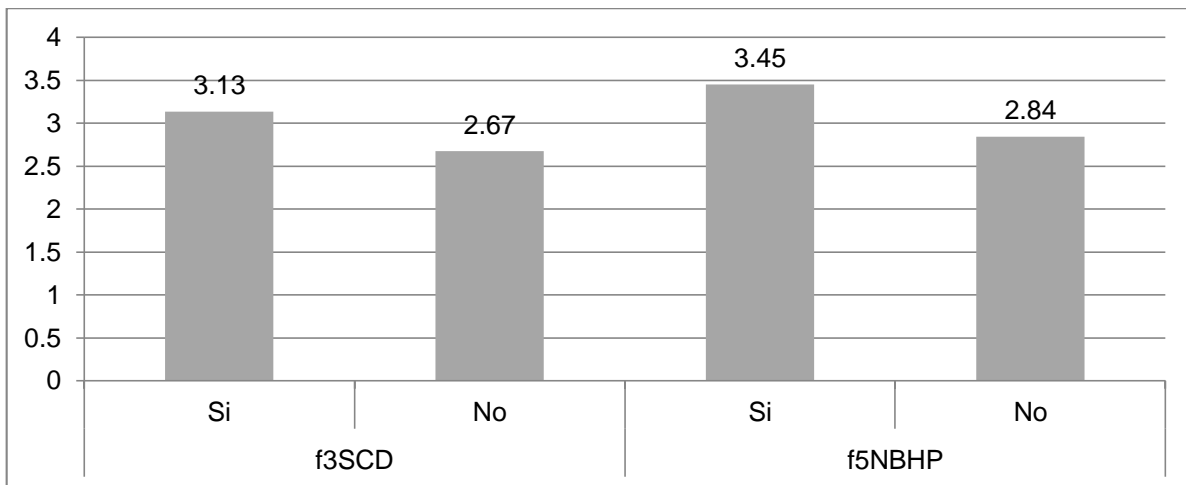
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.441$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .001.

En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de la salud con una  $t=-3.491$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .001.

Los resultados indican medias más bajas para aquellas que no consideran desventajas de hacerse estudios cuando se sienten bien; en los factores 1, 2 y 4 no hubo diferencias significativas entre las mujeres.

**PREGUNTA NO. 52. UNA DE LAS DESVENTAJAS LO INADECUADO DEL LUGAR DONDE SE TOMA (126: SI 375: NO)**

**FIGURA 34. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL CUARTO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



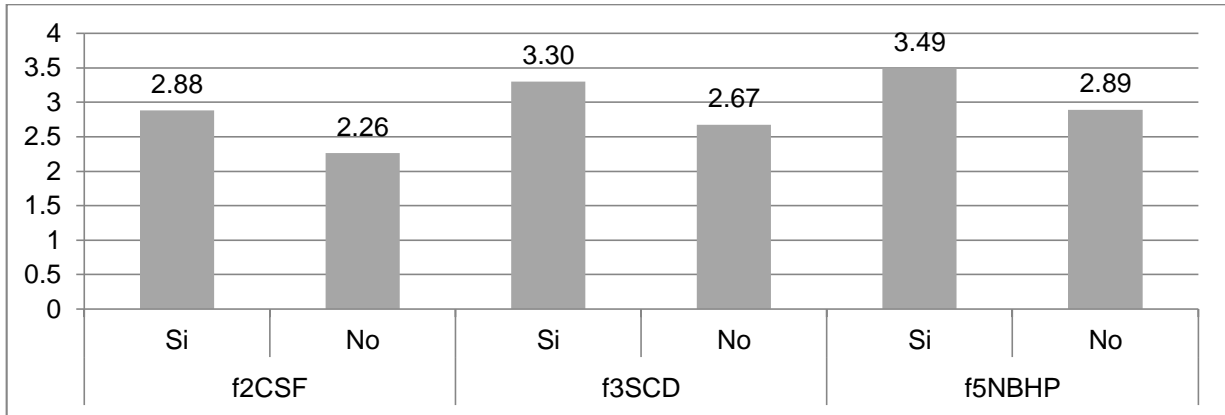
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.161$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .002.

En el factor 5 Creencias negativas sobre de los profesionales de la salud con una  $t=3.803$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican medias más bajas para aquellas que no consideran desventajas de lo inadecuado del lugar.

**PREGUNTA NO. 53. NO PODER ACUDIR POR NO TENER DINERO PARA EL TRANSPORTE (92: SI 410: NO)**

**FIGURA 35. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE LA DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL QUINTO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



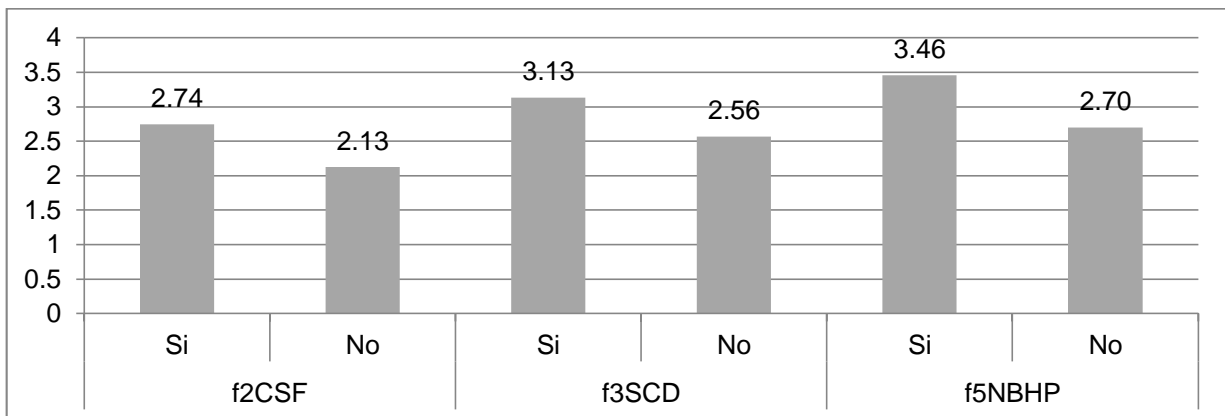
En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=3.114$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .002.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.873$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de salud con una  $t=3.349$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .001.

**PREGUNTA NO. 54. TEMOR A SER LASTIMADA CUANDO LE PRACTICAN EL ESTUDIO (202: SI 299: NO)**

**FIGURA 36. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SEXTO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=3.845$   $gl= 349.153$  y una probabilidad asociada de .000.

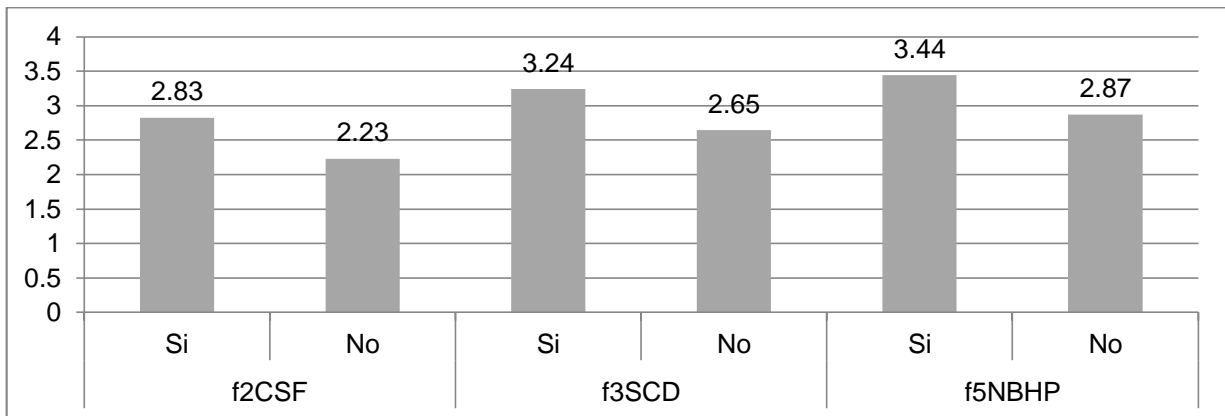
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.443$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de salud con una  $t=5.434$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que medias más altas para aquellas que Si consideran temor al ser lastimadas cuando les practiquen el estudio.

**PREGUNTA NO. 55. UNA DE LAS DESVENTAJAS LO INADECUADO DEL LUGAR DONDE SE REALIZA LA EXPLORACIÓN DE MAMA (116: SI 383: NO)**

**FIGURA 37. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL SÉPTIMO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.995$   $gl= 165.845$  y una probabilidad asociada de .004.

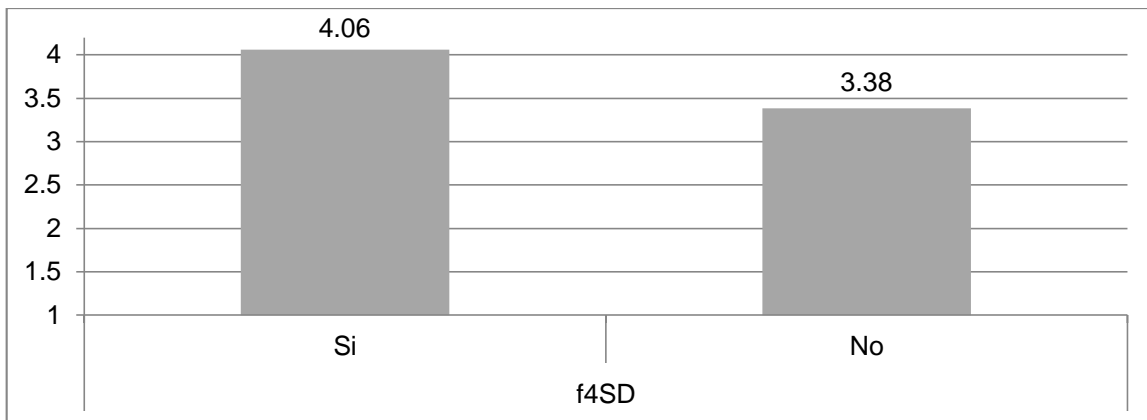
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.007$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas sobre los profesionales de salud con una  $t=3.458$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .001.

Los resultados indican medias más altas para aquellas que SI consideran una desventaja lo inadecuado del lugar para la toma del estudio.

**PREGUNTA 56. NO VOY PORQUE ME QUITA EL TIEMPO (127: SI 375: NO)**

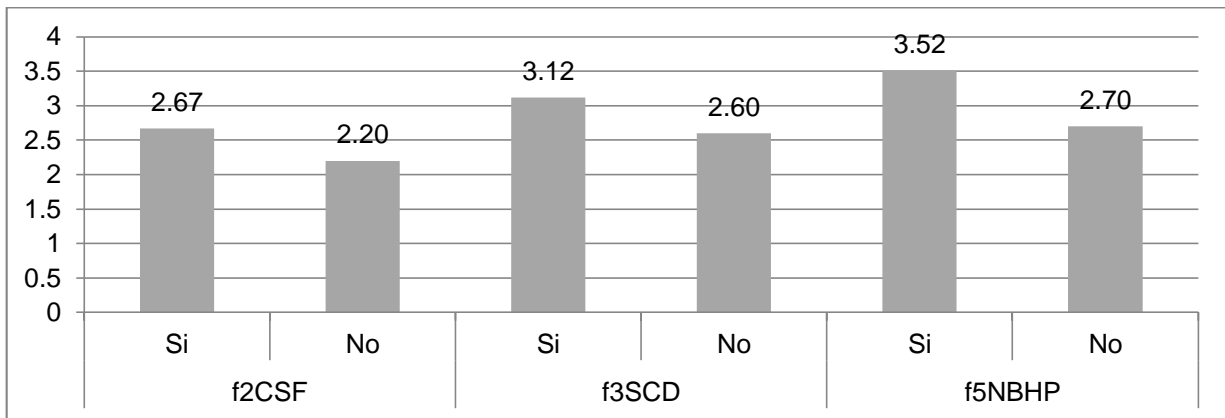
**FIGURA 38. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL OCTAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.944$   $gl= 196.457$  y una probabilidad asociada de .004.

**PREGUNTA NO. 57. SENTIR GRAN TEMOR AL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO  
(185: SI 317: NO)**

**FIGURA 39. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL NOVENO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.953$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .003.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.129$   $gl= 245.411$  y una probabilidad asociada de .000.

