



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
Área Académica de Ciencias de la Salud
Coordinación de la Maestría en Salud Pública

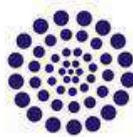
Conocimientos sobre cáncer de mama, intención de conducta para el cuidado mamario y autocuidado de la salud mamaria en mujeres de zonas rurales del estado de Nayarit, México

TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA SALUD COMUNITARIA
Modalidad: Tesis

Aspirante: Armando Franquez Ocegueda

Director de TRT: Dra. Ma. Del Rocío Figueroa Varela
Codirector: MSP. Raquel Rocío Hernández Pacheco

Trabajo realizado con el apoyo de una beca nacional de CONACYT



Junio 2019

Índice

Tabla de abreviaturas	3
Introducción.....	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	8
1.1 Autocuidado	8
1.2 Intención de conducta	10
1.3 Modelo de la Promoción de la Salud (MPS).....	17
1.4 Conocimientos	18
1.5 Barreras para el tamizaje de cáncer de mama	20
1.6 Determinantes Sociales de la Salud.....	21
1.7 Cáncer	24
1.8 Cáncer de mama	26
1.8.1 Epidemiología del cáncer de mama	27
1.8.2 Panorama Epidemiológico en América.....	29
1.8.3 Panorama Epidemiológico de México	31
1.8.4 Panorama Epidemiológico de Nayarit.....	35
1.8.5 Factores de Riesgo	40
1.8.6 Tamizaje o Cribado	42
1.8.7 Impacto Económico del CaMa	44
1.9 Población rural	47
1.9.1 Riesgos de la zona rural.....	48
1.9.2 Vulnerabilidad de las mujeres rurales.....	48
CAPÍTULO II. ANTECEDENTES.....	50
CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	55
CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	58
CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN	59
CAPÍTULO VI. OBJETIVOS.....	60
Objetivo General:	60
Objetivos específicos:	60
CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA.....	61
7.1 Tipo de Estudio	61
7.2 Universo de Estudio	61
7.3 Selección y Tamaño de Muestra.....	61

7.3.1 Criterios de Selección	62
7.3.2 Instrumento de captura de datos	63
7.4 Generación de indicadores	64
7.4.1 Nivel de conocimientos	64
7.4.2 Nivel de intención de conducta	65
7.4.3 Nivel de autocuidado	69
7.4.4 Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para el cáncer de mama	71
7.4.5 Indicador de barreras	72
7.5 Definición operacional de las variables	75
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.	91
8.1 Características de la población	91
8.2 Nivel de autocuidado de las mujeres de zonas rurales	101
8.3 Nivel de intención de conducta para el cuidado mamario de las mujeres de zonas rurales.....	118
8.4 Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales	132
Capitulo IX. Discusión	150
Limitaciones	153
Sesgos	154
Recomendaciones.....	154
Conclusiones.....	155
Referencias Bibliográficas	156
Anexos	179

Tabla de abreviaturas

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ASR	Age Standardized Rate
CaMa	Cáncer de mama
CONAPO	Consejo Nacional de Población
MCS	Modelo de Creencias en Salud
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
TCP	Teoría de la Conducta Planeada
AVP	Años de Vida Perdidos
MPS	Modelo de Promoción de la Salud
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
SS	Secretaría de Salud
TRT	Trabajo Recepcional de Titulación
SOE	Sistema Organizativo de Educación
SOT	Sistema Organizativo del Trabajo
SOLP	Sistema Organizativo de Lucha contra la Pobreza
SOAS	Sistema Organizativo de Atención de la Salud

Introducción

La teoría de la transición epidemiológica que inició en la década de 1940 pretendía explicar los decesos en la mortalidad en Europa en los últimos 200 años. Las investigaciones servían, en un inicio, para realizar análisis sobre la capacidad de las poblaciones para resistir las enfermedades infecciosas, pero con el tiempo tomaron también su lugar las enfermedades no infecciosas. (1). Una de las enfermedades no infecciosas que toma notable presencia en México desde los años de 1970 es el cáncer (2).

El cáncer es definido como un tumor maligno, en general, que se identifica por un crecimiento descontrolado y una propagación celular con la capacidad de producir metástasis(3). De los diferentes tipos, el CaMa es el más frecuente entre las mujeres de América Latina y el Caribe, tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. En el 2012, más de 408, 000 mujeres fueron diagnosticadas de CaMa en América, mientras que 92,000 fallecieron a causa de esta enfermedad(4).

El cáncer tiene sus causas en factores externos (tabaco, organismos infecciosos, químicos y radiación) así como internos (mutaciones hereditarias, hormonas, condiciones inmunes, etc.) y, por lo regular, transcurren entre 10 o más años de exposición a estos factores y la detección del cáncer(5). De modo que, para conservar la salud, existen muchos determinantes. En ese sentido, los determinantes de la salud son un conjunto de condiciones económicas, ambientales, sociales, biológicas, culturales, que comprenden al género, los estilos de vida y sistemas de atención a la salud que afectan o favorecen la salud de las personas y sus comunidades(3).

Existen diferentes modelos de determinantes de la salud, entre los que se encuentran el del modelo de la Comisión de los Determinantes de Salud, de la OMS, y el modelo holístico de Laframboise- Lalonde.

La Comisión de los Determinantes de Salud plantea que se encuentran los determinantes estructurales y los determinantes intermedios, y que los primeros incluyen factores tradicionales de ingreso y educación, mientras que los segundos

las condiciones de vida, de trabajo, los servicios de salud, disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables(6).

El modelo holístico de Laframboise-Lalonde menciona que existen 4 tipos de determinantes: biológicos (estructura genética y constitución orgánica de la persona), medio ambiente (factores externos al humano), estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, etc.), asistencia sanitaria (atención de la salud)(6).

En ese sentido, se considera que la incidencia de CaMa aumenta junto con la esperanza de vida, la aceptación de estilos de vida occidentales y el aumento de estrés en las urbes(7).

Según el modelo holístico de Laframboise- Lalonde, los estilos de vida son las decisiones que toma el individuo respecto a su salud, y en las cuales ejerce cierto grado de control, y comprendería: alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco etc.(6). De ahí que, para adoptar estilos de vida saludables, es necesario hacer intervenciones conductuales que promuevan cambios hacia conductas más saludables(8). Aunque, sin considerar que las conductas individuales de cada persona se ven moldeadas por sus propias características, y son reveladas en la interacción sujeto-medio, provocando que se tome conciencia de la realidad y en concordancia se actué en razón con ella(9).

Es decir, las conductas que emite una persona están relacionadas también a sus conocimientos, creencias y valoraciones, que integran así una intención para efectuar un comportamiento dado(10). Por ello es de vital importancia un diagnóstico temprano y para eso es necesario que las mujeres logren empoderarse mediante las técnicas de autocuidado como lo es la autoexploración(7).

Si bien se reconoce que los grupos vulnerables en México están compuestos por adultos mayores, indígenas y migrantes(11), no deja de reconocerse que en las mujeres habitantes de zonas rurales se presentan inequidades en el acceso a la educación, reducción en programas de apoyo al empleo en el sector agrario, menor

cobertura en servicios de atención a la salud y porcentajes de pobreza más altos que los promedios nacionales(12).

Por lo anterior, este estudio busca describir los conocimientos, intención de conducta y prácticas de autocuidado de la salud mamaria en las mujeres de la zona rural.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Autocuidado

Desde los orígenes de la humanidad, los seres humanos han llevado a cabo una serie de conductas que le valieron con el tiempo para la sobrevivencia de la especie. Esas actividades que inició por un instinto de sobrevivencia fueron las primeras acciones de autocuidado que se relacionan directamente con el sentido común que, según algunos autores, se encuentra construido históricamente dentro de un sistema cultural haciéndolo particular según su tiempo(13). Para Colliere, cuidar es “un acto de vida que permite que la vida continúe y se desarrolle de ese modo, luchar contra la muerte; también es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida”.(14)

Es decir, que el ser humano tiene la aptitud para cuidarse y realizar conductas de autocuidado que aprende a lo largo de la vida, fundamentalmente a través de la comunicación al interactuar con otras personas. Es por ese motivo, que no es raro reconocer en los seres humanos tienen rutinas de autocuidado aprendidas en el núcleo familiar, la escuela y su interacción con amigos(15). Así pues, el autocuidado también tiene componentes culturales que cambian con las personas y los amplios grupos sociales(16)

Por ello, el autocuidado es una gama de promoción de la salud, y son las actividades realizadas por el paciente para su propio tratamiento, frecuentemente guiado por un profesional de la salud. Para la población en general, el cuidado que se realiza uno mismo puede estar asociado a la prevención de enfermedades, atender pequeñas dolencias, tratar la salud física-mental de rutina y realizar una autoevaluación. El autocuidado además puede involucrarse en la rehabilitación, manejo de síntomas y control de las condiciones que tienen que ver con pacientes con alguna discapacidad o enfermedad crónica(17).

Asimismo, autocuidado se aplica a diversas enfermedades y abarca varias medidas para cuidarse, protegerse y prevenir completamente cualquier tipo de trastorno que

dañe la salud, sin la asistencia obligatoria del personal sanitario(18). Así, el autocuidado se concibe como el conjunto de todas las acciones que un individuo realiza para mejorar su salud y evitar daños(13). Además, las prácticas de autocuidado son comportamientos aprendidos que tienen como objetivo regular y mantener la integridad de la estructura humana. Teniendo en cuenta que, a su vez, éstas se hallan limitadas entre factores como el conocimiento, la motivación y habilidades personales(19).

Una de recomendaciones para el autocuidado es la autoexploración, y en el caso de la detección oportuna de CaMa, se dan las siguientes recomendaciones:

- Autoexamen mamario de manera organizada y mensual después de los 18 años siete días después de terminada la menstruación.
- Examen clínico mamario una vez al año después de los 30 años y detectar factores de riesgo (estrategia realizada por el médico).
- Mamografía anual de tamizaje en mujeres sin síntomas después de los 40 años.
- Realizar un ultrasonido mamario, el cual será elección de las mujeres menores de 35 años con patología mamaria(20).

La evidencia nos indica que aunque la autoexploración tiene una sensibilidad baja (26 a 41%), los datos epidemiológicos indican que en México y en algunos países en desarrollo la mayoría de los cánceres de mama son detectados por la paciente (70%) (20). En México el 90% de los casos de CaMa son detectados por las pacientes(21).

Por esto, se han establecido dos modelos a la hora de intervenir en la mejora de la salud colectiva, bien desde el modelo de déficit (centrado en la enfermedad y en los factores de riesgo) o bien desde el modelo promotor de salud que pone atención en el empoderamiento y la intervención en los entornos vitales de las personas, favoreciendo el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su salud(22).

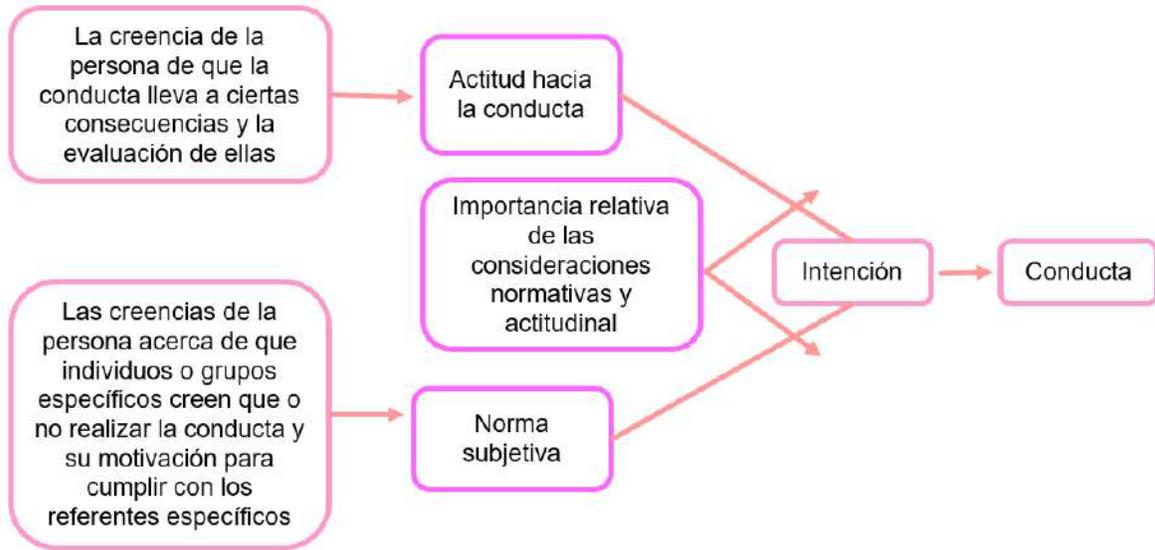
1.2 Intención de conducta

Entre las variables psicosociales, una con la que se ha estudiado el comportamiento es el constructo llamado actitud. En 1935, Allport consideró a la actitud como un estado neuronal o mental con predisposición, que se organiza a través de la experiencia, teniendo influencia directa y dinámica en la reacción de la persona en todos los objetos o situaciones con las que se encuentra relacionado(23).

La Teoría de la Acción Razonada fue una de las primeras teorías que buscó explicar la conducta basada en actitudes(23), en ella se menciona que la conducta se ve influenciada por la intención de conducta, y ésta a su vez está influenciada por la actitud y la norma subjetiva. Es decir, una persona toma decisiones en función de la valoración de los resultados de su comportamiento y de los que espera al realizar dicho comportamiento con respecto a lograr los resultados deseados(24).

La Teoría de la Acción Razonada afirma que la intención de una persona para llevar a cabo o no una conducta es la determinante inmediata de una acción(25). La teoría se apoya sobre dos elementos: lo cognitivo, la actitud para realizar la conducta, o sea, esas predisposiciones ya aprendidas que están para responder a un objeto de forma favorable o desfavorable; el otro elemento es sobre la percepción social que se denomina la norma subjetiva, esto es, creencias de la persona sobre lo que piensan las personas significativas para él (familia, amigos, compañeros del trabajo) sobre lo que tiene que hacer en la realización de una conducta. Así, la conducta del sujeto se conforma por dos subcomponentes: creencias de la persona acerca de las consecuencias de realizar una conducta y la valoración que realice sobre las consecuencias y las creencias de información (se obtienen de otros acerca de un objeto) (23).

Figura 1: Modelo de la Teoría de la Acción Razonada.

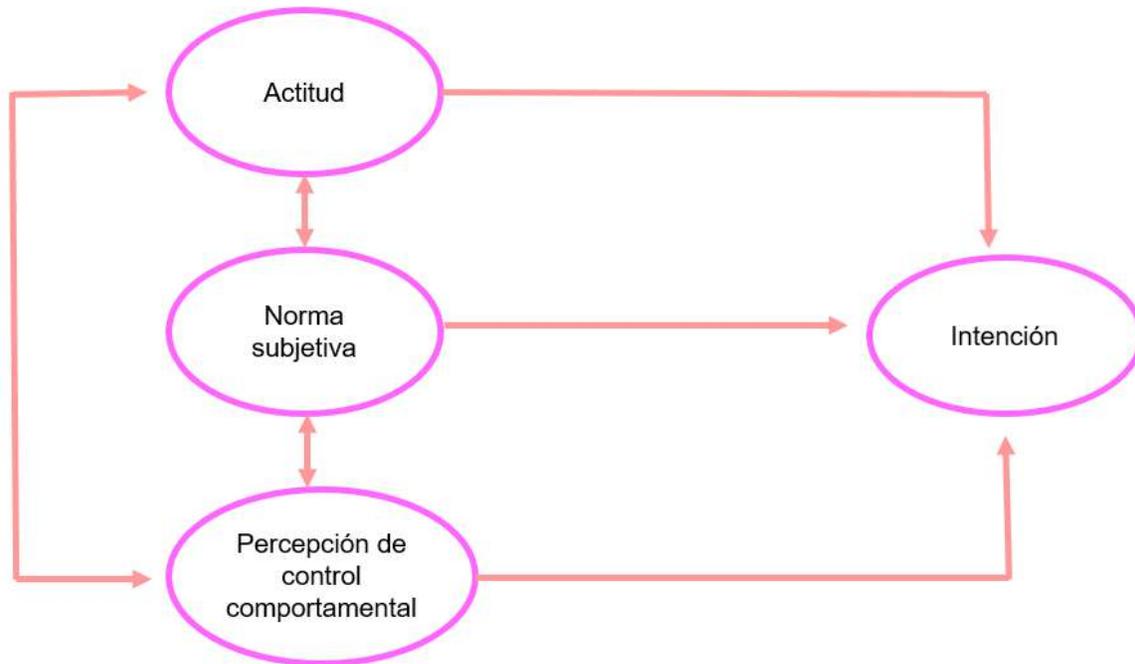


Fuente: Fishbein, 1980 (25).

Las creencias son definidas como la posibilidad subjetiva de asociación que existe entre el objeto de creencia y algún objetivo, concepto, valor o atributo. Existen creencias descriptivas (se dan de la observación directa del objeto dada por la persona), creencias inferenciales (se obtienen de la relación que mantiene el sujeto con otra persona)(25). Por otra parte, la norma subjetiva es el resultado de una serie de normativas de la persona, es decir, percepciones sobre las expectativas que otras personas significativas tienen sobre su conducta y que termina siendo la causa que le motiva para complacerlos(23).

En este modelo psicológico a partir de diversas revisiones empíricas se apoya la relación de intención sobre una gran variedad de conductas saludables. Así, en los antecedentes se explica la norma subjetiva (percepción del individuo sobre las presiones sociales que tiene para realizar la conducta), la actitud hacia la conducta (valoración de la persona sobre la conducta) y control comportamental percibido, se refiere a la percepción de la persona para realizar una conducta(26).

Figura 2: Modelo de la conducta planeada.



Fuente: Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿Qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? Atención Primaria (26).

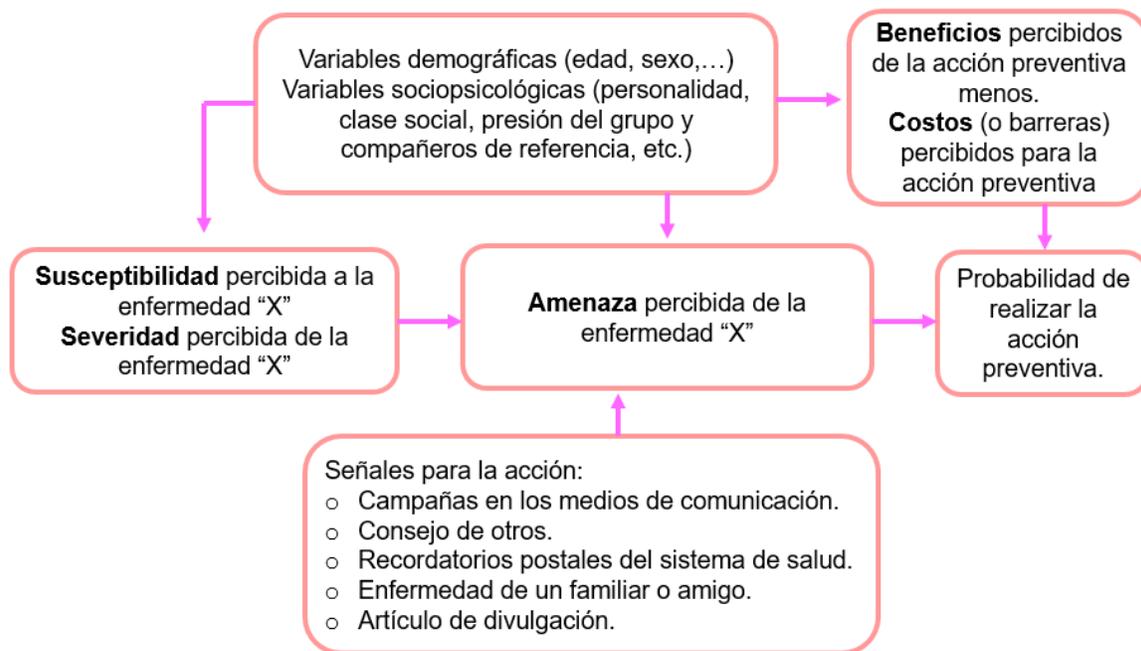
1.3 Modelo de Creencias en Salud (MCS)

La creencias en salud se presentan en repetidas ocasiones como antecedente de las teorías y modelos psicosociales que dominan el estudio del cambio de conductas en salud, siendo el eje o contribuyendo a la mayoría de las propuestas que explica la literatura(27). El MCS fue desarrollado hacia 1950 por un grupo de psicólogos que formaban parte del Public Health Service de Estados Unidos. La primera aproximación que hicieron fue para encontrar respuesta a una cadena de problemas sociales que estaban relacionados con la educación para la salud; el propósito era entender la falta de participación pública en la realización de conductas que permitieran una detección precoz de enfermedades(28).

Aunque a un principio el modelo se propuso predecir y explicar las conductas preventivas en salud, considerándolas como el resultado de la función interactiva de algunas creencias que los hombres y mujeres tienen. Luego comenzó a ser adaptada a las respuestas de las personas, a los síntomas y también a la conducta en respuesta a los padecimientos ya diagnosticados, haciendo hincapié a la aceptación y seguimiento al tratamiento médico(27).

El modelo se centra en la posibilidad de realizar una acción para prevenir una enfermedad, siendo el resultado de un proceso en que el individuo debe creer diversas cuestiones, en primer lugar que es susceptible de presentar una enfermedad, segundo que de ocurrir la enfermedad es posible tener una severidad moderada en su vida y tercero, que al realizar acciones que puede realizar con facilidad o eficacia puede favorecer la reducción de la susceptibilidad y la severidad(29), siendo más importantes que las barreras psicológicas que relacionan a los costos, dolor, conveniencia, incomodidad del examen o de la acción preventiva(27).

Figura 3: Modelo de Creencias sobre la Salud.



Fuente: Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva de acuerdo a Becker y Maiman (1975) (28).

De acuerdo con el MCS, de suceder las tres premisas de manera simultánea, se favorece a la asimilación de patrones de conducta que servirían para conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades(30). Aunque es importante resaltar que el comportamiento de las personas recae principalmente en dos variables; a) el valor que el individuo atribuye a una determinada meta y b) la estimación de que ese individuo posiblemente realice la acción dada para llegar a su meta(28).

Entre las ventajas que otorga el MCS, es la oportunidad de reconocer variables en la conducta saludable, haciendo uso de las variables modificables a través de intervenciones educativas como, por ejemplo, reducir la creencia percibida en barreras y maximizando los beneficios(29). Así pues, según lo planteando en este modelo, es posible predecir la ocurrencia de una conducta de salud cuando la persona se percibe susceptible a una alteración de salud que le amenaza, que contempla como seria y en la cual considera que tomar una acción eficaz y factible puede ser benéfico(28).

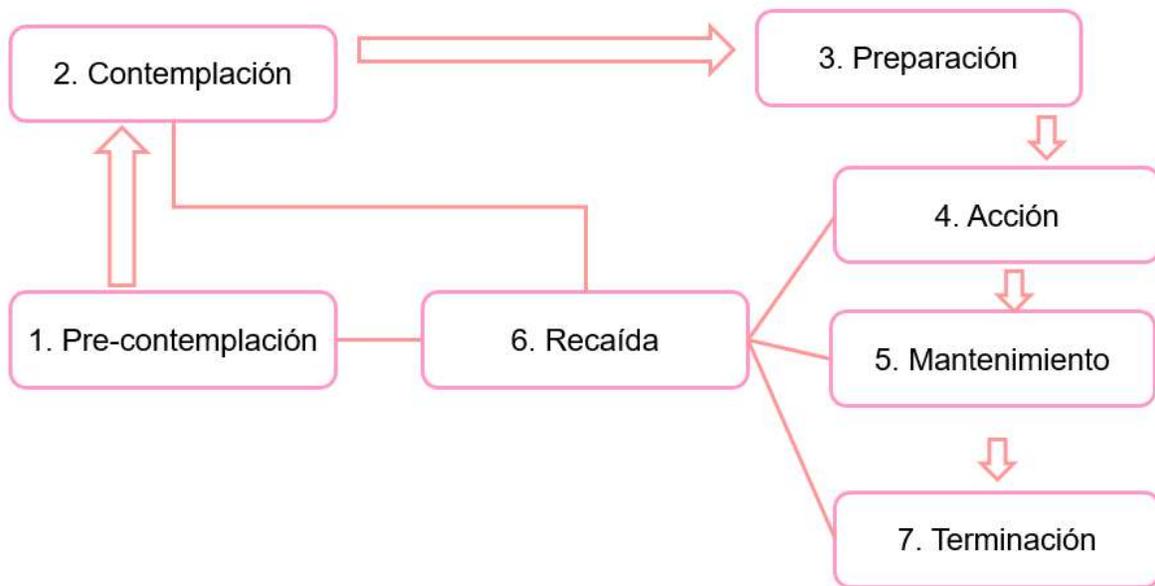
Además, se ha sugerido que hay dos tipos principales de retraso para el cuidado de la salud: el primero asociado al paciente y la búsqueda de atención médica que se presenta después del autodescubrimiento de un posible síntoma de CaMa, y por otro lado el retraso del sistema, que es el tiempo de demora de la programación de una cita médica para recibir un diagnóstico y tratamiento(31).

Aunque el autoexamen de CaMa al parecer no reduce las muertes por cáncer, sí ayuda a las mujeres a conocer mejor los senos, y, el examinarse regularmente, recuerda la importancia de la mamografía y la visita frecuente al médico(14).

1.4 Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico se encuentra basado en la hipótesis de que el cambio de comportamiento es una transformación y que los sujetos tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio(32). Su principal fortaleza radica en su ya verificada capacidad de aumentar la velocidad de los cambios de comportamiento, en las poblaciones intervenidas según sus variables y constructos explicativos. Así, este modelo es un mapa de gran utilidad para saber en qué punto del proceso de cambio se encuentra una persona(33).

Figura 4: Modelo Transteórico.



Fuente: Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria(33).

Tabla 1: Etapas del Modelo Transteórico.

Etapa comportamental	Definición	Comportamiento
1. Pre-contemplación (Rojo)	Considera que el CaMa en la mujer es un problema actual, sin embargo no muestra interés en ninguna de las acciones preventivas.	Si sabe que el CaMa es un problema pero no acude de los servicios de salud.
2. Contemplación (Rojo)	A pesar de la importancia de la detección del CaMa no realiza ninguna acción preventiva en su persona.	No ha acudido a cita en medicina preventiva, ni con personal médico, además de no realizarse la autoexploración mamaria.
3. Preparación (Amarillo)	Efectúa algunas acciones como la autoexploración mamaria, acude a cita anual para la exploración clínica mamaria y mamografía.	Sabe realizarse la autoexploración, y considera necesario acudir a cita médica para la exploración clínica anual y la mamografía (si corresponde de acuerdo a edad o protocolo).
4. Acción (Verde)	Realiza adecuadamente las 3 acciones de detección de CaMa (Autoexploración examen clínico y mamografía).	Estas se encuentran registradas en la cartilla de salud.

5. Mantenimiento	Además de la realización de las 3 acciones de detección específicas, mantiene hábitos saludables que contribuyen a evitar la enfermedad.	Evita el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo; se mantiene sana.
------------------	--	--

Fuente: Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria(33).

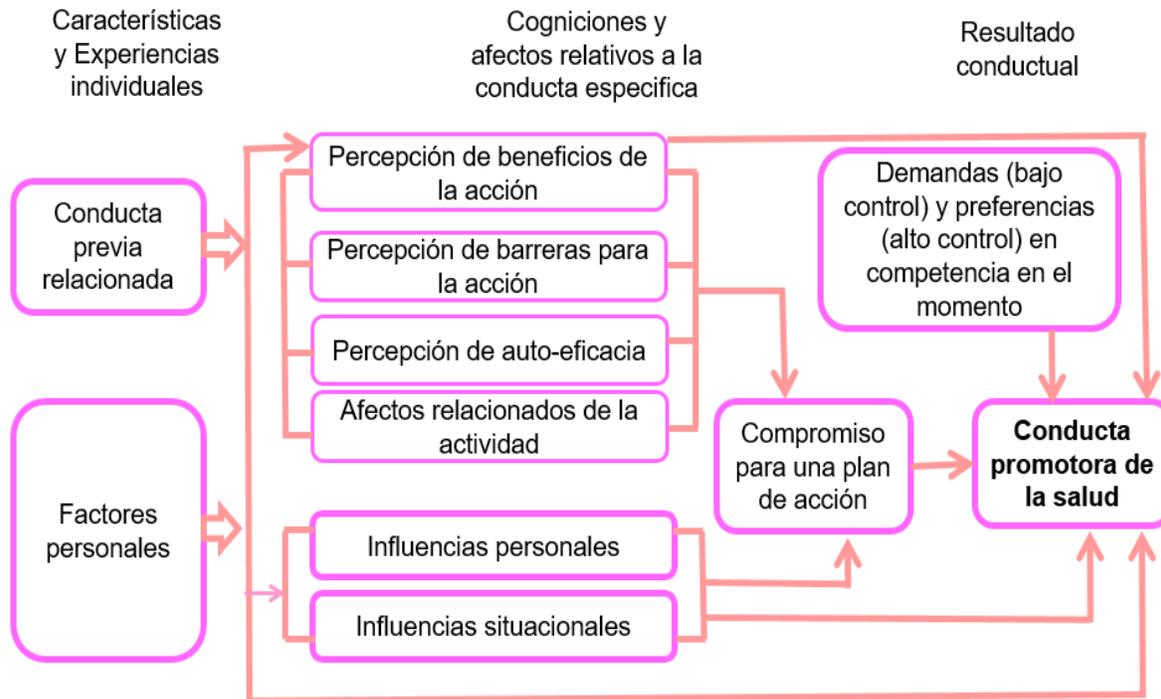
1.3 Modelo de la Promoción de la Salud (MPS)

El MPS de Nola Pender establece que varios aspectos como las características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales están enlazados con las conductas de salud que se pretenden obtener. El modelo se sustenta en la teoría de aprendizaje social, de Albert Bandura, y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana, de Feather(34).

La teoría del aprendizaje social establece que se aprende la conducta social a través de observar e imitar y mediante recompensas y castigos(35). Asimismo establece cuatro condiciones necesarias para que éstas conductas se aprendan y modelen: atención (estar pendiente de lo que ocurre), retención (acordarse de lo observado), reproducción (capacidad de copiar la conducta) y motivación (tener un buen motivo para acoger esa conducta)(34).

La valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, considera que el elemento motivacional esencial para obtener un resultado es la intencionalidad. Es decir, cuando existe una intención clara, concreta y definida para lograr una meta, crecen las posibilidades de alcanzar el objetivo. La intencionalidad, debe ser comprendida como el compromiso propio con la acción, constituye un componente motivacional determinante, que se refleja en el análisis de las conductas voluntarias guiadas al logro de las metas proyectadas(34)

Figura 5: Modelo de Promoción de la Salud.



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En Cid PH, Merino JE., Stieповich JB(34)

El modelo se conforma de nueve conceptos que se encuentran ubicados dentro de tres categorías: a) características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales), b) cogniciones específicas de la conducta y afecto (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, actividades relacionadas al afecto), influencias interpersonales e influencia situacional y c) resultado conductual (conducta de promoción de la salud)(36). Luego se plantea que las características y experiencias individuales al igual que los conocimientos y afectos específicos de la conducta conducen a la persona a participar o no en conductas de salud(34).

1.4 Conocimientos

El arma más importante que tiene el hombre para enfrentarse a la naturaleza y lograr sobrevivir es, sin duda, el conocimiento(37). La identificación de los factores de riesgo y el conocimiento son los principales desafíos para la prevención y

promoción del cáncer(38). Uno de los factores que más han ayudado al hombre es el lograr anticipar lo que va a suceder, pues es en la búsqueda del saber controlar la naturaleza y actuar sobre ella de manera eficaz que logra identificar un nuevo conocimiento de la realidad que le permite sobrevivir(37).

Conocer se puede definir como el proceso a través de cual la persona se vuelve consciente de su realidad y es en el individuo donde se presentan un conjunto de representaciones de las que no existe duda en cuestión de veracidad(39). Asimismo, el conocimiento remite a recordar sucesos específicos, a la facultad de emplear los hechos concretos para dar solución a problemas, o incluso enviar conceptos con los conocimientos adquiridos acerca de un hecho en particular(19).

En el conocimiento se encuentra lo declarativo, que es funcional en la medida en que corresponde a acontecimientos preventivos y sus características, sean lingüísticas o físicas. Lo dicho, escrito, leído, escuchado o lo ocurrido son las formas en las que toma sentido el conocimiento declarativo. Por otra parte el conocimiento para la acción se vuelve funcional en la medida en que la persona haya actuado o reaccionado en el pasado con condiciones, personas, sucesos que se conocen(40).

El conocimiento tiene una relación de reciprocidad, pues entre mayor sea el conocimiento, son mayores las prácticas de autocuidado, y viceversa(14). Además, el conocimiento y las opiniones que puede tener una mujer sobre el CaMa así como su tratamiento pueden contribuir significativamente en las conductas al momento de buscar ayuda médica. Es decir, la deficiencia de conocimientos puede ocasionar una detección tardía que pueda significar una etapa más avanzada del cáncer y con ello obtener poco o ningún beneficio en cualquier forma de terapia(41).

Por ello, es importante que se considere que la falta de conocimiento es un factor relevante al realizar pruebas de detección de cáncer, ya que la información correcta sobre el cáncer y los métodos de detección para los grupos con alto riesgo puede significar la reducción de creencias equivocadas(42). De ahí que, en la práctica de detección temprana de CaMa, juega un papel importante que la mujer tenga

conocimiento de la mama, es decir, que la mujer se familiarice con la apariencia y sensaciones normales de sus senos(43).