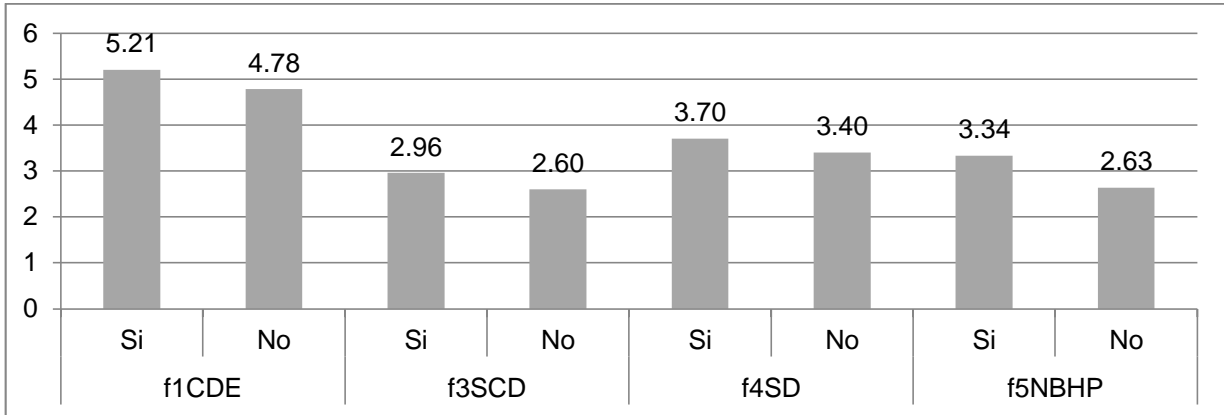
En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=-5.805$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados demuestran que las medias más altas fueron para aquellas que respondieron que SI es desventaja sentir temor al realizarse e estudio



**PREGUNTA NO. 58. TEMOR A QUE EL RESULTADO SEA POSITIVO (263: SI 238: NO)**

**FIGURA 40. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DÉCIMO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 1. Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad con una  $t=2.426$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .016.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=-2.798$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .005.

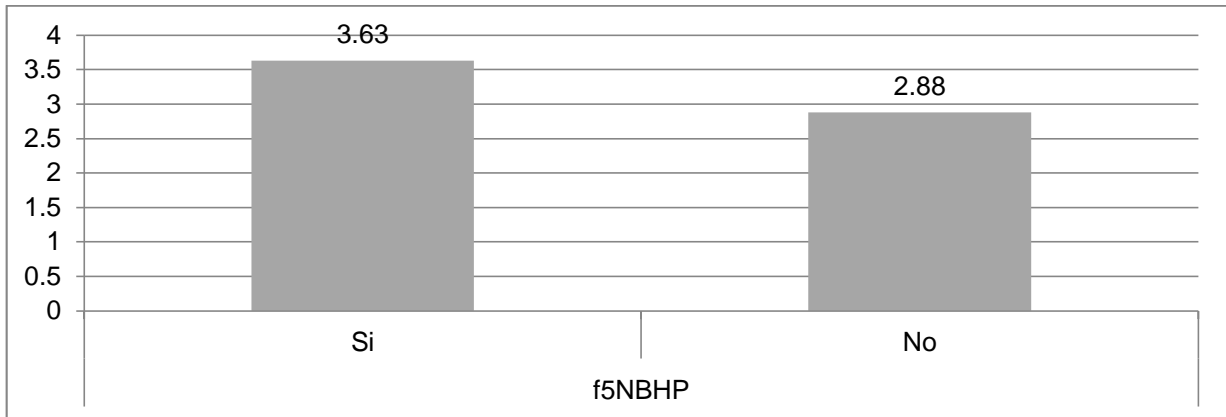
En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=-2.146$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud con una  $t=-5.113$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron mucho mayores en aquellas que respondieron que SI sienten temor a que el resultado sea positivo.

**PREGUNTA NO. 59. UNA DE LAS DESVENTAJAS ES SER SOLTERA (84: SI 412: NO)**

**FIGURA 41. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL ONCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**

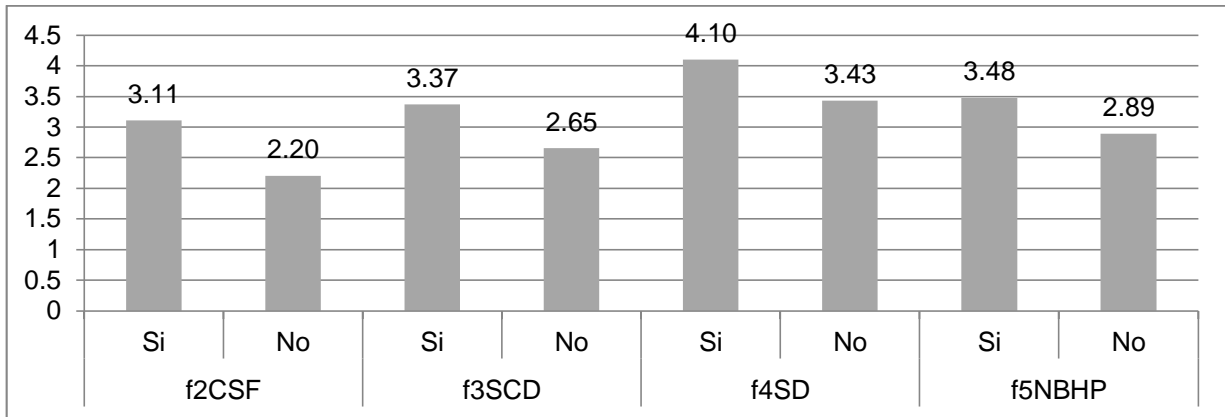


En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=4.057$   $gl= 494$  y una probabilidad asociada de .000.

El resultado indica que la media fue más alta para aquellas que respondieron que Si es una desventaja el ser soltera

**PREGUNTA NO. 60. UNA DESVENTAJA PORQUE EL ESTUDIO NO SIRVE PARA  
DETECTAR A TIEMPO EL CÁNCER (95: SI 407: NO)**

**FIGURA 42. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN  
CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DOCEAVO  
REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=4.360$   $gl= 132.283$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.529$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

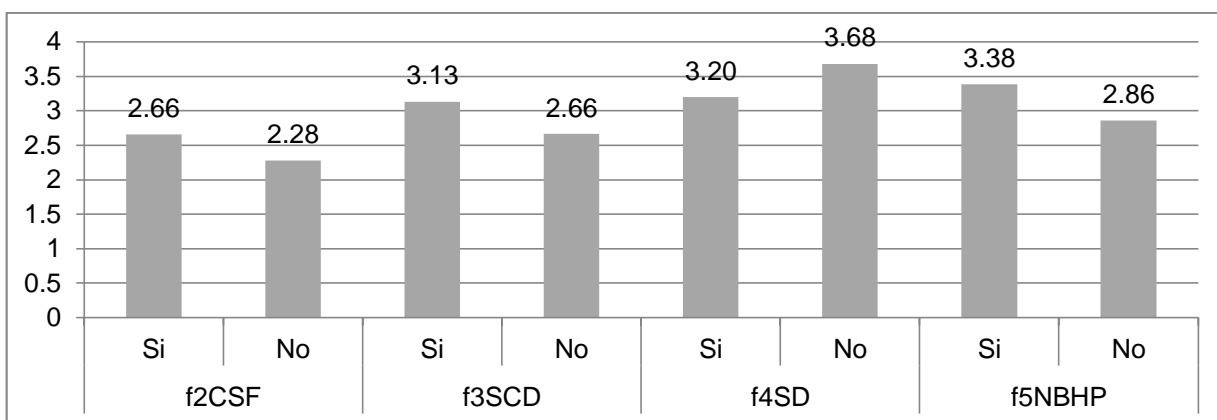
En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.790$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .005.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=3.308$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .001.

Los resultados nos indican que las medias fueron más altas para aquellas que contestaron que SI es una desventaja es el estudio que no sirve para detectar el cáncer a tiempo.

**PREGUNTA NO. 61. SIENTO MALESTARES DESPUÉS DEL ESTUDIO (130: SI 371: NO)**

**FIGURA 43. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL TRECEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.155$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .032.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.390$   $gl= 242.007$  y una probabilidad asociada de .001.

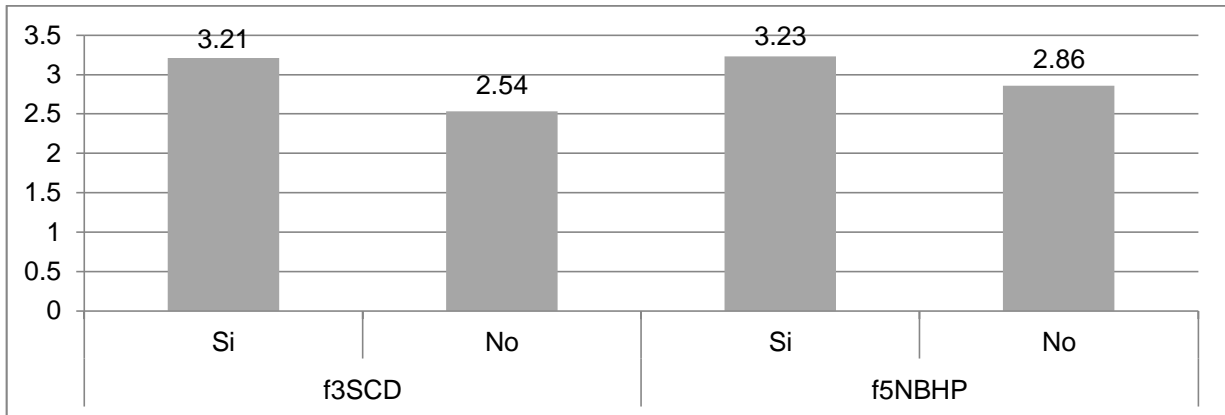
En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=-2.247$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .025.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=3.271$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .001.

Los resultados indican que las medias fueron más altas en aquellas que contestaron que NO es una desventaja el sentir molestias después de haberse hecho el estudio.

**PREGUNTA NO. 62. DESVENTAJA ES EL GASTO QUE IMPLICA EL ESTUDIO (188:  
SI 313: NO)**

**FIGURA 44. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN  
CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL  
CATORCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



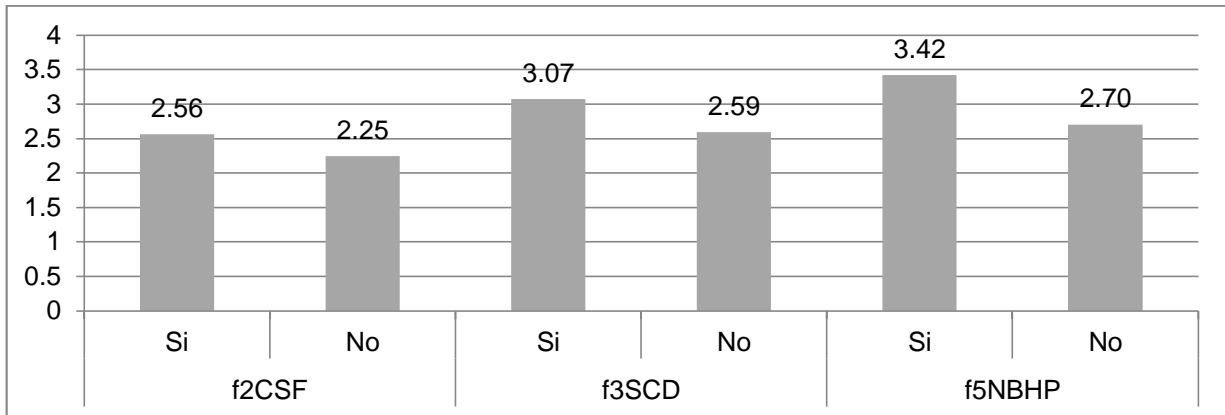
En el factor 3 Impedimento sociocultural con una  $t=5.225$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 creencias negativas acerca del profesional de salud con una  $t=2.536$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .012.

Los resultados indican que las medias fueron más altas en aquellas que contestaron que SI es una desventaja el gasto que implica hacerse el estudio.

**PREGUNTA NO. 63. YO CONSIDERO LA LARGA ESPERA DE LOS MÉDICOS PARA HACERME EL ESTUDIO (209: SI 292: NO)**

**FIGURA 45. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL QUINCEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=1.997$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .046.