1.5 Barreras para el tamizaje de cáncer de mama

En América Latina se han realizado estudios para determinar las barreras que enfrentan las mujeres para realizarse la mamografía. Entre estos podemos observar el estudio realizado en 2015 por Jerome-D'Emilia (44) que en su revisión sistemática encontró que los principales predictores para realizarse la mamografía en la población hispana se encuentran la edad, la educación, el ingreso económico, tener una condición de aseguramiento que les permita una atención regular. El fatalismo (creencia de que la muerte es inevitable al detectarse el cáncer) fue una barrera sociocultural. El familismo (sentido de apoyo, pertenencia, identidad y finalidad que se obtiene de la familia), mostro ser una barrera para las mujeres que no se realizan la mamografía y un factor positivo para las que si se lo realizan, esto en los términos de que la mujer considere como mayor prioridad cuidar a su familia antes que cuidarse ella misma.

En la revisión sistemática realizada en 2015 por Azami y colaboradoras (45) se encontró que, las barreras más importantes son las barreras de acceso (financieras, geográficas, culturales), el miedo (de los resultados y el dolor), conocimientos (sobre la detección del CaMa, olvido de la existencia de los servicios de cribado, la forma de usar los servicios, la mala información y la consulta de malas fuentes de información), el desempeño de los proveedores de los servicios, las creencias de las mujeres, la postergación de los estudios, la vergüenza, las espera para conseguir una cita, los problemas de lenguaje y el tener experiencias negativas con la mamografía.

En un estudio realizado en 2009 por Klaus Pu"schel y colaboradores (46) se obtuvo que la detección de anormalidad durante la autoexploración fue el principal motivo para realizarse una mamografía y que la categoría "miedo, vergüenza y secreto" en la mayoría de los grupos y el fatalismo fueron los factores culturales que más influyeron al momento de decidir realizarse o no la mamografía.

1.6 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes de salud son el conjunto de condiciones biológicas, ambientales, sociales, económicas, culturales que comprenden al género, los estilos de vida y sistemas de atención a la salud que afectan o favorecen la salud de las personas y sus comunidades(3).

Desde el tiempo del mundo griego ya se tenía una noción sobre la procedencia de los fenómenos de salud. Los hombres de aquellos tiempos tenían la creencia de que si vivían de acuerdo a la razón y el culto a la virtud, podrían mantenerse sanos. El ideal *mens sana in corpore sano* de Hipócrates (460 a.c.) consiguió en su tiempo explicar los factores naturales que influían en la enfermedad. Estos conocimientos permanecieron en el olvido durante el Medievo(22).

Es a inicios de la Edad Moderna durante el proceso de la Revolución Industrial, cuando se comienza a dejar atrás las ideas mágicas y supersticiosas de las épocas anteriores y se comienzan formar asociaciones entre las diferentes situaciones de salud y las condiciones de vida(22). Con el tiempo se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación. Asimismo, hace su aparición de la salud pública y la epidemiología para controlar la gran cantidad de enfermedades infecciosas que se estaban presentando en los pobres que trabajaban en las grandes fábricas(47).

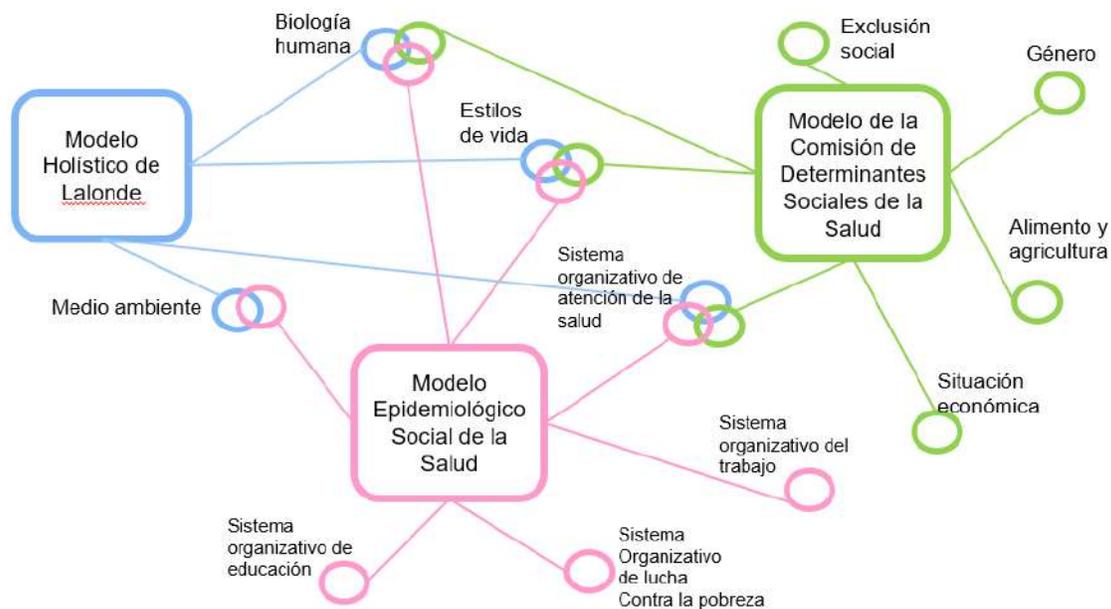
Tras la Segunda Guerra Mundial se vuelve a poner en claro la relación entre los determinantes que influyen en la salud(22). En Julio de 1946 se funda la Organización Mundial de la Salud, un organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos de la salud, actuando como autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo. En el año 2008 fue publicado por la OMS el informe de la Comisión sobre “determinantes sociales de la salud”(48).

Esta Comisión de los Determinantes de Salud propone que los determinantes estructurales son aquellos que producen estratificación social. Estos factores

incluyen el ingreso y la educación(6). En los últimos años se han creado diferentes modelos para mostrar los mecanismos por los que se encuentran vinculados los diferentes tipos de determinantes sociales y permiten de este modo identificar los puntos clave en los que se debe actuar con políticas. Además, los modelos sirven para el análisis de las inequidades en salud, pues tener desigualdad en las condiciones de vida es la causa de lo que son desigualdades en el estado de salud(22).

Entre los modelos de los determinantes sociales de la salud se encuentran: El Modelo Holístico, el Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y el Modelo Epidemiológico Social de la Salud.

Figura 6. Comparación de los Modelos de Determinantes Sociales



Fuente: Elaboración propia, con información del Modelo Epidemiológico Social de la salud, para la planeación de la política sanitaria(49) y los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos (6)

Si bien el aporte que hizo el Modelo Holístico de Laframboise- Lalonde sigue siendo de gran importancia en salud pública, mientras la definición de los estilos de vida propuesta por este autor deja terreno para la modificación de conducta desde los cambios que se pueden hacer en la alimentación, el consumo de alcohol, el

consumo de tabaco, la actividad física, que en sí son decisiones tomadas por el individuo, pero que tienen, a diferencia de otros determinantes propuestos por el mismo modelo, un mayor grado de control(6).

Por su parte la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, hizo consultas en las sedes de las seis regiones en que interviene la OMS en el mundo con la información. Hizo las siguientes recomendaciones(48):

- Mejorar las condiciones de la vida cotidiana(50), en otras palabras, las condiciones en que un pueblo nace, crece, vive, trabaja y envejece(51).
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos(50), esto es, los factores estructurales necesarios para proteger las condiciones de vida, en el nivel mundial, nacional y local(51).
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones(50), extender la base de conocimientos, equiparse de recursos humanos capacitados en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la mayoría de las personas al respecto(51).

Entre estas recomendaciones se refleja el énfasis en el mejoramiento de las condiciones de vida, pues las investigaciones han encontrado una correlación entre algunos estilos de vida para reducir las principales enfermedades crónicas y la mortalidad al adoptar hábitos de estilos de vida saludable (8). Algunos de los factores de riesgo potenciales para el CaMa detectados por esta Comisión fueron el estilo de vida son el sobrepeso u obesidad, el uso de terapia hormonal después de la menopausia (en especial la terapia que combina estrógenos-progesterona), la inactividad física, y consumir una o más bebidas alcohólicas por día(20).

El Modelo Epidemiológico Social de la Salud considera las causas de la salud y la enfermedad actuales que hacen referencia a la morbilidad y mortalidad asociada a los factores de riesgo, pero bajo la perspectiva de determinantes sociales que van a ser utilizados como guía en la planeación de la política sanitaria mexicana. Este modelo se integra por siete elementos determinantes de la salud, que son parte de un contexto de determinantes sociales: 1) Sistema Organizativo de Educación

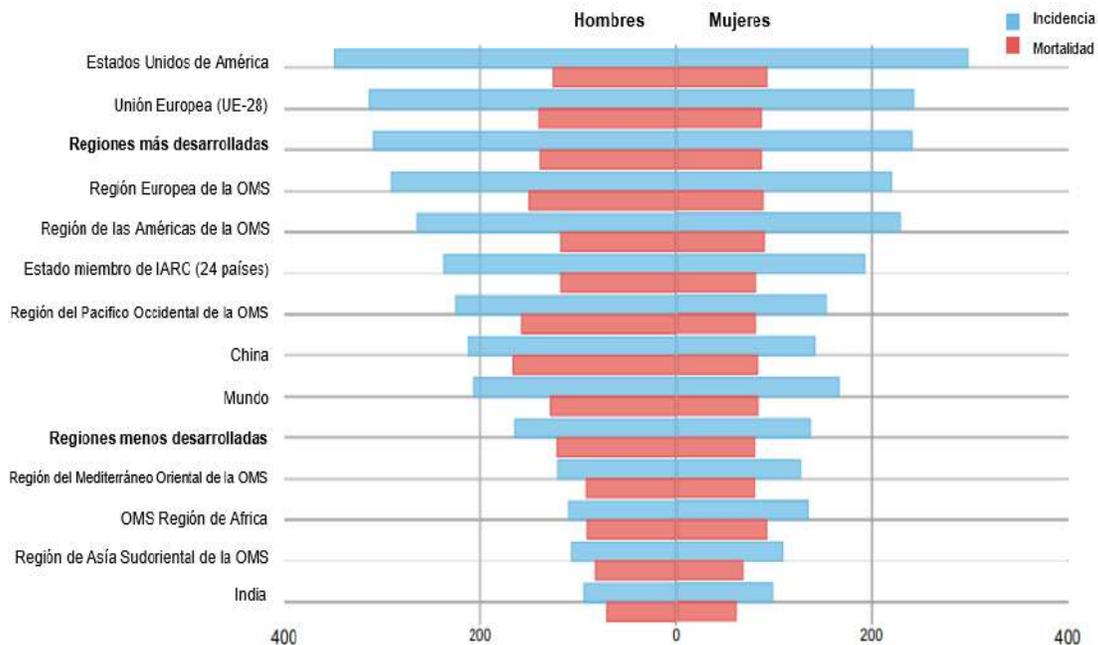
(SOE), 2) Sistema Organizativo del Trabajo (SOT), 3) Sistema Organizativo de Lucha contra la Pobreza (SOLP), 4) Estilo de Vida, 5) Medio Ambiente, 6) Población, 7) Sistema organizativo de Atención de la Salud (SOAS)(49).

1.7 Cáncer

El cáncer es aquel tumor maligno que pierde el control de crecimiento y la multiplicación celular tiene la capacidad de producir una metástasis(3). Este trastorno biológico se caracteriza por un desequilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; tal alteración causa el desarrollo de una clona que tiene la capacidad de apoderarse y deshacerse de los tejidos que estén próximos, además puede extenderse a sitios distantes, con formación de nuevas colonias o diseminación metastásica(5).

La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (International Agency for Research of Cáncer,IARC) estimó para el año 2012 una incidencia de 14.1 millones de casos de cáncer, 8.2 millones de muertes por cáncer y 32.6 millones de personas que viven con cáncer dentro de los 5 años de diagnóstico(52).

Figura 7: Incidencia y mortalidad de cáncer en el mundo.

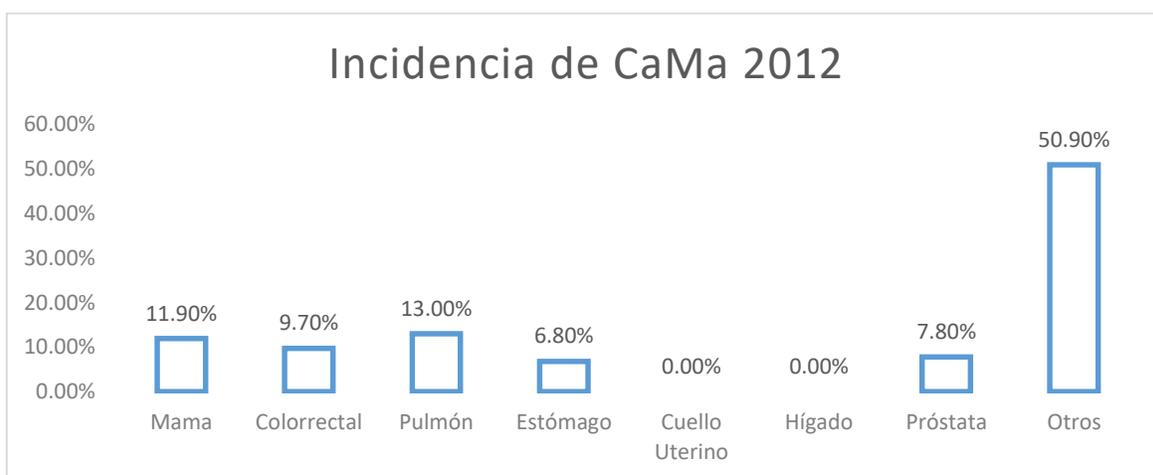


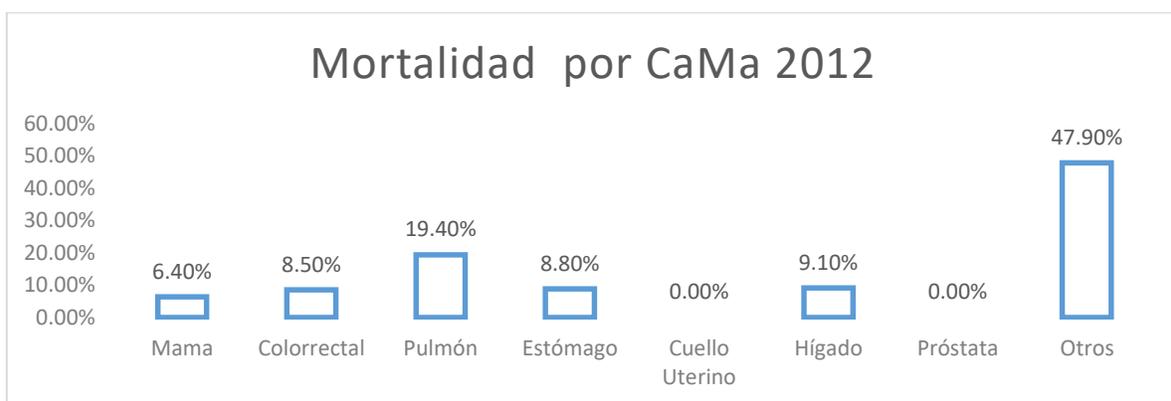
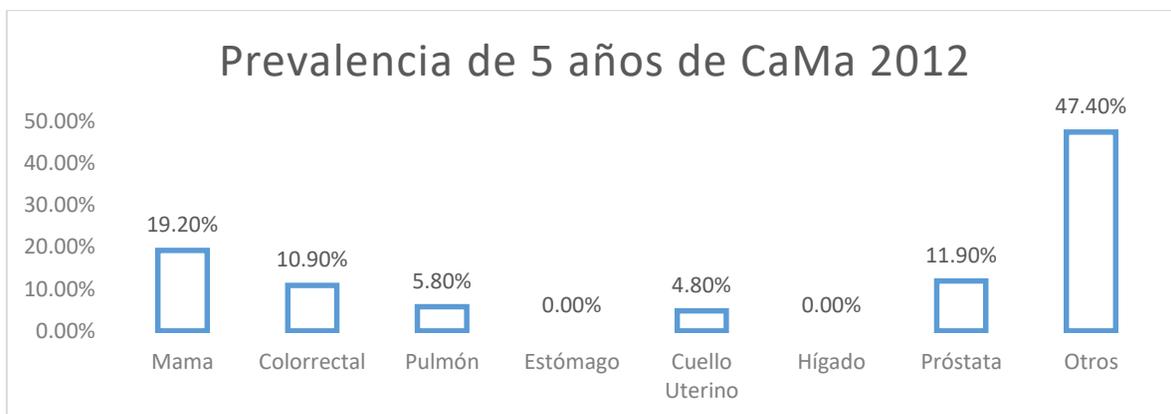
Fuente: La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, 2012

En las regiones menos desarrolladas ocurrieron: el 57 % (8 millones) de incidencias, el 65% (5.3 millones) de las muertes por cáncer y el 48% (15.6 millones) de los casos prevalentes de cáncer de 5 años de diagnóstico(52). Ver Figura 1 donde se puede observar que existen más incidencias en las regiones desarrolladas.

Asimismo existe una distribución en la que se muestran las principales incidencias, prevalencias de 5 años y la mortalidad en las que se aprecia que la principal incidencia para el 2012 fue el cáncer de pulmón (13 %), seguido por el CaMa (11.9). Por otra parte, en el gráfico (figura 2) de prevalencia se observa que el CaMa representa el primer puesto (19.2%) y después el cáncer de próstata (11.9%); y en el gráfico de mortalidad se observa una mayor mortalidad por causa de cáncer de pulmón (19.4 %), seguido por cáncer de hígado (9.1%)(53).

Figura 8, 9, 10: Incidencia, prevalencia a cinco años y mortalidad de diferentes tipos de cáncer en el mundo.





Fuente: La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, 2012

La alta letalidad y las manifestaciones clínicas de cáncer lo convierten en un problema de salud pública, pero es de mencionar que no es el único motivo pues también se encuentra la gran variedad de factores de riesgo individuales y ambientales con los que se asocia(5). Además, el cáncer hoy en día afecta a toda clase de personas, sin distinción de edad, situación socioeconómica, sexo, etcétera, impactando no solo a quienes la padecen, sino a sus familias y a las sociedades en su conjunto (54).

1.8 Cáncer de mama

El CaMa es la multiplicación descontrolada de las células de la mama(55). Es decir, el CaMa es un adenocarcinoma que puede ser ductal (90% de los casos), lobulillar (4%) y además el mixto (6%)(20).

La neoplasia más común entre las mujeres es el CaMa. Asimismo el CaMa se desarrolla en las células de los acinos, los conductos lactíferos y los lóbulos de la mama (56). La NOM-041-SSA2-2011 denomina como CaMa hereditario, a la condición transmitida genéticamente que incrementa el riesgo de desarrollar CaMa (57).

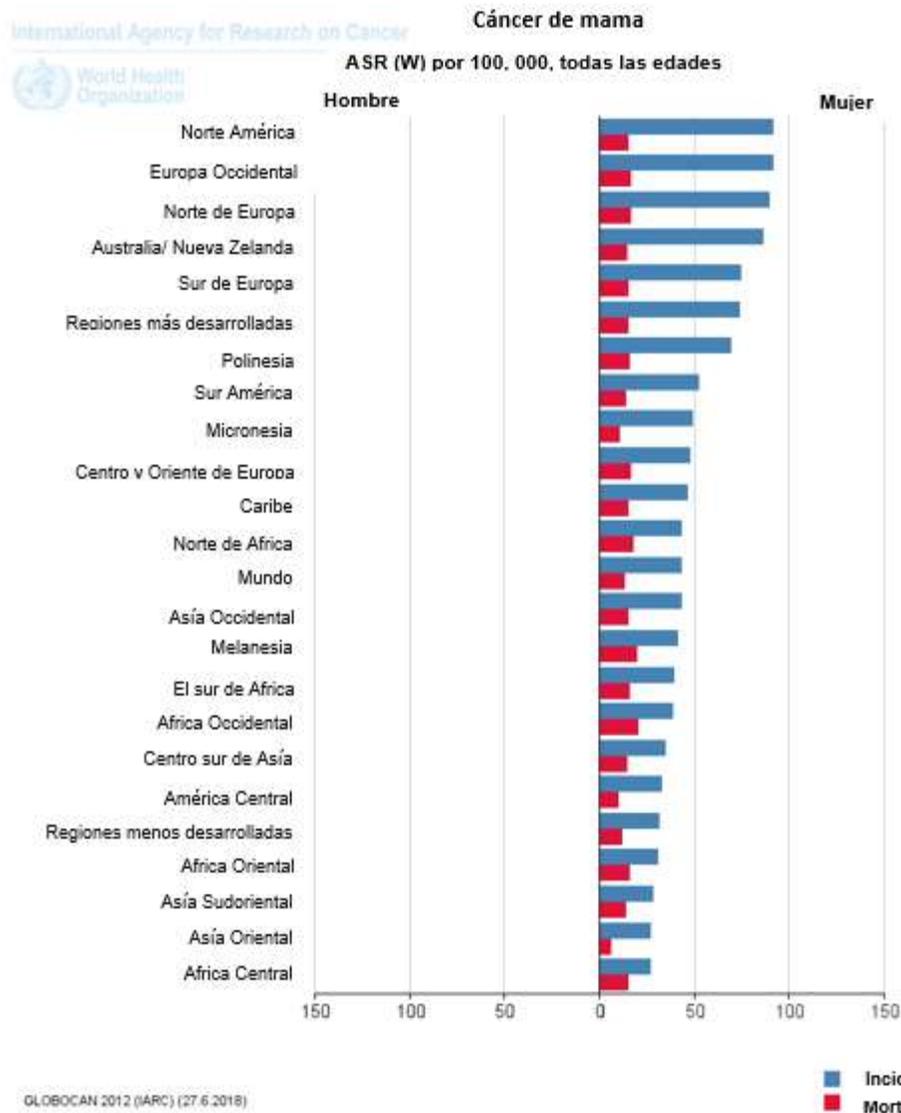
En la actualidad las posibilidades de supervivencia para los pacientes de CaMa han aumentado en comparación con otros cánceres más hostiles, probablemente sea porque el tejido mamario no es físicamente un órgano necesario para la supervivencia de la persona. No obstante, las alteraciones mentales y emocionales que quedan después de la mastectomía, así como las muertes debido a recaídas o el desarrollo de una metástasis siguen poniendo en grave peligro para la salud de las mujeres(58).

1.8.1 Epidemiología del cáncer de mama

El CaMa en mujeres es un serio problema de salud pública en México, tanto en Latinoamérica y el Caribe como en otras regiones del mundo, además de ser una amenaza grave para la salud de la mujer lo es también para el bienestar de sus familias, los sistemas de salud y la misma sociedad(59).

En el año 2012, el CaMa fue el cáncer femenino más frecuentemente diagnosticado en todo el mundo. Así, significó un 25 %, es decir, 1. 7 millones de incidencias(60). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 el CaMa ocasionó 8,8 millones de defunciones, tomando el segundo lugar como causa de muerte en el mundo(61). Se destaca que las naciones con mayor desarrollo son las que presentan más incidencias (tres veces más que en naciones con menor desarrollo)(62). Ver figura 3 donde se observa que las naciones con mayor desarrollo tienen una mayor incidencia en comparación a las de menor desarrollo.

Figura 11: Incidencia y mortalidad de cáncer de mama en el mundo.



Fuente: La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

El CaMa es segundo cáncer más común en planeta y, por lejos, el cáncer que más presenta en mujeres con un estimado de 1.67 millones de incidencias diagnosticadas en el 2012 (25% de todos los cánceres). Se considera el cáncer más común entre las mujeres tanto en las regiones más y menos desarrolladas, con un poco más de casos en las regiones con menor desarrollo (883,000 casos) que en

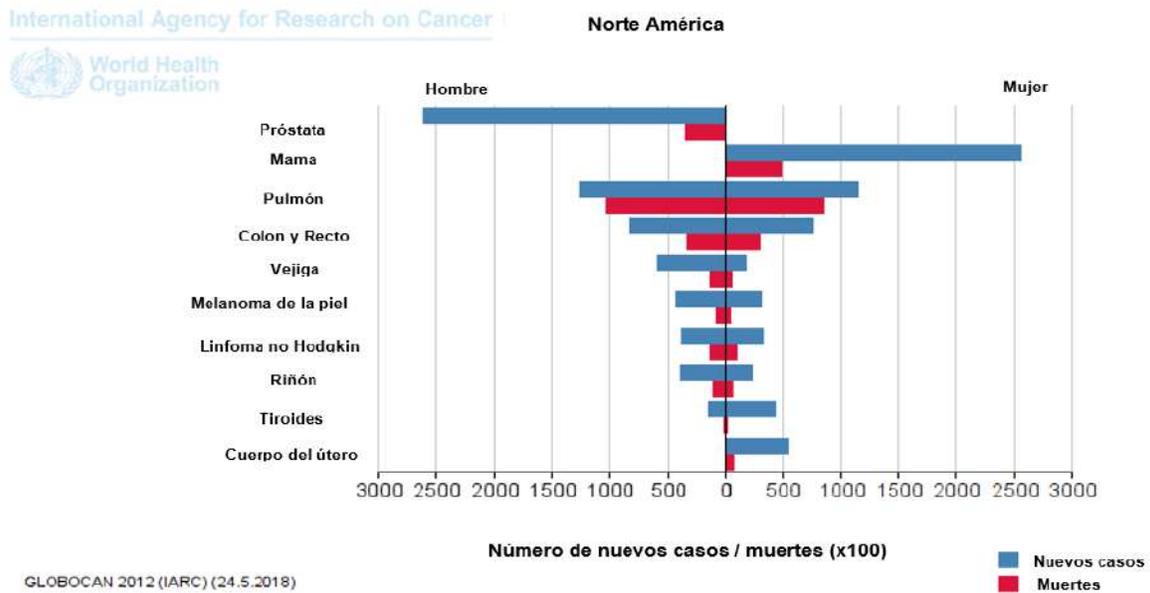
regiones más desarrolladas (794,000). Las tasas de incidencia cambian casi cuatro veces en todas las regiones del planeta, con tasas que van desde 92 por 100 000 en América del Norte a 27 por 100 000 en África central y Asia oriental(63).

El CaMa es la quinta causa de muerte por cáncer en general (522, 000 muertes), en las regiones menos desarrolladas significa 324, 000 muertes y en las regiones más desarrolladas 198, 000 muertes. El rango de las tasas de mortalidad entre las regiones del planeta es menor que la de casos nuevos debido a que la supervivencia es más favorable en las regiones desarrolladas que aun teniendo altas incidencias sus tasas de mortalidad varían de 6 por cada 100 000 en el caso de Asia oriental y en el caso de África occidental de 20 por cada 100 000(63).

1.8.2 Panorama Epidemiológico en América

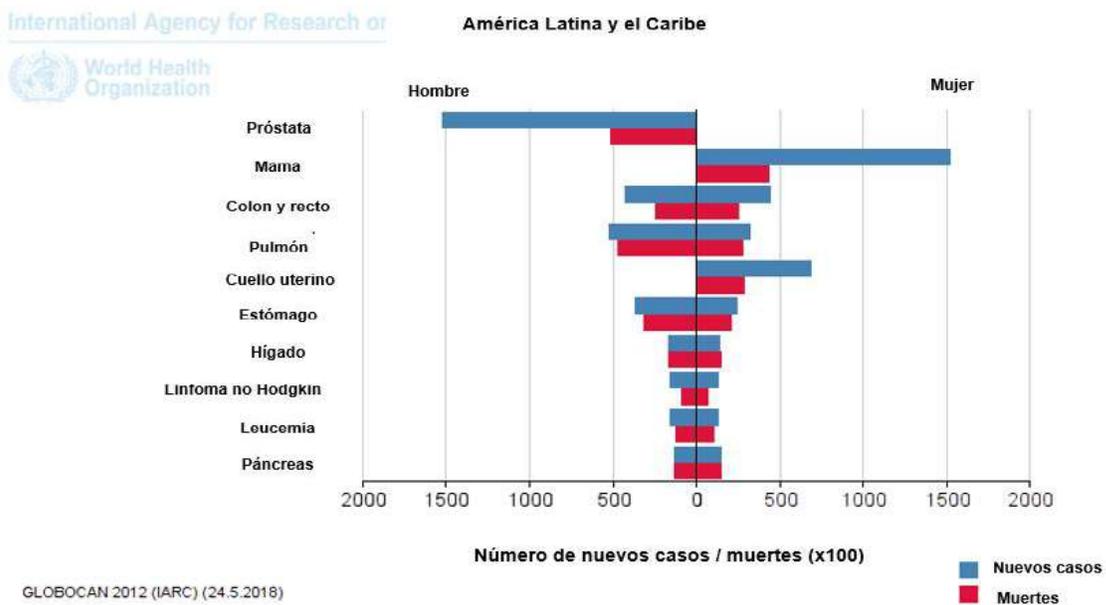
Las tasas de incidencia más altas de CaMa en América del Norte y del Sur se encuentran en Barbados, Argentina, Uruguay, Estados Unidos y Canadá(20), donde cabe resaltar que Argentina y Uruguay presentan tasas muy parecidas a los países desarrollados (71.2 y 69.7 muertes por cada 100 000 mujeres, respectivamente)(62), siendo que al igual que los países desarrollados las tasas de incidencia ajustada por edad a la población estándar mundial (ASR(W)) se presentan dentro de los 40 y 90 por cada 100 000(20). Sin embargo, en Latinoamérica aun con cifras que van por debajo, tasas de mortalidad de 13 % y con 43 208 defunciones, sigue siendo considerada una de las principales causas de muerte(62). Es decir, tanto América Central y México tienen tasas bajas; las ASR(W) son de 15-25/100 000(20), aun así el CaMa representa un gran desafío para sus sistemas de salud. Ver figuras 4 y 5 donde se observan la mayor incidencia y la mortalidad por cáncer en América.

Figura 12: Tipos de cáncer con más incidencia y muertes en Norte América.



Fuente: La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, 2012.
<http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>

Figura 13: Tipos de cáncer con más incidencia y muertes en América Latina.



Fuente: La Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer, 2012.
<http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>

Teniendo en cuenta que hay grandes diferencias entre el desarrollo económico entre los países de Latinoamérica, gran parte de ellos se encuentran en transición epidemiológica(20). Los casos nuevos de cáncer en mujeres de 0 a 44 años de edad es casi el doble cuando se compara con los países desarrollados de América del Norte (20 contra 12%): la distribución de mortalidad es muy parecida de 14% en América Latina contra el 7% en Norte América(62).

En cuanto a la incidencia de cáncer en los cinco continentes, las tasas de casos nuevos entre mujeres blancas son muy similares(20).Según predicciones, para 2030 se estiman más de 596 000 nuevos casos y más de 142 100 defunciones por CaMa (62). Considerando que la mortalidad por CaMa en Latinoamérica es heterogénea, siendo los más diferentes Argentina, Trinidad y Tobago; los argentinos tienen en su mayoría ascendencia europea, y por otro lado las personas de Trinidad y Tobago descienden principalmente de africanos(20).

En cuanto a la pesada carga de defunciones prematuras, el 60% de las mujeres mueren entre los 30 y los 59 años de edad, siendo una de las más importantes causas de AVP en las naciones de América Latina y el Caribe en relación con el promedio regional(62)

1.8.3 Panorama Epidemiológico de México

Debido a que la relación salud-enfermedad de la población se asocia con las transiciones demográficas y epidemiológicas(20), además de los cambios de estilo de vida, han contribuido a que se tenga un aumento en las tasas de incidencia de CaMa en países en desarrollo como México(64), se advierte que según estadísticas de Globocan, se pronostica que en México para el año 2030, 9 778 mujeres fallecerán a causa del CaMa y que 24 386 serán diagnosticadas con esta enfermedad(5).

El estado de mortalidad por cáncer en México, se considera uno de los principales retos en salud pública, pues entre 1955 y 1960, la tasa se encontraba entre 2 a 4

muertes por cada 100 000 mujeres (5) y hasta la década de 1970, México tenía una de las más bajas tasas de mortalidad por CaMa entre los países de América Latina, pero desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte de los mexicanos y su ascenso se ha sostenido(20). Ver tabla 2.

Tabla 2: Número de defunciones por cáncer de mama, según años seleccionados, México.

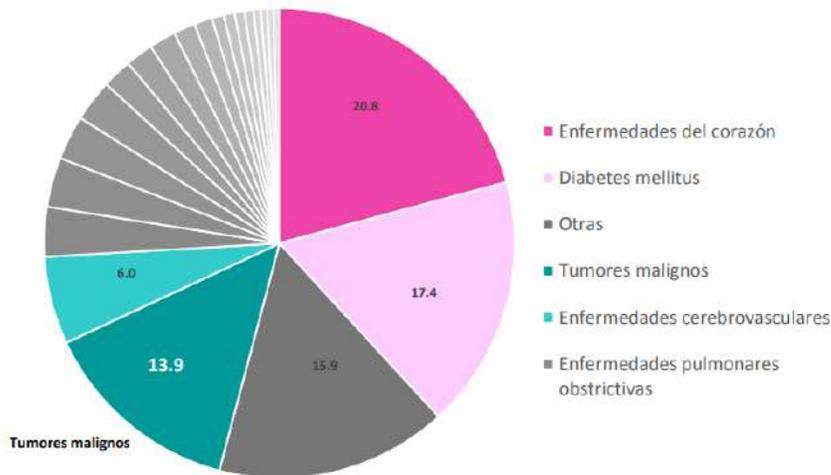
Número de defunciones por CaMa, según años seleccionados, México							
Año	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2009
Defunciones	1 206	1 641	2 198	2 987	3 427	4 216	4 897

Fuente: Proyecciones de población de Conapo (1980- 2030) y Base de datos de defunciones (1979 -2009), SINAIS. (20)

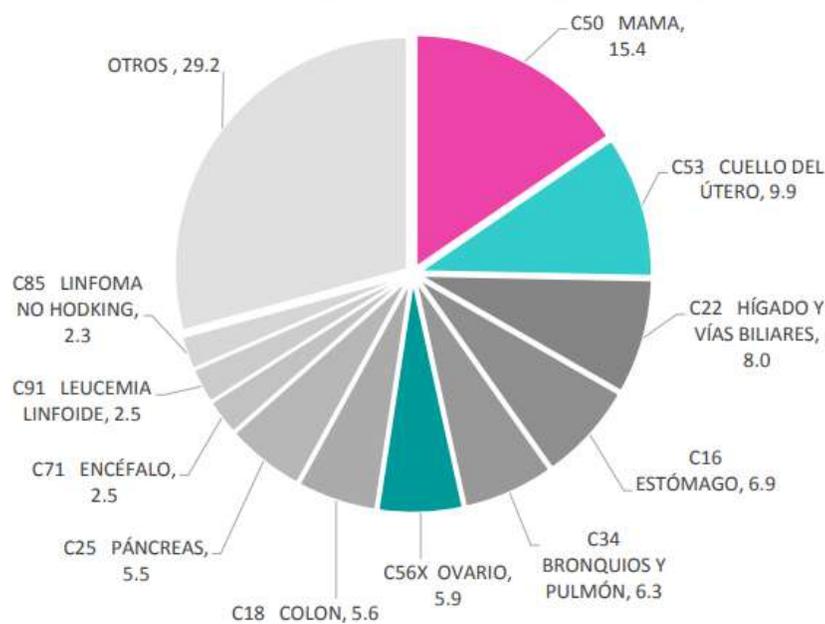
Con este aumento sostenido a partir del 2006, según datos del INEGI, el CaMa se convirtió en la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas(62). Asimismo, se estima que durante el periodo 2000-2012, la mortalidad por CaMa se incrementó un 21.3 por ciento, al pasar de 3, 419 a 5, 583 muertes, con un aumento promedio 180 muertes por cada año(65). En 2012, el INEGI indica que 5, 613 fallecimientos son debido al CaMa, lo que representó el 2.1 por ciento del total de las defunciones acontecidas en féminas(65). Ver figuras 14 y 15.

Figura 14 y 15: Defunciones generales en mujeres 2015 y defunciones por tumores malignos en mujeres 2015.

Defunciones generales en mujeres 2015.



Defunciones por tumores malignos en mujeres 2015

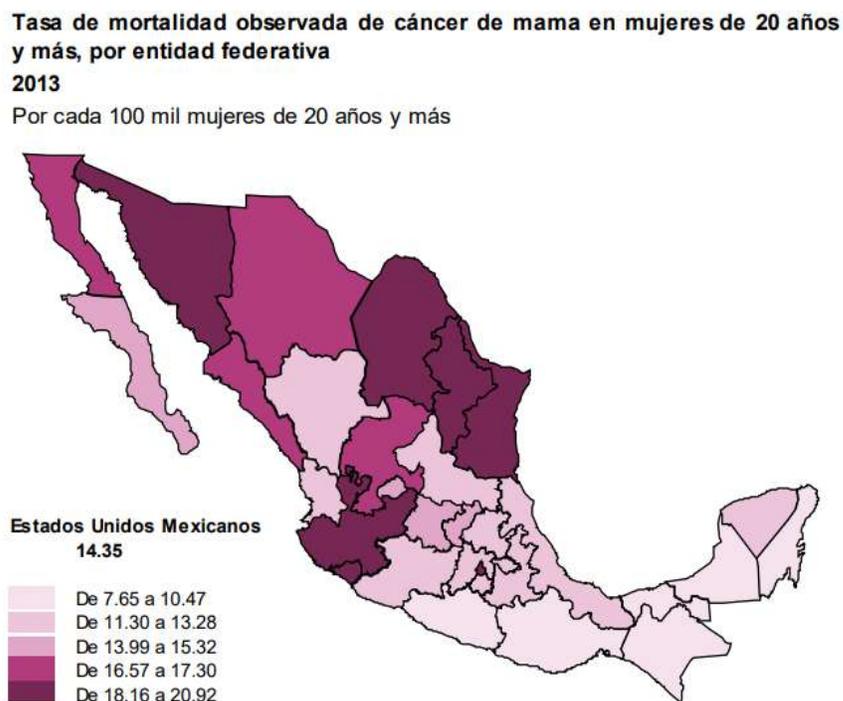


Fuente: Cubo del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las defunciones, 2014. Consultado el 27 de abril de 2015 (66)

Para el año 2015 el 15.4% de las muertes por tumores malignos correspondió a CaMa (66). Así, según estimaciones, cada dos horas muere una mujer a causa del CaMa. La edad promedio para desarrollar este tipo de tumoración en México es de 51 años(65). Asimismo, el riesgo de padecer CaMa a lo largo de la vida es de 12 %, y aun así en México hay escasa información en las regiones en relación con la rapidez de su crecimiento y mortalidad(62).

La distribución de muertes por entidad federativa a causa del CaMa muestra para el año 2013 tasas más altas en mujeres mayores de 20 años en Coahuila (20.92) por cada 100 000 que supera al Distrito Federal (19.91), seguido por Nuevo León (19.56). Las tasas más bajas en el mismo año son Oaxaca (7.65), Guerrero (8.75) y Campeche (8.83)(67).

Figura 16: Tasa de mortalidad observada de cáncer de mama en mujeres de 20 y más, por entidad federativa.



Fuente: INEGI (2013). Estadística de Mortalidad. Base de Datos; y CONAPO (2014) Proyecciones de la Población 2010-2050. Procesó INEGI (67)

1.8.4 Panorama Epidemiológico de Nayarit

La detección oportuna permite disminuir complicaciones, o, en algunos casos, prevenir el desarrollo del CaMa (68). En Nayarit se utilizan los servicios preventivos para reducir los padecimientos en los senos.

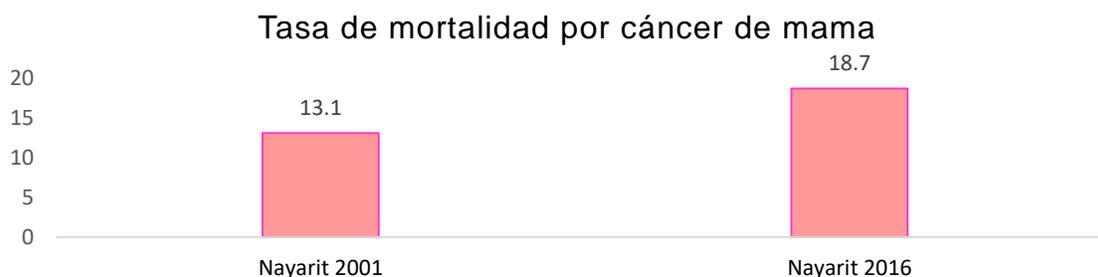
Tabla 3: Uso de servicios médicos preventivos para el CaMa, según grupo de edad. Nayarit, México.

Uso de servicios médicos preventivos para padecimientos de los senos, según grupo de edad. Nayarit, México, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012.		
Rangos de edad en mujeres que si usaron los servicios médicos preventivos para padecimientos de los senos.	2006	2012
20 a 39 años	15.4 %	22.8 %
40 a 59 años	32.6 %	35.2 %
60 años o más	17.3 %	19.3 %
Total	21.7 %	26.3 %

Fuente: ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012(68, 69)

En el estado de Nayarit las tasas de mortalidad por CaMa ha aumentado de 13.1 para el 2001 a 18.7 para el año 2016(70).

Figura 17: tasa de mortalidad por cáncer de mama en Nayarit. Tasas por cada 100,000 mujeres de 25 años y más.



Fuente: SSA, DGED. Información para la rendición de cuentas. Varios años. Inmujeres, Cálculos a partir de SSA. Sistema Nacional de Información en Salud, (SINAIS) [en línea]: Información dinámica: bases de datos en

Figura 18: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

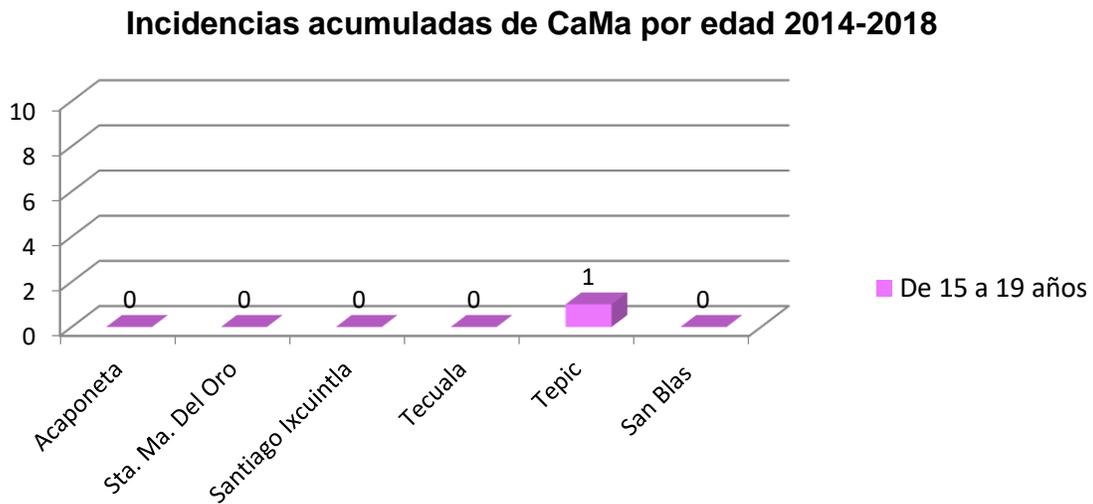


Figura 19: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

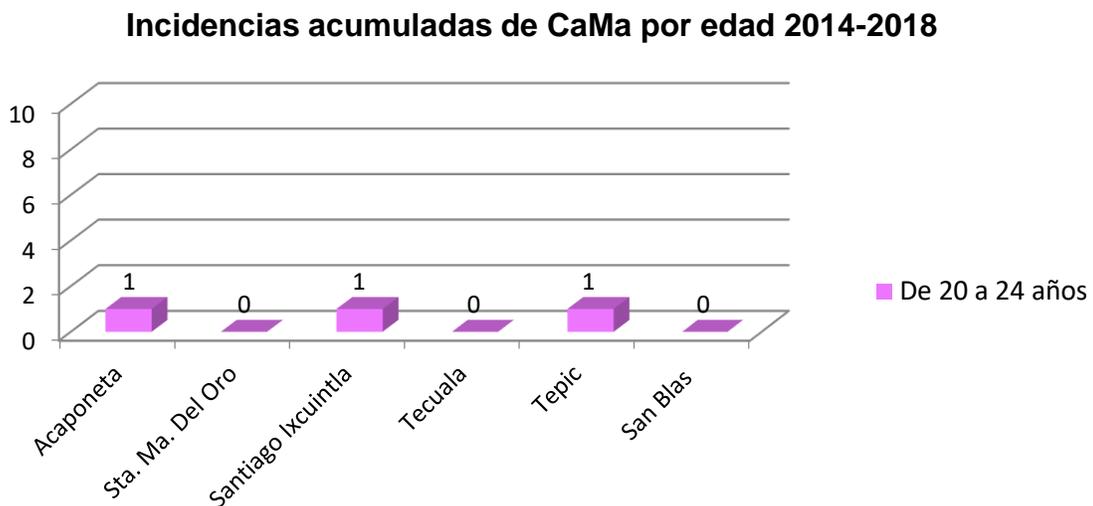


Figura 20: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

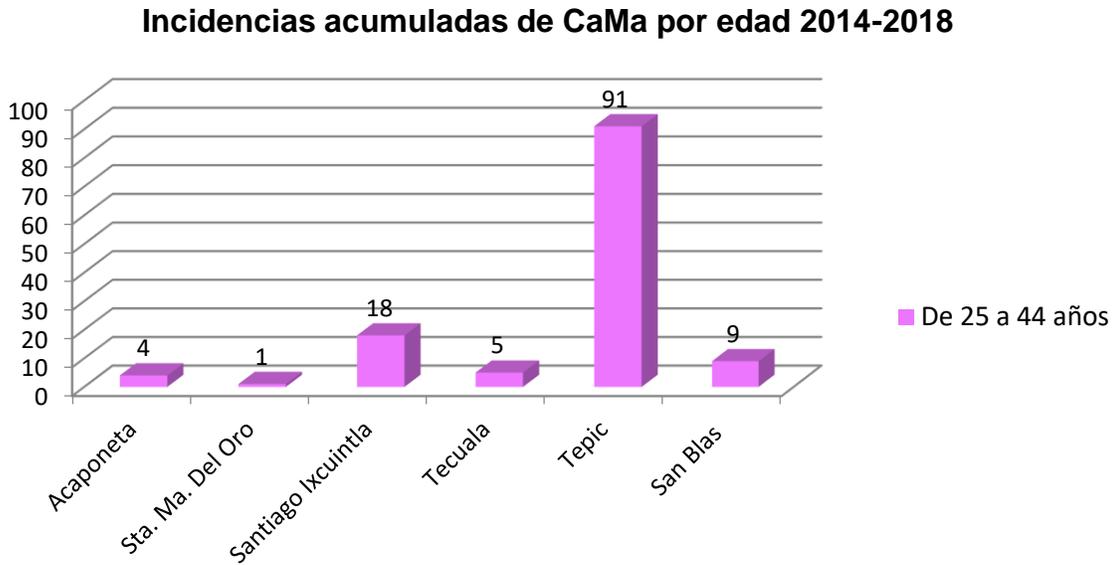


Figura 21: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

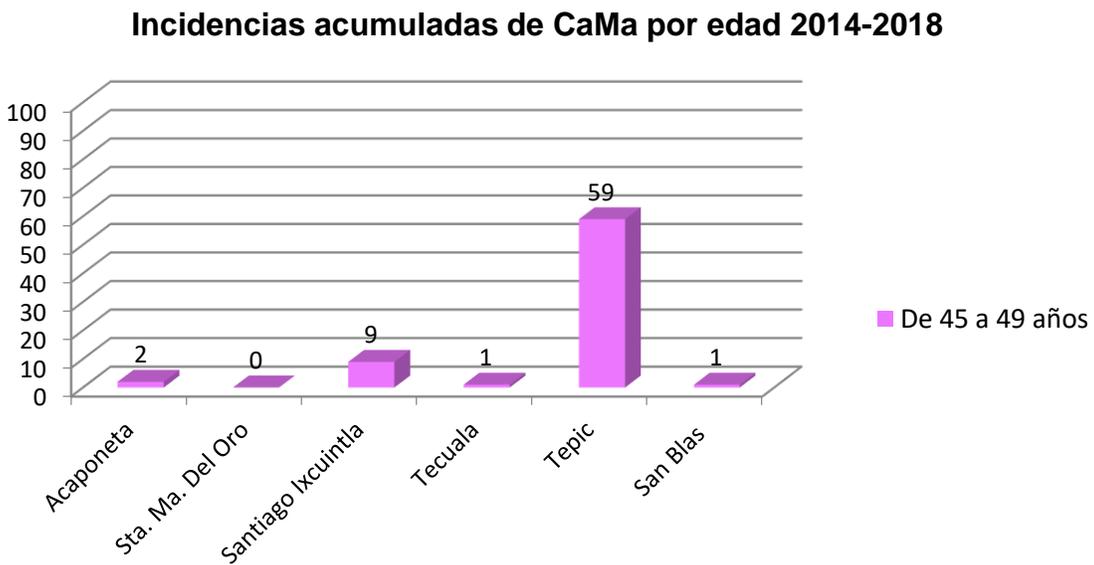


Figura 22: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

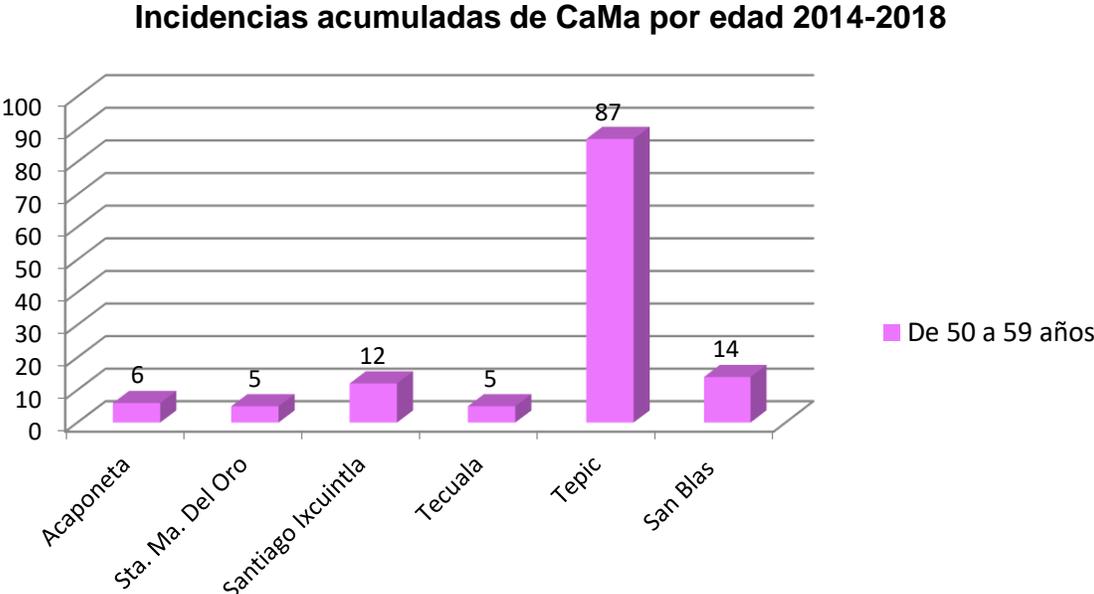


Figura 23: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

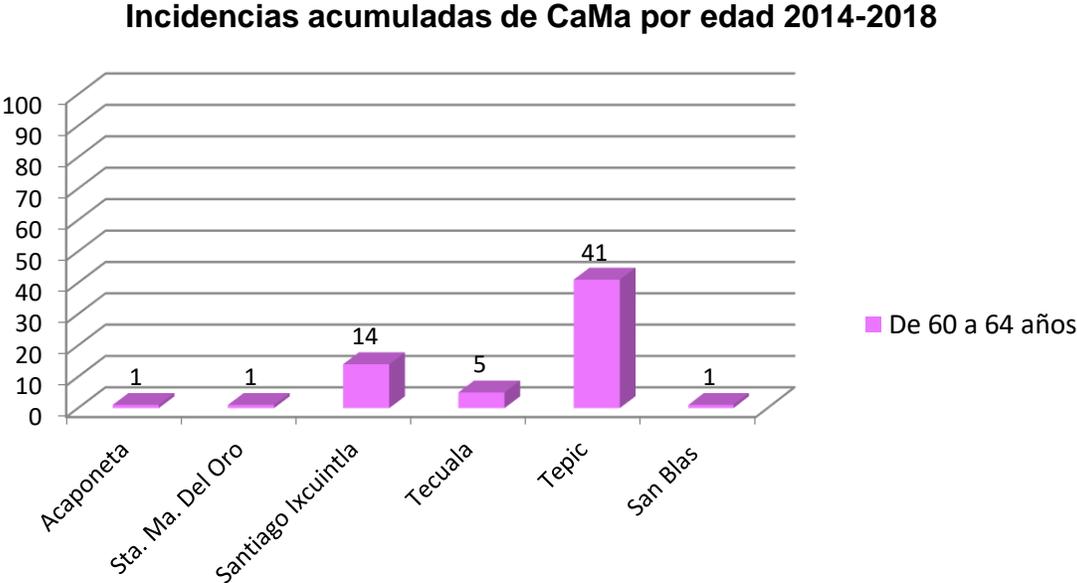


Figura 24: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

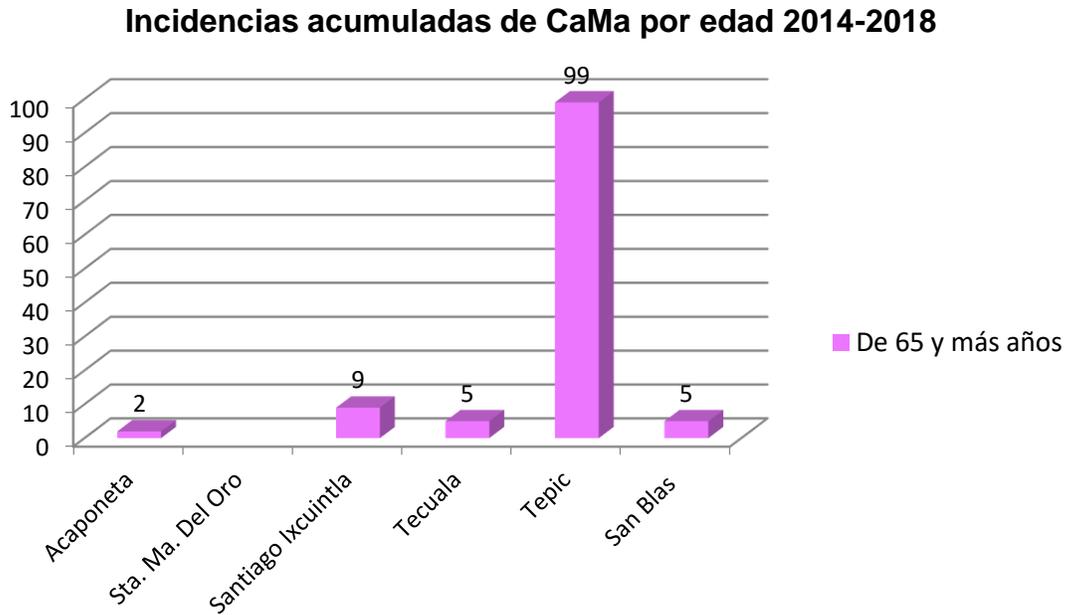


Figura 25: incidencia acumulada de CaMa por edad 2014-2018 en el Estado de Nayarit

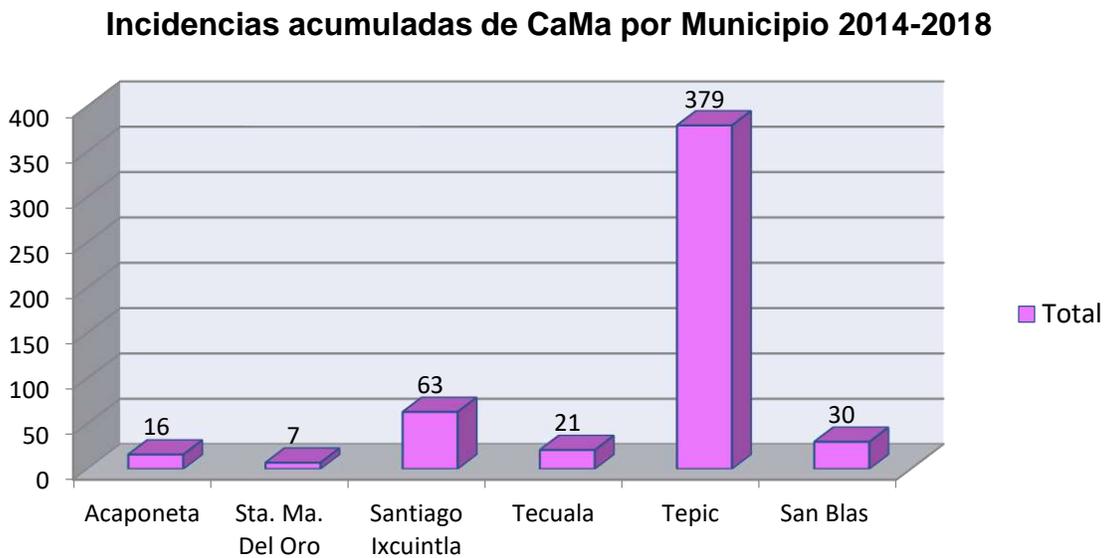
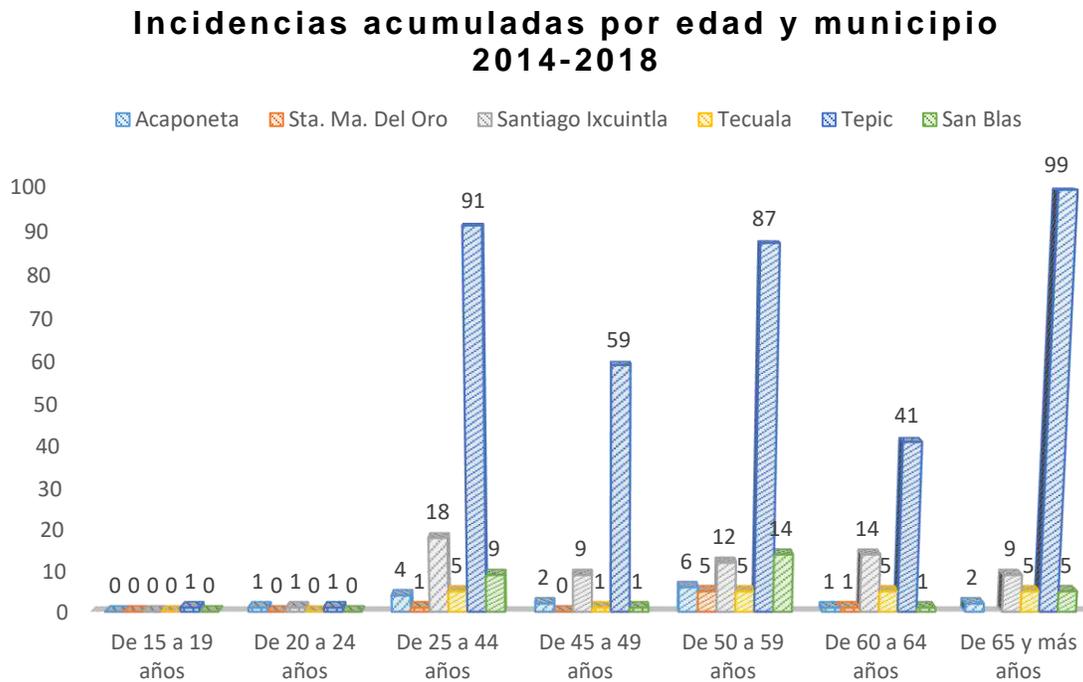


Figura 26: incidencia acumulada de CaMa por edad y municipio 2014-2018 en el Estado de Nayarit



Fuente: Elaboración propia con información del Departamento de Epidemiología Estatal (Anexo 4)

1.8.5 Factores de Riesgo

Sus principales factores de riesgo conocidos asociados a la exposición prolongada a estrógenos, son indicadores de estilos de vida y patrones reproductivos, y por esto resultan difíciles de modificar (71).

Tabla 4: Factores de riesgo de cáncer de mama.

Factores de riesgo de CaMa	
Factor de riesgo	Riesgo
Historia familiar	
Familiar de primer grado	
Premenopáusica al diagnóstico	OR 3.0
Enfermedad bilateral	OR 5.0

Premenopáusica y enfermedad bilateral	OR 9.0
Familiar de segundo grado	
Premenopáusica al diagnóstico	OR 1.2
Premenopáusica al diagnóstico	No incrementa el riesgo
Mutaciones germinales	
BRCA1 / BRCA2	60-80%
TP53	30-40%
CHEK2	OR 2.2
Alcohol	
3-9 bebidas/semana	OR 1.3
>10 bebidas/semana	OR 1.6
Anticonceptivos orales	
Usuaris actuales	OR 1.2
1-4 años después de la suspensión	OR 1.16
5-9 años después de la suspensión	OR 1.07
>10 años de la suspensión	OR 1.0
Terapia reemplazo hormonal	OR 1.1 – 1.4
Factores reproductivos	
Menarca antes de los 16 años	OR 1.2
Menopausia después de los 50 años	OR 1.5
Nuliparidad	OR 2.0
Lactancia	4.3 % disminución de riesgo
Enfermedad benigna de la mama	
Enfermedad fibroquística	No incrementa riesgo
Hiperplasia ductal	OR 1.3
Hiperplasia ductal atípica	OR 4.3
Enfermedad benigna de la mama	
Hiperplasia ductal atípica e historia familiar	OR 11.0
Irradiación de mama	

Irradiación a mama contralateral	No incrementa el riesgo
Radiación en manto (enfermedad Hodkin)	OR 39.0
Sobrevivientes bomba atómica	OR 11.0

Fuente: Manual de oncología, Procedimientos médico quirúrgicos, quinta edición 2013 (5)

Se han identificado dos genes, BRCA1 y BRCA2, como genes supresores tumorales o de susceptibilidad al CaMa; al parecer intervienen la reparación de los genes (72). Por consiguiente, la mutación o eliminación de un gen supresor tumoral, significaría la pérdida de su función y, como resultado, incrementa la posibilidad de que se desarrolle un tumor(5). No obstante, la presencia de cáncer se muestra con un trasfondo familiar en el 20 % de los casos, sin que se distinga un patrón mendeliano de herencia, pues se considera una enfermedad multifactorial y esporádica en el 70% de los casos, y es en el 5 % a 10 % de los casos donde se explica claramente como un síndrome de cáncer hereditario(62).

Además, existen otros genes envueltos en el desarrollo de esta enfermedad, que se manifiestan en menos del 1 por ciento, como el síndrome de Cowden, síndrome de Bloom, síndrome de Muir-Torre, síndrome de Peutz-Jeghers, síndrome de Li-Fraumeni, telangiectasia, síndrome de Werner y ataxia (5). Asimismo, otro factor de riesgo moderado e independiente es la densidad mamaria la cual también reduce la sensibilidad de la mamografía(73).

1.8.6 Tamizaje o Cribado

La detección temprana del CaMa tiene como principal objetivo reducir la morbilidad y la mortalidad que se relaciona con esta enfermedad. Para lograr dicho objetivo se tienen programas que incluyen desde programas de educación pública hasta programas de detección organizados u oportunistas dirigidos a grupos específicos de mujeres que cumplan con determinada edad(74).

Se entiende por cribado a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, con el fin de seleccionar a aquellas que probablemente están

enfermas de aquellas que probablemente no lo están. Es una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz de una enfermedad específica(75). Asimismo, tamizar es una prueba para determinar de forma precoz una enfermedad y permite saber la posible prevalencia de una enfermedad que ocasiona problemas en una población(76).

Los programas de tamizaje de CaMa pueden ser organizados (organizados por los servicios de salud) u oportunistas (decisión individual)(77). En México se cuenta con un programa no organizado para fortalecer la detección del cáncer de mama de la mujer 2013-2018” (78) y la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011(79). En estos dos documentos se indican los objetivos, estrategias así como además lo procedimientos para el tamizaje de cáncer de mama; involucrando la participación del sistema de salud (infraestructura, recursos humanos y financieros) y la población a la que se encuentra dirigida (78, 79).

Algunas otras estrategias se han creado para fortalecer el sistema de tamizaje en México como son los Centros Estatales de Oncología (CEO) y las Unidades de Especialidades Médicas Dedicadas a la Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama (UNEME DEDICAM), los cuales tienen como objetivo contar con más recursos humanos, tecnológicos e infraestructura para mejorar los procesos de atención del cáncer de mama. Actualmente en México existen 41 Centros Estatales de Oncología (CEO) con UNEMES-DEDICAM operando en catorce entidades federativas: Chihuahua, Campeche, Durango, Querétaro, Estado de México (Toluca y Cuautitlán), Hidalgo, Michoacán, Quintana Roo (Cancún y Chetumal), San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala y Zacatecas, (80, 81) y la recién inaugurada en Nuevo León(82).

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana anteriormente mencionada, establece entre los lineamientos para la población, periodicidad, recursos humanos e infraestructura involucrada para los procesos de tamizaje de cáncer de mama. En las mujeres que se consideren sin alto riesgo de cáncer de mama, una autoexploración recomendada en mujeres mayores de 20 años de manera mensual; la exploración clínica se realiza por personal de salud y es recomendada a mujeres mayores de

25 años de forma anual, mientras que la mamografía en mujeres mayores de 40 a 69 años de manera bienal(79).

1.8.7 Impacto Económico del CaMa

Los costos del CaMa no son solamente monetarios, sino que se debe considerar que existen dos tipos de costos: los costos directos en los que se incluyen las pruebas de diagnóstico, servicios de proveedores (por ejemplo, visitas médicas, etc.), hospitalizaciones, medicamentos con receta, productos sin receta y cuidados a largo plazo, incluyendo así también los costos de cuidado en la casa. En determinado momento del desarrollo de la enfermedad de CaMa posiblemente sean necesarios mayores cuidados, sin embargo, en la mayoría de los casos el cuidador principal es un familiar que no tiene los recursos financieros para contratar servicios especializados o de cuidadores para mejorar la situación de sobre carga de tareas y poder prestarse atención a sí mismo y buscar su propia atención médica en caso de enfermedad. Las dificultades financieras pueden afectar a la familia de una persona con cáncer. En el caso del cuidador puede presentar estados de estrés por la falta de recursos económicos. Las más afectadas son las familias con bajos ingresos y con pacientes con alto grado de dependencia; esto incluso puede repercutir en la compra de alimentos para el paciente y la familia(83).

Para la detección del CaMa algunos médicos realizan una variedad de pruebas que descartan condiciones con síntomas semejantes a los de la enfermedad, lo cual aumenta notablemente los costos de dicha enfermedad, sólo para el diagnóstico, faltando agregar los costos que resultan del tratamiento (sintomático) y las complicaciones. Esto es particularmente problemático con los pacientes con cáncer sobrevivientes que tienen que seguir bajo un control continuo posterior a su tratamiento, para monitorear posibles nuevas formaciones de cáncer. En un estudio donde se valoró el grado de sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes oncológicos, reportaron el 88.8% que la sobrecarga es intensa, y el 10 % leve. En el análisis específico de la variable económica, el 78% opinó que siempre los ingresos económicos no fueron suficientes para los gastos requeridos en el cuidado de su familiar y sus gastos personales(84).