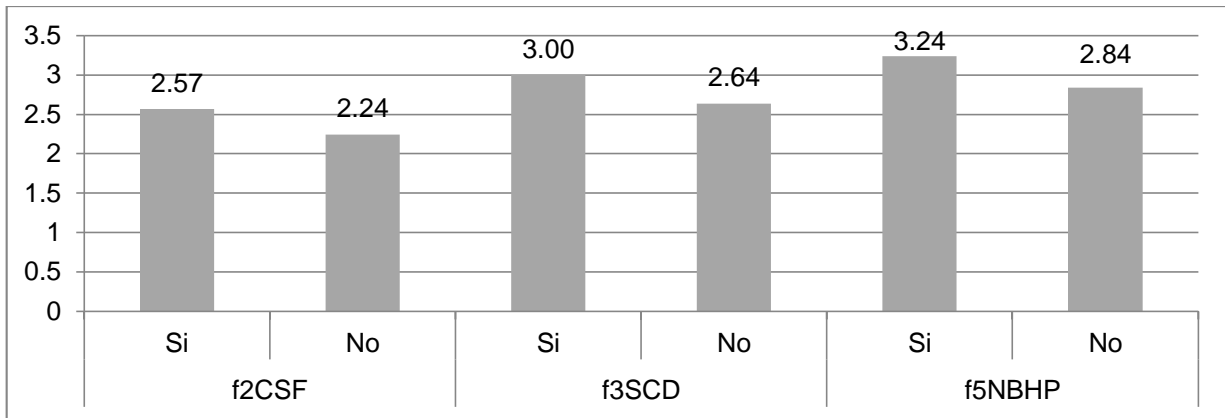
En el factor 3 impedimentos socioculturales con una  $t=3.765$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas acerca del profesional de salud con una  $t=5.141$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias son más altas para aquellas que SI consideran una desventaja los tiempos largos de espera por parte de los médicos.

**PREGUNTA NO. 64. ME DA MIEDO LO DESCONOCIDO (206: SI 295: NO)**

**FIGURA 46. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECISEISAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.061$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .040.

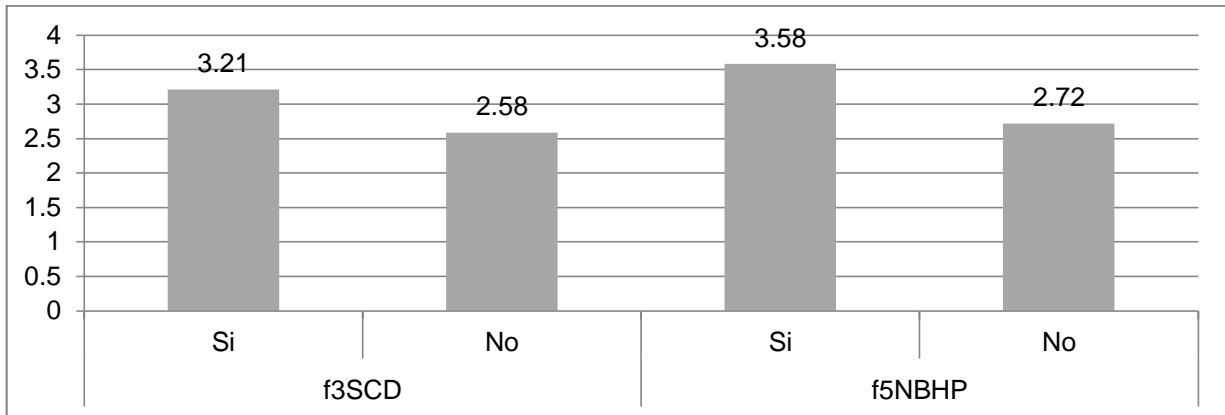
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=2.811$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .005.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=2.819$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .005.

Los resultados indican que las medias son más altas para aquellas que consideraron que SI es una desventaja sentir miedo a lo desconocido

**PREGUNTA NO. 65. DESVENTAJA EXPONERME A QUE ME TOQUE UN HOMBRE  
(MÉDICO) (164: SI 338: NO)**

**FIGURA 47. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN  
CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL  
DIECISIETEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.715$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

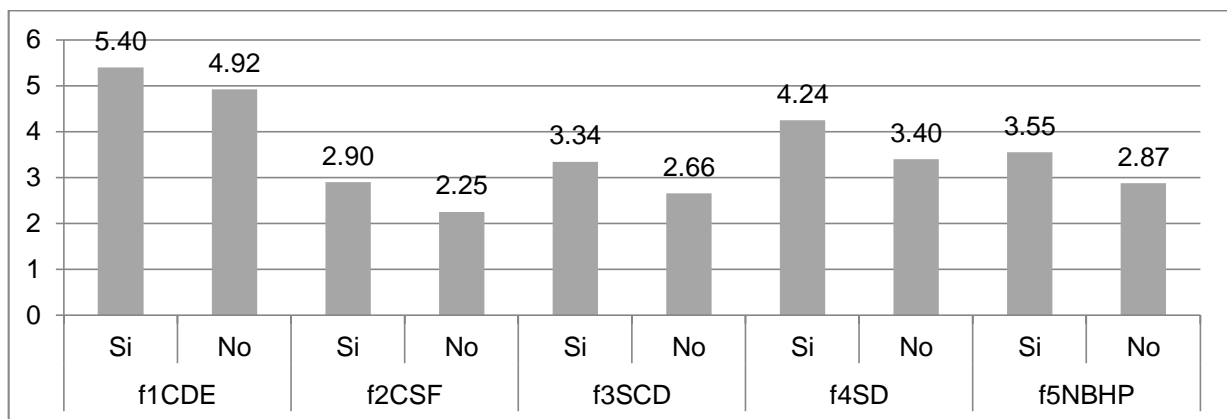
En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud con una  $t=5.968$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron más altas en aquellas que contestaron que SI es una desventaja ser expuesta a que la toque un médico (hombre) para el estudio



**66. CONSIDERO UNA DESVENTAJA DEJAR DE ATENDER A MI FAMILIA PARA ACUDIR A REALIZARME EL ESTUDIO (93: SI 409: NO)**

**FIGURA 48. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECIOCHOAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 1. Expectativas catastróficas acerca de la enfermedad con una  $t=2.131$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .034.

En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.886$   $gl= 121.293$  y una probabilidad asociada de .005.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=4.222$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

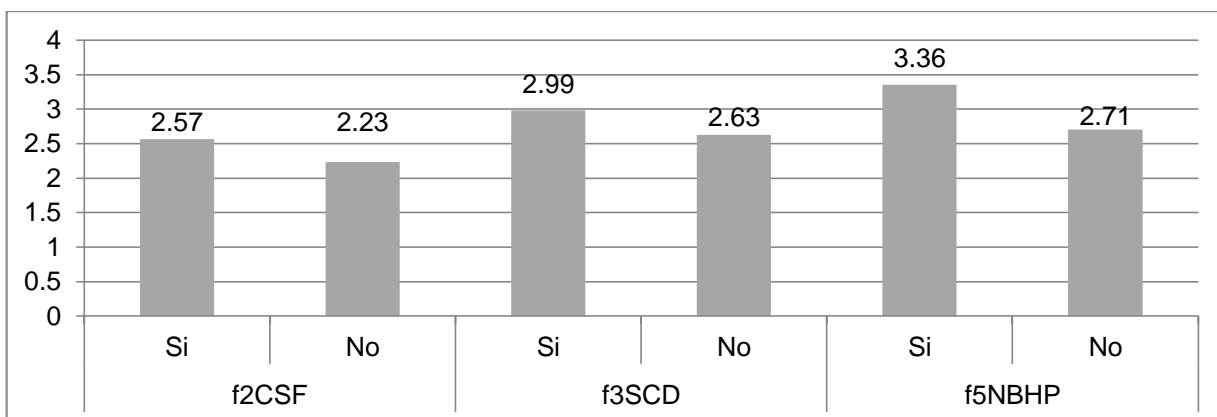
En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=3.508$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=3.820$   $gl= 500$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron más altas para aquellas que respondieron que SI es una desventaja el dejar a su familia para realizarse el estudio

**PREGUNTA NO. 67. DESVENTAJA QUE RESULTARA POSITIVO Y TENER QUE ENFRENTAR GASTOS MAYORES (222: SI 277: NO)**

**FIGURA 49. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL DIECINUEVEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.135$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .033.

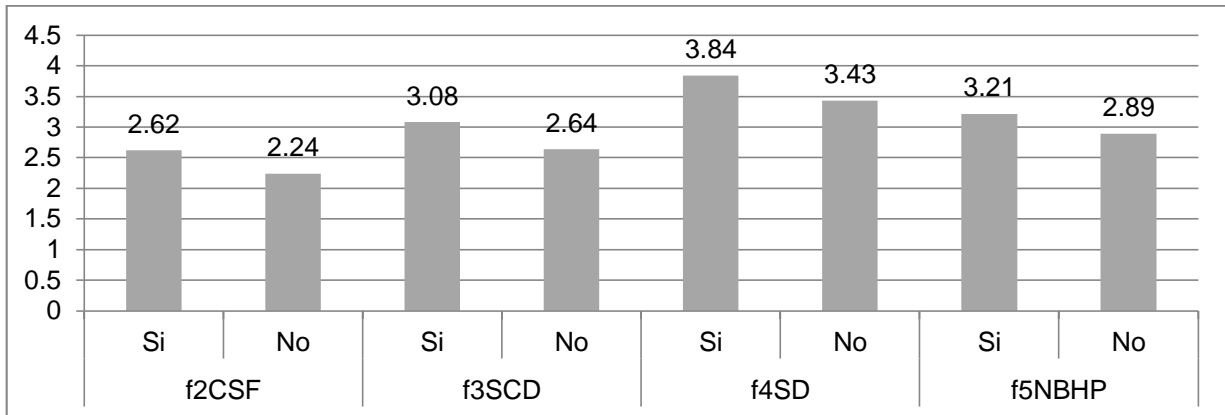
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=2.809$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .005.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de salud con una  $t=4.695$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron más altas para aquellas que respondieron que SI es una desventaja que el resultado salga positivo y después enfrentar gastos mayores.

**PREGUNTA NO. 68. SENTIRME VULNERABLE PARA MÍ ES UNA DESVENTAJA (166: SI 334: NO)**

**FIGURA 50. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTEAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.218$   $gl= 283.982$  y una probabilidad asociada de .027.

En el factor 3 Impedimentos sociocultural con una  $t=3.277$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .001.

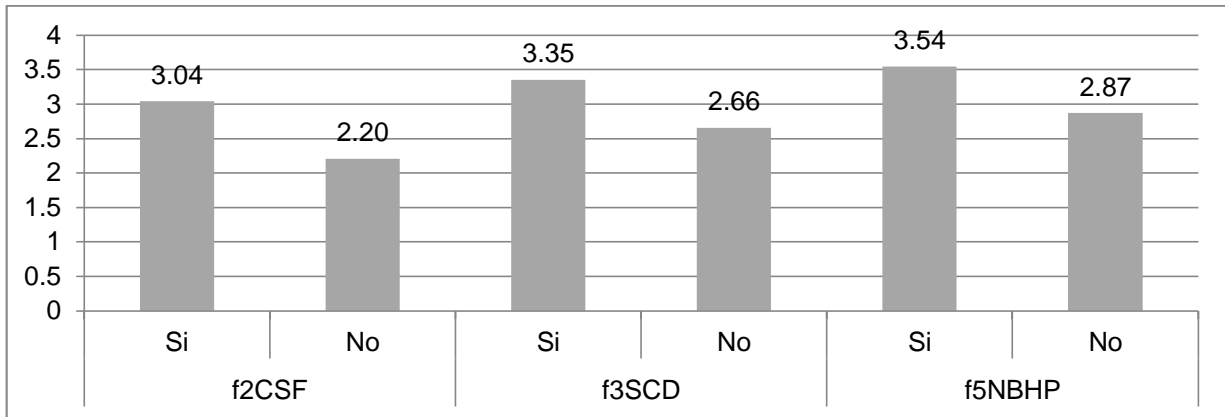
En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.122$   $gl= 360.194$  y una probabilidad asociada de .035.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud con una  $t=2.154$   $gl= 497$  y una probabilidad asociada de .032.

Los resultados indican que las medias fueron más altas para aquellas que respondieron que SI es una desventaja el sentirse vulnerable.