Los costos indirectos son los que no se relacionan de forma directa con la persona donde ésta se ve beneficiado de ello, y pueden ser tangibles o intangibles. Uno de estos costos tangibles son los costos que se hacen al momento de capacitar a los enfermeros en el cuidado especializado de la enfermedad de CaMa o aquellos intangibles por los que el trabajador debe laborar un menor número de horas por semana o dejar la fuerza laboral por completo para cuidar a un ser querido, lo que se representa como una pérdida de productividad a la economía así como el costo de oportunidad. El valor del tiempo destinado a los pacientes de cáncer, de acuerdo a un estudio, es de 16 horas en el caso de más de la mitad de los cuidadores primarios. Un 51 % de cuidadores presentó un tiempo mayor a 12 meses de cuidado, dando como resultado que en 365 días un cuidador puede destinar 5,840 horas de trabajo que se puede atribuir a un cuidado no pagado(85).

Debido a que el CaMa en general representa a nivel mundial un enorme costo, en el año 2010, se calcula que el gasto económico anual total del cáncer alcanzó aproximadamente los 1,16 billones de dólares. Sin embargo, con el conocimiento actual es posible que más de la mitad de todos los cánceres podrían evitarse(86).

En un estudio francés, los investigadores utilizaron datos de reclamos para analizar la trayectoria del costo de atención de 57,552 pacientes con CaMa. Los pacientes con los costos más bajos (6957 euros) fueron los que tenían carcinoma in situ y los pacientes con los costos más altos (26,139 euros) fueron los hospitalizados para cuidados paliativos (87). Asimismo en un análisis retrospectivo del costo de la enfermedad basado en la incidencia entre 20,439 mujeres con CaMa en Bélgica señaló que el costo promedio por paciente en un periodo de 6 años fue mayor en personas con CaMa más avanzado, de 19,827 euros para pacientes con enfermedad en estadio I a 35,201 euros para pacientes que tienen el CaMa en el estadio IV (88).

Además se debe considerar que en un análisis que hizo en Reino Unido utilizando los datos del sistema de salud de rutina del paciente, realizando el análisis a 223 pacientes con CaMa, se encontró que en el estadio clínico de la enfermedad era un

predictor más destacado del costo de la atención hospitalaria, así gran parte de la cual incurrió durante los primeros 6 meses del diagnóstico(89).

En América también existen diversos estudios que se han realizado para determinar el costo que implica esta enfermedad. Un estudio llevado a cabo en Estados Unidos estima que en 2004 se reportó que los costos anuales proyectados para un paciente con CaMa serían por lo menos 12,828 dólares mayor que otro tratamiento para mujeres sin CaMa basado en diferencias de costos no ajustadas(90).

También se tiene un análisis realizado en Canadá con mujeres entre (2005-2009), donde se extrajeron los casos incidentes de invasión femenina BC del Registro de Cáncer de Ontario y se relacionaron con un conjunto de datos administrativos del sistema financiado con fondos públicos. Con las 36,655 pacientes canadienses con CaMa se mostró que, en los primeros 2 años posteriores al diagnóstico, el costo promedio aumentó por etapa (etapa I (29,928 dólares), etapa II (46,893 dólares), etapa III (65.369 dólares) y etapa IV (66,627 dólares), siendo los principales factores de costo las visitas a la clínica de cáncer, las hospitalizaciones y la facturación de los médicos. El costo atribuible para el horizonte temporal de dos años se determinó en este estudio en dólares canadienses de 2008(91).

En México también existen múltiples estudios que se han realizado para determinar el costo económico que implica esta enfermedad. En un estudio llevado a cabo en México, en una cohorte de pacientes con diagnóstico en 2002 que recibió seguimiento hasta finales del 2006 a través del Sistema de Información Médico Operativa del IMSS, en el que sólo el 14 % se diagnosticó en fase I y 48 % en las fases III-IV, el costo de atención promedio por año paciente se estimó en 110, 459 pesos y para las mujeres diagnosticadas en 2002, en la etapa I, tuvo un costo de 74 522 pesos, comparado con 102 042 en la etapa II, 154 018 durante la etapa III y 199 274 en la IV. (92)

1.9 Población rural

La palabra rural tiene su origen etimológico en la lengua latina “rurales” que deriva de “rus”, “ruris” que significa campo. Desde el aspecto etimológico se puede decir que rural comparte el mismo objeto que el vocablo agrario, es decir, agrario también procede de la lengua latina, “agrarius”, que deriva de “ager”, “agri”, el cual se refiere a campo. El significado de lo agrario se había formado en torno de lo referente al suelo cultivable para el cuidado de plantas y la cría animales y ha girado alrededor de la actividad económica productiva(93). Así, las características históricas nos dice que una sociedad rural básicamente son: el predominio del trabajo agrario, baja densidad de la población, la escasa diferenciación y movilidad social, y los vínculos personales de naturaleza primaria(94)

Las áreas rurales actualmente en todo el mundo se caracterizan por tener gran variabilidad interna que se basa en la diversidad de sus residentes, comunidades, entornos y accesibilidad. Razón por la cual, para la definición de una población rural se deben considerar factores como el propósito para el cual se define la población, los cambios geográficos resultantes de la evolución social, lo económico, el desarrollo tecnológico, y la disponibilidad de datos en una escala adecuada que permita una delimitación específica. A pesar de eso, para considerar un área rural se debe considerar que sea una comunidad pequeña, población dispersa y con ocupaciones relacionadas a la industria primaria como la agricultura, pesca, silvicultura, prestación de servicios, artesanías, turismo, servicios ambientales, comercio y minería(95).

En México lo rural se acota al tamaño de la población, pues, sigue teniendo un marco de referencia fundamental para el desarrollo de investigaciones y la formulación de políticas públicas en México. De modo que, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) define como rural a la población de 2500 y menos residentes(94).

1.9.1 Riesgos de la zona rural

Las poblaciones que viven en zonas rurales en su mayoría comparten algunas características de riesgo para la salud como son una disponibilidad limitada de acceso a los servicios de atención de salud adecuados y, en consecuencia, un peor estado de salud. De ahí que, las poblaciones rurales logran considerarse como una población relativamente “en riesgo” en términos de salud y oportunidades de vida. Asimismo, los determinantes sociales de la salud afectan a las poblaciones rurales tales como: la educación, empleo, ingresos, condiciones de vida y de trabajo, comportamientos de salud, influencias psicosociales y causas biológicas(95).

Es decir, para el año 2010 en México, el CONEVAL, estimó que un 65 % de las personas que vivían en zonas rurales viven en condiciones de pobreza. De hecho, ser habitante de una zona rural ha sido una característica esencial para definir el perfil de pobre en México(94). Y teniendo en cuenta que las condiciones de pobreza deterioran las condiciones de salud y los bajos niveles de salud afectan los ingresos. Es decir, que se genera un círculo vicioso, en el que la miseria no puede ser eliminada sin resolver los problemas de salud y estos a su vez no pueden ser resueltos si continúa la pobreza(96).

1.9.2 Vulnerabilidad de las mujeres rurales

La vulnerabilidad surge de factores físicos, sociales, económicos y ambientales que varían considerablemente en el transcurso del tiempo(97). Se entiende como vulnerabilidad en salud a la desprotección de algunos grupos poblacionales frente a daños potenciales a su salud(11), amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus recursos personales, sociales y legales. Es decir, esto implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, sociales, económicos o institucionales(98).

La vulnerabilidad de las mujeres, en especial de las mujeres rurales, se encuentra influenciada por la dinámica de género. Las dinámicas de género se han relacionado con la cultura de la comunidad la cual tienen un impacto socioeconómico en las

mujeres, lo que las vuelve más vulnerables. Así, tanto roles como responsabilidades de género se encuentran contruidos socialmente, de modo que las relaciones de poder son inculcadas. En consecuencia, la mujer rural puede ser vulnerable por la comunidad y la composición del hogar, en caso de las relaciones de dependencia, el control de activos, el capital social, el sexo líder del hogar, las redes sociales y el nivel de educación(99).

En México, según un documento realizado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el cual revela cifras sobre la situación de pobreza en el país a partir de una perspectiva de género, se menciona que alrededor de un 25% de los hogares cuentan con una jefatura femenina(100). Aunque, en el caso de hogares de las zonas rurales, la jefatura del hogar recae en un 20.3 %(101).

Además, los ingresos laborales que reciben las mujeres implican una remuneración más baja que la de los hombres, pues según datos de 2016, señalan que las mujeres obtienen una quinta parte que sus pares, aunque posean el mismo nivel educativo. Si bien es cierto que la brecha de rezago educativo entre jefes y jefas de hogar es menor en lo que fue del 2010 al 2016, hay que tener en cuenta, que las mujeres continúan presentando un grado mayor de rezago que los hombres(100).

Otra de las circunstancias que vuelvan más vulnerable las mujeres en México, es que de la población trabajadora (hombres y mujeres), alrededor de un 80% no tienen contrato, este es el caso de un 38.6 % de las mujeres que trabajan. Luego, teniendo en cuenta que el trabajo doméstico no remunerado y los cuidados (a menores y adultos mayores) recae como una sobrecarga más de trabajo sobre la mujer y que esto significa de 12 a 17 horas semanales más que los hombres y, además, unas 5 a 14 horas más para el cuidado específico y sin remuneración de menores, adultos mayores o enfermos, en el hogar o fuera del mismo(102).

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES

2.1 Investigaciones sobre autocuidado y conocimientos del CaMa.

La transición epidemiológica y demográfica (es decir, un aumento en la esperanza de vida, disminución en la tasa de fecundidad, disminución en las tasas de mortalidad y un aumento de las enfermedades crónicas) tiene dentro de sus supuestos que las enfermedades infecciosas se encuentran actualmente desplazadas por las enfermedades degenerativas (103). Entre estas enfermedades sobresale en el grupo de la mujer adulta el CaMa, que en la actualidad es un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad en el antes mencionado grupo, tanto en Latino-américa como a nivel mundial(104).

A escala mundial, las Naciones Unidas han mencionado que, según sus valoraciones, para el 2060 la población tendrá por cada 100 personas en edad de laborar, habrá 30 personas con más de 65 años (105). En México actual por cada 3.4 jóvenes (12 a 29 años de edad) hay una persona adulta mayor y se prevé que para el año 2050 la brecha en estructura demográfica se cierre, en consecuencia, los porcentajes de los dos grupos serán similares y la relación será de uno a uno(106).

En consecuencia, nos encontramos ante un gran problema, poco reconocido en la región de Latino-américa y en México, pues el impacto actual será poco en comparación al impacto futuro en la salud de la mujer en lo individual, vida en pareja, sociedad, familia y al sistema de salud(104). La morbilidad hospitalaria causada por el CaMa, muestra mayores incrementos con la edad (hasta los 64 años), pues la tasa cambia drásticamente de un 7.43 por el grupo de edad de 20 a 29 años (por cada 100 mil mujeres en ese grupo de edad) a 218.24 (en el grupo de 60 a 64 años de edad), siendo esta última la tasa más alta de todas las morbilidades hospitalarias por principales tumores malignos entre las mujeres mayores de 20 de 20 años de edad(107).

En un futuro, debido a la carga de personas mayores sobre el sector productivo de la sociedad, se podrían limitar los costos de programas sociales que en

consecuencia afectaría el crecimiento económico del país y podría esto afectar más el deterioro de las familias y con ello que las mujeres desarrollen CaMa (105).

De acuerdo a la revisión de las investigaciones que se hacen sobre la temática de conocimientos e intención de conducta así como de barreras culturales, se encuentra la información de los siguientes países.

2.1.1 España

En una investigación realizada a un total de 434 participantes que estaban en el programa de detección de CaMa recibieron un cuestionario sobre conocimientos, las fuentes de información, las actitudes y el impacto psicosocial, con el objetivo era hacer una evaluar los mismos. Los resultados mostraron que el 9.7 %, es decir, 42 mujeres tenían conocimiento adecuado. Las mujeres con mejor educación y las mujeres sin falsos positivos previos obtuvieron puntajes más elevados. Además, se encontró que la mayoría de los participantes tuvieron una actitud positiva un 99.1%, es decir, 430 participantes y solo 0.9% tenían un actitud negativa, esto es, 4 participantes(108).

2.1.2 Kuwait

Con una muestra de 510 mujeres, se obtuvo que solo 109 mujeres practicaban el autoexamen mamario. Asimismo, en el mismo estudio se buscaba identificar los factores que podrían afectar el desempeño, logrando reconocer que no había relación significativa entre la práctica del autoexamen mamario y el nivel educativo, la duración del matrimonio, el número de hermanos, el estado de la menopausia, el historial de abortos o el uso de anticonceptivos. También se observó que las mujeres que practicaban el autoexamen mamario tenían suficientes conocimientos sobre el CaMa y eran más conscientes de los exámenes clínicos de mama y mamografía que las mujeres que realizan está práctica(109).

2.1.3 Arabia Saudita

Un estudio realizado con 150 mujeres universitarias de Arabia Saudita, que tenía como objetivo evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y percepciones sobre el

CaMa. Se obtuvo que el promedio de conocimientos sobre el tema era de 16.6 de 29 preguntas. En los casos de 106 participantes, esto es, 70.7 % obtuvieron un 50.0% y más. No obstante, el número de participantes cuyos puntajes fueron por debajo al 50 % fue de 44, o sea, 23. 3%(41).

2.1.4 Turquía

Se realizó un estudio con 306 mujeres mayores de 18 años, cuyo objetivo fue averiguar el nivel de conocimiento de las mujeres con respecto al autoexamen de mama y la mamografía como herramienta de detección. Se encontró una correlación significativa entre el conocimiento de detección y la educación ($p < 0.05$). Además, solo un 11.4% de las mujeres contestaron que no conocían la prueba de mamografía y solo un 38.6 % de ellas respondió que la detección con mamografía debería comenzar posterior a los 40 años(110).

2.1.5 Iraq

En una encuesta transversal por cuestionario autoadministrado con 122 alumnas, 45 profesores y 33 trabajadores, un total de 200 participantes, se investigó el conocimiento y la práctica del autoexamen mamario y además las señales de advertencia de CaMa con la finalidad de prevenir en esta enfermedad en mujeres del Instituto Técnico de Shatra. Se mostró que más o menos un 55.7 % de los alumnos, un 44% de los profesores y el 45.4 % de los trabajadores saben cómo se realiza el autoexamen mamario y de esos solamente el 25.4% de alumnos, el 24.4% de los profesores y el 21.2 % de los trabajadores realmente lo practican(111).

2.1.6 Irán

Según una investigación realizada con 755 mujeres, cada participante recibió un cuestionario autoadministrado, con el objetivo determinar la conciencia de síntomas de advertencia y factores de riesgo para el CaMa en mujeres iraníes. El resultado del cuestionario mostró que la edad promedio de la muestra fue 29.9 años con una desviación estándar de 1.25, además, de que el 42.8% de los encuestados no estaban empleados, que solamente el 66.1 % tenían algún tipo de educación

universitaria y un 59.5 % tenía un conocimiento previo de CaMa. El estudio mostró que las participantes tenían un conocimiento limitado de los signos de riesgo para el CaMa (42).

2.1.7 Estados Unidos de América

En 2017 con una muestra aleatoria de 1024 mujeres de Virginia con edades entre 35 a 70 años sin CaMa, las cuales fueron contactadas por celular o teléfono fijo, se propuso evaluar el conocimiento que tenían las mujeres sobre la densidad mamaria y sobre el impacto en la mamografía y sobre el riesgo de CaMa. Cuando se les preguntó qué tanta relación tenían sobre conocer los factores de riesgo para el CaMa, 9 de cada 10 mencionaron que se encontraban un poco familiarizadas con el tema y un tercio de las mujeres mencionaron encontrarse muy relacionadas con el tema de factores de riesgo de CaMa. Las mujeres de educación más baja, tenían menos conocimientos sobre la densidad mamaria(73).

2.1.8 Colombia

Con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de factores de riesgo de CaMa, en el año 2012 se publicó , en un estudio realizado con 88 mujeres que trabajan en la Universidad de Francisco de Paula Santander, se seleccionaron 50 mujeres. Se obtuvo como resultado que 80% de las mujeres muestran un actitud favorable ante la promoción y prevención de la salud, manteniendo la disposición de realizar los conocimientos obtenidos y buscando asistencia médica oportuna(19).

2.1.9 Venezuela

En una investigación realizada en el periodo julio 2005- julio 2006, estudio descriptivo transversal con 1 525 mujeres con edad de 25 a 64 años que acudieron a la consulta del Barrio Adentro I, del Municipio Puerto La Cruz, Estado de Anzoátegui. Se utilizaron diferentes métodos y procedimientos como son los de análisis, síntesis e histórico lógico y empírico, asimismo, a todas las mujeres se les aplicó un cuestionario, después de haber consentido participar en el estudio. El

resultado fue que 32% del total de las mujeres refirió conocer los procedimientos para realizarse el autoexamen de mama, no obstante, al preguntar la frecuencia de la realización solo un 30 % respondió afirmativamente, de ellas, solo un 35.5 %, es decir, 208 mujeres, lo hacen en el momento adecuado(112).

2.1.10 México

Con una muestra de 105 trabajadoras, en 2014 se llevó a cabo un estudio con no profesionales y profesionales de la salud, que buscaba identificar los patrones de comportamiento contemplados en el Modelo Transteórico de cambio de comportamiento en salud (MT) y su relación con la detección oportuna de CaMa. El instrumento adaptado a 5 de las 7 etapas de patrones de comportamiento Modelo Transteórico, conformado por 20 preguntas y una lista de cotejo de 7 elementos para evaluar la autoexploración mamaria. La edad promedio fue de 42 años; 66.6% fueron profesionales de la salud; 21.9 % tuvieron antecedente familiar de CaMa y 31.4 % patología benigna de mama. En 3 de las etapas del modelo se encontró: pre contemplación al 3.81 %, contemplación 40 % y en mantenimiento 0%(33).

2.1.11 México

Otra investigación realizada en 2012 con una muestra de 798 proveedores de servicios de salud, de los que 756 pertenecían al primer y segundo nivel de atención médica a los cuales se les entrevistó con la finalidad de comparar lo que se menciona en las normas mexicanas sobre la prevención y el control de CaMa con consejos que los profesionales de la salud dan a las mujeres para el autoexamen de mama, exámenes clínicos de senos y mamografía, así como conocimiento profesional sobre los factores de riesgo y los principales signos de la enfermedad. En el número promedio de respuestas de profesionales de la salud, de acuerdo a la norma mexicana, fue 10.7 (IC 95% 10.0-11.4) de 28 puntos, las respuestas correctas aumentaron en relación con las horas de capacitación del año anterior(113).

CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo el CaMa es la neoplasia más común entre las mujeres con un estimado de 1.67 millones de casos diagnosticados anualmente y representando el 25 % de los casos de cáncer en mujeres (114). En México, su tasa de morbimortalidad sigue aumentando constantemente y a partir del año 2006 el CaMa desplazo al cáncer cérvico-uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer de la mujer en el país. Asimismo, hay que tener en cuenta que la mayoría de las muertes a causa de esta enfermedad son entre los 30 y 59 años, es decir, una carga importante por muertes prematuras(65).

El CaMa es de los principales retos en salud pública. Por este motivo el conocimiento de su etiología, las pautas de diagnóstico temprano y las estrategias innovadoras de prevención y control son temas ampliamente tratados(20).En México, se necesita y urge la detección oportuna de la enfermedad. Es decir, si la detección se realiza a edades más tempranas, es posible que la cifra eleve la incidencia y disminuya el número de defunciones(3).

México, actualmente, está haciendo un gran esfuerzo en incrementar la cobertura de detección oportuna del cáncer de mama(78) mediante el examen clínico y la mamografía(115). Esto se refleja en la reducción del porcentaje de población sin protección en salud de 57.6% en el año 2000 a 21.4 % en 2012 (116). Sin embargo, en 2012 la cobertura para mamografía , fue baja (11.7%) en mujeres de 40 a 49, siendo mayor (22.8%) en las mujeres de 50 a 69 años en los últimos 12 meses(117),en cuanto a la cobertura del examen clínico fue de 9.7% en 2000 y de 36.3 % en 2012 (118, 119). Una de las causas del aumento de cobertura en salud fue por la creación del Seguro Popular en 2003 en el que se han sumado miles de mexicanos y mexicanas (120).

Aun así , en México a pesar de estos esfuerzos, el 90% de los casos de cáncer de mama son detectados por las pacientes (121) y 44% a 78.4% de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria, lo hacen con una mala técnica (122, 123)

La consecuencia de una baja cobertura tanto del examen clínico mamario como de la mamografía de tamizaje es que según algunos estudios sugieren que alrededor del 48% de las mujeres con cáncer de mama solicitan atención en etapas clínicas avanzadas (III y IV), y que un porcentaje bajo (10% a 23 %) solicita atención en etapas clínicas tempranas (0 y I) (31, 124). El 41.5% de las mujeres que solicitan una mamografía se debe a que a que la mujer se detectó una bolita o percibió secreción en el pezón(125).

En Nayarit se calcula que fueron atendidos 600 casos en 10 años (2005-2015) sólo en el Centro Estatal de Cáncerología(126). Así, para el año del 2013, se registraron 40 defunciones en el estado de Nayarit en mujeres de 25 años y más, por tumor maligno de mama (127).

En México, las disparidades en las tasas de mortalidad a causa de CaMa en diferentes puntos del país simplemente ponen en evidencia las inequidades sociales en educación y en salud (20).

Se han realizado diversos estudios sobre las posibles y las diferentes barreras en diferentes países, no obstante, en cada población tienen sus características tanto individuales como sociales. Algunas de estas barreras son las barreras de acceso (financieras, geográficas y culturales), el miedo (de los resultados y del dolor), experiencias negativas con la mamografía, la vergüenza, etc.(45). De este modo, para el estudio de estas barreras el modelo de promoción de la salud de Nola Pender nos menciona que existen barreras percibidas para la acción y estas se ven influenciadas por conductas previas y relacionadas, así, como también por factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales).

Las mujeres que viven en zonas rurales se enfrentan continuamente con importantes barreras desde la limitación del transporte que es necesario para recorrer largas distancias en busca de atención médica. Debido a la carencia de doctores y personal de salud en algunas zonas los cuidados médicos se convierten en casi un reto (128). Esto quiere decir que el cuarto determinante, la organización de la asistencia sanitaria, del modelo holístico de Lamframboise-Lalonde se ve

afectado con las mujeres que habitan en zonas rurales(6). Además, en algunas zonas rurales se observan índices altos de pobreza, uso de tabaco, analfabetismo de salud, abuso de alcohol y drogas. Todo esto aumenta los factores de riesgo de algunos cánceres, entre ellos el CaMa (128).

Los continuos procesos para la disminución de CaMa en donde se enfocan en el tamizaje aun así no han permeado en las mujeres de zonas rurales las cuales refieren que la razón para realizarse la mastografía es porque las programaron en su centro de salud, el cual organiza la Secretaria de Salud, pues en los centros de salud se invita y se les organiza a las mujeres para que participen en el tamizaje según los requisitos de la Norma Oficial Mexicana, este tamizaje se realiza a las mujeres que sean o no beneficiarias del Programa Oportunidades (65). Por ello es necesario indagar sobre la intención de conducta, conocimientos del CaMa, conocimientos de los factores de riesgos del CaMa y el nivel de autocuidado.

CAPÍTULO IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

En las mujeres mexicanas de zonas rurales de Nayarit ¿Cuáles son sus conocimientos sobre el cáncer de mama, la intención de conducta para el cuidado mamario y el nivel de autocuidado de la salud mamaria?

CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN

El conocimiento permite mejorar los medios de vida de las personas, generar mayor participación, conservar el ambiente, fortalecer la democracia y promover un desarrollo en las poblaciones(129).

En México se tiene el Programa de Acción Específico, Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018”(78). Siguiendo el objetivo nacional de disminuir la mortalidad por esta enfermedad, se espera que al obtener información sobre los conocimientos e intención de conducta que tienen las mujeres sobre la autoexploración mamaria y el CaMa, se puedan realizar intervenciones educativas, que permitan el desarrollo de habilidades y competencias en salud, promoviendo la transformación de conocimientos hacia las poblaciones vulnerables y lograr mejoras en su salud(130).

Además, siguiendo los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el primer objetivo (fin de la pobreza) menciona que la atención debe enfocarse a los más vulnerables, aumentar el acceso a los recursos y servicios básicos; el tercer objetivo (salud y bienestar) entre sus metas tiene reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, asimismo, lograr la cobertura universal, en particular contra los riesgos financieros; el quinto (igualdad de género) tiene como meta para el 2030 asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y el décimo (reducción de las desigualdades) tiene como meta reducir las desigualdades tanto dentro de los países como fuera de ellos (131).

Lo anterior permite estar en posibilidades de mejorar la comunicación educativa a fin de reforzar los conocimientos en salud sobre el CaMa y promover conductas saludables en la población(3).

CAPÍTULO VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir los conocimientos sobre cáncer de mama, intención de conducta para el cuidado mamario y prácticas de autocuidado de la salud mamaria en mujeres habitantes de zona rural en el estado de Nayarit.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar la asociación entre las variables sociodemográficas y el nivel de conocimientos, intención de conducta y autocuidado en las mujeres de zonas rurales que se han realizado la mamografía.
- 2) Detectar si las acciones de autocuidado mamario se realizan en la edad blanco (40-69 años).
- 3) Describir el nivel de conocimientos, intención de conducta y autocuidado en las mujeres de las zonas rurales que no se han realizado la mamografía.

CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA

La presente investigación se sitúa en el paradigma cuantitativo, porque busca hacer uso de las variables asignadas, y, a partir de ello, establecer relaciones causa-efecto(132).

Para la realización de este estudio se encuestó a mujeres de diferentes municipios del Estado de Nayarit, México, de los municipios de Santiago Ixcuintla, Santa María del Oro, Mecatán, Tepic, Tecuala, Acaponeta. Las encuestas fueron realizadas a mujeres que se encontraban realizando sus actividades cotidianas en plazas, calles o que habían asistido a pláticas sobre la prevención del CaMa. Se incluyeron en el estudio a aquellas mujeres que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. La recolección de los datos comprendió el periodo del 15 de abril del 2017 hasta el 31 de octubre del 2017. El personal encargado de realizar las encuestas fue entrenado para la captación de la información sobre conocimientos relacionados con la prevención, diagnóstico y atención de cáncer de mama. El estudio cuenta con la aprobación de la Comisión Estatal de Bioética, como se observa en el anexo 1.

7.1 Tipo de Estudio

El presente estudio es analítico, transversal y observacional. Se considera la significancia estadística para determinar el tamaño de la muestra. El muestreo es de tipo incidental(132).

7.2 Universo de Estudio

Mujeres mayores de 20 años de zonas rurales que acepten participar en la investigación, procedentes de comunidades rurales de Nayarit, donde se presentan incidencias de cáncer de mama.

7.3 Selección y Tamaño de Muestra

Se encuestó a 296 mujeres, de las cuales 277 fueron incluidas para la realización de este estudio, con edades de 20 a 80 años de edad, de diferentes áreas rurales

del estado de Nayarit, a criterio de conveniencia, distribuidos de la manera siguiente: Sentispac (Santiago Ixcuintla) (n= 100); Santa María del Oro (Santa María del Oro) (n= 70); Mecatán (San Blas) (n= 37); Colonia Zitacua (Tepic) (n= 15); Novillero,(Tecuala) (n= 61); El Tigre, (Acaponeta) (9).

El tamaño de la muestra, con margen de error permisible de .05 y nivel de confianza de 90%, al considerarse población finita, se obtuvo al desglosar la siguiente fórmula:

- Número de Mujeres en el estado de Nayarit (2015): 595,050 (70)
- Porcentaje de mujeres en zona rural (2015): 29.8 %(70)

= total 177 038 (mujeres de zonas rurales de Nayarit) – 70, 097 (menores de 20 años de Nayarit) (133) = 106 941 mujeres

Tamaño de la población: 106 941 mujeres	
Frecuencia esperada 50 %	Nivel de confianza 90%
Límites de confianza 5%	Tamaño de la muestra = 270

- Población finita $n = Z^2 (p) (q) (N) / N (e^2) + Z^2 (p) (q)$
- $N = 106\ 941$ mujeres, $e = 0.05$, $Z = 1.65$, $p = 0.5$, $q = 1 - 0.5 = 0.5$.
- $n = 1.65^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 106\ 941 / 0.05^2(106\ 941 - 1) + 1.65^2 (0.5) (0.05)$
- $n = 72346.25488 / 268.0265063 = 269.922016 = 270$

Grupo de Estudio

Mujeres de zonas rurales del Estado de Nayarit

7.3.1 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Mujeres mayores de 20 años.
- Que firmen el consentimiento informado para la aplicación del instrumento.
- Ser habitante de la zona rural.

Criterios de Exclusión

- Que no entiendan el instrumento en el momento de su aplicación

Criterios de Eliminación

- Mujeres que hayan sido entrevistadas en la zona rural seleccionada, pero que su domicilio no corresponda a la zona a la que se desea investigar.
- Mujeres que no completen el instrumento en un 80%.

7.3.2 Instrumento de captura de datos

Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos;

- a) Ficha de datos socioeconómicos

En este instrumento se hicieron preguntas abiertas o de selección cerrada

- b) “Escala de factores asociados con el cáncer de mama en mujeres mexicanas”, de la Dra. Alicia Saldívar Garduño (134), la cual consta de subescalas, que miden, entre otros factores, la percepción de riesgo personal para desarrollar cáncer de mama en mujeres (estimado una escala de probabilidad entre 0 y 100), la autorregulación relativa al cuidado de la salud mamaria y la práctica rutinaria de autoexploración de los senos (se preguntará si alguna vez se había realizado la autoexploración, lo habían vuelto a hacer y con qué regularidad la efectuaban). Ver la autorización para utilización de estos reactivos en los anexos.
- c) Se agregó a la escala reactiva que busca medir el conocimiento y que también buscará dar validez concurrente a la variable de intención de conducta. Estos reactivos forman parte de un instrumento que se está desarrollando a través de una investigación de Figuerora-Varela (2017, en prensa) y que fue proporcionado para esta investigación

7.4 Generación de indicadores

7.4.1 Nivel de conocimientos

Las preguntas que fueron incluidas en la encuesta y que forman el indicador se presentan en la tabla 5. Se incluyeron aquellas preguntas que hacen referencia al conocimiento sobre la frecuencia y edad de inicio de las acciones de detección, así como signos clínicos de CaMa.

Tabla 5. Preguntas y respuestas para incluirlas en la encuesta para la realización del indicador de nivel de conocimientos del CaMa.

Preguntas

Respuestas

1.- ¿Cuáles son las actividades que conoces que se tienen que hacer para verificar la salud de las mamas? (anota en el recuadro tu respuesta)

Actividad	Frecuencia	Edad para iniciarla
Autoexploración(1)	Mensual(1)	20 años/ menarquia (7 -10 días después de la menstruación o día fijo en menopausia(1)
Exploración clínica(1)	Anual (1)	25 años(1)
Mamografía(1)	Bienal/ anual(1)	40 años(1)
Ultrasonido(1)	Prescripción médica(1)	Prescripción médica(1)

2.- El cáncer de mama es:

- a) Una enfermedad en la que el tumor maligno ataca los tejidos de la mama (1).
- b) Un padecimiento contagioso (0).

3.- El cáncer de mama lo padecen:

c) Una molestia menor en los senos por dormir boca abajo (0).

d) Otra_____.

99) No sabe / No respondió

a) Sólo las mujeres (0).

b) Sólo los hombres (0).

c) Mujeres y hombres (1).

99) No sabe/ no respondió

4.- Por último, ¿Cuál o cuáles de los siguientes síntomas son motivo de consulta urgente con un médico?

	SI	NO	NS
a) Cambio de color en la piel de los senos	1	0	99
b) Si hay secreciones líquidas en alguno de los pezones cuando no se está amamantando.	1	0	99
c) Si se detectan abultamientos con el tacto	1	0	99
d) Alteraciones del tamaño y la forma de las mamas	1	0	99

7.4.2 Nivel de intención de conducta

Las preguntas incluidas en la encuesta y que forman el indicador se presenta en la tabla 6. Se incluyeron aquellas preguntas que hacen referencia a la intención de conducta.

Tabla 6. Preguntas y respuestas incluidas en la encuesta para la realización del indicador de nivel de intención de conducta.

Pregunta	Respuesta
1. Puedo realizar casi todo lo que me propongo	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
2. ¿Cuándo las cosas salen mal, vuelvo a intentarlo	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
3. Puedo ser capaz de decidir sobre mi vida	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
4. Tengo la confianza en que puedo solucionar mis problemas personales	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

	<p>4= De acuerdo</p> <p>5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe/ No respondió</p>
<p>5. Puedo hacer planes a largo plazo sobre mi vida</p>	<p>1 = Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 = Desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe/ No respondió</p>
<p>6. Puedo solucionar cualquier problema, por difícil que parezca</p>	<p>1 = Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 = Desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe/ No respondió</p>
<p>7. Una vez que me defino una meta, no me detengo hasta alcanzarla</p>	<p>1 = Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 = Desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5 = Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe/ No respondió</p>
<p>8. Puedo decidir cuándo realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama</p>	<p>1 = Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 = Desacuerdo</p> <p>3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p>4= De acuerdo</p> <p>5 = Totalmente de acuerdo</p>

	99 = No sabe/ No respondió
9. Puedo ser capaz de tener control sobre la decisión de realizarme una autoexploración de senos para prevenir el cáncer de mama	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
10. Puedo estar segura de que no quiero desarrollar cáncer de mama	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
11. Puedo ser capaz de decidir si voy a hacerme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió
12. Soy capaz de dejar de hacer otras cosas importantes para realizarme la autoexploración de senos para prevenir cáncer de mama	1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió

<p>13. Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama</p>	<p>1 = Totalmente en desacuerdo 2 = Desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo 99 = No sabe/ No respondió</p>
---	--

7.4.3 Nivel de autocuidado

Las preguntas incluidas en la encuesta y que forman el indicador se presentan en la tabla 7. Se incluyeron aquellas preguntas que hacen referencia al autocuidado.