**PREGUNTA NO. 69. DESCONFIANZA HACIA EL ESTUDIO POR MALAS EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON ACOSO SEXUAL (97: SI 405: NO)**

**FIGURA 51. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTIUNAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=4.338$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

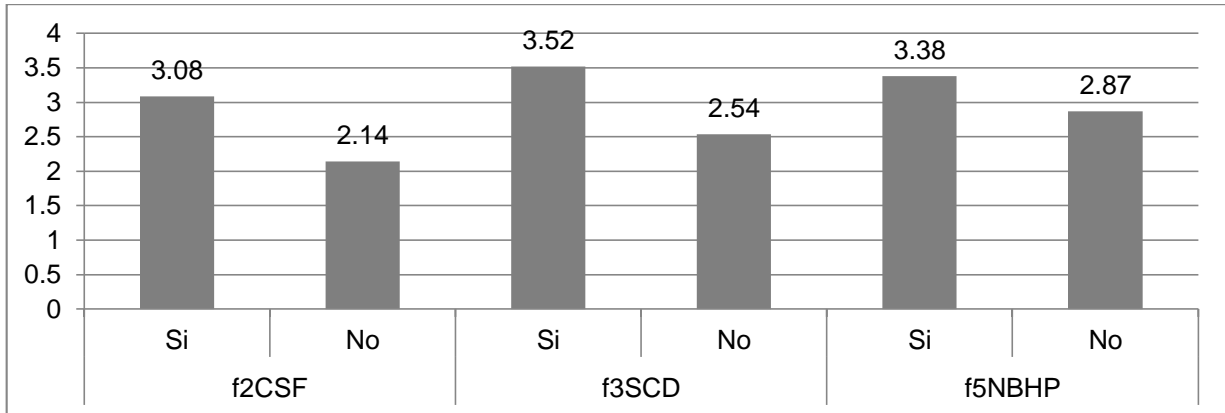
En el factor 3 impedimentos socioculturales con una  $t=4.412$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales en salud con una  $t=3.835$   $gl= 499$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron más altas para aquellas que respondieron que SI es una desventaja la desconfianza hacia el estudio por tener experiencias previas de acoso sexual.

**PREGUNTA NO. 70. EL REALIZAR EL ESTUDIO ME INHIBE (123: SI 374: NO)**

**FIGURA 52. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTIDOSAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=4.898$   $gl= 182.871$  y una probabilidad asociada de .000.

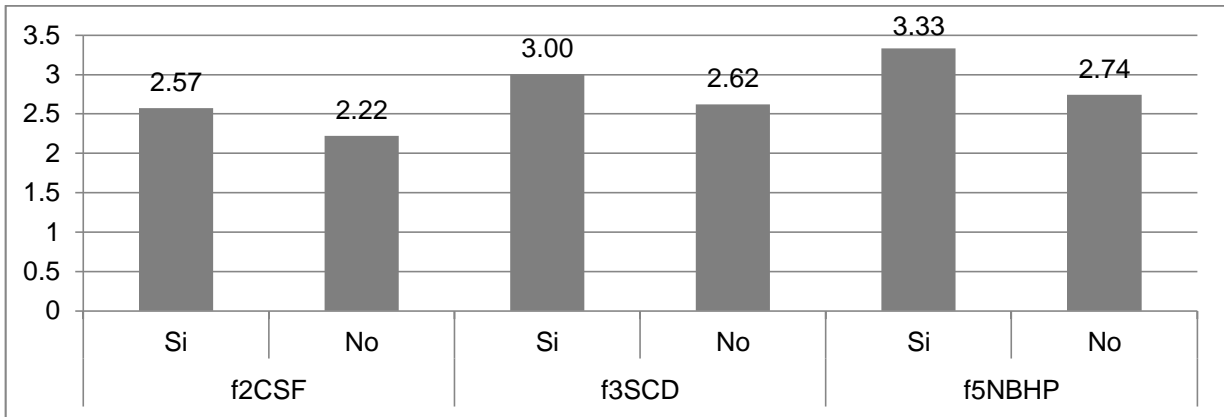
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=6.953$   $gl= 495$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales en salud con una  $t=3.149$   $gl= 495$  y una probabilidad asociada de .002.

Los resultados indicaron medias más altas en aquellas que respondieron que Si es una desventaja realizarse el estudio porque las inhibe.

**PREGUNTA NO. 71. TEMOR A QUE ME INFECTEN CON LOS INSTRUMENTOS (226:  
SI 275: NO)**

**FIGURA 53. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN  
CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL  
VEINTITRESAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=2.247$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .025.

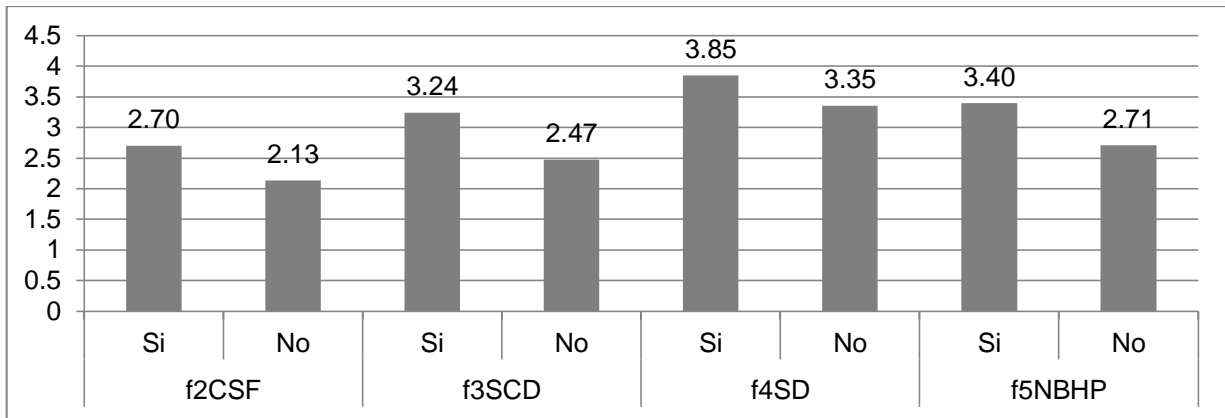
En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=3.008$   $gl= 493.251$  y una probabilidad asociada de .003.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud con una  $t=4.238$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias más altas fueron para aquellas que respondieron que SI es una desventaja sentir temor a ser infectada por los instrumentos

**PREGUNTA NO. 72. TEMOR POR EL DOLOR QUE SE SIENTE (205: SI 297: NO)**

**FIGURA 54. MEDIAS DE LA ESCALA CULTURAL DE DETECCIÓN DE CÁNCER EN CONTRASTE CON LOS GRUPOS QUE RESPONDIERON SI Y NO EN EL VEINTICUATROAVO REACTIVO DE LA ESCALA DESVENTAJAS**



En el factor 2 Fatalismo en la detección de cáncer con una  $t=3.650$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 3 Impedimentos socioculturales con una  $t=6.161$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

En el factor 4 Impedimentos sintomáticos con una  $t=2.666$   $gl= 462.412$  y una probabilidad asociada de .008.

En el factor 5 Creencias negativas acerca de los profesionales de la salud con una  $t=4.890$   $gl= 498$  y una probabilidad asociada de .000.

Los resultados indican que las medias fueron más altas para aquellas que respondieron que Si es una desventaja el tener temor al sentir dolor.

A continuación se observa un resumen en la Tabla No. 9 sobre las diferencias en las desventajas encontradas en las mujeres que respondieron SI y NO con respecto a la escala cultural para la detección de cáncer adaptada a población mexicana

**TABLA NO: 9 DIFERENCIAS ENTRE LAS MUJERES QUE RESPONDIERON SI Y NO EN LA ESCALA DE DESVENTAJAS RESPECTO A LOS FACTORES DE LA ESCALA CULTURALES DE DETECCIÓN DE CÁNCER**

ITEMS	F1 CDE		F2 CSF		F3 SCD		F4 SD		F5 NBHP	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
49	4.67	5.21	2.66	2.2	3.08	2.62	3.82	3.4	3.47	2.72
50			2.97	2.23	3.28	2.66	3.98	3.45	3.6	2.84
51					3.1	2.64			3.35	2.83
52					3.13	2.67			3.45	2.84
53			2.88	2.26	3.3	2.67			3.59	2.89
54			2.74	2.13	3.13	2.56			3.46	2.7
55			2.83	2.23	3.24	2.65			3.44	2.87
56							4.06	3.38		
57			2.67	2.2	3.12	2.6			3.52	2.7
58	5.21	4.78			2.96	2.6	3.7	3.4	3.34	2.63
59									3.63	2.88
60			3.11	2.2	3.37	2.65	4.1	3.43	3.48	2.89
61			2.66	2.28	3.13	2.66	3.2	3.68	3.38	2.86
62					3.21	2.54			3.23	2.86
63			2.56	2.25	3.07	2.59			3.42	2.7
64			2.57	2.24	3	2.64			3.24	2.84
65			3.21	2.58					3.58	2.72
66	5.4	4.92	2.9	2.25	3.34	2.66	4.24	3.4	3.55	2.87
67			2.57	2.23	2.29	2.63			3.36	2.71
68			2.62	2.24	3.08	2.64	3.84	3.43	3.21	2.89
69			3.04	2.2	3.35	2.66			3.54	2.87
70			3.08	2.14	3.52	2.54			3.38	2.87
71			2.57	2.22	3	2.62			3.33	2.74
72			2.7	2.13	3.24	2.47	3.85	3.35	3.4	2.71

FUENTE: Resumen del apartado de Resultados.



## 9.- DISCUSIÓN

En este estudio se logró el objetivo general el cual consistió en describir las barreras relacionadas a la exploración de mama en mujeres mayores de 20 años que acuden a atención en los centros de salud de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Con respecto a los objetivos específicos se adaptó el instrumento barreras culturales a un lenguaje entendible para su aplicación, se piloteó, aplicó y realizó análisis psicométrico de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó la escala de desventajas percibidas para prácticas preventivas de instrumento de los factores que influyen en el comportamiento preventivo de cáncer, se describieron las variables estudiadas los datos sociodemográficos, de salud de las usuarias y de acceso a los servicios de salud, el tipo de sintomatología que presentaron las usuarias, las desventajas que percibieron para la exploración de mama, se describieron los factores de la escala culturales de cáncer, se estableció la asociación entre las escala original y a adaptada a México y se describió las diferencias entre la escala cultural dependiendo la respuesta Si y No a las desventajas percibidas para la realización de prácticas preventivas.

Se encontró que las mujeres tuvieron una edad media de 37 años de edad, la cual coincidió con el estudio realizado en la capital de Pachuca del estado de Hidalgo, por el Hospital General de la Zona 1 de Medicina Familiar en donde reportaron una media de edad de 38 años <sup>19</sup> y dos estudios más reportan 40 años de edad uno realizado en áreas urbanas de cuatro estados Distrito Federal, Jalisco, Oaxaca, y Querétaro y otro en zonas rural e indígena con una derechohabiencia lo que habla de que la población actual de mujeres se encuentra en la mitad de la pirámide poblacional <sup>54</sup>.

Con respecto a las mujeres con tipo de derechohabiencia se encontró que el 74% cuentan con el seguro popular lo cual se aproxima a las estimaciones derivadas de la ENSANUT 2012 donde muestran un incremento de 13 puntos porcentuales en la población con algún tipo de protección en salud con relación al censo 2010, que muestra un avance muy importante logrado en los dos últimos años. <sup>55</sup>

Las mujeres que reportaron estar casadas fueron en un 33% y en unión libre el 36% lo cual es un dato interesante ya que sumando los porcentajes 69% están con una pareja lo cual se asemeja al estudio que se realizó en el municipio de Pachuca por el Hospital de Zona 1 de Medicina familiar que reporto un 66% mujeres casadas. A pesar de haberse realizado el estudio en una zona urbana se encontró que las mujeres que terminaron la primaria completa fue un 55% y en contraste el 5% tenían completa la licenciatura, lo cual denota

que efectivamente a mayor escolaridad mayor conocimiento y demanda de atención de manera oportuna como lo citan en estudio <sup>23</sup> donde las mujeres con al menos estudios de preparatoria acuden con una frecuencia dos veces mayor a la exploración de sus mamas que las pacientes sin escolaridad (5) ,el ingreso familiar, la religión el tiempo de traslado el transporte son datos que no muestran una barrera significativa para realizarse el estudio de exploración de mama, lo cual difiere con las barreras económicas que mencionan que<sup>13</sup> la preferencia de las mujeres para revisiones ginecológicas en un 51% prefieren las revisen personal del sexo femenino y un 49% sexo masculino dato interesante el cual refleja que no es una barrera significativa el que el hombre realice la exploración de mama aclarando que solo se tuvo mujeres de la zona urbana, en los datos de antecedentes gineco-obstétricos los resultados más sobresalientes fueron la lactancia materna el cual el 84% amantaron a sus hijos dato importante ya que con esta práctica se desprende un menor riesgo de cáncer de mama en las mujeres que amamantaron.<sup>47</sup>

Con respecto a cuánto tiempo tiene que esperar para que la atiendan el 31% tuvo que esperar de una a dos horas dato interesante que reportan en Filipinas con mujeres chinas <sup>8</sup> donde consideran la espera como barrera para la exploración mamaria.