Tabla 7. Preguntas y respuestas incluidas en la encuesta para la realización del indicador de nivel de autocuidado.

Pregunta	Respuesta
<p>1. Sobre realizarme una mamografía u otros procesos de prevención en salud de mamas</p>	<p>1) No planeo hacérmelos en este año 2) Pienso que en los próximos meses me programaré para ir a efectuarme la mamografía 3) Ya me hice una mamografía este año 4) Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones 99)No respondió</p>
<p>2) Se ha hecho mamografías anteriormente</p>	<p>1) = Si 0) = No 99) = No respondió</p>

3) Fecha de la última mamografía	1) Más de 2 años 2) 1 mes a 2 años 99) No sabe o menos a 40 años
4) Motivo por el que se efectuó la mamografía (subraya la opción que se acerque más a tu respuesta)	1) Por prescripción del médico, dado el programa de detección de cáncer de mama 2) Por detectarse una anormalidad en la autoexploración 3) Por control después de haber sido diagnosticada y/o tratada por una patología mamaria 4) Por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz 5) Otro (especificar) _____ 99) No respondió
5) ¿Alguna vez se ha hecho usted misma una autoexploración de senos?	1) =Si 0) = No 99) = No sabe
6) Después de esa ocasión, ¿ha vuelto a hacerse la autoexploración de senos?	1) = Si 0) = No 99) = No respondió

7) ¿Cuándo?

4→El último mes	3→Hace más de un mes	2→El último año	1→Hace más de un año	99→No sabe
-----------------	----------------------	-----------------	----------------------	------------

8) ¿Se auto-explora rutinariamente los senos?	1) = Si 0) = No
---	--------------------

9) ¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de senos?	99) No sabe
	1)Cada año
	2)Cada dos o más meses
	3)Cada mes
	0) Nunca
	99) No sabe

7.4.4 Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para el cáncer de mama

Las preguntas incluidas en la encuesta y que forman el indicador se presentan en la tabla 8. Se incluyeron aquellas preguntas que hacen referencia al autocuidado. Las respuestas de cada pregunta se consideran correcta o incorrecta con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 y a la Guía para el autocuidado y detección de cáncer de mama(135); a las respuestas correctas se les asignó el valor de uno y a las incorrectas cero.

Tabla 8. Preguntas y respuestas incluidas en la encuesta para la realización del indicador de nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para el cáncer de mama.

1.- De la siguiente lista, ¿Cuáles son considerados factores de riesgo para el cáncer de mama?

	SI	NO	NS
a) Ser una mujer mayor de 40 años	1	0	99
b) Ser hija o hermana de una mujer que haya padecido cáncer de mama	1	0	99
c) Haber tenido el primer embarazo después de los 30 años	1	0	99
d) Haber tenido bebés	1	0	99
e) No haber amamantado nunca	1	0	99
f) Ser una persona obesa	1	0	99
g) Beber más de dos copas de bebidas alcohólicas al día	1	0	99

h) Ser fumadora	1	0	99
i) Tomar hormonas por un tiempo prolongado	1	0	99
j) Usar el brassiere muy apretado o que sean muy calientes	0	1	99
k) Haber recibido un golpe en las mamas	0	1	99
l) Utilizar aerosoles para la higiene personal o ambiental	0	1	99
m) Comer alimentos con muchos conservadores	0	1	99
n) Uso del mismo tipo de anticonceptivos por más de cinco años	1	0	99
o) Vida sexual activa a temprana edad	0	1	99
p) Estilos de vida estresantes	0	1	99
q) Utilización de electrodomésticos como el microondas	0	1	99
r) Uso de computadoras y celulares	0	1	99
s) Que las mujeres no se autoexploren sus senos	1	0	99

7.4.5 Indicador de barreras

Las preguntas incluidas en la encuesta y que forman el indicador se presentan en la tabla 9. Se incluyeron aquellas preguntas que hacen referencia a las barreras percibidas sobre la mamografía; estas preguntas están relacionadas con el fatalismo, la percepción de la pareja y la susceptibilidad de la mujer frente al CaMa.

Preguntas	Respuestas
Tengo miedo a la radiación que me pueda dar	1= Totalmente en desacuerdo 2= Desacuerdo 3= De acuerdo 4= Totalmente de acuerdo 99 = No sabe / No respondió
Me da vergüenza que me vean mi pecho	1= Totalmente en desacuerdo 2= Desacuerdo

	<p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
No tengo tiempo para hacérmelos	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
No hay en mi comunidad los aparatos para hacerlo	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
Mi pareja no quiere que otras personas me vean	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
No la necesito, no me siento nada en el pecho	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>

Sé que sólo se hace el estudio quien tiene riesgo	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
El trasladarme para hacerme los estudios y exploraciones tiene mucho costo	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p> <p>99 = No sabe / No respondió</p>
Cuando mencionan el cáncer de mama, de inmediato pienso en la muerte	<p>1= Totalmente en desacuerdo</p> <p>2= Desacuerdo</p> <p>3= De acuerdo</p> <p>4= Totalmente de acuerdo</p>

	99 = No sabe / No respondió
--	-----------------------------

7.5 Definición operacional de las variables

Variables	Pregunta que se utilizó del cuestionario	Definición de la del variable	Respuesta categoría y de referencia
Dependientes			
Edad	Edad	Años de vida la mujer al momento de la encuesta.	Número de años
Población	Lugar donde se realizó la encuesta.	Población del estado de Nayarit donde se realizó la encuesta.	0=Mecatán. 1=Zitacua. 2=Sentispac. 3=Samao. 4=Novillero. 5=El tigre (Acaponeta)
Escolaridad	Escolaridad	Último grado de estudios que concluyó la mujer al momento de la encuesta,	99 = No respondió 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Preparatoria 4 = Carrera técnica 5 = Licenciatura 6 = Posgrado

Estado civil	Estado civil	Estado civil de la mujer al momento de la encuesta.	99 = No respondió 1 = Casada (vive en pareja) 2 = Soltera no vive en pareja
Ocupación	Ocupación	Actividad en la que ocupa su tiempo la mujer entrevistada al momento de la entrevista	99 = No respondió 1 = Estudiante 2 = Hogar 3 = Empleada de comercio o servicio privado 4 = Empleada de servicio público (profesoras, administrativas) 5 = Empleadas de servicios de salud (Médicas, enfermeras, paramédicas) 6 = Jubiladas 7 = Desempleada
Antecedentes de patología mamaria	¿Ha tenido algún tipo de patología (enfermedad mamaria)?	Diagnóstico de alguna enfermedad mamaria en algún momento de la vida de la mujer que fue encuestada.	99 = No respondió 1 = si 0 = no

<p>¿Planea realizarse la mamografía?</p>	<p>¿Planea realizarse la mamografía?</p>	<p>Planeación de mamografía u otros procesos de prevención en salud de mamas.</p>	<p>99 = No respondió</p> <p>1=No planeo hacérmelos este año.</p> <p>2=Pienso que en los próximos meses me programare para ir a efectuarme la mamografía.</p> <p>3= Ya me hice la mamografía.</p> <p>4=Me hago con la periodicidad requeridas mis revisiones.</p>
<p>Motivo por el que se efectuó la mamografía</p>	<p>Motivo por el que se efectuó la mamografía</p>	<p>Motivo por el que la mujer se fue a realizar la mamografía.</p>	<p>99 = No respondió o menor a 40 años.</p> <p>1= Por prescripción del médico.</p> <p>2=Por detectarse una anomalía en la autoexploración.</p> <p>3=Control después de haber sido diagnosticada.</p> <p>4=Por decisión propia.</p> <p>5= Otros.</p>
<p>No la necesito, no siento nada en el pecho.</p>	<p>No me haría una mamografía u otro estudio de mama porque: No la</p>	<p>El motivo para no realizarse la mamografía u otro estudio de</p>	<p>99=No respondió.</p> <p>1 = Totalmente desacuerdo.</p>

	necesito, no siento nada en el pecho.	mamas es porque la mujer percibe que no la necesita debido a que no siente nada en el pecho.	2 = Desacuerdo. 3 = Acuerdo. 4 = Totalmente acuerdo.
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido.	No me haría una mamografía u otro estudio de mama porque: No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido.	El motivo para no realizarse la mamografía u otro estudio de mamas es porque la mujer considera que al no tener antecedentes de cáncer en su familia, realizarse los estudios sería tiempo y dinero perdido.	99= No respondió. 1 = Totalmente desacuerdo. 2 = Desacuerdo. 3 = Acuerdo. 4 = Totalmente acuerdo.
Mi pareja no quiere que otras personas me vean.	No me haría una mamografía u otro estudio de mama porque: Mi pareja no quiere que otras personas me vean.	El motivo para no realizarse la mamografía u otro estudio de mamas es porque la pareja de la mujer no quiere que otras personas	99= No respondió. 1 = Totalmente desacuerdo. 2 = Desacuerdo. 3 = Acuerdo. 4 = Totalmente acuerdo.

		(proveedor de salud) la vean.	
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta.	No me haría una mamografía u otro estudio de mama porque: La sola idea de tener cáncer de mama me asusta.	El motivo para no realizarse la mamografía u otro estudio de mamas es porque la sola idea de tener cáncer de mama le asusta.	99= No respondió. 1 = Totalmente desacuerdo. 2 = Desacuerdo. 3 = Acuerdo. 4 = Totalmente acuerdo.
Cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato pienso en la muerte.	No me haría una mamografía u otro estudio de mama porque: Cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato pienso en la muerte.	El motivo para no realizarse la mamografía u otro estudio de mamas es porque la mujer al escuchar que se menciona el cáncer de mama de inmediato tiene ideas fatalistas y las relaciona con la muerte.	99= No respondió. 1 = Totalmente desacuerdo. 2 = Desacuerdo. 3 = Acuerdo. 4 = Totalmente acuerdo.
Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos.	¿Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos?	La mujer puede decidir las condiciones en las que desea realizarse la	99= No respondió. 1= Totalmente desacuerdo. 2=Desacuerdo.

		autoexploración de los senos	3=Ni desacuerdo ni acuerdo. 4= Acuerdo. 5=Totalmente de acuerdo.
Antecedente de autoexploración.	¿Alguna vez se ha hecho usted misma una autoexploración de senos?	La mujer se ha realizado la autoexploración de los senos.	99= No respondió. 0=No. 1=Si.
¿Con qué frecuencia se autoexplora?	¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de senos?	Con qué frecuencia se autoexplora los senos la mujer.	99=No respondió. 1=Nunca. 2= Cada año. 3= Cada dos o más meses. 4= Cada mes.
¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?	¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?	Nivel de confianza que tiene la mujer para realizar la autoexploración el próximo mes.	99= No respondió. 1=Totalmente confiada. 2=Muy confiada. 3= Algo confiada. 4=Ni muy confiada ni muy desconfiada. 5= Algo desconfiada. 6=Muy desconfiada. 7=Totalmente desconfiada.

Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración.	¿Cómo aprendió a efectuarse la autoexploración de los senos?	Forma en la que la mujer aprendió a efectuarse la autoexploración de los senos.	99= No respondió. 1= Me enseñaron en mi unidad médica. 2=Leí un folleto explicativo. 3=Me enseñaron mis amigas a hacerlo. 4=Mi madre o familiar me enseñaron. 5= Vi un documental o una publicación por medios electrónicos. 6=Vi en la televisión un programa.
Barreras percibidas por las que las mujeres no se realizan una mamografía u otros estudios de las mamas	Ver tabla 9	Barreras percibidas para no realizar una mamografía u otros estudios de las mamas.	0 = Bajo 1 = Medio 2= Alto
Variables Independientes.			
¿Se ha realizado la mamografía?	Se ha realizado mamografías anteriormente	La mujer tiene una experiencia	99=No respondió 0=No. 1=Si.

		previa con la mamografía	
Nivel de conocimientos de CaMa	Ver tabla 5	Conocimientos sobre la detección de cáncer de mama de acuerdo con lo que marca la NOM-041-SSA2-2011	0 = Bajo 1 = Medio 2 = Alto
Nivel de intención de conducta	Ver tabla 6	La actitud que tiene la mujer encuestada con respecto a la conducta de autocuidado.	0 = Bajo 1 = Medio 3 = Alto
Nivel de autocuidado	Ver tabla 7	Acciones que la mujer realiza para mejorar su salud y evitar daños.	0 = Bajo 1 = Medio 2 = Alto
Nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de CaMa	Ver tabla 8	Conocimientos sobre los factores de riesgo de CaMa.	0 = Bajo 1 = Medio 2 = Alto



Universidad Autónoma de Nayarit
Área de Ciencias de la Salud
Maestría en Salud Pública



Consentimiento informado

Estamos haciendo una encuesta para conocer los conocimientos y la intención que se tiene para realizar algunos procedimientos preventivos para el cáncer de mama. Te invitamos a participar en esta investigación; si aceptas, toda la información que nos proporciones será de tipo confidencial, pues sólo se utilizará con fines académicos y de investigación, por lo tanto no habrá ningún peligro, ni de salud ni legal. Si estás de acuerdo, sólo te pedimos que nos proporciones algunos datos generales y que firmes este documento. El responsable de esta investigación es el Licenciado en Psicología Armando Franquez Ocegueda, que tiene como Directora de esta investigación a la Doctora Ma.del Rocío Figueroa Varela. Si quieres conocer más detalles de la investigación te puedes comunicar mediante el siguiente correo electrónico armandofo.franquez@uan.edu.mx o al teléfono 311 264 42 07

Firma _____

Datos Generales

1. Edad: _____ 2. Escolaridad _____

3. Estado civil _____ 4.- Ocupación _____

5. ¿Ha tenido algún tipo de patología (enfermedad mamaria)? No _____ Sí _____

¿Cuál? _____

6. ¿Qué tratamiento llevaste y por cuánto tiempo?

7. ¿Cuáles son las actividades que conoces que se tienen que hacer para verificar la salud de las mamas? (anota en el recuadro tu respuesta)

Actividad	Frecuencia	Edad para iniciarla

8. Sobre realizarme una mamografía u otros procesos de prevención en salud de mamas:

- a) No planeo hacérmelos en este año
- b) Pienso que en los próximos meses me programaré para ir a efectuarme la mamografía.
- c) Ya me hice una mamografía este año
- d) Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones

9. Se ha hecho mamografías anteriormente

No____ Sí____

Fecha de la última mamografía_____

10. Motivo por el que se efectuó la mamografía (subraya la opción que se acerque más a tu respuesta)

- a) Por prescripción del médico, dado el programa de detección de cáncer de mama
- b) Por detectarse una anormalidad en la autoexploración

- c) Por control después de haber sido diagnosticada y/o tratada por una patología mamaria
- d) Por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz
- e) Otro (especificar) _____

Algunas mujeres nos han comentado de diversas razones por las cuales no se efectúan mamografías u otros estudios, como la exploración clínico, con regularidad, por diversos miedos y creencias relacionados con el cáncer de mama. De las siguientes afirmaciones, por favor anota con una x en la respuesta que refleje qué tan de acuerdo o desacuerdo, estarías tú con estas afirmaciones.

- No me haría una mamografía u otro estudio de mamas porque:

	Totalmente acuerdo TA	Acuerdo A	Desacuerdo D	Totalmente desacuerdo TD
Tengo miedo a la radiación que me pueda dar				
Me da vergüenza que me vean mi pecho				
No tengo tiempo para hacérmelos				
No hay en mi comunidad los aparatos para hacerlo				
Mi pareja no quiere que otras personas me vean				
No la necesito, no me siento nada en el pecho				
Sé que sólo se hace el estudio quien tiene riesgo				

El trasladarme para hacerme los estudios y exploraciones tiene mucho costo				
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido				
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta				
Cuando mencionan el cáncer de mama, de inmediato pienso en la muerte				

Instrucciones:

Por favor, piense qué tan segura está de poder hacer lo que se le pide a continuación, y tache la opción que se acerca más a lo que usted piensa, según como ha contestado la anterior sección en donde nos comenta sobre su acuerdo o desacuerdo.

TD	D	NA	A	TA
Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

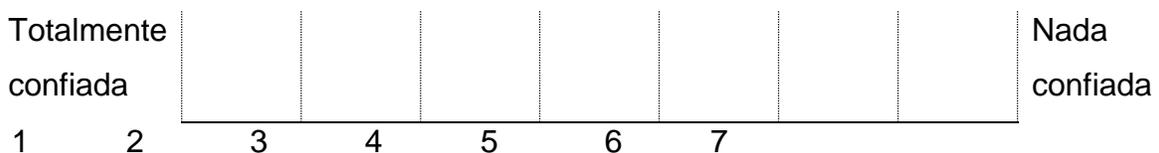
	TD	D	NA	A	TA
1. Puedo realizar casi todo lo que me propongo					
2. Cuando las cosas salen mal, vuelvo a intentarlo					
3. Puedo ser capaz de decidir sobre mi vida.					
4. Tengo la confianza en que puedo solucionar mis problemas personales					
5. Puedo hacer planes a largo plazo sobre mi vida					
6. Puedo solucionar cualquier problema, por difícil que parezca					

7. Una vez que me defino una meta, no me detengo hasta alcanzarla					
8. Puedo decidir cuándo realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama					
9. Puedo ser capaz de tener control sobre la decisión de realizarme una autoexploración de senos para prevenir el cáncer de mama					
10. Puedo estar segura de que no quiero desarrollar cáncer de mama					
11. Puedo ser capaz de decidir si voy a hacerme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama					
12. Soy capaz de dejar de hacer otras cosas importantes para realizarme la autoexploración de senos para prevenir cáncer de mama					
13. Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos para prevenir el cáncer de mama					

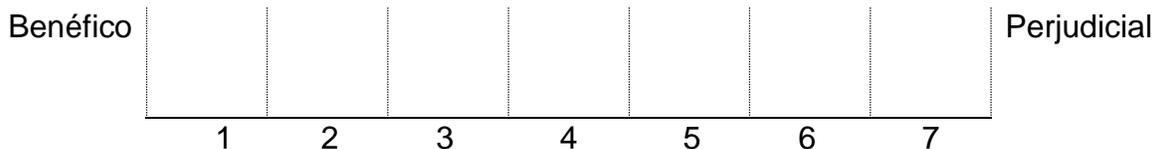
Instrucciones:

Por favor, tache la opción que refleje mejor lo que usted piensa acerca de lo que se plantea a continuación:

¿Qué tan confiada se siente en este momento de realizarse la autoexploración de los senos a partir del próximo mes para prevenir el cáncer de mama?



Hacerme el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama me parece:



Instrucciones: Por favor, conteste las siguientes preguntas:

2) El cáncer de mama es:

- a) Una enfermedad en la que un tumor maligno ataca los tejidos de la mama
- b) Un padecimiento contagioso
- c) Una molestia menor en los senos por dormir boca abajo
- d) Otra _____

3) El cáncer de mama lo padecen:

- a) Sólo las mujeres
- b) Sólo los hombres
- c) Mujeres y hombres

4) De la siguiente lista, ¿Cuáles son considerados factores de riesgo para el cáncer de mama?

- | | | |
|---|----|----|
| a) Ser una mujer mayor de 40 años | SI | NO |
| b) Ser hija o hermana de una mujer que haya padecido cáncer de mama | SI | NO |
| c) Haber tenido el primer embarazo después de los 30 años | SI | NO |
| d) De haber tenido bebés | SI | NO |
| e) No haber amamantado nunca | SI | NO |
| f) Ser una persona obesa | SI | NO |
| g) Beber más de dos copas de bebidas alcohólicas al día | SI | NO |
| h) Ser fumadora | SI | NO |
| i) Tomar hormonas por un tiempo prolongado | SI | NO |
| j) Usar el brassiere muy apretado o que sean muy calientes | SI | NO |
| k) Haber recibido un golpe en las mamas | SI | NO |

- l) Utilizar aerosoles para la higiene personal o ambiental SI NO
- m) Comer alimentos con muchos conservadores SI NO
- n) Uso del mismo tipo de anticonceptivos por más de cinco años SI NO
- o) Vida sexual activa a temprana edad SI NO
- p) Estilos de vida estresantes SI NO
- q) Utilización de electrodomésticos como el microondas SI NO
- r) Uso de computadoras y celulares SI NO
- s) Que las mujeres no se autoexploren sus senos SI NO

4. ¿Alguna vez se ha hecho usted misma una autoexploración de senos? SI NO

5. Después de esa ocasión, ¿ha vuelto a hacerse la autoexploración de senos? SI NO

6. ¿Cuándo?

El último mes	Hace más de un mes	El último año	Hace más de un año
---------------	--------------------	---------------	--------------------

7. ¿Se auto-explora rutinariamente los senos? SI NO

8. ¿Cada cuánto tiempo se realiza la autoexploración de senos?

- a) Cada mes
- b) Cada dos o más meses
- c) Cada año
- d) Nunca

9. Cómo aprendió a efectuarse la autoexploración de sus senos

- a) Me enseñaron en mi unidad médica
- b) Leí un folleto explicativo
- c) Me enseñaron mis amigas a hacerlo
- d) Mi madre o mi familia me enseñaron
- e) Vi un documento o una publicación por medios electrónicos

f) Vi en la televisión un programa

10. ¿Cuáles son las formas en que puede detectarse el cáncer de mama?

11. Por último, ¿Cuál o cuáles de los siguientes síntomas son motivo de consulta urgente con un médico?

- | | | |
|---|----|----|
| a) Cambio de color en la piel de los senos | SI | NO |
| b) Si hay secreciones líquidas en alguno de los pezones cuando no se está amamantando | SI | NO |
| c) Si se detectan abultamientos con el tacto | SI | NO |
| d) Alternaciones del tamaño y la forma de las mamas | SI | NO |

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.

8.1 Características de la población

El total de mujeres que participaron en la encuesta fue de 296 mujeres, de las cuales 277 cumplieron con los criterios de inclusión (ser mayores de 20 años) Para realizar este análisis fueron eliminadas las mujeres que no completaron el 80% del instrumento. De las mujeres que participaron en este análisis el 48 % refirió tener experiencia previa de mamografía y un 52 % de las mujeres refirieron no haberse realizado previamente una mamografía. La mediana global de este grupo de mujeres fue 42 años, difiriendo entre las mujeres con experiencia previa (51 años) y sin experiencia previa (35 años).

En las tablas de la 10.1 a 10.10 se muestran las características sociodemográficas, antecedentes e indicadores de las mujeres de zonas rurales que mencionaron haberse realizado una mamografía.

Tabla 10.1. Experiencia previa de mamografía, conocimientos de CaMa e intención para el cuidado mamario.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total	No	Si		
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales en terciles					
Bajo	106	38.27	32.64	44.36	
Medio	134	48.38	50	46.62	
Alto	37	13.36	17.36	9.02	0.044
Intención de conducta para el cuidado mamario, en mujeres de zonas rurales en terciles					
Bajo	95	34.30	27.78	41.35	
Medio	97	35.02	34.72	35.34	
Alto	85	30.69	37.50	23.31	0.016

En esta tabla se observa que las mujeres de nivel medio de conocimientos de CaMa tienen la más alta experiencia previa de mamografía, seguidas muy cerca por las

de nivel bajo de conocimientos de CaMa, no obstante las mujeres con un alto nivel de conocimientos de CaMa tienen una menor experiencia previa de mamografía.

Así también, se observa que las mujeres sin experiencia previa de mamografía se encuentran en mayor porcentaje de las mujeres con conocimientos medio de lo que es el CaMan seguidas por las mujeres con conocimiento bajo y cerrando con un pequeño porcentaje de las mujeres que tienen el conocimiento alto del CaMa.

Sobre: intención de conducta que tienen las mujeres con experiencia previa de mamografía, se puede observar que la mayoría de las mujeres tienen una baja intención de conducta, seguidas por las mujeres de nivel medio y dejando por ultimo a las mujeres de nivel alto. No obstante, se observa que las mujeres sin experiencia previa de mamografía tienen una mayor intención de realizar las conductas para el cuidado mamario ocupando la mayoría de las mujeres un nivel alto de intención, seguidas por un nivel medio y dejando por último a las mujeres con un nivel bajo de intención de conducta para el cuidado de sus mamas.

Tabla 10.2. Experiencia previa de mamografía, autocuidado de las mujeres de zonas rurales y conocimientos de los factores de riesgo para el CaMa terciles.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Autocuidado de las mujeres de zonas rurales en terciles (Autocuidado sin considerar preguntas de mamografía)					
Bajo	105	37.91	43.06	32.33	
Medio	116	41.88	40.28	43.61	
Alto	56	20.22	16.67	24.06	0.126
Conocimientos de los factores de riesgo para el CaMa terciles					
Bajo	95	34.93	31.65	38.35	
Medio	101	37.13	35.97	38.35	
Alto	76	27.94	32.37	23.31	0.198

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observó que las variables autocuidado de las mujeres y conocimiento de los factores de riesgo para el CaMa no se encuentran asociadas con la experiencia previa de mamografía.

Tabla 10.3. Experiencia previa de mamografía y los rangos de edad de las mujeres del estudio.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Rango de edad de las mujeres del estudio					
20-24	39	14.08	25	2.26	
25-29	26	9.39	16.67	1.5	
30-34	32	11.55	15.97	6.77	
35-39	30	10.83	14.58	6.77	
40-44	28	10.11	10.42	9.77	
45-49	33	11.91	6.25	18.05	
50-54	25	9.03	5.56	12.78	
55-59	18	6.5	1.39	12.03	
60-64	17	6.14	0	12.78	
65-69	12	4.33	0.69	8.27	
70 y más	15	5.42	3.47	7.52	
No respondió	2	.072	0	1.5	0.0001
Población en la que se realizó la encuesta					
Mecatán	37	13.36	9.03	18.05	
Zitácua	15	5.42	9.03	1.5	
Sentispac	100	36.10	27.08	45.86	
Samao	68	24.55	31.25	17.29	
Novillero	49	17.69	21.53	13.53	
El Tigre	8	2.89	2.08	3.76	0.0001

Respecto a: rango de edad, se puede decir que de las 277 mujeres encuestadas para el estudio fueron 133 mujeres las que estaban en el rango de edad de 40 a 69 años de edad lo cual es el 48 % de las mujeres; no obstante, de ese 48 % no todas las mujeres se habían realizado la mamografía, pues como se puede observar en la tabla 10.3, del total de mujeres que respondieron no haberse realizado la

mamografía, un 24. 31% se encontraba en este rango edad, lo cual significa que 35 mujeres de las 133 que se encuentran entre los 40 y 69 años no se habían realizado aun la mamografía.

Respecto a: la experiencia previa de las poblaciones encuestadas en la tabla 10.3, se observó que los mayores índices de experiencia previa de mamografía son Sentispac, seguida por Mecatán,; mientras que la población con menor experiencia de mamografía fue Samao.

Tabla 10.4. Experiencia previa de mamografía y los rangos de edad de las mujeres del estudio.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Escolaridad					
Ninguna	3	1.08	0	2.26	
Primaria	66	23.83	13.19	35.34	
Secundaria	109	39.71	40.97	38.35	
Preparatoria	45	16.25	21.53	10.53	
Carrera técnica	4	1.44	1.39	1.5	
Licenciatura	44	15.88	22.92	8.27	
Posgrado	2	0.72	0	1.5	
No respondió	3	1.08	0	2.26	0.0001
Estado Civil					
Soltera (no vive con pareja)	71	25.63	31.25	19.55	
Casada (Vive en pareja)	200	72.20	65.97	78.95	
No respondió	6	2.17	2.78	1.5	0.054

Conforme a lo observado en el estudio el nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres encuestadas con experiencia previa de mamografía reportaron tener nivel secundaria, seguido por la primaria; mientras que las mujeres que reportaron no haber tenido experiencia previa de mamografía en su mayoría tenían también nivel

secundaria; no obstante, el segundo nivel que le seguía en escolaridad fue la licenciatura.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observó que la variable estado civil ($p=0.054$) no se encuentran asociadas con la experiencia previa de mamografía

Tabla 10.5. Experiencia previa de mamografía y los rangos de edad de las mujeres del estudio.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Ocupación					
Estudiante	18	6.50	11.81	0.75	
Hogar	186	67.15	61.81	72.93	
Empleada de comercio o servicio privado	49	17.69	18.06	17.29	
Empleada de servicio publico	13	4.69	4.86	4.51	
Empleados de servicios de salud	1	0.36	0	0.75	
Jubiladas	4	1.44	0	3.01	
No respondió	6	2.17	3.47	0.75	0.001
Antecedente de patología mamaria					
No	243	87.73	95.14	79.7	
Si	28	10.11	3.47	17.29	
No respondió	6	2.17	1.39	3.01	0.0001

Conforme a: la ocupación, los porcentajes de las mujeres reportaron que la mayoría de las mujeres encuestadas con experiencia previa de mamografía y sin experiencia previa tenían como ocupación el hogar, seguidas por las mujeres que trabajan en comercio o servicio privado.

Respecto a haber tenido el antecedente de una patología mamaria, la mayoría de las mujeres con o sin experiencia previa de mamografía reportaron no haber tenido

una patología mamaria; no obstante, las mujeres que reportaron si haber tenido algún tipo de patología mamaria (fibrosis, quistes, piquetes, CaMa, inflamación u otras) reportaron sí tener una experiencia previa de mamografía.

Tabla 10.6. Experiencia previa de mamografía y ¿planea realizarse la mamografía u otro proceso de prevención de las mamas?.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
¿Planea realizarse la mamografía u otro proceso de prevención de las mamas?					
No planeo hacérmelos este año	67	24.19	35.42	12.03	
Pienso que en los próximos meses me programare para ir a efectuarme la mamografía	76	27.44	30.56	24.06	
Ya me hice la mamografía	42	15.16	0	31.58	
Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones	48	17.33	15.28	19.55	
No respondió	44	15.88	18.75	12.78	0.0001

Conforme a: ¿planea realizarse la mamografía u otro proceso de prevención de las mamas?, las mujeres encuestadas, y que respondieron haber tenido una experiencia previa de mamografía, reportaron en su mayoría que ya se habían realizado la mamografía en el transcurso del año; mientras que, con respecto a las mujeres que no tienen experiencia previa de mamografía, se observó que en su mayoría no planeaban realizarse la mamografía durante ese año, seguido por el grupo de mujeres que respondieron que pensaban realizarse la mamografía u otro proceso de prevención en los próximos meses.

Gráfico 1. Motivo por el que se efectuó la mamografía.



Conforme a motivo por la realización de la mamografía, como se puede observar en el gráfico 1, el porcentaje más alto fue el de las mujeres que reportaron haberse realizado la mamografía por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz (39.1%), seguido por las mujeres que respondieron que el motivo para realizarse la mamografía era después de detectarse una anomalía durante la autoexploración (20.3%).

Tabla 10.7. Experiencia previa de mamografía y puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos					
Totalmente desacuerdo	16	5.78	4.17	7.52	
Desacuerdo	22	7.94	4.17	12.03	
Ni desacuerdo ni acuerdo	32	11.55	8.33	15.04	
acuerdo	107	38.63	41.67	35.34	
Totalmente acuerdo	97	35.02	40.28	29.32	
No respondió	3	1.08	1.39	0.75	0.026

Respecto a: poder decidir en qué condiciones se puede realizar la autoexploración, las mujeres reportaron, en su mayoría, que con y sin experiencia previa de mamografía, están de acuerdo con poder decidir las condiciones para realizarse la autoexploración.

Tabla 10.8. Experiencia previa de mamografía y antecedentes de autoexploración.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Antecedente de autoexploración					
No	35	12.64	12.50	12.78	
Si	238	85.92	85.42	86.47	
No respondió	4	1.44	2.08	0.75	0.650

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observó que la variable: antecedente de autoexploración ($p= 0.650$), no se encuentra asociada con la experiencia asociada con la experiencia previa de mamografía.

Tabla 10.9. Experiencia previa de mamografía, con qué frecuencia se autoexplora y ¿qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
¿Con qué frecuencia se autoexplora?					
Nunca	10	3.61	4.86	2.26	
Cada año	52	18.77	13.19	24.81	
Cada dos o tres meses	67	24.19	25	23.31	
Cada mes	141	50.9	52.08	49.62	
No respondió	7	2.53	4.86	0	0.012
¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?					
Totalmente confiada	116	42.65	46.76	38.35	
Muy confiada	43	15.81	15.11	16.54	
Algo confiada	33	12.13	8.63	15.79	
Ni muy confiada ni muy desconfiada	17	6.25	4.32	8.27	
Algo desconfiada	19	6.99	6.47	7.52	
Muy desconfiada	8	2.94	3.6	2.26	
Totalmente desconfiada	9	3.31	3.6	3.01	
No respondió	27	9.93	11.51	8.27	0.419

Conforme a: ¿con qué frecuencia se autoexplora?, las mujeres que reportaron tener una experiencia previa de mamografía, en su mayoría se autoexploran cada mes (49.62%), seguidas de las mujeres que se autoexploran cada año; mientras que las mujeres sin experiencia previa de mamografía respondieron que en su mayoría tienen una revisión una vez al mes (52.08%) seguido de una autoexploración cada dos o tres meses.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observa que las variable: ¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes? ($p = 0.419$) no se encuentra asociada con la experiencia previa de mamografía

Tabla 10.10. Experiencia previa de mamografía y confianza para autoexplorarse el próximos mes y medio por el cual aprendió a autoexplorarse.

Variables	Experiencia previa de mamografía				Valor p
	Total		No	Si	
	n	%	%	%	
	277	100	52	48	
Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración.					
Me enseñaron en mi unidad médica	160	58.82	57.55	60.15	
Leí un folleto explicativo	44	16.18	19.42	12.78	
Me enseñaron mis amigas a hacerlo	8	2.94	0.72	5.26	
Mi madre o familiar me enseñaron	22	8.09	5.76	10.53	
Vi un documental o una publicación por medios electrónicos	15	5.51	5.76	5.26	
Vi en la televisión un programa	11	4.04	5.04	3.01	
No respondió	12	4.41	5.76	3.01	0.105

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observa que las variable: medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración ($p = 0.105$), no se encuentra asociada con la experiencia previa de mamografía.

8.2 Nivel de autocuidado de las mujeres de zonas rurales

En las siguientes tablas se muestra el análisis bivariado entre todas las mujeres en este estudio, por su nivel de autocuidado, así como también una comparación entre las mujeres que si se han realizado la mamografía, las mujeres que no se han realizado la mamografía y su asociación con variables de interés.

Tabla 11.1. Nivel de autocuidado y conocimientos de CaMa.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales en terciles												
Bajo	47	32.64	51.61	20.69	12.5		59	44.36	44.44	65.22	30.43	
Medio	72	50	35.48	63.79	54.17		62	46.62	44.44	32.61	56.52	
Alto	25	17.36	12.90	15.52	33.33	0.0001	12	9.02	11.11	2.17	13.04	0.005

Respecto al nivel de conocimiento de CaMa se observó que las mujeres que tienen un nivel bajo de autocuidado, y no se han realizado la mamografía, tienen un nivel bajo de conocimientos de CaMa; las mujeres con un nivel medio de autocuidado, y sin experiencia previa de mamografía, tienen un nivel medio de conocimientos de CaMa; y que las mujeres con un nivel alto de autocuidado, y que no se han realizado la mamografía, tienen un nivel medio de conocimientos de CaMa.

Conforme al nivel de conocimientos de CaMa, las mujeres con experiencia previa de mamografía y con un nivel de autocuidado bajo y medio tienen un nivel de conocimientos bajo de CaMa; mientras que las mujeres con un nivel de autocuidado alto y con experiencia previa de mamografía tienen un nivel medio de conocimientos de CaMa.

Tabla 11.2. Nivel de autocuidado e intención de conducta para el cuidado mamario.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Intención de conducta para el cuidado mamario de las mujeres de zonas rurales en terciles												
Bajo	40	27.78	24.19	37.93	12.50		55	41.35	50	56.52	28.99	
Medio	50	34.72	48.39	22.41	29.17		47	35.34	38.89	26.09	40.58	
Alto	54	37.50	27.42	27.42	58.33	0.005	31	23.31	11.11	17.39	30.43	0.033

Respecto a la intención de conducta para el cuidado mamario, las mujeres sin experiencia previa de mamografía que reportaron tener un nivel de autocuidado bajo, tuvieron un nivel medio de intención de conducta para el cuidado mamario; las mujeres con un nivel de autocuidado medio tuvieron un nivel bajo de intención de conducta para el cuidado mamario; mientras que las mujeres sin experiencia previa de mamografía, con un nivel de autocuidado alto, obtuvieron un nivel alto de intención de conducta para el cuidado mamario.

Conforme a la intención de conducta para el cuidado mamario, las mujeres con experiencia de mamografía con un nivel de autocuidado bajo y medio reportaron tener un nivel bajo de intención de conducta para el cuidado mamario; mientras que las mujeres con experiencia previa de mamografía, con un nivel alto de autocuidado, reportaron tener un nivel medio de intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 11.3. Nivel de autocuidado, conocimientos de los factores de riesgo del CaMa y barreras.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Conocimientos de factores de riesgo del CaMa en terciles												
Bajo	45	31.25	27.42	31.03	41.67		51	38.35	50	34.78	37.68	
Medio	52	36.11	33.87	39.66	33.33		51	38.35	22.22	43.48	39.13	
Alto	47	32.64	38.71	29.31	25.00	0.593	31	23.31	27.78	21.74	23.19	0.636
Barreras por las cuales las mujeres de zonas rurales no se efectúan una mamografía u otro estudio de las mamas en terciles												
Bajo	51	35.42	35.48	31.03	45.83		50	37.59	16.67	32.61	46.38	
Medio	54	37.5	38.71	37.93	33.33		47	35.34	55.56	28.26	34.78	
Alto	39	27.08	25.81	31.03	20.83	0.753	36	27.07	27.78	39.13	18.84	0.029

Mediante la prueba de Chi-Cuadrada se observó que los indicadores conocimientos de los factores de riesgo del CaMa ($p=0.593$) y barreras por las cuales las mujeres no se efectuarían una mamografía u otro estudio de las mamas ($p= 0.753$), no se encuentran asociadas con el nivel de autocuidado de las mujeres sin experiencia previa de mamografía. Asimismo, se observó que el indicador conocimientos de los factores de riesgo del CaMa ($p=0.636$) no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres con mamografía ($p=0.753$).

Respecto a las barreras por las cuales las mujeres no se efectúan la mamografía u otro estudio de las mamas, se observó que las mujeres que sí se han realizado la mamografía, con un nivel bajo de autocuidado, reportaron tener un nivel medio de barreras; las mujeres con un nivel medio de autocuidado reportaron un nivel alto de barreras; mientras que las mujeres que reportaron tener un nivel alto de autocuidado reportaron que tenían un nivel bajo de barreras por las cuales no se efectuarían una mamografía u otro estudio de las mamas.

Tabla 11.4 Nivel de autocuidado y rango de edad.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Rango de edad de las mujeres del estudio												
20-24	36	25	17.74	37.93	12.50		3	2.26	0	4.35	1.45	
25-29	24	16.67	17.74	18.97	8.33		2	1.5	0	2.17	1.45	
30-34	23	15.97	9.68	17.24	29.17		9	6.77	5.56	10.87	4.35	
35-39	21	14.58	16.13	12.07	16.67		9	6.77	5.56	10.87	4.35	
40-44	15	10.42	17.74	3.45	8.33		13	9.77	16.67	8.7	8.70	
45-49	9	6.25	4.84	3.45	16.67		24	18.05	16.67	10.87	23.19	
50-54	8	5.56	8.06	3.45	4.17		17	12.78	16.67	17.39	8.70	
55-59	2	1.39	1.61	0	4.17		16	12.03	11.11	10.87	13.04	
60-64	0	0	0	0	0		17	12.78	11.11	13.04	13.04	
65-69	1	0.69	1.61	0	0		11	8.27	5.56	6.52	10.14	
70 y más	5	3.47	4.	3.45	0		10	7.52	11.11	4.35	8.70	
No respondió	0	0	0	0	0	0.042	2	1.5	0	0	2.90	0.887

Respecto al rango de edad, las mujeres sin experiencia previa de mamografía entre los 20 y los 29 años y de los 40 a los 44 años, las mujeres reportaron tener un nivel bajo de autocuidado, las mujeres con un nivel medio de autocuidado tienen entre 20 a 24 años, mientras que las mujeres con un nivel alto de autocuidado tienen entre 30 a 34 años.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable rango de edad ($p=0.887$), no está asociada con el nivel de autocuidado con mujeres con experiencia previa de mamografía.

Tabla 11.5. Nivel de autocuidado, población encuestada y escolaridad.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67	133	100	13.53	34.58	51.87	
Población en la que se realizó la encuesta											
Mecátan	13	9.03	6.45	6.90	20.83	24	18.05	27.78	19.57	14.49	
Zitácuá	13	9.03	8.06	6.90	16.67	2	1.5	0	2.17	1.45	
Sentispac	39	27.08	14.52	48.28	8.33	61	45.86	38.89	52.17	43.48	
Samao	45	31.25	33.87	25.86	37.50	23	17.29	5.56	15.22	21.74	
Novillero	31	21.53	32.26	12.07	16.67	18	13.53	27.78	8.70	13.04	
El Tigre	3	2.08	4.84	0	0	5	3.76	0	2.17	5.80	0.426
Escolaridad											
Ninguna	0	0	0	0	0	3	2.26	5.56	2.17	1.45	
Primaria	19	13.19	16.13	12.07	8.33	47	35.34	38.89	32.61	36.23	
Secundaria	59	40.97	53.23	29.31	37.50	51	38.35	44.44	32.61	40.58	
Preparatoria	31	21.53	17.74	25.86	20.83	14	10.53	5.56	13.04	10.14	
Carrera técnica	2	1.39	1.61	0	4.17	2	1.5	0	2.17	1.45	
Licenciatura	33	22.92	11.29	32.76	29.17	11	8.27	5.56	10.87	7.25	
Posgrado	0	0	0	0	0	2	1.5	0	2.17	1.45	
No respondió	0	0	0	0	0	3	2.26	0	4.35	1.45	0.997

Respecto a la población que fue encuestada, se observó que las mujeres sin experiencia previa de mamografía con un nivel bajo de autocuidado se encuentran ubicadas en Samao; no obstante, es en esta misma población donde se encuentran las mujeres que tienen un nivel alto de autocuidado; mientras que las mujeres que tienen un nivel medio de autocuidado se encuentran en Sentispac.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable escolaridad ($p=0.64$), no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres que no se han realizado la mamografía.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable población ($p=0.426$) escolaridad ($p=0.997$), no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres que sí se han realizado la mamografía.

Tabla 11.6. Nivel de autocuidado y estado civil.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Estado Civil												
Soltera (no vive con pareja)	45	31.25	24.19	39.66	29.17		26	19.55	16.67	21.74	18.84	
Casada (Vive en pareja)	95	65.97	74.19	56.90	66.67		105	78.95	77.78	78.26	79.71	
No contestó	4	2.78	1.61	3.45	4.17	0.372	2	1.5	5.56	0	1.45	0.579

Mediante la prueba de Chi-cuadrada se observó que la variable estado civil ($p=0.372$), no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres que no se han realizado la mamografía.

Asimismo mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable estado civil ($p=0.579$), no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres que sí se han realizado la mamografía.

Tabla 11.7. Nivel de autocuidado, ocupación, antecedentes de patología mamaria.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Ocupación												
Estudiante	17	11.81	4.84	24.14	0		1	0.75	0	0	1.45	
Hogar	89	61.81	66.13	58.62	58.33		97	72.93	88.89	76.09	66.67	
Empleada de comercio o servicio privado	26	18.06	24.19	10.34	20.83		23	17.29	11.11	10.87	23.19	
Empleada de servicio publico	7	4.86	1.61	5.17	12.50		6	4.51	0	8.7	2.90	
Empleados de servicios de salud	0	0	0	0	0		1	0.75	0	0	1.45	
Jubiladas	0	0	0	0	0		4	3.01	0	4.35	2.90	
No respondió	5	3.47	3.23	1.72	8.33	0.004	1	0.75	0	0	1.45	0.569
Antecedente de patología mamaria												
No	137	95.14	96.77	98.28	83.33		106	79.7	77.78	80.43	79.71	
Si	5	3.47	1.61	1.72	12.50		23	17.29	22.22	10.87	20.29	
No respondió	2	1.39	1.61	0	4.17	0.053	4	3.01	0.00	8.70	0	0.054

Respecto a la ocupación se observó que las mujeres con un nivel bajo, medio y alto de nivel de autocuidado sin experiencia previa de mamografía se dedicaban al hogar.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que las variables ocupación ($p=0.569$) y antecedentes de patología mamaria ($p=0.054$), no se encuentran asociadas al nivel de autocuidado de las mujeres que sí se han realizado la mamografía.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable antecedentes de patología mamaria ($p=0.053$), no se encuentra asociada al nivel de autocuidado de las mujeres que no se han realizado la mamografía.

Tabla 11.8. Nivel de autocuidado y ¿planea realizarse la mamografía?

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p	
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio		Alto
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%		
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
¿Planea realizarse la mamografía?												
No planeo												
hacérmelos este año	51	35.42	29.03	56.90	0		16	12.03	27.78	13.04	7.25	
Pienso que en los próximos meses me programare para ir a efectuar me la mamografía	44	30.56	30.65	29.31	33.33		32	24.06	11.11	32.61	21.74	
Ya me hice la mamografía	0	0	0	0	0		42	31.58	16.67	26.09	39.13	
Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones	22	15.28	6.45	3.45	66.67		26	19.55	0	17.39	26.09	
No respondió	27	18.75	33.87	10.34	0	0.0001	17	12.78	44.44	10.87	5.80	0.0001

Respecto a: ¿planea realizarse la mamografía?, se observó que las mujeres sin experiencia previa de mamografía con un nivel bajo de autocuidado piensan que en los próximos meses se programarán para efectuarse la mamografía; las mujeres con un nivel medio de autocuidado no planean realizarse la mamografía este año;

y las mujeres con un nivel alto de autocuidado reportaron que se realizan sus revisiones con periodicidad.

Conforme a: ¿planea realizarse la mamografía?, las mujeres con experiencia previa de mamografía con un nivel bajo de autocuidado no planean realizarse la mamografía durante el año; las mujeres con un nivel medio de autocuidado reportaron que piensan en los próximos meses programarse para realizarse la mamografía; mientras que las mujeres con un nivel alto de autocuidado ya se hizo la mamografía.

Tabla 11.9. Nivel de autocuidado y motivo por el que se efectuó la mamografía.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Motivo por el que se efectuó la mamografía												
Por prescripción del médico		22	16.54	27.78	30.43	4.35	
Por detectarse una anomalía en la autoexploración		27	20.3	16.67	30.04	14.49	
Control después de haber sido diagnosticada		16	12.03	5.56	13.04	13.04	
Por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz		52	39.1	11.11	19.57	59.42	
Otros		9	6.77	11.11	4.35	7.25	
No respondió o menor a 40 años		7	5.26	27.78	2.17	1.45	0.0001

Respecto al motivo por el que se efectuaron la mamografía, las mujeres con experiencia previa de mamografía con un nivel bajo y medio de autocuidado reportaron haberse realizado la mamografía por prescripción médica; mientras que las mujeres con un nivel alto de autocuidado reportaron haberse realizado la mamografía por decisión propia al conocer los programas de detección precoz.

Tabla 11.10. Nivel de autocuidado y motivo por el que no se efectuó la mamografía: no la necesito, no hay antecedentes en mi familia,

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía												
No la necesito, no me siento nada en el pecho												
Totalmente desacuerdo	66	45.83	40.32	50	50		61	45.86	16.67	50	50.72	
Desacuerdo	33	22.92	20.97	18.97	37.5		35	26.32	33.33	17.39	30.43	
Acuerdo	17	11.81	8.06	15.52	12.5		15	11.28	22.22	15.22	5.8	
Totalmente acuerdo	21	14.58	20.97	13.79	0		16	12.03	22.22	13.04	8.7	
No respondió	7	4.86	9.68	1.72	0	0.051	6	4.51	5.56	4.35	4.35	0.122
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido												
Totalmente desacuerdo	70	48.61	45.16	44.83	66.67		62	46.62	38.89	41.3	52.17	
Desacuerdo	40	27.78	29.03	27.59	25		29	21.8	16.67	21.74	23.19	
Acuerdo	12	8.33	8.06	12.07	0		21	15.79	22.22	23.91	8.7	
Totalmente acuerdo	14	9.72	6.45	13.79	8.33		12	9.02	11.11	6.52	10.14	
No respondió	8	5.56	11.29	1.72	0	0.103	9	6.77	11.11	6.52	5.8	0.543

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que las variables no la necesito y no hay antecedentes en mi familia no se encuentran asociadas con el nivel de autocuidado con y sin experiencia previa de mamografía.

Tabla 11.11. Nivel de autocuidado y, pareja, la sola idea de cáncer de mama me asusta.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Mi pareja no quiere que otras personas me vean												
Totalmente desacuerdo	86	59.72	50	68.97	62.5		73	54.89	55.56	43.48	62.32	
Desacuerdo	38	26.39	33.87	18.97	25		29	21.8	16.67	23.91	21.74	
Acuerdo	8	5.56	3.23	10.34	0		12	9.02	5.56	15.22	5.8	
Totalmente acuerdo	5	3.47	4.84	1.72	4.17		10	7.52	16.67	10.87	2.9	
No respondió	7	4.86	8.06	0	8.33	0.074	9	6.77	5.56	6.52	7.25	0.279
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta												
Totalmente desacuerdo	22	15.28	12.9	13.79	25		17	12.78	5.56	10.87	15.94	
Desacuerdo	16	11.11	9.68	12.07	12.5		20	15.04	16.67	13.04	15.94	
Acuerdo	31	21.53	25.81	15.52	25		36	27.07	44.44	32.61	18.84	
Totalmente acuerdo	68	47.22	41.94	58.62	33.33		53	39.85	27.78	41.3	42.03	
No respondió	7	4.86	9.68	0	4.17	0.135	7	5.26	5.56	2.17	7.25	0.436

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que las variables mi pareja no quiere que otras personas me vean y la sola idea de tener CaMa me asusta, no se encuentran asociadas con el nivel de autocuidado en mujeres con y sin experiencia previa de mamografía.

Tabla 11.12. Nivel de autocuidado y motivo por el que no se efectuó la mamografía: cuando mencionan cáncer de mama, de inmediato pienso en muerte.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Cuando mencionan al cáncer de mama, de inmediato pienso en la muerte												
Totalmente desacuerdo	37	25.69	22.58	20.69	45.83		28	21.05	5.56	17.39	27.54	
Desacuerdo	25	17.36	17.74	17.24	16.67		14	10.53	16.67	13.04	7.25	
Acuerdo	19	13.19	16.13	12.07	8.33		31	23.31	38.89	17.39	23.19	
Totalmente acuerdo	57	39.58	33.87	50	29.17		53	39.85	33.33	43.48	39.13	
No respondió	6	4.17	9.68	0	0	0.04	7	5.26	5.56	8.7	2.9	0.263

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque cuando mencionan el CaMa de inmediato la mujer piensa en la muerte, se observó que las mujeres sin experiencia previa de mamografía, con un nivel bajo de autocuidado, están totalmente de acuerdo con que al escuchar mencionar sobre el cáncer de mama, de inmediato piensan en muerte; lo mismo sucede con las mujeres con un nivel medio de autocuidado; mientras que las mujeres con un nivel de autocuidado más alto respondieron estar totalmente en desacuerdo de relacionar cáncer con muerte.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable cuando mencionan el CaMa, de inmediato pienso en la muerte ($p=0.263$), no se encuentra asociada con el nivel de autocuidado en mujeres que si se han realizado la mamografía.

Tabla 11.13. Nivel de autocuidado y puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	

Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos

Totalmente desacuerdo	6	4.17	3.23	5.17	4.17		10	7.52	0	6.52	10.14	
Desacuerdo	6	4.17	3.23	5.17	4.17		16	12.03	5.56	19.57	8.70	
Ni desacuerdo ni acuerdo	12	8.33	9.68	10.34	0		20	15.04	44.44	17.39	5.80	
acuerdo	60	41.67	46.77	34.48	45.83		47	35.34	27.78	34.78	37.68	
Totalmente acuerdo	58	40.28	37.10	43.10	41.67		39	29.32	16.67	21.74	37.68	
No respondió	2	1.39	0	1.72	4.17	0.754	1	0.75	5.56	0	0	0.001

Antecedente de autoexploración

No	18	12.5	27.42	1.72	0		17	12.78	33.33	15.22	5.80	
Si	123	85.42	67.74	98.28	100		115	86.47	61.11	84.78	94.20	
No respondió	3	2.08	4.84	0	0	0.0001	1	0.75	5.56	0	0	0.002

Mediante la prueba Chi-cuadrada, se observó que la variable puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración ($p=0.754$), no está asociada a nivel de autocuidado con las mujeres sin experiencia previa de mamografía.

Conforme a: puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración, las mujeres con experiencia previa de mamografía con un nivel de autocuidado bajo no están ni de acuerdo ni en desacuerdo; las mujeres con nivel medio y alto están de acuerdo y totalmente de acuerdo en poder decidir las condiciones para autoexplorarse.

Respecto a los antecedentes de autoexploración, las mujeres sin experiencia previa de mamografía, con un nivel medio y alto de autoexploración, reportaron que en su mayoría sí han realizado la autoexploración; mientras que una cuarta parte las mujeres con un nivel bajo de autocuidado reportaron no haberse realizado la autoexploración.

Conforme a los antecedentes de autoexploración en mujeres que sí tienen experiencia previa de mamografía, y que tienen un nivel de autocuidado alto, reportaron sí haberse realizado la autoexploración; mientras que una tercera parte de las mujeres con un nivel bajo de autocuidado reportaron no haberse realizado la autoexploración.

Tabla 11.14. Nivel de autocuidado y ¿con frecuencia de autoexplora?

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
¿Con que frecuencia se autoexplora?												
Nunca	7	4.86	11.29	0	0		3	2.26	11.11	2.17	0	
Cada año	19	13.19	29.03	1.72	0		33	24.81	44.44	36.96	11.59	
Cada dos o tres meses	36	25	25.81	27.59	16.67		31	23.31	22.22	34.78	15.94	
Cada mes	75	52.08	22.58	70.69	83.33		66	49.62	22.22	26.09	72.46	
No respondió	7	4.86	11.29	0	0	0.0001	0	0	0	0	0	0.000

Respecto a la frecuencia con que se autoexploran las mujeres sin experiencia previa de mamografía, los porcentajes mostraron que las mujeres con un nivel alto y medio de autocuidado se autoexploran una vez al mes; mientras que las mujeres con un nivel de autocuidado bajo se autoexploran una vez al año.

Conforme a la frecuencia con que se autoexploran las mujeres con experiencia previa de mamografía, las mujeres que reportaron tener un nivel de autocuidado

alto respondieron, en su mayoría, que se autoexploran una vez al mes; mientras que las mujeres con un nivel de autocuidado medio y bajo se autoexploran una vez al año.

Tabla 11.15. Nivel de autocuidado y que tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía						
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?												
Totalmente confiada	68	47.22	38.71	53.45	54.17		51	38.35	16.67	30.43	49.28	
Muy confiada	21	14.58	17.74	12.07	12.50		22	16.54	11.11	23.91	13.04	
Algo confiada	13	9.03	9.68	8.62	8.33		21	15.79	27.78	10.87	15.94	
Ni muy confiada ni muy desconfiada	6	4.17	6.45	3.45	0		11	8.27	16.67	10.87	4.35	
Algo desconfiada	9	6.25	6.45	8.62	0		10	7.52	5.56	13.04	4.35	
Muy desconfiada	5	3.47	6.45	0	4.17		3	2.26	0	2.17	2.90	
Totalmente desconfiada	5	3.47	3.23	3.45	4.17		4	3.01	11.11	4.35	0	
No respondió	17	11.81	11.29	10.34	16.67	0.715	11	8.27	11.11	4.35	10.14	0.046

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable: ¿qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes? ($p= 0.715$), no se encuentra asociada con el nivel de autocuidado de las mujeres que no se han realizado la mamografía.

Respecto a que tan confiadas se sienten las mujeres para autoexplorarse el próximo mes, se observó que las mujeres con experiencia previa de mamografía con un nivel de autocuidado alto se sienten totalmente confiadas, al igual que las mujeres con un nivel medio de autocuidado; no obstante, las mujeres con un nivel de autocuidado bajo reportaron sentirse algo confiadas.

Tabla 11.16. Nivel de autocuidado y percepción de los beneficios.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Valor p	Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto		Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%		n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67		133	100	13.53	34.58	51.87	
Hacerse el autoexamen de senos para prevenir el cáncer de mama le parece:												
Totalmente benéfico	93	64.58	64.52	56.9	83.33		70	52.63	61.11	41.3	57.97	
Benéfico	17	11.81	9.68	15.52	8.33		16	12.03	11.11	17.39	8.7	
Algo benéfico	3	2.08	4.84	0	0		12	9.02	5.56	10.87	8.7	
Ni benéfico ni perjudicial	9	6.25	3.23	10.34	4.17		13	9.77	0	19.57	5.8	
Algo perjudicial	7	4.86	6.45	5.17	0		7	5.26	5.56	2.17	7.25	
Perjudicial	2	1.39	0	3.45	0		2	1.5	0	0	2.9	
Totalmente perjudicial	1	0.69	1.61	0	0		4	3.01	11.1	4.35	0	
No respondió	12	8.33	9.68	8.62	4.17	0.312	9	6.77	5.56	4.35	8.7	0.087

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable beneficios percibidos ($p= 0.312$) no se encuentra asociada con el nivel de autocuidado con mujeres sin experiencia previa de mamografía.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable beneficios percibidos ($p=0.087$), no se encuentra asociada con el nivel de autocuidado en mujeres con experiencia previa de mamografía.

Tabla 11.17. Nivel de autocuidado y medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración.

Variable	Nivel de Autocuidado con mujeres que no se han realizado la mamografía					Nivel de Autocuidado con mujeres que si se han realizado la mamografía					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%	
	144	100	43.05	40.27	16.67	133	100	13.53	34.58	51.87	
Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración.											
Me enseñaron en mi unidad médica	85	59.03	62.90	50	70.83	80	60.15	66.67	58.70	59.42	
Leí un folleto explicativo	27	18.75	16.13	22.41	16.67	17	12.78	0	8.70	18.84	
Me enseñaron mis amigas a hacerlo	1	0.69	0	1.72	0	7	5.26	16.67	6.52	1.45	
Mi madre o familiar me enseñaron	8	5.56	6.45	3.45	8.33	14	10.53	5.56	17.39	7.25	
Vi un documental o una publicación por medios electrónicos	8	5.56	1.61	12.07	0	7	5.26	5.56	2.17	7.25	
Vi en la televisión un programa	7	4.86	1.61	8.62	4.17	4	3.01	0	4.35	2.29	
No respondió	8	5.56	11.29	1.72	0	4	3.01	5.56	2.17	2.29	0.136

Conforme al medio por el cual las mujeres aprendieron a efectuarse la autoexploración, se observó que las mujeres sin experiencia previa de mamografía, y con un nivel de autocuidado alto, medio y bajo, fueron enseñadas a realizarse la autoexploración en su unidad médica.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración ($p = 0.136$), no se encuentra asociada con el nivel de autocuidado con mujeres con experiencia previa de mamografía.

8.3 Nivel de intención de conducta para el cuidado mamario de las mujeres de zonas rurales

En las siguientes tablas se muestra el análisis bivariado entre todas las mujeres en este estudio, por su nivel de intención de conducta para realizarse el cuidado mamario.

Tabla 12.1. Intención de conducta para el cuidado mamario, conocimientos de los factores de riesgo del CaMa y Conocimientos del CaMa.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Conocimiento de los factores de riesgo de las mujeres de zonas rurales en terciles						
Bajo	96	34.66	41.05	36.08	25.88	
Medio	103	37.18	42.11	38.14	30.59	
Alto	78	28.16	16.84	25.77	43.53	0.019
Conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales en terciles						
Bajo	106	38.27	47.37	39.18	27.06	
Medio	134	48.38	43.16	47.42	55.29	
Alto	37	13.36	9.47	13.4	17.65	0.075

Respecto a los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa, las mujeres reportaron que al tener un nivel bajo de intención de conducta para realizar el cuidado mamario tenían un nivel medio o bajo de conocimiento de los factores de riesgo del CaMa; mientras que las mujeres que reportaron tener un nivel de

intención de conducta alto sus porcentajes mostraron que tenían un nivel de conocimientos de los factores de riesgo de CaMa alto y medio.

Mediante la prueba de Chi-cuadrada, se observó que la variable conocimientos de CaMa ($p=0.075$), no se encuentra asociada Intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 12.2. Intención de conducta para el cuidado mamario, barreras y rango de edad.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Barreras por las que las mujer de las zonas rurales no se realizan una mamografía u otros estudios de las mamas en terciles						
Bajo	101	36.46	29.47	32.99	48.24	
Medio	90	32.49	35.79	35.05	25.88	
Alto	86	31.05	34.74	31.96	25.88	0.105
Rango de edad de las mujeres del estudio						
20-24	39	14.08	15.79	12.37	14.12	
25-29	26	9.39	5.26	13.4	9.41	
30-34	32	11.55	13.68	7.22	14.12	
35-39	30	10.83	9.47	12.37	10.59	
40-44	28	10.11	10.53	9.28	10.59	
45-49	33	11.91	8.42	16.49	10.59	
50-54	25	9.03	9.47	7.22	10.59	
55-59	18	6.5	9.47	7.22	2.35	
60-64	17	6.14	7.37	5.15	5.88	
65-69	12	4.33	3.16	5.15	4.71	
70 y más	15	5.42	5.26	4.12	7.06	
No respondió	2	0.72	2.11	0	0	0.635

Mediante la prueba Chi-cuadrada, las variables barreras ($p=0.105$), rango de edad ($p= 0.635$) no tuvieron asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 12.3. Intención de conducta para el cuidado mamario, población en la que se realizó la encuesta y escolaridad

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Población en la que se realizó la encuesta						
Mecátan	37	13.36	15.79	18.56	4.71	
Zitácuá	15	5.42	7.37	1.03	8.24	
Sentispac	100	36.1	51.58	28.87	27.06	
Samao	68	24.55	11.58	23.71	40	
Novillero	49	17.69	12.63	23.71	16.47	
El Tigre	8	2.89	1.05	4.12	3.53	0.0001
Escolaridad						
Ninguna	3	1.08	1.05	0	2.35	
Primaria	66	23.83	27.37	19.59	24.71	
Secundaria	110	39.71	37.89	46.39	34.12	
Preparatoria	45	16.25	13.68	18.56	16.47	
Carrera técnica	4	1.44	1.05	1.03	2.35	
Licenciatura	44	15.88	16.84	13.4	17.65	
Posgrado	2	0.72	1.05	1.03	0	
No respondió	3	1.08	1.05	0	2.35	0.715

Conforme a la población en que fue realizada la encuesta, las mujeres que reportaron tener un nivel bajo y medio de intención de conducta para el cuidado mamario se encuentran en la población de Sentispac; mientras que las mujeres que

reportaron un nivel alto de intención de conducta para el cuidado mamario se encontraron en Samao.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable escolaridad ($p=0.715$) no tuvo asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 12.4. Intención de conducta para el cuidado mamario, estado civil y ocupación.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Estado Civil						
Soltera (no vive con pareja)	71	25.63	25.26	25.77	25.88	
Casada (Vive en pareja)	200	72.2	71.58	73.2	71.76	
No respondió	6	2.17	3.16	1.03	2.35	0.902
Ocupación						
Estudiante	18	6.5	7.37	6.19	5.88	
Hogar	186	67.15	69.47	71.13	60	
Empleada de comercio o servicio privado	49	17.69	13.68	13.4	27.06	
Empleada de servicio publico	13	4.69	7.37	4.12	2.35	
Empleados de servicios de salud	1	0.36	0	0	1.18	
Jubiladas	4	1.44	1.05	3.09	0	
No respondió	6	2.17	1.05	2.06	3.53	0.173

Mediante la prueba Chi-cuadrada, las variables estado civil ($p= 0.902$) y ocupación ($p=0.173$), no tuvieron asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 12.5. Intención de conducta para el cuidado mamario, antecedente de patología mamaria y ¿planea realizarse la mamografía?

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Antecedente de patología mamaria						
No	243	87.73	88.42	84.54	90.59	
Si	28	10.11	6.32	15.46	8.24	
No respondió	6	2.17	5.26	0	1.18	0.024
¿Planea realizarse la mamografía?						
No planeo hacérmelos este año	67	24.19	30.53	21.65	20	
Pienso que en los próximos meses me programare para ir a efectuarme la mamografía	76	27.44	20	31.96	30.59	
Ya me hice la mamografía	42	15.16	18.95	13.4	12.94	
Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones	48	17.33	20	16.49	15.29	
No respondió	44	15.88	10.53	16.49	21.18	0.223

Respecto al antecedente de patología mamaria, las mujeres que reportaron sí haber tenido algún antecedente de una patología mamaria, tiene en su mayoría un nivel medio de intención de conducta para el cuidado mamario.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable ¿planea realizarse la mamografía? ($p=0.223$) no tuvo asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario.

Tabla 12.6. Intención de conducta para el cuidado mamario y motivo por el que se efectuó la mamografía.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Motivo por el que se efectuó la mamografía						
Por prescripción del médico	22	7.94	9.47	8.25	5.88	
Por detectarse una anomalía en la autoexploración	27	9.75	11.58	10.31	7.06	
Control después de haber sido diagnosticada	16	5.78	10.53	6.19	0	
Por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz	52	18.77	20	18.56	17.65	
Otros	9	3.25	1.05	4.12	4.71	
No respondió o menor a 40 años	151	54.51	47.37	52.58	64.71	0.122

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable motivo por el que se efectuó la mamografía ($p=0.122$) no tuvo asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario

Tabla 12.7. Intención de conducta para el cuidado mamario y motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: No la necesito y no hay antecedentes en mi familia.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
No la necesito, no siento nada en el pecho						
Totalmente desacuerdo	127	45.85	35.79	37.11	67.06	
Desacuerdo	68	24.55	28.42	31.96	11.76	
Acuerdo	32	11.55	16.84	12.37	4.71	
Totalmente acuerdo	37	13.36	14.74	10.31	15.29	
No respondió	13	4.69	4.21	8.25	1.18	0.0001
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido						
Totalmente desacuerdo	132	9.39	42.11	36.08	67.06	
Desacuerdo	69	11.91	23.16	36.08	14.12	
Acuerdo	33	24.91	18.95	13.4	2.35	
Totalmente acuerdo	26	47.65	10.53	3.09	15.29	
No respondió	17	6.14	5.26	11.34	1.18	0.0001

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la mujer considera que no la necesita al no sentir nada en el pecho, las mujeres reportaron que estar totalmente en desacuerdo con que ese sea el motivo para no realizarse la mamografía, ya sean mujeres con un nivel alto, medio o bajo de intención de conducta para realizarse el cuidado mamario.

Conforme a que motivo por el que no efectuó o se efectuaría la mamografía una mujer sería por falta de antecedentes de CaMa en su familia, las mujeres que reportaron tener un nivel de intención de conducta bajo y alto mencionaron estar

totalmente en desacuerdo de que ése sería el motivo para no realizarse la mamografía; mientras que las mujeres que tenían un nivel medio de intención de conducta para el cuidado mamario reportaron estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que el motivo para no realizarse la mamografía fuera por falta de antecedente de CaMa en su familia.