En la identificación de los síntomas un 18% refieren dolor de senos y un 7% salida de secreción blanquecina por el pezón, sin embargo en número absolutos vemos que doce mujeres tienen el pezón hundido que 32 mujeres se tocaron bolitas en los senos y 22 en las axilas once tuvieron cambio de coloración en senos y 21 en axilas, lo cual refiere que hubo mujeres que presentan síntomas considerados como factores de riesgo y que son sujetas a revisión y exploración de mama para descartar una patología y la realización de la mastografía como diagnóstico y las que negaron síntomas que fue en un promedio del 95% se pudiera analizar con detalle para futuros estudios la identificación de barrera de acceso a la información con lo mencionan en estudios previos.<sup>13</sup>

La mastografía como método de tamizaje para la detección de cáncer el 62% reportaron que no se lo han realizado lo cual se asemeja al incremento del 85% que reporta la ENSANUT 2012 <sup>33</sup> y la exploración mamaria el 24% no se lo realizaron 15% una sola vez en su vida y 23% de 2 a 4 veces a su largo de su vida, la ENSANUT reportó para el 2012 que solo el 36% se realizó el estudio de exploración de mama, definiéndolo como un procedimiento cuya sensibilidad y especificidad depende casi de modo exclusivo del entrenamiento y experiencia de la usuaria, médico o el personal de salud.<sup>6</sup>

Con respecto a la adaptación psicométrica a población mexicana del instrumento de la escala cultural de cáncer se realizó un análisis factorial donde se comprobó la estructura factorial del instrumento. La interacción finalizó en 6 interacciones, con cinco factores que explican el 63.498% de la varianza explicada. Aún si bien los factores cambiaron en orden algunos coincidieron con la escala cultural original. La confiabilidad del instrumento que se aplicó a población mexicana fue de .829. Es importante mencionar el orden que arrojo los resultados en comparación con los de la escala original en donde algunos son similares. (Ver Tabla 7).

Un dato interesante con respecto a las percepciones de las participantes como barreras en las desventajas para realizarse el examen de mama, los resultados reportaron que los ítems tuvieron resultados significativamente estadísticos con respecto a que las mujeres, NO perciben a las desventajas como barreras para la exploración de mama, Los demás ítems no fueron relevantes; sin embargo al realizar una análisis solo en números absolutos de los ítems más altos en las respuestas que las participantes no consideran desventajas, 358 mujeres no considera desventaja exponerse a que un hombre las toque, lo cual coincide con el dato de la pregunta No. 17 del cuestionario (ver figura 15), de qué genero prefieren que les haga el examen mamario y esta respuesta difiere, con los resultados hechos en Oaxaca<sup>18</sup> ya que las mujeres prefieren que les enseñe la técnica de exploración de mama o que las revise una mujer, si se analiza que su estudio fue aplicado en mujeres de zona rural; esa pudiera ser una condicionante para haber tenido ese resultado.

El miedo a que el resultado sea positivo ítem 58, en donde no hubo diferencias significativas dado que un alto número de mujeres afirman que SI es una barrera el miedo asociado a la realización de la exploración de mama. La cual coincide con los resultados en Veracruz donde reportaron que les da miedo hacerse el estudio y ser lastimadas.<sup>20</sup> así como el que les de temor que el resultado sea positivo. En otros dos estudios realizados uno en los estados de Oaxaca y Distrito Federal, las mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía).<sup>18,19</sup> Se reportó en otro estudio<sup>22</sup> que el ítem 64 me da miedo lo desconocido fue una de los factores que influyen en que las mujeres no tengan practicas preventivas contra el cáncer, que para este estudio las mujeres no lo consideran una barrera. Sin embargo Los tiempos de espera en el ítem 63 yo considero larga espera de los médicos para hacerme el estudio coincide con los autores identificados en la primera parte del cuestionario en la pregunta tiempo de espera largos.<sup>8</sup>

El que las mujeres tengan que dejar a su familia para realizarse el examen de exploración mamaria es considerado como una desventaja para 93 mujeres que si bien no es ni el 50% es un dato interesante que coincide con los datos del estudio de los obstáculos a la adherencia de autoexploración de mama de cáncer de mama en las mujeres afroamericanas en la ciudad de Connecticut el cual e 31% respondieron que el papel de mamá es primero antes de hacerse la exploración de mama.<sup>10</sup>

Referente a la escala cultural de detección de cáncer adaptada a la población mexicana la cual tiene 5 Factores y que tuvo una varianza explicativa del 63.498% con una confiabilidad del instrumento de .829 tenemos el siguiente orden de acuerdo a resultados.

El primer factor es impedimentos socioculturales con una alpha .820 y un % de varianza de 5.126; con 7 ítems los cuales hablan, de la mala información o desinformación para poder sacar una cita no saber dónde se realizan los estudios no tener tiempo libre no contar con transporte no enviar un recordatorio para la cita, tener que cuidar a su hijo o familia y el no tener dinero; tienen una influencia negativa directa sobre la exploración de mama en las mujeres de Pachuca, Hgo.<sup>56</sup>

El segundo factor las creencias negativas sobre los profesionales de salud con una alpha .801 y un % de varianza de 2.619; lo cual indica el maltrato y la desconfianza que tienen las usuarias con el personal de los 20 centros de salud de Pachuca, Hgo con respecto a que los profesionales de la salud los cuales no tienen compasión por sus pacientes, siempre están apurados y no tiene tiempo para sus pacientes, no se sienten cómodas con el examen, algunos profesionales tocan los senos inapropiadamente y los que hacen los exámenes no son confiables, quedo en segundo lugar de la escala lo cual pueden tener una influencia directa sobre la exploración de mama.<sup>57</sup>

El tercer factor esta los impedimentos sintomáticos con una alpha de .881 y un % de varianza del 1.909; identificando que el tener muchos resultados normales en el pasado no es muy relevante para las mujeres pachuqueñas y no sentir nada anormal, lo cual se traduce a que el dolor se relaciona con la enfermedad y perciben que el cáncer de mama en etapas iniciales no presenta dolor (diagnóstico de tumores menores a 1cm).<sup>47</sup>

El cuarto factor es el fatalismo en la detección del cáncer con una alpha de .825 y un % de varianza del 1.698 para la población pachuqueña, este resultado coincide dentro de percepciones de estudios <sup>18,22</sup> en donde reportan la poca cultura que las mujeres tiene para las prácticas preventivas y para los 3 ítems de este factor no es necesarios realizarse exámenes mamarios, para la detección de cáncer de mama ya que de todos modos de algo nos vamos a morir, está en las manos de dios y no importa lo que uno haga.

El quinto factor son las expectativas catastróficas acerca de la enfermedad con una alpha de .697 y un % de varianza del 1.344 es importante realizar futuros estudio enfocados hacia los pensamientos catastróficos que tienen las mujeres acerca del cáncer de mama ya que no podemos afirmar si hay una influencia negativa sobre la exploración de o no relacionado a este factor.

Es importante mencionar que en la escala de desventajas en donde las mujeres respondieron que sí o no a los ítems 49 al 72 no hubo resultados significativos, identificando una diferencia en la escala cultural de cáncer de mama en donde los factores de impedimentos socioculturales que fue el de mayor peso fueron barreras que quedaron en el primer orden en la escala factorial adaptada a población mexicana, confirmando que es mejor realizar los instrumentos para que tengan mayor confiabilidad de tipo Likert.

Se realizó correlaciones entre los factores de la escala cultural de detección de cáncer con resultado de manera positiva con el .001 (bilateral) lo que traduce que hay dependencia y consistencia entre ellas, esto solo para futuras comparaciones.

Se realizó una comparación con una diferencia de medias de la escala cultural adaptada a la población mexicana en contraste con la de desventajas aplicando la prueba de t studens para 2 grupos independientes esto solo para verificar que a partir del ítem No.51 de la escala de desventajas, todas las diferencias indican que el grupo que identifica desventajas también obtiene puntajes más altos en la escala cultural adaptada a población mexicana.

Con estos resultados podemos comentar que el instrumento que se adaptó a la población mexicana en esta investigación, tuvo una validez y confiabilidad aceptable por lo que servirá para que los investigadores lo utilicen en futuros estudios. Las mujeres de 20 años y más que acudieron a los 18 centros de salud de la ciudad de Pachuca en el periodo de enero a

diciembre del 2012 percibieron que si existen barreras culturales asociadas a la exploración de mama, como son los impedimentos socioculturales, las creencias negativas del personal de salud, los impedimentos sintomáticos, el fatalismo en la detección, las expectativas catastróficas que tienen las mujeres acerca del cáncer de mama, entre otros descritos anteriormente.

## **9.1 Limitaciones**

- El estudio es necesario ampliarse a todo el estado de Hidalgo, utilizando el instrumento de la escala cultural de cáncer adaptado a población mexicana.
- Realizar un estudio donde se involucre al personal médico para su evaluación y capacitación en el tema.
- Es importante realizar un estudio de las pacientes que ya padecen cáncer de mama para estudiar las barreras que percibieron para su atención inmediata.
- En próximos estudios es necesario involucrar a mujeres solo del grupo de riesgo de 40 a 69 años.
- Considerando la prioridad del problema de salud pública en el estado es apremiante continuar con estudios sobre las barreras psicosocioculturales.
- Es necesario realizar estudios con mujeres sobrevivientes de cáncer.
- En los próximos estudios es necesario realizar una intervención de acuerdo a resultados del instrumento adaptado a población mexicana con respecto a promoción en la detección de mama, para verificar el impacto de la misma.
- Es necesario realizar un estudio de mercado enfocado a los resultados de barreras encontradas para verificar que tipo de información es necesaria para las mujeres.
- Es importante realizar un estudio comparativo en poblaciones rural y urbana.

## **9.2 Sugerencias**

- Realizar estudios incluyendo los 3 tipos de detección (autoexploración de mama, exploración de mama realizada por personal médico y la mastografía).

- Incluir en estudios futuros encuestas dirigidas al personal de salud para analizar las barreras que ellos perciben acerca de la detección de cáncer de mama.
- Realizar estudios donde se incluya a las redes de apoyo de las usuarias.
- Difundir los resultados del presente estudio con los tomadores de decisiones en salud para la realización de las estrategias pertinentes.

## 10.- CONCLUSIONES.

El presente estudio logró los objetivos propuestos al describir y mencionar las barreras asociadas a la exploración de mama, la aportación empírica y metodológica más importante que da este estudio es otorgar a la comunidad científica un instrumento validado y confiable de la escala cultural de detección de cáncer el cual se adaptó a población mexicana, existen datos muy interesantes acerca de las barreras psicosocioculturales encontradas en la Ciudad de Pachuca entre las mujeres de 36 años de edad, las cuáles dentro de los factores de impedimentos socioculturales, podemos mencionar que los tiempos de espera hacen que no se realicen la exploración de mama, que a pesar de que las usuarias radican en la capital del estado de Hidalgo no tienen acceso a la información de que síntomas identificar en las glándulas mamarias, y esto hace que no se detecte el cáncer o alguna patología mamaria en etapas iniciales. Las prácticas preventivas se observó que solo el 24% se realizó la exploración de mama indicando que las mujeres no tienen dentro de su cuidado para la salud las prácticas de prevención, existen desventajas importantes para que no se practiquen el examen de mama; la vergüenza el miedo y el pudor siguen siendo barreras para no realizarse el estudio, la cultura arraigada en la población mexicana acerca de que la mujer debe cuidar a la familia y postergar su salud es una desventaja percibida en este estudio, el gasto que genera la mujer si identifica alguna bolita que sea positivo a cáncer es una desventaja importante para ellas, siendo que a pesar de que el cáncer de mama es una enfermedad que a partir del año 2006 se encuentra dentro de las enfermedades atendidas por el fondo de gastos catastróficos del seguro popular, por el simple hecho de que las usuarias tengan el diagnóstico de cáncer están aseguradas al 100% en su tratamiento completo, lo cual desconocen las mujeres. Los datos que arroja la escala cultural de detección de cáncer de mama adaptada a la población mexicana son muy interesantes; los impedimentos socioculturales, son barreras altamente asociadas con la que las mujeres de 20 años y más de Pachuca no se realicen el estudio de exploración de mama, se mencionó anteriormente, la falta de información y difusión de los servicios de salud de Hidalgo no están impactando al no saber las usuarias donde sacar su cita y realizarse el estudio no recibir una invitación para recordarle la cita, priorizar la familia antes que acudir a su exploración, el sentirse saludable sin ningún signo o síntoma anormal o dolor, tener estudios previos normales en el pasado le da a la usuaria una sobre confianza de no revisarse o realizarse el estudio.



Las barreras acerca de las creencias negativas de los prestadores de servicios de salud que las usuarias perciben, como el no tener compasión de ellas, siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes, se sienten incomodas con ellos, cuando les hacen los estudios algunos les han tocado inapropiadamente y los profesionales que hacen los exámenes, no son confiables, son resultados interesantes que tienen que ver con el sistema de salud de Hidalgo, que por años se ha generado una sobreprotección y sobre confianza de los prestadores de salud al no dar seguimiento a quejas por parte de las usuarias, apegándose a las normas que el nivel nacional implementó, dentro del programa de calidad, el trato digno a las pacientes; no ha tenido impacto en el ciclo de mejora de la atención. Los factores relacionados con los impedimentos sintomáticos el fatalismo en la detección y las expectativas catastróficas acerca del cáncer son parte de la escala cultural para la detección de cáncer adaptada a población mexicana instrumento que aportó el 63.498 de varianza explicativa para las barreras asociadas a la exploración de mama.

Las recomendaciones van dirigidas a los equipo de salud en realizar las estrategias preventivas para la detección oportuna de cáncer de mama basados en los resultados de las barreras psicosocioculturales encontradas. Así como recordar que los proyectos de investigación pueden hacer diferentes aportaciones: las empíricas conceptuales y metodológicas, en este caso la contribución del presente estudio para la comunidad científica fue empírica al no haber estudios previos en el estado de Hidalgo que hablan de las barreras culturales asociadas a la exploración de mama y la metodológica en la adaptación del instrumento de la escala cultural para la detección de cáncer de mama el cual servirá para futuras investigaciones.

## REFERENCIAS

- 1 Salinas U. A. Factores que predisponen la prevención del Cáncer Cérvico uterino [tesis maestría]. UNAM. México D.F. 2000.
- 2 Nuñez G, Vázquez N, Santos M, Carbajal J, Arroyo L, Medina G. Conocimiento sobre cáncer de mama en las alumnas de 1er año de una escuela de medicina de una Institución educativa privada en Monterrey. RESPYN 2007; (1):1-8.
- 3 Martínez J L, Dueñas A, Martínez J, Rivera L. INCAN Boletín de Práctica Médica Efectiva. INSP. 2007 ; 1:6
- 4 Organización Panamericana de la salud organización mundial de la salud subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo msd18:3 (esp.) 2006
- 5 Hernández I. Exploración de conocimientos sobre el auto examen mamario Policlínico Principal de Urgencia "Epifanio Rojas Gil". Pinar del Rio 2009; 78(2):1-7.
- 6 López C. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. INSP.Méx 2009; 51 (2):345:9
- 7 Europa.eu: Comisión europea [Internet], Bruselas: Europa.eu; 2009 [actualizado 22 enero 2009 citado 20 agosto 2010]. Disponible en: <Http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/113&format=HTML&aged=0&l>.
- 8 MEDLINE [Internet]. Salud Creencias y Prácticas Relacionadas con el Cáncer de Mama en filipinas, las mujeres chinas y asiáticas-India. . [Actualizado 16 septiembre del 2009 citado 01 de septiembre del 2010 MEDLINE]. Disponible en: [www.tywu@umich.edu](http://www.tywu@umich.edu) PMID:
- 9 Tricia S. Las barreras culturales del auto examen de mamas entre la china-americana de la Mujer de 60 años y más Medical center Illinois Preventive Medicine Noviembre 2000. 31 (5): 575:83
- 10 Ndika, Nwanzu, MPH. Obstáculos a la adherencia de autoexploración de mama de cáncer de mama en las mujeres afroamericanas MPH, Southern Connecticut, 2009, 89: 146:8
- 11 Jeffrey J. La interdependencia de Cultura y Problemas psicosociales Barreras para el Control del Cáncer del seno para -Americana de Mujeres Africanas Cáncer 2003; 97 (1):318-23
- 12 Hernández I. Exploración de conocimientos sobre el autoexamen mamario Policlínico Principal de Urgencia "Epifanio Rojas Gil". San Luis. Pinar del Río, Cuba. 2002.8 (1):165-70.
- 13 Eileen T. Las mujeres de América Experiencias de África Relacionado a sus pechos y de la mama de detección del cáncer [fecha de última actualización 02 de junio 2006 citado 16 de septiembre del 2010 ] Disponible <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR11-2/thomas.pdf>
- 14 Betancourt, P. M. Flynn. Healthcare Mistreatment and Continuity of Cancer Screening Among Latino and Anglo American Women in Southern California, Women and Health [Internet].2010[citado 12 junio 2012]; Loma Linda, California,51:1,1-24. Disponible en :<http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.541853>
- 15 Betancourt, P. Flynn Disparities in cáncer screening: Fatalistic Cultural Beliefs and screening S. Ormseth, Universidad de la Frontera de Chile. 2010. pág 1.
- 16 Betancourt, P. M. Flynn M Riggs A cultural research approach to instrument development:the case of breast and cervical cancer screening among Latino and Anglo women Universidad Loma Linda California Agosto del 2010 pág. 1.

- 17 Flynn, Betancourt H, Sarah R, Culture, Emotion, and Cancer Screening: an Integrative Framework for Investigating Health Behavior, *The society of Behavioral Medicine* 2011;42(79): 1-87.
- 18 Nigenda G, Caballero M, González M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública* 2009; 51(2):254-262.
- 19 Nigenda G. Proceso social del cáncer de mama en México Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud INSP [Internet]. 2009; [citado 17 de septiembre del 2010]. Disponible en: [www.insp.mx](http://www.insp.mx).
- 20 Escalón E. Sexo servidoras ignoran riesgos de cáncer de mama:[Internet] [citado 20 de septiembre del 2010].Disponible en: [www.proyectooveracruz.com/?p=15877](http://www.proyectooveracruz.com/?p=15877)
- 21 Saldaña T. Conocimientos y creencias sobre el cáncer de mama en mujeres de zonas rurales y población indígena de México Sur *Diario de Oncología Clínica* 2009, 27 15:15-33.
- 22 Valdés R. Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer. *Avances en Psicología Latinoamérica* 2004; 22(1):58-59.
- 23 López C, Gálvez C, Ramírez J Identificar el grado de conocimiento que tienen las mujeres acerca de la técnica de autoexploración de mama en el IMSS No. 1, Pachuca, Hidalgo, *Jornal*. 2008 2(3):1-10.
- 24 Globocan [Internet]. [Fecha d última actualización 2008; citado 05 agosto del 2010], Disponible URL de la pagina web.
- 25 Knaul F, Arreola H, Lozano R, Competitividad, Salud y Observatorio de la Salud; *Fundación Mexicana para la Salud*.2011;10(1):1-55.
- 26 Breastcancer.org [Internet]2011 [actualizado 14 feb 2011; citado 15 agosto del 2012].Disponible en : [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\\_de\\_mama/estadisticas](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas)
- 27 Beaulieu N, Bloom D, y Bloom R., “Breakaway: The global burden of cancer— challenges and opportunities”, *The Economist Intelligence Unit*, 2009.1(2):35-55.
- 28 Secretaría de Salud. [Internet] Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica SIVAVE 2012. Disponible en: URL de la página SSA.
- 29 Rodríguez S, Macias C. “Breast carcinoma presents a decade earlier in mexican woman than in women in United States and European countries”. 2011;1:1-10.
- 30 Secretaría de Salud, [Internet] 2002. “Programa de Acción: Cáncer de Mama”. México [fecha de la última actualización Marzo 2012; citado 06 de junio 2012].
- 31 Knaul F, López L, Lazcano E, Gómez Dantés H, Romieu I et al. “Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud.” *Salud Pública de México*; 2009 51(2):135-137.
- 32 Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O et al “El costo de la atención médica del cáncer mamario: IMSS 2009 52(3):145-160.
- 33 ENSANUT [Internet] Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Instituto Nacional de Salud Pública. 2012 [fecha de última actualización Marzo 2012; citado 11 de septiembre del 2013]. Disponible en la URL de la página.
- 34 American Cancer Society,[Internet] “Breast Cancer Facts & Figures ”. [Fecha de última actualización 15 marzo 2012; citado 14 de febrero 2012]. Disponible en: 2010 <http://www.cancer.org>
- 35 Secretaría de Salud [Internet]. Subsecretaría de Innovación y Calidad "Barreras culturales en los servicios de salud su papel en el acceso de la población usuaria a los servicios" 2011[Fecha de última actualización diciembre de 2011; citado 29 marzo 2013. Disponible en la URL de la pagina

- 36 Van Dam P, Goethem V, Palpable solid breast masses: retrospective single- and multimodality evaluation of 2011 lesions *Radiology*. 2008; 166:435-439.
- 37 Acontecer Médico [Internet]. D.R. 2010 [Fecha de última actualización 18 febrero 2010; citado 15 abril del 2012] Disponible en:<http://www.acontecermedico.com/index/>
- 38 Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. claves en la lucha contra el cáncer de mama salud pública 2009;51( 2): 1-25
- 39 Cabrera G., Kruse A, Madrid G. DGE 2007; 33(1) 1-35
- 40 Franco M, Lozano R, Villa B, Solís P. “La mortalidad en México muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias”. Dirección General de Información en Salud, DGI Secretaría de Salud. México.2009; 1:1-15
- 41 Organización Panamericana de la salud [Internet. Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo2006;18(3):13
- 42 Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica SINAVE [Internet]. Boletín 2007 [Fecha de última actualización 4 de agosto de 2007; citado 21 de Marzo del 2011];31(24) Disponible en: [1http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2007/sem31/pdf/edit3107.pdf](http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2007/sem31/pdf/edit3107.pdf)
- 43 Brandan M, Villaseñor Y, Navarro. Detección del Cáncer de Mama: Estado de la Mamografía en México *Cancerología* 2006; 1:147-162.
- 44 BHGI, [Internet] Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama 2006 [Fecha de última actualización 27 febrero 2006; citado agosto 2012]. Disponible en: la URL de la página
- 45 De la Vara Salazar E., Suarez L., Lazcano L., Medina G. Tendencias de la mortalidad por cancer de mama en México, 2009; 1: 386-388.
- 46 Nuñez G, Vázquez N, Santos M, Carbajal J, Arroyo L, Medina G, et al. Conocimiento sobre cáncer de mama en las alumnas de 1er año de una escuela de medicina de una Institución Educativa privada en Monterrey. *RESPYN* 2007; 1:8-1.
- 47 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama 2002;1:1:40
- 48 Pagano M. Gauvreau K. Fundamentos de Bioestadística 2da edición. México: Thomson Editores 2001.1:45
- 49 Rosalín S. Prevalencia de la autoexploración de mama en mujeres de edad fértil *Ginecología y Obstetricia, Oncología, Medicina Preventiva y Salud Publica*, 2006 [Fecha de última actualización 26 febrero 2006:citado 23 de septiembre del 2010) Disponible en : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/26/2/Prevalencia-de-la-autoexploracion-de-mama-en-mujeres-de-edad-fertil>.
- 50 Eileen T. Anillo de silencio: las mujeres de América Experiencias de África Relacionado a sus pechos y de la mama de detección del cáncer *Qualitative Report* 2006; 11:350:373.
- 51 Vega A, Vite G, Martínez J. Guía Práctica Médica. Prevención Tamizaje y referencia oportuna de los casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención. México, D.F. 2011;1: 68.
- 52 OMS [Internet] [citado 03 de Marzo del 2013] Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/) Organización Mundial de la Salud página web.
- 53 Diccionario de términos de glosario medico [Internet] [citado 04 de marzo del 2013].Disponible en: <http://auditoriamedica.wordpress.com/category/diccionarios/>.