Tabla 12.8. Intención de conducta para el cuidado mamario y motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: mi pareja no quiere que otras personas me vean y la sola idea de tener cáncer de mama me asusta.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Mi pareja no quiere que otras personas me vean						
Totalmente desacuerdo	159	57.4	50.53	46.39	77.65	
Desacuerdo	67	24.19	26.32	34.02	10.59	
Acuerdo	20	7.22	11.58	6.19	3.53	
Totalmente acuerdo	15	5.42	6.32	5.15	4.71	
No respondió	17	6.14	5.26	8.25	3.53	0.001
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta						
Totalmente desacuerdo	39	14.08	12.63	10.31	20	
Desacuerdo	36	13	14.74	16.49	7.06	
Acuerdo	67	24.19	30.53	27.84	12.94	
Totalmente acuerdo	121	43.68	37.89	38.14	56.47	
No respondió	14	5.05	4.21	7.22	3.53	0.014

Respecto a que el motivo para no efectuar o efectuarse la mamografía sea porque la pareja no quiere que otras personas le vean, las mujeres reportaron que en su

mayoría estaban totalmente en desacuerdo o en desacuerdo ya fueran de un nivel alto, medio o bajo de intención de conducta para realizarse el cuidado mamario, sin embargo las mujeres que tenían un nivel de intención de conducta más alto tenía un porcentaje más alto de mujeres totalmente en desacuerdo con que su pareja no quiere que otras personas la vean.

Conforme a que el motivo para no efectuar o efectuarse la mamografía sea porque a la mujer la sola idea de tener cáncer de mama le asusta, las mujeres reportaron estar totalmente de acuerdo ya fueran de un nivel alto, medio o bajo de intención de conducta para realizarse el cuidado mamario; no obstante, las mujeres que reportaron un nivel más alto de intención de conducta para el cuidado mamario se mostraron más en desacuerdo con que la sola idea de tener CaMa les asusta y que ese sea el motivo por el que no se efectuaron o efectuarían la mamografía.

Tabla 12.9. Intención de conducta para el cuidado mamario y motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato pienso en la muerte.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato pienso en la muerte						
Totalmente desacuerdo	65	23.47	17.89	21.65	31.76	
Desacuerdo	39	14.08	20	13.4	8.24	
Acuerdo	50	18.05	12.63	24.74	16.47	
Totalmente acuerdo	110	39.71	42.11	35.05	42.35	
No respondió	13	4.69	7.37	5.15	1.18	0.03

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea que cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato la mujer piensa en muerte, las mujeres

reportaron que al tener una intención de conducta para el cuidado mamario alto, medio o bajo están totalmente de acuerdo con que al escuchar mencionar el CaMa de inmediato piensan en muerte, y que ese pudiera ser el motivo para no realizarse la mamografía; no obstante, algunas mujeres que tienen un nivel alto de intención de conducta para el cuidado mamario respondieron que están totalmente en desacuerdo de que esa sea una causa para no realizarse la mamografía.

Tabla 12.10. Intención de conducta para el cuidado mamario, puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos y antecedentes de autoexploración.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos						
Totalmente desacuerdo	16	5.78	14.74	2.06	0	
Desacuerdo	22	7.94	20	3.09	0	
Ni desacuerdo ni acuerdo	32	11.55	21.05	11.34	1.18	
Totalmente acuerdo	107	38.63	32.63	60.82	20	
No respondió	3	1.08	2.11	0	1.18	0.0001
Antecedente de autoexploración						
No	35	12.64	13.68	15.46	8.24	
Si	238	85.92	84.21	83.51	90.59	
No respondió	4	1.44	2.11	1.03	1.18	0.599

Conforme a que las mujeres puedan decidir en qué condiciones realizarse la autoexploración de los senos, las mujeres con un nivel bajo o medio de intención de

conducta para el cuidado mamario reportaron estar de acuerdo en poder decidir en qué condiciones realizarse la autoexploración de los senos; mientras que las mujeres que tenían un nivel alto de intención de conducta para el cuidado mamario reportaron estar totalmente de acuerdo con poder decidir en qué condiciones realizarse la autoexploración de los senos.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable antecedente de autoexploración ($p=0.599$) no tuvo asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario

Tabla 12.11. Intención de conducta para el cuidado mamario y frecuencia de autoexploración.

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
¿Con que frecuencia se autoexplora?						
Nunca	10	3.61	2.11	6.19	2.35	
Cada año	52	18.77	33.68	11.34	10.59	
Cada dos o tres meses	67	24.19	22.11	23.71	27.06	
Cada mes	141	50.9	41.05	56.7	55.29	
No respondió	7	2.53	1.05	2.06	4.71	0.001

Respecto a la frecuencia con la que se realizan la autoexploración las mujeres, se observó que las mujeres con alta, media y baja intención de conducta para el cuidado mamario se realizan la autoexploración cada mes; no obstante, algunas mujeres que tienen baja intención de conducta para el cuidado mamario se realizan la autoexploración una vez al año

Tabla 12.12. Intención de conducta para el cuidado mamario y ¿qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?						
Totalmente confiada	119	42.96	35.79	39.18	55.29	
Muy confiada	43	15.52	15.79	19.59	10.59	
Algo confiada	34	12.27	20	11.34	4.71	
Ni muy confiada ni muy desconfiada	17	6.14	6.32	9.28	2.35	
Algo desconfiada	19	6.86	8.42	7.22	4.71	
Muy desconfiada	8	2.89	3.16	4.12	1.18	
Totalmente desconfiada	9	3.25	5.26	2.06	2.35	
No respondió	28	10.11	5.26	7.22	18.82	0.003

Respecto al que tan confiada se sienta la mujer para autoexplorarse el próximo mes, las mujeres que tienen un nivel bajo, medio y alto de intención de conducta para el cuidado mamario estaban totalmente confiadas; no obstante, mujeres que tenían un nivel alto de intención de conducta para el cuidado mamario tenían un porcentaje superior de mujeres que se sentían totalmente confiadas en realizarse la autoexploración el próximo mes.

Tabla 12.13. Intención de conducta para el cuidado mamario y beneficios percibidos al realizarse el autoexamen de senos

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Hacerse el autoexamen de senos para detectar el CaMa de manera temprana le parece:						
Totalmente benéfico	163	58.84	48.42	50.52	80	
Benéfico	33	11.91	13.68	17.53	3.53	
Algo benéfico	15	5.42	10.53	4.12	1.18	
Ni benéfico ni perjudicial	22	7.94	12.63	6.19	4.71	
Algo perjudicial	14	5.05	4.21	7.22	3.53	
Perjudicial	4	1.44	2.11	2.06	0	
Totalmente perjudicial	5	1.81	3.16	2.06	0	
No respondió	21	7.58	5.26	10.31	7.06	0.001

Con respecto a los beneficios percibidos al realizarse el autoexamen de senos, las mujeres reportaron percibir como totalmente benéfico el realizarse el autoexamen de senos mostrando que los porcentajes aumentaban conforme aumentaba el nivel de intención de conducta para el cuidado mamario; no obstante, también se observó que 23 (8.3%) mujeres consideraban que realizarse el autoexamen para detectar el CaMa de forma oportuna era algo perjudicial, perjudicial o totalmente perjudicial.

Tabla 12.14. Intención de conducta para el cuidado mamario y medio por el cual se aprendió a efectuarse la autoexploración

Variables	Intención de conducta para el cuidado mamario					Valor p
	Total		Bajo	Medio	Alto	
	n	%	%	%	%	
	277	100	34.3	35.02	30.69	
Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración:						
Me enseñaron en mi unidad médica	165	59.57	58.95	62.89	56.47	
Leí un folleto explicativo	44	15.88	12.63	14.43	21.18	
Me enseñaron mis amigas a hacerlo	8	2.89	4.21	2.06	2.35	
Mi madre o familiar me enseñaron	22	7.94	11.58	6.19	5.88	
Vi un documental o una publicación por medios electrónicos	15	5.42	5.26	4.12	7.06	
Vi en la televisión un programa	11	3.97	4.21	4.12	3.53	
No respondió	12	4.33	3.16	6.19	3.53	0.795

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración ($p=0.795$) no tuvo asociación con la intención de conducta para el cuidado mamario

8.4 Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales

En las siguientes tablas se muestra el análisis bivariado entre todas las mujeres en este estudio, por su nivel de conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos del CaMa y variables de interés.

Tabla 13.1. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama, barreras.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Conocimientos de CaMa de las mujeres de zonas rurales en terciles										
Bajo	106	38.27	40.63	40.78	32.05					
Medio	134	48.38	48.96	45.63	51.28					
Alto	37	13.36	10.42	13.59	16.67	0.615				
Barreras por las que las mujer de las zonas rurales no se realizan una mamografía u otros estudios de las mamás en terciles										
Bajo	101	36.46	33.33	33.98	43.59		33.02	35.82	48.65	
Medio	90	32.49	39.58	30.1	26.92		27.36	35.82	35.14	
Alto	86	31.05	27.08	35.92	29.49	0.261	39.62	28.36	16.22	0.069

Mediante la prueba Chi-cuadrada, los indicadores conocimientos de CaMa ($p=0.615$) y barreras por las que las mujeres no se realizan la mamografía ($p=0.261$), no tuvieron asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, el indicador y barreras por las que las mujeres no se realizan la mamografía ($p=0.069$), no tuvieron asociación con los conocimientos de CaMa.

Tabla 13.2. Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa, conocimientos de CaMa y rango de edad.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Rango de edad de las mujeres del estudio										
20-24	39	14.08	17.71	14.56	8.97		11.32	17.91	8.11	
25-29	26	9.39	11.46	6.8	10.26		4.72	13.43	8.11	
30-34	32	11.55	13.54	12.62	7.69		9.43	13.43	10.81	
35-39	30	10.83	9.38	10.68	12.82		12.26	7.46	18.92	
40-44	28	10.11	7.29	9.71	14.1		11.32	6.72	18.92	
45-49	33	11.91	11.46	7.77	17.95		9.43	12.69	16.22	
50-54	25	9.03	7.29	7.77	12.82		10.38	8.96	5.41	
55-59	18	6.5	8.33	6.8	3.85		7.55	5.97	5.41	
60-64	17	6.14	7.29	7.77	2.56		11.32	2.99	2.7	
65-69	12	4.33	3.13	5.83	3.85		2.83	5.22	5.41	
70 y más	15	5.42	3.13	8.74	3.85		7.55	5.22	0	
No respondió	2	0.72	0	0.97	1.28	0.449	1.89	0	0	0.052

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable rango de edad ($p=0.449$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable rango de edad ($p=0.052$), no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Tabla 13.3. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama y población.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de Cama				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Población en la que se realizó la encuesta										
Mecátan	37	13.36	20.83	11.65	6.41		13.21	11.94	18.92	
Zitácuá	15	5.42	3.13	8.74	3.85		3.77	7.46	2.7	
Sentispac	100	36.1	46.88	42.72	14.1		45.28	32.84	21.62	
Samao	68	24.55	18.75	22.33	34.62		23.58	29.1	10.81	
Novillero	49	17.69	6.25	12.62	38.46		10.38	15.67	45.95	
El Tigre	8	2.89	4.17	1.94	2.56	0.0001	3.77	2.99	0	0.0001

Respecto a la población en que en la que se realizó la encuesta, se observa que las mujeres del Novillero tienen el porcentaje más alto de mujeres con conocimientos de los factores de riesgo del CaMa; las mujeres de Sentispac tienen un nivel medio y bajo de conocimientos de los factores de riesgo del CaMa

Asimismo, conforme a la población en que se realizó la encuesta, se observó que las mujeres con mayores niveles de conocimiento del CaMa son pertenecientes a Novillero; las mujeres de Sentispac tienen un porcentaje alto de mujeres con conocimiento medio y bajo del CaMa.

Tabla 13.4. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama, escolaridad y estado civil.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Escolaridad										
Ninguna	3	1.08	2.08	0	1.28		1.89	0.75	0	
Primaria	66	23.83	20.83	26.21	24.36		30.19	22.39	10.81	
Secundaria	110	39.71	31.25	38.83	51.28		38.68	39.55	43.24	
Preparatoria	45	16.25	17.71	17.48	12.82		12.26	16.42	27.03	
Carrera técnica	4	1.44	2.08	0.97	1.28		0	1.49	5.41	
Licenciatura	44	15.88	22.92	15.53	7.69		12.26	19.4	13.51	
Posgrado	2	0.72	2.08	0	0		1.89	0	0	
No respondió	3	1.08	1.04	0.97	1.28	0.191	2.83	0	0	0.032
Estado Civil										
Soltera (no vive con pareja)	71	25.63	31.25	24.27	20.51		33.96	23.88	8.11	
Casada (Vive en pareja)	200	72.2	65.63	73.79	78.21		63.21	73.88	91.89	
No contestó	6	2.17	3.13	1.94	1.28	0.438	2.83	2.24	0	0.02

Mediante la prueba Chi-cuadrada, las variables escolaridad ($p=0.191$) y estado civil ($p=0.438$), no tuvieron asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Respecto a la escolaridad, se observa que la mayoría de las mujeres refirieron tener educación secundaria, y fue en este nivel en el que se concentraron las mujeres con conocimientos más altos de CaMa, seguidas por las mujeres que cursaron la preparatoria; no obstante, las mujeres con mayor grado de escolaridad, que fue el posgrado, obtuvieron un nivel bajo de conocimientos del CaMa.

Conforme al estado civil, se observa que las mujeres casadas o que viven en pareja tienen un nivel más alto de conocimientos del CaMa en comparación con las mujeres solteras

Tabla 13.5. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama, ocupación

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Ocupación										
Estudiante	18	6.5	9.38	3.88	6.41		2.83	9.7	5.41	
Hogar	186	67.15	60.42	61.17	83.33		65.09	66.42	75.68	
Empleada de comercio o servicio privado	49	17.69	19.79	25.24	5.13		24.53	14.18	10.81	
Empleada de servicio público	13	4.69	6.25	5.83	1.28		5.66	4.48	2.7	
Empleados de servicios de salud	1	0.36	0	0	1.28		0	0.75	0	
Jubiladas	4	1.44	1.04	1.94	1.28		0.94	2.24	0	
No respondió	6	2.17	3.13	1.94	1.28	0.025	0.94	2.24	5.41	0.24

Respecto a la ocupación, las mujeres que reportaron estar dedicadas al hogar tenían porcentajes más elevados de conocimientos de los factores de riesgo del CaMa con respecto a las otras ocupaciones y a la que le seguían las estudiantes.

Conforme a la ocupación, las mujeres que reportaron dedicarse al hogar tenían porcentajes más altos con respecto a otras ocupaciones, siendo en este nivel en el que concentraron la mayoría de las mujeres con conocimientos altos del CaMa.

Tabla 13.6. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama y antecedentes de patología mamaria.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de Cama				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
Antecedente de patología mamaria										
No	243	87.73	86.46	90.29	85.9		86.79	86.57	94.59	
Si	28	10.11	10.42	8.74	11.54		9.43	11.94	5.41	
No respondió	6	2.17	3.13	0.97	2.56	0.804	3.77	1.49	0	0.423

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable antecedentes de patología mamaria ($p=0.804$) no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable antecedentes de patología mamaria ($p=0.423$) no tuvo asociación con los conocimientos de Cama.

Tabla 13.7. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama y ¿planea realizarse la mamografía?

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
¿Planea realizarse la mamografía?										
No planeo hacérmelos este año	67	24.19	29.17	26.21	15.38		22.64	26.12	21.62	
Pienso que en los próximos meses me programare para ir a efectuarme la mamografía	76	27.44	20.83	26.21	37.18		27.36	25.37	35.14	
Ya me hice la mamografía	42	15.16	18.75	15.53	10.26		19.81	13.43	8.11	
Me hago con la periodicidad requerida mis revisiones	48	17.33	20.83	15.53	15.38		12.26	20.15	21.62	
No respondió	44	15.88	10.42	16.5	21.79	0.068	17.92	14.93	13.51	0.487

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable ¿planea realizarse la mamografía? ($p=0.068$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable ¿planea realizarse la mamografía? ($p=0.487$) no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Tabla 13.8. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa y motivo por el que se efectuó la mamografía.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa			
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36	
Motivo por el que se efectuó la mamografía									
Por prescripción del médico	22	7.94	12.5	4.85	6.41	10.38	5.97	8.11	
Por detectarse una anomalía en la autoexploración	27	9.75	7.29	11.65	10.26	15.09	6.72	5.41	
Control después de haber sido diagnosticada	16	5.78	6.25	8.74	1.28	11.32	2.99	0	
Por decisión propia, al conocer los programas de detección precoz	52	18.77	22.92	18.45	14.1	15.09	23.13	13.51	
Otros	9	3.25	1.04	2.91	6.41	0.94	5.22	2.7	
No respondió o menor a 40 años	151	54.51	50	53.4	61.54	0.098	47.17	55.97	70.27

Mediante la prueba Chi-cuadrada, la variable motivo por el que se efectuó la mamografía ($p=0.098$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Respecto a el motivo por el que se realizaron la mamografía, las mujeres que respondieron tener un nivel de conocimiento alto y medio reportaron que se habían realizado la mamografía por decisión propia; mientras que las mujeres que tuvieron

un nivel de conocimiento de CaMa bajo respondieron que se habían realizado la mamografía al detectarse una anormalidad y por decisión propia al conocer los programas de detección precoz.

Tabla 13.9. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: no la necesito, no siento nada en el pecho.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
No la necesito, no siento nada en el pecho										
Totalmente desacuerdo	127	45.85	41.67	41.75	56.41		42.45	50	40.54	
Desacuerdo	68	24.55	29.17	26.21	16.67		18.87	25.37	37.84	
Acuerdo	32	11.55	14.58	14.56	3.85		14.15	12.69	0	
Totalmente acuerdo	37	13.36	10.42	16.5	12.82		20.75	8.96	8.11	
No respondió	13	4.69	4.17	0.97	10.26	0.008	3.77	2.99	13.51	0.002

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la mujer considera que no la necesita, pues siente que no tiene nada en el pecho, se observó que las mujeres con conocimientos altos, medios y bajos de los factores de riesgo del CaMa están totalmente en desacuerdo y desacuerdo de que ése sea un motivo por el que no se efectuaron o efectuarían la mamografía.

Asimismo, conforme a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la mujer considera que no la necesita pues siente que no tiene nada en el pecho, se observó que las mujeres con conocimientos altos, medios y bajos de CaMa están totalmente en desacuerdo de que ese sea un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía.

Tabla 13.10. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: no hay antecedentes cáncer en mi familia.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total		Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%		%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16		38.27	48.38	13.36	
No hay antecedentes en mi familia de cáncer, sería tiempo y dinero perdido										
Totalmente desacuerdo	132	9.39	42.71	52.43	12.82		45.28	48.51	51.35	
Desacuerdo	69	11.91	30.21	22.33	47.44		22.64	25.37	29.73	
Acuerdo	33	24.91	13.54	16.5	3.85		19.81	7.46	5.41	
Totalmente acuerdo	26	47.65	8.33	6.8	14.1		8.49	12.69	0	
No respondió	17	6.14	5.21	1.94	12.82	0.009	3.77	5.97	13.51	0.013

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la mujer considera que no hay antecedentes de cáncer en su familia y que sería tiempo y dinero perdido, se observó que las mujeres con conocimientos medios de los factores de riesgo del CaMa están totalmente en desacuerdo de que ese sea un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía; mientras que las mujeres con un nivel alto de conocimientos de los factores de riesgo de CaMa reportaron estar en desacuerdo.

Conforme a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la mujer considera que no hay antecedentes de cáncer en su familia y que sería tiempo y dinero perdido, se observó que las mujeres con conocimientos altos, medios y bajos de CaMa están totalmente en desacuerdo de que ese sea un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía

Tabla 13.11. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: mi pareja no quiere que otras personas me vean.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%	%	%	%	%		
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
Mi pareja no quiere que otras personas me vean										
Totalmente desacuerdo	159	57.4	53.13	62.14	56.41	50.94	64.18	51.35		
Desacuerdo	67	24.19	26.04	25.24	20.51	24.53	22.39	29.73		
Acuerdo	20	7.22	12.5	4.85	3.85	12.26	5.22	0		
Totalmente acuerdo	15	5.42	3.13	5.83	7.69	9.43	2.24	5.41		
No respondió	17	6.14	5.21	1.94	11.54	0.043	3.77	5.97	13.51	0.013

Respecto a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la pareja de la mujer no quiere que otras personas las vean, se observó que las mujeres con conocimientos altos, medios y bajos de los factores de riesgo del CaMa están totalmente en desacuerdo de que ese sea un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía.

Conforme a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque la pareja de la mujer no quiere que otras personas las vean, se observó que las mujeres con conocimientos altos, medios y bajos de CaMa están totalmente en desacuerdo de que ese sea un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía.

Tabla 13.12. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa motivo por el que no se efectuó o se efectuaría la mamografía: la sola idea de tener CaMa me asusta.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa			
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%	%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36	
La sola idea de tener cáncer de mama me asusta									
Totalmente desacuerdo	39	14.08	15.63	13.59	12.82	11.32	13.43	24.32	
Desacuerdo	36	13	16.67	10.68	11.54	14.15	14.18	5.41	
Acuerdo	67	24.19	30.21	22.33	19.23	21.7	28.36	16.22	
Totalmente acuerdo	121	43.68	34.38	52.43	43.59	50	39.55	40.54	
No respondió	14	5.05	3.13	0.97	12.82	0.006	2.83	4.48	13.51

Conforme a que el motivo para no realizarse la mamografía sea porque para la mujer la sola idea de tener cáncer de mama le asusta, se observó que las mujeres con conocimientos medios de los factores de riesgo del CaMa están totalmente de acuerdo de sería un motivo por el que se no efectuaron o efectuarían la mamografía.

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable: porque para la mujer la sola idea de tener cáncer de mama me asusta ($p = 0.052$), no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Tabla 13.13. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa, cuando mencionan el CaMa de inmediato pienso en la muerte y puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%	%	%	%	%		
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
Cuando mencionan el cáncer de mama de inmediato pienso en la muerte										
Totalmente desacuerdo	65	23.47	21.5	24.56	24.36	19.81	23.13	35.14		
Desacuerdo	39	14.08	12.5	14.56	15.38	11.32	17.16	10.81		
Acuerdo	50	18.05	19.79	16.5	17.95	24.53	14.18	13.51		
Totalmente acuerdo	110	39.71	41.67	41.75	34.62	41.51	41.04	29.73		
No respondió	13	4.69	4.17	2.91	7.69	0.883	2.83	4.48	10.81	0.101
Puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos										
Totalmente desacuerdo	16	5.78	6.25	6.8	3.85	8.49	5.22	0		
Desacuerdo	22	7.94	10.42	10.68	1.28	12.26	5.22	5.41		
Ni desacuerdo ni acuerdo	32	11.55	18.75	10.68	3.85	13.21	12.69	2.7		
acuerdo	107	38.63	33.33	37.86	46.15	33.96	38.81	51.35		
Totalmente acuerdo	97	35.02	31.25	33.01	42.31	31.13	37.31	37.84		
No respondió	3	1.08	0	0.97	2.56	0.019	0.94	0.75	2.7	0.153

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable: cuando mencionan el CaMa de inmediato pienso en la muerte ($p=0.883$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada las variables cuando mencionan el CaMa de inmediato pienso en la muerte ($p=0.101$) y puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos ($p=0.153$), no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Respecto a puedo decidir en qué condiciones realizarme la autoexploración de los senos, se observó que las mujeres con conocimientos altos de los factores de riesgo del CaMa están más de acuerdo y totalmente de acuerdo con que pueden decidir las condiciones para realizarse la autoexploración de los senos en comparación con las mujeres con un nivel de conocimientos bajos y medios..

Tabla 13.14. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de Cama y antecedentes de autoexploración.

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%	%	%	%	%		
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
Antecedente de autoexploración										
No	35	12.64	10.42	17.48	8.97	21.7	6.72	8.11		
Si	238	85.92	88.54	81.55	88.46	74.53	93.28	91.89		
No respondió	4	1.44	1.04	0.97	2.56	0.352	3.77	0	0	0.0001

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable antecedentes de autoexploración ($p=0.352$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Conforme a los antecedentes de autoexploración, se observó que las mujeres con conocimientos medio de CaMa tienen una mayor experiencia previa con la autoexploración en comparación con las mujeres con conocimientos bajo y altos de CaMa.

Tabla 13.15. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa y la frecuencia de autoexploración

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%		%	%	%		%
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
¿Con qué frecuencia se autoexplora?										
Nunca	10	3.61	6.25	0.97	3.85	5.66	2.24	2.7		
Cada año	52	18.77	17.71	23.3	14.1	28.3	12.69	13.51		
Cada dos o tres meses	67	24.19	17.71	21.36	35.9	19.81	28.36	21.62		
Cada mes	141	50.9	55.21	51.46	44.87	41.51	55.97	59.46		
No respondió	7	2.53	3.13	2.91	1.28	0.083	4.72	0.75	2.7	0.015

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable frecuencia de autoexploración ($p=0.083$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Respecto a la frecuencia de autoexploración, las mujeres reportaron que las mujeres con conocimientos altos de CaMa se autoexploraban con mayor frecuencia cada mes en comparación con las mujeres con nivel de conocimientos medios y bajos.

Tabla 13.16. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa y ¿Qué tan confiada se siente de autoexplorarse el próximo mes?

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%	%	%	%	%		
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes?										
Totalmente confiada	119	42.96	45.83	40.78	42.31	34.91	55.97	18.92		
Muy confiada	43	15.52	16.67	15.53	14.1	19.81	11.19	18.92		
Algo confiada	34	12.27	15.63	8.74	12.82	14.15	8.96	18.92		
Ni muy confiada ni muy desconfiada	17	6.14	2.08	7.77	8.97	4.72	4.48	16.22		
Algo desconfiada	19	6.86	4.17	9.71	6.41	6.6	5.97	10.81		
Muy desconfiada	8	2.89	5.21	0.97	2.56	3.77	2.24	2.7		
Totalmente desconfiada	9	3.25	3.13	1.94	5.13	6.6	1.49	0		
No respondió	28	10.11	7.29	14.56	7.69	0.285	9.43	9.7	13.51	0.003

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable ¿Qué tan confiada se siente para autoexplorarse el próximo mes? ($p=0.285$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Conforme a qué tan confiada se siente de autoexplorarse el próximo mes, las mujeres con conocimientos medios de CaMa reportaron estar totalmente confiadas en comparación con las mujeres con nivel de conocimiento bajo o alto.

Tabla 13.17. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa y ¿Hacerse el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama le parece benéfico?

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa				
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p	
	n	%	%	%	%	%	%	%		
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36		
Hacerse el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama le parece:										
Totalmente benéfico	163	58.84	57.29	51.46	70.51	50	61.94	72.97		
Benéfico	33	11.91	11.46	13.59	10.26	11.32	13.43	8.11		
Algo benéfico	15	5.42	9.38	5.83	0	7.55	5.22	0		
Ni benéfico ni perjudicial	22	7.94	9.38	8.74	5.13	8.49	8.21	5.41		
Algo perjudicial	14	5.05	6.25	4.85	3.85	5.66	5.22	2.7		
Perjudicial	4	1.44	1.04	2.91	0	2.83	0.75	0		
Totalmente perjudicial	5	1.81	1.04	1.94	2.56	4.72	0	0		
No respondió	21	7.58	4.17	10.58	7.69	0.206	9.43	5.22	10.81	0.137

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable hacerse el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama le parece ($p=0.206$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable hacerse el autoexamen de senos para prevenir cáncer de mama le parece ($p=0.137$), no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Tabla 13.18. Conocimientos de los factores de riesgo, conocimientos de CaMa y Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración

Variables	Conocimientos de los factores de riesgo del CaMa					Conocimientos de CaMa			
	Total	Bajo	Medio	Alto	Valor p	Bajo	Medio	Alto	Valor p
	n	%	%	%	%	%	%	%	
	277	100	34.66	37.18	28.16	38.27	48.38	13.36	
Medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración									
Me enseñaron en mi unidad médica	165	59.57	53.13	56.31	71.79	50	65.67	64.86	
Leí un folleto explicativo	44	15.88	18.75	15.53	12.82	15.09	16.42	16.22	
Me enseñaron mis amigas a hacerlo	8	2.89	5.21	1.94	1.28	6.6	0.75	0	
Mi madre o familiar me enseñaron	22	7.94	7.29	12.62	2.56	12.26	5.97	2.7	
Vi un documental o una publicación por medios electrónicos	15	5.42	6.25	5.83	3.85	5.66	4.48	8.11	
Vi en la televisión un programa	11	3.97	6.25	3.88	1.28	2.83	4.48	5.41	
No respondió	12	4.33	3.13	3.88	6.41	0.163	7.55	2.24	2.7
									0.052

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración ($p=0.163$), no tuvo asociación con los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa.

Mediante la prueba Chi-cuadrada la variable medio por el cual aprendió a efectuarse la autoexploración ($p=0.052$), no tuvo asociación con los conocimientos de CaMa.

Capítulo IX. Discusión

El Modelo de promoción de la salud plantea que el conocimiento así como aspectos específicos de la conducta conducen a la persona a participar o no en conductas de salud (34). Aunque actualmente no se tienen formas de prevenir el CaMa, algunos estudios señalan que los estilos de vida influyen sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad, se esperaría que con la difusión y los apoyos que da el gobierno para reducir esta enfermedad se tuviera un buen nivel de conocimientos y mejores comportamientos que ayuden a aumentar la detección oportuna.

Sin embargo, en este estudio se observó que la mayoría de las mujeres de zonas rurales que se han realizado la mamografía tienen conocimientos bajos (44.36%) y regulares en un nivel medio (46.62%), y una pequeña parte tiene conocimientos altos (9.02%), siendo estos niveles de conocimientos aún insuficientes; asimismo, las mujeres sin experiencia previa de mamografía mostraron un nivel de conocimientos bajo (32.64%) y medio (50%) siendo muy pocas mujeres con un nivel de conocimientos altos (17.36%) de CaMA, siendo esto diferente a lo reportado por otros investigadores como Sanchez Urdaneta y colaboradores(136), en la que fueron más las mujeres con conocimientos buenos y regulares.

Asimismo, respecto a al nivel autocuidado de mujeres sin experiencia previa de mamografía con el nivel de conocimientos de CaMa ($p = 0.0001$) y mujeres con experiencia previa de mamografía ($p = 0.005$) se observó que las mujeres con un nivel medio de conocimientos de CaMa tenían un mejor nivel de autocuidado. Sin embargo, son muchas las mujeres que aún tienen un nivel bajo de conocimientos en ambos grupos. Este resultado se asemeja a lo encontrado por Ferreira y colaboradores (137), quienes realizaron una revisión sistemática sobre los factores de riesgo del CaMa y el conocimiento de la enfermedad con estudios latinoamericanos, en la que se menciona que muchas mujeres de zonas rurales no tienen niveles altos de conocimientos sobre la detección temprana.

Con respecto a los conocimientos de los factores de riesgo del CaMa, se encontró que al asociarse con la intención de conducta ($p = 0.019$), la mayoría de las mujeres se encontraba en un nivel bajo o medio. No obstante, algunos estudios como en el de Pérez (138) mencionan que no existe una relación entre el nivel de conocimientos y los comportamientos protectores para el CaMa.

En el estudio se encontró que la mayoría de las mujeres con experiencia previa de mamografía (39.1%) que se la habían realizado por decisión propia tenía un nivel de autocuidado alto. Con respecto al nivel de conocimientos de CaMa observo que las mujeres que respondieron haberse realizado la mamografía por decisión propia tenían un nivel medio de conocimientos de CaMa. Esto resulta importante ya que en México se cuenta con un programa no organizado para fortalecer la detección del cáncer de mama de la mujer 2013-2018” (78) y la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011(79).

Con lo que respecta a la intención por realizarse la mamografía u otro proceso de prevención de las mamas en el presente estudio se observó que un 35.42 % de las mujeres que no tienen antecedentes de haberse realizado una mamografía, no planeaban realizarse la revisión u otro proceso de prevención durante este año teniendo en su mayoría un nivel medio de autocuidado (56.90%), no obstante, un 30.56 % sí pensaban realizarse dicho estudio en los próximos meses. Mientras que las mujeres que sí tienen antecedentes previos de mastografía un 31.58% ya se habían realizado la mamografía este año y un 24.06 % planean realizarse la mamografía en los próximos meses.

No obstante, el estudio de Jennifer J Salinas y colaboradores (139) se observó que después de una intervención educativa que aumentó los conocimientos sobre la detección del CaMa, las intenciones de ser examinadas dentro de los próximos seis meses posteriores disminuyeron. En dicha investigación se propone como posible explicación que las mujeres al recibir nuevos conocimientos sobre los factores de riesgo de CaMa posiblemente consideraron que en realidad tenían un menor riesgo de padecer CaMa que el que percibían. Esto es, que el conocimiento anterior les producía una mayor preocupación, sin en realidad haber mayor motivo para ello.

Además, se observó que las mujeres que se han realizado la mamografía que tienen un nivel más alto de autocuidado tienen un nivel más bajo de barreras, las mujeres con un nivel medio tienen un nivel alto de barreras y las mujeres con un nivel bajo de autocuidado tienen un nivel medio de barreras, siendo las barreras estructurales y funcionales las que impiden que muchas mujeres logren un mejor cuidado de su salud(44).