- 54 DGE [Internet] [citado 04 de marzo del 2013] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dges/documentos.php?type=page&id=54> pirámide poblacional.
- 55 Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord J. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *Am J Epidemiol* 2001; 42:154-342.
- 56 Unger K. Infante C. El retraso en la atención médica del cáncer de mama: una revisión de la literatura. *Salud pública Méx*, 2009; 51:270-285.
- 57 Poblano O., Figueroa J., López-Carrillo L. Condicionantes Institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama *Salud Pública Méx* 2004; 46(4):294-305.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	ESCALA
EXPLORACIÓN DE MAMA	Método realizado por la mujer misma para comprobar la presencia de cambios mamarios sospechosos de enfermedad o la presencia de masas (protuberancias).(32)	¿Sabe qué es la exploración de mamas	1.-Si 2.No	Dicotómica
		¿Cómo se enteró de la exploración de mamas		Nominal
		El examen de la exploración de mamas se hace para		Nominal
		Se ha hecho alguna vez la exploración de mamas	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Qué motivó a que se realizara por primera vez la exploración de mamas		Nominal
		Qué edad tenía cuando se realizó por primera vez la exploración de mamas		Nominal
		Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la	Una sola vez De 2 a 4 veces	Ordinal

		exploración de mamas	De 5 a 7 veces	
			8 veces o más	
		Anote el año y mes en que se realizó por última vez la exploración de mamas		Nominal
		Conoce el estudio de mastografía o mamografía	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la mastografía o mamografía		Nominal
		Anote el año y mes en que se realizó por última vez la mastografía o mamografía		Nominal
		El resultado del estudio se lo entregaron		Nominal
		En dónde se realizó la última revisión de sus mamas		Nominal



		Alguna vez a acudido con el personal de salud para que le explore sus mamas	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Le han enseñado por parte del personal de salud como explorarse sus mamas	1.-Si 2.No	Dicotómica
FACTORES DE RIESGO	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(33)	¿A qué edad tuvo su primera regla?		Nominal
		¿Tiene Hijos?	1.-Si 2.No	Dicotómica
		¿A qué edad se embarazó por primera vez?		Nominal
		¿Cuántos hijos han tenido?		Ordinal
		¿Los amamantó?	1.-Si 2.No	Dicotómica
		¿Utiliza métodos de planificación familiar?	1.-Si 2.No	Dicotómica

		¿Cuál?		Nominal
		¿Cuánto tiempo lleva utilizando dicho método?	1-5 años	Ordinal
			5-10 años	
			10 años y más	
		¿Fuma?	1.-Si 2.No	Dicotómica
		En su familia hay o ha habido personas que enfermaron de cáncer de mama	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Usted ha tenido en algún momento de su vida cáncer	1.-Si 2.No	Dicotómica

		Usted cree que la vida de la mujer puede depender de que se practique periódicamente el examen de exploración de mama	1.-Si 2.No	Dicotómica
SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA DIAGNOSTICAR CÁNCER DE MAMA	Un síntoma es un fenómeno que revela una enfermedad. El síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo. Los signos clínicos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. La Semiología clínica es la disciplina de la que se vale el médico para indagar, mediante el examen	Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja	Coloque una cruz	Nominal
		Salida de sangre por pezón	Coloque una cruz	Nominal
		Pezón hundido	Coloque una cruz	Nominal
		Salida de secreción blanquecina por pezón	Coloque una cruz	Nominal
		Bolitas al tocarse sus senos	Coloque una cruz	Nominal
		Cambio de coloración en axilas	Coloque una cruz	Nominal
		Bolitas en sus axilas	Coloque una cruz	Nominal
		Abscesos en sus senos	Coloque una cruz	Nominal
		Dolor en sus senos	Coloque una cruz	Nominal

	psicofísico del paciente, sobre los diferentes signos que puede presentar (34)	Lunares que hayan cambiado de color de tamaño o que sangren	Coloque una cruz	Nominal
		Úlceras	Coloque una cruz	Nominal
		Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos o axilas.	Coloque una cruz	Nominal
DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS		Para mi es una desventaja el sentir pudor o vergüenza durante el estudio.	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Tengo desinterés de ser revisada después del último parto	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Para mi es una desventaja hacerme el estudio cuándo me siento bien.	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se toma	1.-Si 2.No	Dicotómica

DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS		Yo no puedo acudir por no tener dinero para el transporte	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Tengo temor a ser lastimada cuando me practican el estudio	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se realiza la exploración de mama.	1.-Si 2.No	Dicotómica
		No voy porque me quita tiempo	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Yo siento gran temor al procedimiento del estudio	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Me da temor que el resultado sea positivo	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Una de las desventajas es ser soltera	1.-Si 2.No	Dicotómica
		Lo considero una desventaja porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer.	1.-Si 2.No	Dicotómica

DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	Siento malestares después del estudio	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Una de las desventajas es el gasto que implica el estudio	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Yo considero la larga espera de los médicos para hacerme el estudio.	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Me da miedo lo desconocido	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Para mi es una desventaja exponerme a que me toque un hombre (médico)	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Considero una desventaja dejar de atender a mi familia para acudir a realizarme el estudio	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Para mi es una desventaja que resultara positivo y tener que enfrentar gastos mayores	1.-Si 2.No	Dicotómica

DESVENTAJAS PERCIBIDAS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS	El sentirme vulnerable para mi es una desventaja	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Siento desconfianza hacia el estudio por malas experiencias en relación con acoso sexual	1.-Si 2.No	Dicotómica
	El realizarme el estudio me inhibe	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Siento temor a que me infecten con los instrumentos	1.-Si 2.No	Dicotómica
	Tengo temor por el dolor que se siente	1.-Si 2.No	Dicotómica
EXPECTATIVAS CATASTRÓFICAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD	El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
	El cáncer mamario es una enfermedad mortal.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal

FATALISMO EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA		No es importante hacerse exámenes para detección de cáncer de seno regularmente porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No es necesario hacerse un examen mamario regularmente porque de todas maneras está en las manos de Dios.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No es muy importante examinarse regularmente porque si vas a tener cáncer, lo tienes, no importa lo que uno haga.	5 2 3 4 5 6 7	Ordinal
IMPEDIMENTOS SOCIOCULTURALES		Tener problemas para la cita.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No saber dónde puedo hacerme los exámenes.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal



		No poder tomar tiempo libre del trabajo.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No tener transporte para ir a la cita	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		Tener que cuidar a mis hijo (s) o familia.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
IMPEDIMENTOS SINTOMÁTICOS		Sentirme saludable.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		Tener muchos resultados normales en el pasado.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No sentir nada anormal.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
CREENCIAS NEGATIVAS SOBRE LOS PROFESIONALES DE SALUD		Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo que sus pacientes están pasando.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal

		Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente los senos de sus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal
		Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables.	1 2 3 4 5 6 7	Ordinal

## ANEXO 2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no atenta contra la integridad física psicológica y social de los sujetos que ella intervenga.

Como Fundamento ético y legal se considera:

1. *Declaración de Helsinki.*
  2. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*
  3. *Ley General de Salud*
- ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar
  - ARTÍCULO 16.- 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
  - ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

Por lo anterior se considera que este estudio es considerado sin riesgo de acuerdo a la Ley General de Salud, por lo que se cuidaran los aspectos éticos propios de la investigación, garantizando la confidencialidad de la información de las personas, además de asegurar que la información obtenida de las bases de datos y expedientes clínicos será para uso científico exclusivamente

ARTICULO 18 En caso de que los individuos decidan dejar de participar.

4 .*Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los estudios Epidemiológicos*

- Consentimiento informado
- Confidencialidad
- Procurar el máximo beneficio
- Reducir el daño mínimo.

### ANEXO 3. INSTRUMENTO APLICADO PARA LA ENCUESTA

El presente cuestionario, tiene el propósito de investigar cómo piensan las mujeres mexicanas con respecto al cuidado de su salud.

La información que usted nos proporcione será de gran utilidad para avanzar en el conocimiento sobre educación para la salud, por lo que le pedimos ser lo más sincera posible en sus respuestas.

Agradecemos su colaboración y le aseguramos el total anonimato.

Folio /\_\_/\_\_/\_\_/\_/

fecha /\_\_/\_\_/\_\_/\_/

Día Mes Año

Lugar de la entrevista:

\_\_\_\_\_

Nombre de la Colonia donde

vive: \_\_\_\_\_

#### Datos demográficos

1. Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos                      Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

3. Actualmente vive:

( ) Sola

( ) Con esposo o compañero

( ) Con los padres

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

4. Estado civil

( ) Soltera

( ) Casada

( ) Divorciada

( ) Viuda

( ) Separada

( ) Unión libre

5. Escolaridad

( ) Sin estudios

( ) Sabe leer y escribir

( ) Primaria incompleta

- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Bachillerato o preparatoria incompleta
- Bachillerato o preparatoria completa
- Carrera técnica
- Licenciatura incompleta
- Licenciatura completa
- Posgrado
- Otra (Especificar)\_\_\_\_\_

6. El ingreso familiar mensual es aproximadamente de:

(Teniendo en cuenta que el salario mínimo es de \$ 59.08 zona c.)

- Menos de un salario mínimo
- De 1 a menos de 3
- De 3 a menos de 6
- De 6 a menos de 9
- De 9 a menos de 12
- De 12 o mas

7. Ocupación\_\_\_\_\_

8. Religión

- Católica  Judía  Mormona  Testigos de Jehová  Cristiana  Otra  
(Especificar)\_\_\_\_\_

9. ¿Cuánto tiempo en años completos tiene de vivir en su domicilio actual?\_\_\_\_\_

10. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud?

- No
- IMSS
- ISSSTE
- Seguro Popular
- Pemex o Fuerza Armada
- Otra \_\_\_\_\_

(Especificar)

11. ¿Por lo general a dónde acude cuando necesita atención médica?

- IMSS
- ISSSTE
- Pemex o Fuerza Armada
- Secretaría de Salud (SSa)
- Seguro popular
- Privado

Otra \_\_\_\_\_

(Especificar)

12. Si usted no asiste a la institución que le corresponde ¿cuál es el motivo?

---

13. ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza para llegar al lugar dónde se atiende?

---

14. ¿Cuánto tiempo hace usted de su casa al lugar dónde se atiende?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- Entre 30 minutos y 1 hora
- Entre 1 hora y 2 horas
- Mas de 2 horas

15. ¿Hay suficiente transporte para llegar a la Clínica?

- Sí
- No

16. ¿Por lo general cuánto tiempo tiene que esperar para que le atiendan?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 minutos a 30 minutos
- Entre 30 minutos y 1 hora
- Entre 1 hora y 2 horas

Mas de 2 horas

17. Es preferible que las revisiones ginecológicas las realice:

Personal de sexo masculino

Personal de sexo femenino

Personal de cualquiera de los dos sexos

18. Realizar las acciones convenientes para estar sana es responsabilidad de:

Médico

Uno mismo

Familiares

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_

### Historia gineco-obstétrica

19. ¿A qué edad tuvo su primera regla? \_\_\_\_\_ años

20. ¿Tiene Hijos?  Si  No

21. ¿A qué edad se embarazó por primera vez? \_\_\_\_\_

22. ¿Cuántos hijos ha tenido? \_\_\_\_\_

23. ¿Los amamantó?  Si  No ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

24. ¿Utiliza métodos de planificación familiar?  Si  No

25. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

26. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando dicho método?

1-5 años \_\_\_\_\_

5-10 años \_\_\_\_\_

10 años y más \_\_\_\_\_

27. ¿Fuma?

Si

No

28. ¿Cuántos cigarros al día? \_\_\_\_\_

29. Algunas mujeres presentan molestias en los senos ¿En el último año usted ha presentado alguno o algunos de los siguientes síntomas?

Marque con una cruz.

Cambio de coloración en los senos y/o piel de naranja



- ( ) Salida de sangre por pezón
- ( ) Pezón hundido
- ( ) Salida de secreción blanquecina por pezón
- ( ) Bolas al tocarse sus senos
- ( ) Cambio de coloración en axilas
- ( ) Bolas en sus axilas
- ( ) Abscesos en sus senos
- ( ) Dolor en sus senos
- ( ) Lunares que hayan cambiado de color de tamaño o que sangren
- ( ) Úlceras
- ( ) Aumento de la temperatura en alguna parte de sus senos o axilas.

30. ¿Sabe qué es la exploración de mamas? ( ) Si ( ) No

31. ¿Cómo se enteró de la exploración de mamas?

---



---



---

32. El examen de la exploración de mamas se hace para:

---



---



---

33. ¿Conoce el estudio de mastografía o mamografía? ( ) Si ( ) No

34. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la mastografía o mamografía?

- ( ) Una sola vez
- ( ) De 2 a 4 veces
- ( ) De 5 a 7 veces
- ( ) 8 veces o más

35. Anote el año y mes en que se realizó por última vez la mastografía o mamografía

---

36. El resultado del estudio se lo entregaron:

- ( ) Una semana después

- Más de cuatro semanas después
- Dos semanas después
- Cuatro semanas después
- No se lo entregaron
- No lo recogió

37. ¿Se ha hecho alguna vez la exploración de mamas? ( ) Si ( ) No

38. ¿Qué motivó a que se realizara por primera vez la exploración de mamas?

---

---

---

39. ¿Qué edad tenía cuando se realizó por primera vez la exploración de mamas?

---

40. ¿Cuántas veces a lo largo de su vida se ha realizado la exploración de mamas?

- Una sola vez
- De 2 a 4 veces
- De 5 a 7 veces
- 8 veces o más

41. ¿Anote el año y mes en que se realizó por última vez la exploración de mamas?

---

42. ¿En dónde se realizó la última revisión de sus mamas (mastografía o mamografía)?

---

43. Si no se ha realizado la exploración de mama ¿Cuál es el motivo?

---

---

---

44. ¿Alguna vez ha acudido con el personal de salud para que le explore sus mamas? ( ) Si

- No

45. ¿Le han enseñado por parte del personal de salud como explorarse sus mamas? ( ) Si ( ) No

46. ¿En su familia hay o ha habido personas que enfermaron de cáncer de mama? ( ) Si ( ) No

¿Quién o quiénes?

(Especificar)

47. ¿Usted ha tenido en algún momento de su vida cáncer? ( ) Si ( ) No

Si su respuesta es sí: ¿Qué tipo de cáncer

padeció? \_\_\_\_\_

48. ¿Usted cree que la vida de la mujer puede depender de que se practique periódicamente el examen de exploración de mama? ( ) Si ( ) No

49. En seguida se presentan una serie de enunciados sobre los obstáculos para la exploración de mamas, por favor señale con una cruz la respuesta que usted considere.

Núm.		SI	NO
49	Para mi es una desventaja el sentir pudor o vergüenza durante el estudio.		
50	Tengo desinterés de ser revisada después del último parto		
51	Para mi es una desventaja hacerme el estudio cuándo me siento bien.		
52	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se toma		
53	Yo no puedo acudir por no tener dinero para el transporte		
54	Tengo temor a ser lastimada cuando me practican el estudio		
55	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se realiza la exploración de mama.		
56	No voy porque me quita tiempo		
57	Yo siento gran temor al procedimiento del estudio		
58	Me da temor que el resultado sea positivo		

59	Una de las desventajas es ser soltera		
60	Lo considero una desventaja porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer.		
61	Siento malestares después del estudio		
62	Una de las desventajas es el gasto que implica el estudio		
63	Yo considero la larga espera de los médicos para hacerme el estudio.		
64	Me da miedo lo desconocido		
65	Para mi es una desventaja exponerme a que me toque un hombre (médico)		
66	Considero una desventaja dejar de atender a mi familia para acudir a realizarme el estudio		
67	Para mi es una desventaja que resultara positivo y tener que enfrentar gastos mayores		
68	El sentirme vulnerable para mi es una desventaja		
69	Siento desconfianza hacia el estudio por malas experiencias en relación con acoso sexual		
70	El realizarme el estudio me inhibe		
71	Siento temor a que me infecten con los instrumentos		
72	Tengo temor por el dolor que se siente		

<p>Por favor piense en el cáncer mamario y los exámenes de detección de cáncer mamario (mamografía y examen clínico mamario) y responda las siguientes preguntas.</p>									
Totalmente			Totalmente						
Desacuerdo			De Acuerdo						
1. El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer			1	2	3	4	5	6	7

2. El cáncer mamario es una enfermedad mortal.	1	2	3	4	5	6	7
3. No es importante hacerse exámenes para detección de cáncer de seno regularmente porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo.	1	2	3	4	5	6	7
4. No es necesario hacerse un examen mamario regularmente porque de todas maneras está en las manos de Dios.	1	2	3	4	5	6	7
5. No es muy importante examinarse regularmente porque si vas a tener cáncer, lo tienes, no importa lo que uno haga.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor indique hasta qué grado lo siguiente sería un OBSTÁCULO o una razón para no hacerse exámenes regulares para la detección de cáncer mamario (mamografía o examen mamario)							
Para	Mucho						Nada
6. Tener problemas para la cita.	1	2	3	4	5	6	7
7. No saber dónde puedo hacerme los exámenes.	1	2	3	4	5	6	7
8. No poder tomar tiempo libre del trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
9. No tener transporte para ir a la cita	1	2	3	4	5	6	7
10. No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita	1	2	3	4	5	6	7
11. Tener que cuidar a mis hijo (s) o familia.	1	2	3	4	5	6	7
12. No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen.	1	2	3	4	5	6	7
13. Sentirme saludable.	1	2	3	4	5	6	7

14. Tener muchos resultados normales en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7
15. No sentir nada anormal.	1	2	3	4	5	6	7

¿Qué piensa acerca de los profesionales de la salud que hacemos MAMOGRAFÍAS y EXÁMENES CLÍNICOS MAMARIOS?							
	Totalmente Totalmente En desacuerdo De acuerdo						
16. Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo que sus pacientes están pasando.	1	2	3	4	5	6	7
17. Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen.	1	2	3	4	5	6	7
19. Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente los senos de sus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
20. Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables.	1	2	3	4	5	6	7

*Por su cooperación ¡Gracias!*

**ANEXO NO. 4 ESCALA DE DESVENTAJAS PERCIBIDAS PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER.**

Núm.		SI	NO
49	Para mi es una desventaja el sentir pudor o vergüenza durante el estudio.		
50	Tengo desinterés de ser revisada después del último parto		
51	Para mi es una desventaja hacerme el estudio cuándo me siento bien.		
52	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se toma		
53	Yo no puedo acudir por no tener dinero para el transporte		
54	Tengo temor a ser lastimada cuando me practican el estudio		
55	Una de las desventajas es lo inadecuado del lugar donde se realiza la exploración de mama.		
56	No voy porque me quita tiempo		
57	Yo siento gran temor al procedimiento del estudio		
58	Me da temor que el resultado sea positivo		
59	Una de las desventajas es ser soltera		
60	Lo considero una desventaja porque el estudio no sirve para detectar a tiempo el cáncer.		
61	Siento malestares después del estudio		
62	Una de las desventajas es el gasto que implica el estudio		
63	Yo considero la larga espera de los médicos para hacerme el estudio.		
64	Me da miedo lo desconocido		
65	Para mi es una desventaja exponerme a que me toque un hombre (médico)		
66	Considero una desventaja dejar de atender a mi familia para acudir a realizarme el estudio		
67	Para mi es una desventaja que resultara positivo y tener que enfrentar gastos mayores		
68	El sentirme vulnerable para mi es una desventaja		

69	Siento desconfianza hacia el estudio por malas experiencias en relación con acoso sexual		
70	El realizarme el estudio me inhibe		
71	Siento temor a que me infecten con los instrumentos		
72	Tengo temor por el dolor que se siente		



## ANEXO 5 ESCALA CULTURAL PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Por favor piense en el cáncer mamario y los exámenes de detección de cáncer mamario y responda las siguientes preguntas. (mamografía o examen mamario)											
					Totalmente				Totalmente		
Desacuerdo				De Acuerdo							
1. El cáncer mamario es lo peor que le puede pasar a una mujer	1	2	3	4	5	6	7				
2. El cáncer mamario es una enfermedad mortal.	1	2	3	4	5	6	7				
3. No es importante hacerse exámenes para detección de cáncer de seno regularmente porque de todas maneras algún día nos moriremos de algo.	1	2	3	4	5	6	7				
4. No es necesario hacerse un examen mamario regularmente porque de todas maneras está en las manos de Dios.	1	2	3	4	5	6	7				
5. No es muy importante examinarse regularmente porque si vas a tener cáncer, lo tienes, no importa lo que uno haga.	1	2	3	4	5	6	7				

Por favor indique hasta qué grado lo siguiente sería un OBSTÁCULO o una razón para no hacerse exámenes regulares para la detección de cáncer mamario (mamografía o examen mamario)											
					Para				Mucho		
							Nada				
1. Tener problemas para la cita.					1	2	3	4	5	6	7

2. No saber dónde puedo hacerme los exámenes.	1	2	3	4	5	6	7
3. No poder tomar tiempo libre del trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
4. No tener transporte para ir a la cita	1	2	3	4	5	6	7
5. No recibir una tarjeta postal de aviso para la cita	1	2	3	4	5	6	7
6. Tener que cuidar a mis hijo (s) o familia.	1	2	3	4	5	6	7
7. No tener seguro médico o el dinero para pagar el examen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sentirme saludable.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tener muchos resultados normales en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7
10. No sentir nada anormal.	1	2	3	4	5	6	7

¿Qué piensa acerca de los profesionales de la salud que hacemos MAMOGRAFÍAS y EXÁMENES CLÍNICOS MAMARIOS?							
	Totalmente En desacuerdo				Totalmente De acuerdo		
1. Los profesionales de la salud no tienen compasión por lo que sus pacientes están pasando.	1	2	3	4	5	6	7
2. Los profesionales de la salud siempre están apurados y no tienen tiempo para sus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
3. No me siento cómoda con los profesionales de salud que hacen el examen.	1	2	3	4	5	6	7
4. Algunos profesionales de la salud tocan inapropiadamente los senos de sus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
5. Los profesionales de la salud que hacen los exámenes de detección de cáncer no son confiables.	1	2	3	4	5	6	7

## **ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La subdirección de Prestaciones de Servicios de la Secretaría de Salud de Hidalgo y el Área Académica de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en esta investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aun si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuaria de los Servicios de Salud de Hidalgo.

El propósito del estudio es conocer las barreras que las mujeres de Pachuca Hidalgo presentan para no realizarse la exploración de mama; para ello se le pedirá que si sabe leer y escribir conteste un cuestionario, o en el caso de que no sepa una persona la apoyará haciéndole las preguntas de forma verbal para responder al cuestionario. Ahí se le preguntarán datos generales, datos de su historia médica, sentimientos, creencias y actitudes hacia la exploración de mama. Participarán alrededor de 502 usuarias de los Centros de Salud que conforman el municipio de Pachuca, Hidalgo.

Es probable que pueda sentirse incómoda o con pena con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar las estrategias necesarias para identificar los motivos por los que las mujeres de Pachuca no se realizan la autoexploración, y así realizar las medidas necesarias para favorecer que las mujeres se realicen la exploración de mama identificando a tiempo problemáticas, y contribuyendo así a la disminución de la muerte por cáncer de mama, recordando que el cáncer de mama si se detecta a tiempo es curable.

**SUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN EN LA MÁS ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD.**

Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación y los registros podrán ser examinados por los miembros del proyecto o por autoridades reguladoras autorizadas. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes, durante o después de participar, por favor comuníquese con la Dra. Ana Bertha León Olgún al teléfono: 7712149926 , quien es la Coordinadora de la Investigación.

Con mi firma declaro tener 18 años o más y que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar el cuestionario.

---

Nombre y firma de la Usuaría

---

Nombre y firma del Testigo 1

---

Nombre y firma del Testigo 2

Entrevistador:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_

## ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Enero-October 2013, Noviembre 2013.

ACTIVIDAD	MESES	ENE/FEB	MAR/ABRIL	MAY/JUN	JUL/AGO	SEP	OCT	nov-13	DIC
Elaboracion de L. protocolo		■							
Presentacion			■						
ficio autorizacion de campo				■					
Prueba piloto					■				
Material						■			
Reclutamiento encuestadores						■			
Capacitacion de encuestadores						■			
Logistica						■			
Trabajo de campo						■			
Modificaciones en campo						■			
Procesamiento de datos							■		
Captura de datos							■		
Analisis de datos							■		
Informes								■	
Resultados								■	
Tesis escrita								■	
Presentacion de Tesis autoridades								■	