Se observó que la mayor parte de las mujeres encuestadas de la localidad de Samao sin experiencia previa en mamografía tienen mayor nivel de autocuidado, intención de conducta y conocimientos sobre el CaMa. No obstante la población de Sentispac es la que tiene un mayor nivel de antecedentes previos de mamografía. Esto pudiera estar influenciado por los proveedores de salud dentro de cada municipio. Así también, en la revisión sistemática de Azami y colaboradores (45) se menciona como una barrera la ubicación geográfica entre el lugar en que vive la mujer y su unidad de salud, siendo esta una posible causa por la que las mujeres de una población tienen una mayor experiencia previa de mamografía con respecto a otras.

Asimismo, se observó que el estado civil no se encuentran asociado al nivel de autocuidado, no obstante, las mujeres que viven en pareja tienen mayores antecedentes de prácticas una mamografía (78.95%), así como también un mayor nivel de conocimientos de CaMa y conocimientos de los factores de riesgo asociados con el CaMa.

Según la NOM-041-SSA2-2011 se recomienda la mamografía de tamizaje en la edad de 40 a 69 años a mujeres aparentemente sanas; según lo observado en el estudio un 25.15 % de las mujeres no se han realizado la mamografía están dentro de este rango de edad. Sin embargo, el grupo de edad que tiene un mayor nivel de autocuidado son las mujeres de entre 45 a los 49 años con antecedente de mastografía, no obstante el nivel más bajo de autocuidado se da en el grupo de edad de entre 40 a 45 años en mujeres que no han tenido experiencia previa de mamografía, y el nivel más bajo de autocuidado con mujeres con experiencia previa de mamografía se da entre las mujeres de 50 a 54 años.

En cuanto a intención de conducta de las mujeres que no se han realizado la mamografía se distribuyeron principalmente entre medio (34.72%) y alto (27.78%) y una pequeña parte con una intención de conducta baja (97.50%). Estas mujeres se autoexploran principalmente cada mes (52.08%) al igual que las mujeres con experiencia previa de mamografía (49.62%) que se autoexploran principalmente cada mes, aunque también se observó que un 24.81% de las mujeres con experiencia previa se autoexplora una vez al año siendo un porcentaje más alto que las mujeres sin experiencia previa de mamografía en las que es solo un 13.19% de las mujeres se autoexploran de forma anual.

Limitaciones

Al ser un estudio observacional y transversal no se estableció causalidad entre las variables, únicamente asociación. Los resultados obtenidos solo son generalizados a poblaciones similares a las poblaciones de estudio debido al proceso de selección de las participantes.

Existen otras variables que no fueron estudiadas y que pudieran influir en realizarse la mamografía u otro estudio de las mamas. Asimismo, es importante señalar que pudiera existir una causalidad inversa entre los antecedentes de conductas previas relacionadas (autoexploración, exploración clínica) y la experiencia previa de mamografía, debido a que no fue posible determinar si la realización de las acciones preventivas influyeron a que se realizara la mamografía o si fue que posteriormente de la realización de la mamografía se comenzaron a realizar las acciones de autocuidado.

Sesgos

Si bien en esta investigación la metodología seleccionada para la recolección y procesamiento de la información es de suma importancia, es de señalar que se encontraron diversos sesgos tanto en la etapa de obtención como de procesamiento de datos.

Es importante señalar que el grupo de 50 años o más presentó el sesgo de memoria al recordar hechos ocurridos a lo largo de su vida. Sin embargo, para compensar este sesgo, se ofreció apoyo visual con para que las mujeres pudieran recordar lo relacionado a la prevención, posible aparición, estudios o tratamientos relacionados con el CaMa.

Durante la etapa de análisis pudieron ocurrir errores de transcripción incorrecta de la información de las encuestas a la base de datos, sin embargo, para prevenirlos, se procedió a realizar dos transcripciones, las cuales fueron comparadas mediante el programa STATA14, con la finalidad de asegurarse de corregir tales posibles errores y obtener resultados correctos y precisos.

Recomendaciones

Se recomienda, en estudios futuros, ampliar la selección de participantes a diferentes zonas del estado, con la finalidad de poder realizar comparaciones entre las poblaciones. También, establecer la selección de una muestra de mujeres que estén por realizarse alguna mamografía, con la finalidad de poder hacer comparativos sobre servicios de atención entre las diferentes aseguradoras de salud del estado.

Debido a los resultados obtenidos también se recomienda realizar estrategias de comunicación y educación a las mujeres después de haberse realizado la mamografía para que tengan presente realizarse las autoexploraciones y conozcan

más sobre la severidad de las diferentes patologías que se pueden desarrollar en las mamas y evitar sus posibles consecuencias.

Conclusiones

Pese a los grandes esfuerzos realizados en México en los últimos años para alcanzar la cobertura en tamizaje y reducir la mortalidad a causa del cáncer de mama, no se ha logrado motivar e incluso persuadir a las mujeres y al resto de la sociedad sobre la importancia de realizar las acciones de autocuidado de la salud de las mamas, asociadas al nivel de conocimientos e intención de realizar la práctica de la autoexploración de los senos. En contraparte, se han encontrado diversas barreras que impiden las anteriores acciones, las cuales es preciso superar.

El nivel de adopción de las prácticas de prevención del CaMa presenta avances pero insuficientes, a pesar de los recursos financieros, humanos y materiales destinados con ese fin, por lo que se hace necesario la continuación y reforzamiento de los planes y programas orientados a la salud integral de la mujer, sobre todo a los enfocados en la salud mamaria, en que la mujer es más vulnerable.

La confianza que ellas tienen de poder participar en estos procesos es una pieza clave para orientar la forma en la que se les proporciona la información y las prácticas de procedimientos y la adopción de éstos para mejorar su salud.

Referencias Bibliográficas

1. Gómez A, Darío R. La transición en epidemiología y salud pública:¿ explicación o condena? Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2001; 19(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12019207.pdf>.
2. Soto-Estrada G, Moreno-Altamirano L, Díaz DP. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Revista de la Facultad de Medicina UNAM [Internet]. 2016; 59(6):[8-22 pp.]. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2016/un166b.pdf>.
3. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [documento en internet]. México: DOF, 2011 [consultado el 21 de junio de 2017]. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011.
4. World Health Organization. Paho 2016. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041%3A2011-breast-cancer&catid=1872%3Acancer&Itemid=3639&lang=es.
5. Herrera-Gomez Á, Granados-García M. Manual de oncología, InCan. México, D.F.: McGraw-Hill; 2013.
6. Caballero E, Moreno M, Sosa M, Mitchell E, Vega M, Columbié L. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Revista Infodir [revista en la Internet] [Internet]. 2012; 15. Recuperado de: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/344>.
7. World Health Organization. Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.

8. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Herráez DD, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención primaria [Internet]. 2012; 44:[16-22 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712700112>.
9. Cubas MMH. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV-SCIENTIA [Internet]. 2015; 2(2):[34-42 pp.]. Recuperado de: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/433>.
10. Ajzen I, Fishbein M. The Influence of Attitudes on Behavior: Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; ; 2005. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/264000974_The_Influence_of_Attitudes_on_Behavior?enrichId=rgreq-1c6eff66b1bd13355d06a9851ab9b9d6-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NDAwMDk3NDtBUzoxMTk5NDEwOTMxMzg0MzNAMTQwNTYwNzU5MzYyMQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf.
11. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2014; 35:[284-90 pp.]. Recuperado de: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892014000400008&script=sci_arttext&tlng=#ModalArticles.
12. Navarro DM, Robles JN, Hernández LO. La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales [Internet]. 2014; 59(220):[117-46 pp.]. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185191814708037#bib0015>.
13. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro yR. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. Global health promotion [Internet]. 2011;

18(4):[42-8 pp.]. Recuperado de:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975911422960>.

14. Giraldo Mora CV, Arango Rojas ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. Investigación y educación en enfermería [Internet]. 2009; 27(2). Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/1052/105213195004/>.

15. Prado-Solar LA, González-Reguera M, Paz-Gómez N, Romero-Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2014; 36:[835-45 pp.]. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&nrm=iso.

16. Naranjo-Hernández Y, Concepción-Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [Internet]. 2016; 6(3):[215-20 pp.]. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004.

17. Shandra CL, Sonalkar N. Health self-care in the United States. Public health [Internet]. 2016; 138:[26-32 pp.]. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com.etchconricyt.idm.oclc.org/science/article/pii/S0033350616000871>.

18. Bonal-Ruiz R, Cascaret-Soto X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. MEDISAN [Internet]. 2009; 13:[0- pp.]. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100018&nrm=iso.

19. Sánchez VMV, Pedraza NT, Gonzales LLE, Silva CAT, Torres ICM, Jaimes KCM, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención del cáncer de mama.

Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2012; 9(2):[43-51 pp.]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114562.pdf>.

20. Lazcano-Ponce E, Escudero-de-los-Ríos P, Uscanga-Sánchez S. Cáncer de mama. Diagnóstico, tratamiento, prevención y control Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2014.

21. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueda-Neria C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pública de México. 2001;43:199-202.

22. Palomino-Moral PA, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. 2014 [Internet]. 2014 2014-06-30; 72(Extra_1):[26 p.]. Recuperado de: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587>.

23. Mújica-Sarmiento A, Guido-García P, Mercado-Doménech SJ. Actitudes y comportamiento lector: una aplicación de la teoría de la conducta planeada en estudiantes de nivel medio superior. Liberabit [Internet]. 2011; 17:[77-84 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000100009&nrm=iso.

24. Landa SU, Rovira DP, López SM. Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de Acción Razonada y Acción Planificada. Psicología social, cultura y educación [Internet]. 2004:[301-26 pp.]. Recuperado de: <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>.

25. Rodríguez LR. La Teoría de la Acción Razonada. Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación educativa duranguense [Internet]. 2007; (7):[66-77 pp.]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358919.pdf>.

26. Neipp MC, Quiles MJ, León E, Tirado S, Rodríguez-Marín J. Aplicando la Teoría de la Conducta Planeada: ¿qué factores influyen en la realización de ejercicio físico? Atención Primaria [Internet]. 2015 2015/05/01/; 47(5):[287-93 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002650>.
27. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2001; 19(1). Recuperado de: www.redalyc.org/html/120/12019107/.
28. Moreno-Sa- Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy [Internet]. 2003; 3(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/560/56030105/>.
29. Reina-Suárez M, Ramos-Rangel Y, García-Monzón L, González-Suárez M. Creencias en salud y percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas. MediSur [Internet]. 2017; 15:[310-7 pp.]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000300005&nrm=iso.
30. Soto-Mas F, Lacoste-Marín JA, Papenfuss RL, Gutiérrez-León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 1997; 71:[335-41 pp.]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&nrm=iso.
31. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, Uscanga-Sánchez S, Mainero-Ratchelous F, Hernández-Ávila JE, et al. Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer. salud pública de méxico [Internet]. 2016; 58:[237-50 pp.]. Recuperado de:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342016000200237&script=sci_arttext&tlnq=en.

32. Cabrera A GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2000; 18(2):[129-38 pp.]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>.

33. Jacobo-Galindo T, Villalobos-Arámbula L, Gallegos-Torres R, Xequé-Morales AS, Reyes-Rocha B, Palomé-Vega G. Patrones de comportamiento para la detección de CA mamario en trabajadoras de una institución hospitalaria. Enfermería Universitaria [Internet]. 2014 2014/07/01/; 11(3):[101-9 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706314726739>.

34. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostigüín-Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria [Internet]. 2011; 8:[16-23 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&nrm=iso.

35. Myers DG. Psicología Social. Octava Edición ed. Mexico: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2005.

36. Rosales FL, Torres RAB. Modelos teóricos y técnicas de intervención en psicología clínica y de la salud. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Raquel_Benavides-Torres2/publication/320959032_Modelos_Teoricos_y_tecnicas_de_intervencion_e_n_psicologia_clinica_y_de_la_salud/links/5a160288a6fdcc314925057c/Modelos-Teoricos-y-tecnicas-de-intervencion-en-psicologia-clinica-y-de-la-salud.

37. Delval J. ¿Cómo se construye el conocimiento? Recuperado de: http://antoniopantoja.wanadooads1.net/recursos/varios/cons_cono.pdf.

38. Prolla CMD, Silva PSd, Netto CBO, Goldim JR, Ashton-Prolla P. Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2015; 23(1):[90-7 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000100090&script=sci_arttext&tlnq=es.
39. Martínez-Marín A, Ríos-Rosas F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio* [Internet]. 2006; (25). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/101/10102508.pdf>.
40. Ribes-Iñesta E. Lenguaje, aprendizaje y conocimiento. *Revista Mexicana de Psicología* [Internet]. 2007; 24(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2430/243020635002/>.
41. Latif R. Knowledge and attitude of Saudi female students towards breast cancer: A cross-sectional study. *Journal of Taibah University Medical Sciences* [Internet]. 2014 2014/12/01/; 9(4):[328-34 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361214000614>.
42. Ghodsi Z, Salehi A, Hojjatoleslami S. Knowledge of Iranian Women about Warning Signs and Risk Factors for Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet]. 2013 2013/10/21/; 93:[343-8 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813033041>.
43. Kwok C, Tranberg R, Lee FC. Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviors among Indian–Australian women. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. 2015 2015/12/01/; 19(6):[701-6 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388915000782>.
44. Jerome-D’Emilia B. A Systematic Review of Barriers and Facilitators to Mammography in Hispanic Women. *Journal of Transcultural Nursing* [Internet].

2015; 26(1):[73-82 pp.]. Recuperado de:
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614530761>.

45. Azami-Aghdash S, Ghojazadeh M, Gareh Sheyklo S, Daemi A, Kolahehdouzan K, Mohseni M, et al. Breast cancer screening barriers from the womans perspective: a meta-synthesis. Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP [Internet]. 2015. Recuperado de:
<http://lgdrc.tbzmed.ac.ir/uploads/User/36/article%202015/Breast%20Cancer%20Screening%20Barriers%20from%20the%20Womans%20Perspective.pdf>.

46. Püschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera S. 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. Family Practice [Internet]. 2009; 27(1):[85-92 pp.]. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmp080>.

47. Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. 2009 [Internet]. 2009 2009-12-01; 8(17). Recuperado de:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657/1918>.

48. Malagón-Londoño G, Moncayo A. Salud pública: perspectivas. Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2011. 343-4 p.

49. Sánchez-Barragán B. Modelo epidemiológico Social de la Salud, para la planeación de la política sanitaria. Salud en Tabasco [Internet]. 2015; 21(1):[31-42 pp.]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127006>.

50. Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud. Resumen analítico del Informe Final: Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud: OMS Ginebra; 2008. Recuperado de:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout

[=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493.](#)

51. Cordera R, Murayama C. Los determinantes sociales de la salud en México: Fondo de Cultura Económica; 2013.

52. International Agency for Research on Cancer. Hojas informativas sobre el cáncer: todos los cánceres que excluyen la piel no melanoma 2012 [cited 2018]. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=29&type=0&sex=0>.

53. International Agency for Research on Cancer. Hoja de datos de población: mundo 2012 [cited 2018]. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations?population=900&sex=0>.

54. Saldívar-Garduño A, Correa-Romero FE. Autorregulación, percepción de riesgo y autoexploración de los senos para detección temprana del cáncer de mama: estudio exploratorio-descriptivo. *Persona*. 2013(16):127-38.

55. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cáncer de mama. Recuperado de: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm.

56. Drake R, Vogl W, Mitchell A. *Gray-Anatomía Básica*. Ed. Elsevier; 2013.

57. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama [documento en internet]. México: DOF, 2011 [consultado el 14 de julio de 2013].

58. Feng Y, Spezia M, Huang S, Yuan C, Zeng Z, Zhang L, et al. Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways,

genomics, and molecular pathogenesis. *Genes & Diseases* [Internet]. 2018 2018/06/01/; 5(2):[77-106 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352304218300680>.

59. Knaul F, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H. México: Numeralia del Cáncer de mama. Funsalud, Instituto Carso de la Salud México, DF [Internet]. 2008. Recuperado de: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/numeralia%20ESP%20MAYO11.pdf>.

60. Coleman C. Early Detection and Screening for Breast Cancer. *Seminars in Oncology Nursing* [Internet]. 2017 2017/05/01/; 33(2):[141-55 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208117300190>.

61. Organización Mundial de la Salud. Nota decriptiva del Cáncer 2018 [16 de mayo del 2018]. Recuperado de: <http://www.who.int/hrh/education/en/>.

62. Sánchez-Forgach ER, Sánchez-Basurto C, Erazo-Franco M. Cáncer de mama: actualidades y controversias. México, D.F.: Editorial Alfil; 2015.

63. GLOBOCAN. Breast Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 2012 [cited 2018 02/07/2018]. Recuperado de: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.

64. Uscanga-Sánchez S, Torres-Mejía G, Ángeles-Llerena A, Domínguez-Malpica R, Lazcano-Ponce E. Indicadores del proceso de tamizaje de cáncer de mama en México: un estudio de caso. *Salud Pública de México* [Internet]. 2014; 56:[528-37 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500020&nrm=iso.

65. Caballero M, González-Robledo LM. Salud en mujeres dd origen indígena de Morelos: el cáncer de mama. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Estudios Superiores de Cautla 2016.
66. Argüello-Esparza EY. Cáncer de la Mujer en México 2015 [cited 2018]. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248801/CancerdelaMujer.pdf>.
67. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a proposito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre) Datos Nacionales [Internet]. 2015. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>.
68. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Nayarit 2013. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/Nayarit-OCT.pdf>.
69. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Resultados por entidad federativa, Nayarit2007. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/stories/Nayarit.pdf>.
70. Instituto Nacional de las Mujeres. Nayarit - Sistema de Indicadores de Género2017. Recuperado de: https://www.google.com/search?ei=9nfzWuqwDcu3jwTIm7HgBA&q=muerteres%20maternas%20nayarit%20sistema%20nacional%20de%20indicadores&oq=muerteres%20maternas%20nayarit%20sistema%20nacional%20de%20indicadores&gs_l=psab.3..33i21k1.13774.19000.0.19104.36.26.0.0.0.0.309.3518.1j13j4j1.19.0....0...1c.1.64.psy-ab..17.14.2594...33i160k1.0.ZIJM1GIYX5M#.
71. Brandan ME, Villaseñor Y. Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México. Cancerología. 2006;1(3):147-62.

72. Swartz M. Tratado de Semiología. Anamnesis y exploración. Séptima edición. Barcelona 2015. Elsevier España, SL.

73. Guterbock TM, Cohn WF, Rexrode DL, Eggleston CM, Dean-McKinney M, Novicoff WM, et al. What Do Women Know About Breast Density? Results From a Population Survey of Virginia Women. Journal of the American College of Radiology [Internet]. 2017 2017/01/01/; 14(1):[34-44 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S154614401630583X>.

74. Smith RA. International programs for the detection of breast cancer. Salud Pública de México [Internet]. 2011; 53:[394-404 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500007&nrm=iso.

75. Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2015; 38:[5-7 pp.]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001&nrm=iso.

76. Salinas P. H, Valdés R. E, Carmona G. S. Screening genetico antenatal para la deteccion de aneuploidias. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2003; 68:[529-35 pp.]. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600014&nrm=iso.

77. Bulliard J-L, Ducros C, Jemelin C, Arzel B, Fioretta G, Levi F. Effectiveness of organised versus opportunistic mammography screening. Annals of Oncology [Internet]. 2009; 20(7):[1199-202 pp.]. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdn770>.

78. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 - 2018 2015 [18 de noviembre del 2017]. Recuperado

de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-accion-especifico-prevencion-y-control-del-cancer-de-la-mujer-2013-2018-9275>.

79. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama . Mexico2011 [cited 2018 30/08/2018]. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011.

80. Instituto Nacional de Cancerología. Centros Estatales de Oncología: InCan; 2018 [26/Nov/2018]. Recuperado de: http://www.incan-mexico.org/incan/incan.jsp?iu_p=/incan/pub/estatico/estatales/principal-estatales.xml.

81. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Unidad de Especialidades Médicas para la Detección y Diagnostico del Cáncer de Mama: Secretaria de Salud 2016 [26/Nov/2018]. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/uneme-dedicam>.

82. DespertarOax. Preside Narro Robles la Ceremonia de Certificación de Hospitales 2018: Despertar de Oaxaca,; 2018 [26/11/2018]. Recuperado de: <http://despertardeoaxaca.com/preside-narro-robles-la-ceremonia-certificacion-hospitales-2018/>.

83. Moreira-de-Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enfermería Global [Internet]. 2011; 10:[0- pp.]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&nrm=iso.

84. Vega-Angarita OM, Ovallos-Lizcano F, Velásquez-Ardila N. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerológica, en

San José de Cúcuta. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2012; 14(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1452/145226758006/>.

85. Valencia M, Meza-Osnaya G, Pérez-Cruz I, Cortes-Campero N, Hernández-Ovalle J, Hernández-Paredes P, et al. Factors involved in the burden of the primary caregiver of cancer patients. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial* [Internet]. 2017. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X17300015>.

86. Organización Mundial de la Salud. La batalla mundial contra el cáncer no se ganará únicamente con tratamiento 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/>.

87. Blumen H, Fitch K, Polkus V. Comparison of Treatment Costs for Breast Cancer, by Tumor Stage and Type of Service. *American Health & Drug Benefits* [Internet]. 2016 Feb Pmc4822976]; 9(1):[23-32 pp.]. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822976/>.

88. Broekx S, Den Hond E, Torfs R, Remacle A, Mertens R, D'Hooghe T, et al. The costs of breast cancer prior to and following diagnosis. *The European Journal of Health Economics* [Internet]. 2011; 12(4):[311-7 pp.]. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-010-0237-3>.

89. Hall PS, Hamilton P, Hulme CT, Meads DM, Jones H, Newsham A, et al. Costs of cancer care for use in economic evaluation: a UK analysis of patient-level routine health system data. *Br J Cancer* [Internet]. 2015 Mar 3 Pmc4453947]; 112(5):[948-56 pp.]. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453947/>.

90. Barron JJ, Quimbo R, Nikam PT, Amonkar MM. Assessing the economic burden of breast cancer in a US managed care population. *Breast cancer research*

and treatment [Internet]. 2008; 109(2):[367-77 pp.]. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-007-9650-4>.

91. Mittmann N, Porter J, Rangrej J, Seung S, Liu N, Saskin R, et al. Health system costs for stage-specific breast cancer: a population-based approach. *Current Oncology* [Internet]. 2014 Dec Pmc4257111]; 21(6):[281-93 pp.]. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257111/>.

92. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez Ó, Ávila-Burgos L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México* [Internet]. 2009; 51:[s286-s95 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800019&nrm=iso.

93. Suárez-Restrepo NdC, Tobasura-Acuña I. Lo rural. Un campo inacabado. *Revista Facultad Nacional de Agronomía - Medellín* [Internet]. 2008; 61(2):[4480-95 pp.]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179915376002>.

94. González S, Larralde A. Conceptualización y medición de lo rural. Una propuesta para clasificar el espacio rural en México 2013. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1740/1/images/8_Conceptualizacion_y_medicion_de_lo_rural.pdf.

95. Humphreys JS, Solarsh G. *Populations at Special Health Risk: Rural Populations*. Oxford: Academic Press; 2017. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128036785003465>.

96. Centro de Investigación y Docencia Económicas AC. Informe México sobre los determinantes sociales de la salud México CIDE; .2013.

97. París-Pombo MD, Ley-Cervantes M, Peña-Muñoz J. Migrantes en México vulnerabilidad y riesgos 2016. Recuperado de: http://oim.org.mx/Discursospdf/MICIC_Mexico_desk_study.pdf.
98. Nelly-Salgado-de-Snyder V, González-Vázquez T, Bojorquez-Chapela I, Infante-Xibille C. Simposio I. Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. 2007 [Internet]. 2007 2007-02-02; 49:[3 p.]. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10649004.pdf>.
99. Ncube A, Mangwaya PT, Ogundeji AA. Assessing vulnerability and coping capacities of rural women to drought: A case study of Zvishavane district, Zimbabwe. International Journal of Disaster Risk Reduction [Internet]. 2018 2018/06/01/; 28:[69-79 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212420918302061>.
100. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Pobreza y género en México: hacia un sistema de indicadores México: CONEVAL; 2016 [cited 2018 02/07/2018]. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza-y-genero-en-Mexico-2010-2016.aspx>.
101. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta nacional de los hogares 2015-2016. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_06_05.pdf.
102. Animal-Politico. #DíaInternacionaldeLaMujer: 8 datos que muestran la brecha de género en México México: Animal Político 2018 [cited 2018 02/07/2018]. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2018/03/datos-desigualdad-mujeres-mexico/>.

103. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez G, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública de México [Internet]. 2003; 45:[S140-S52 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700018&nrm=iso.
104. Knaul FM, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Dantés H, Romieu I, Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Pública de México [Internet]. 2009; 51:[s138-s40 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800002&nrm=iso.
105. Cascio WF. Training trends: Macro, micro, and policy issues. Human Resource Management Review [Internet]. 2017. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105348221730089X>.
106. Consejo Nacional de Población. Situación demografica en México,2013. México, D.F.2013. Recuperado de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2468/2/images/SDM_2013.pdf.
107. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. "Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer (4 de febrero)"2017. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf.
108. Baena-Cañada JM, Rosado-Varela P, Expósito-Álvarez I, González-Guerrero M, Nieto-Vera J, Benítez-Rodríguez E. Women's perceptions of breast cancer screening. Spanish screening programme survey. The Breast [Internet]. 2014 2014/12/01/; 23(6):[883-8 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977614001787>.

109. Alazmi SF, Alkhabbaz A, Almutawa HA, Ismaiel AE, Makboul G, El-Shazly MK. Practicing breast self-examination among women attending primary health care in Kuwait. Alexandria Journal of Medicine [Internet]. 2013 2013/09/01/; 49(3):[281-6 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090506812000826>.
110. Bilge U, Keskin A. Breast Cancer Screening Knowledge in a Turkish Population Education is Necessary. Procedia - Social and Behavioral Sciences [Internet]. 2014 2014/02/21/; 116:[1861-3 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814005011>.
111. Ewaid SH, Shanjar AM, Mahdi RH. Knowledge and practice of breast self-examination among sample of women in Shatra/Dhi-Qar/Iraq. Alexandria Journal of Medicine [Internet]. 2018 2018/01/10/. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090506817301744>.
112. Rodríguez-González J, Rodríguez-González A, Triana-Torres A, Mendoza-Taño R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2012; 11:[673-83 pp.]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500013&nrm=iso.
113. Ortega–Olvera C, Torres–Mejía G, Sánchez–Zamorano LM, Ángeles–Llerenas A, Martínez–Matsushita L, Rojas–Martínez R, et al. Knowledge and recommendations regarding breast cancer early screening in an upper middle income country: Primary and secondary health care professionals. Preventive Medicine [Internet]. 2016 2016/05/01/; 86:[147-52 pp.]. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516300202>.

114. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 - 2018.2015. Recuperado de: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-estadistica>.

115. Presidencia de la Republica. Diez datos sobre el cáncer de mama 2015 [28/09/2018]. Recuperado de: <https://www.gob.mx/presidencia/fr/articulos/diez-datos-sobre-el-cancer-de-mama>.

116. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. Salud Pública de México [Internet]. 2013; 55:[S83-S90 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800003&nrm=iso.

117. Torres-Mejía G, Ortega-Olvera C, Ángeles-Llerenas A, Villalobos-Hernández AL, Salmerón-Castro J, Lazcano-Ponce E, et al. Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. Salud Pública de México [Internet]. 2013; 55:[S241-S8 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800022&nrm=iso.

118. ENSA. Encuesta Nacional de Salud 20002000 28/09/2018 [cited 2018. Recuperado de: https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf

119. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Resultados nacionales 2012. Recuperado de: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf.

120. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez

años de su implementación. Salud Pública de México [Internet]. 2013; 55:[S91-S9 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800004&nrm=iso.

121. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueda-Neria C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. Salud Pública de México [Internet]. 2001; 43:[199-202 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000300004&nrm=iso.

122. delgado quiñones eg. Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres. 2016 [Internet]. 2016 2016-11-10; 32(3). Recuperado de: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/127/78>.

123. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. 2014 [Internet]. 2014 2014-09-13; 56(5):[9 p.]. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7711/10587>.

124. Mohar A, Reynoso N, Villarreal-Garza C, Bargalló-Rocha JE, Arce-Salinas C, Lara-Medina F. Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Experiencia del Seguro Popular 2007-2013. Revista Mexicana de Mastología [Internet]. 2015; 5(1):[6-11 pp.]. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2015/ma151b.pdf>.

125. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, Blanco-Muñoz J, Hernández-Ramírez RU, Knaul FM. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. salud pública de méxico [Internet]. 2014; 56(5):[538-46 pp.]. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53132>.

126. Rivera D. Al menos 600 casos de cáncer de mama en Nayarit durante 10 años 2015. Recuperado de: <http://www.nayaritenlinea.mx/2015/10/01/al-menos-600-casos-de-cancer-de-mama-en-nayarit-durante-10-anos?vid=81306>.

127. Secretaria de Salud. Defunciones de mujeres de 25 años y más por tumor maligno de mama (C50) 2000-2013 2015. Recuperado de: <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/12950/MortalidadCaMa2000a2013.pdf>.

128. Croyle R. Mejoras al control de cáncer en comunidades rurales: entrevista con el doctor Robert Croyle 2016 [20 de noviembre del 2017]. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/control-cancer-zonas-rurales>.

129. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Conocimiento y capacidad [18 de noviembre del 2017]. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/environment/water/wwap/facts-and-figures/knowledge-and-capacity/>.

130. López-Guevara S, Castillo-Muraira Y, Avila-Medina M, Cano-Fajardo L, Ponce-Martínez D, Quevedo-Díaz M. Autocuidado en mujeres en relación a la prevención del cáncer de mama 2014; 20. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/306392266_Autocuidado_en_mujeres_en_relacion_a_la_prevenccion_del_cancer_de_mama.

131. PNUD PdINUpED. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019 [cited 2019 25/06/2019]. Recuperado de: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.

132. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación . México, DF. México: McGraw Hill; 2010.

133. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Intercensal INEGI; 2015 [15 de noviembre del 2017]. Recuperado de: www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/.

134. Saldívar Garduño A. Factores que favorecen la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud de las mujeres: Tesis para optar el doctorado en Psicología. México: UNAM, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología; 2009. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/281432439_FACTORES_QUE_FAVORECEN_LA_PREVENCION_DE_ENFERMEDADES_Y_EL_CUIDADO_DE_LA_SALUD_DE_LAS_MUJERES.

135. Rocio F-VMd. Guía para el autocuidado y detección de cáncer de mama 2017. Recuperado de: <http://www.ecorfan.org/textbooks/L-Guides/LG%20TIV/LG%20TIV.pdf>.

136. Sánchez Urdaneta YUM, José Ramón; Villalobos Inciarte, Noren;, Contreras Benítez AG, José; Baabel Zambrano, Nasser; Villalobos de Vega,, Sulay; Cepeda de Villalobos M. Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2016; 28(1):[37-51 pp.]. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375643222006>.

137. Jerônimo AFdA, Freitas ÂGQ, Weller M. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017; 22:[135-49 pp.]. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100135&nrm=iso.

138. Pérez Zumano SE, López Romero AL, Benítez Chavira LÁ, Sandoval Alonso L. Conocimientos y comportamientos sobre factores de riesgo de cáncer de mama en un grupo de mujeres. Enfermería universitaria [Internet]. 2011; 8:[26-32 pp.].

Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100004&nrm=iso.

139. Salinas JJ, Byrd T, Martin C, Dwivedi AK, Alomari A, Salaiz R, et al. Change in Breast Cancer Screening Knowledge is Associated With Change in Mammogram Intention in Mexican-Origin Women After an Educational Intervention. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research* [Internet]. 2018; 12:[1178223418782904 p.].

Recuperado

de:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1178223418782904>.

Anexos

Anexo 1 : Autorización de la Comisión Estatal de Bioética de Nayarit



AREA: COMISION ESTATAL DE BIOETICA.
NO. DE OFICIO: 89/CEB/2018.
ASUNTO: REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Tepic, Nayarit; 18 de julio de 2018.

C. ARMANDO FRANQUEZ OCEGUEDA
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN SALUD
PÚBLICA DE LA UAN

Por este conducto y derivado de la revisión que la Comisión Estatal de Bioética del Estado de Nayarit realizo al protocolo de investigación titulado: ***“Conocimientos, percepción de riesgo e intención de conducta en el autocuidado de la salud mamaria en mujeres de zonas rurales del estado de Nayarit, México”***, misma que se llevara a cabo bajo su responsiva, se le asigna el siguiente No. de registro ante la CEBIOÉTICA de Nayarit:

CEBN/18/2018

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. ANTONIO HERNANDEZ TABARES
COMISIONADO ESTATAL
COMISIÓN ESTATAL DE BIOÉTICA

C.c.p.- Dr. Victor E. Quiroga Aguirre. Secretario Estatal de Salud y Director General de los SSN. Edificio.

C.c.p.- Dra. Lilliana del Carmen López González. Titular de la Unidad Estatal de Calidad y Educación en Salud.

LAZY

Gustavo Baz No. 34, Fracc. Fray Junípero Serra
C.P: 63169, Tel: 311 2 13 19 55
Comisión Estatal de Bioética

Anexo 2. Autorización de la Dra. Alicia Saldívar Garduño



Armando Franquez Ocegueda

6 jun. 2019 13:36 (hace 13 horas) ☆

Dra. Alicia Saldívar Garduño Profesora e investigadora del Departamento de Sociología de la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana ...



Alicia Saldívar

0:05 (hace 2 horas) ☆ ↩ ⋮

para mí ▾

Estimado Armando:

Con mucho gusto autorizo la utilización de los reactivos o de las escalas utilizadas y reportadas en mi tesis doctoral; como es costumbre en estos casos, el único requerimiento es que se cite la fuente de la que se extrae la información, en este caso, la tesis. Me gustaría mucho leer tu trabajo cuando hayas concluido, o bien conocer los avances.

Si hubiera algo más en lo que pueda apoyarte, con mucho gusto lo haré.

Saludos cordiales.

Alicia Saldívar Garduño.



Armando Franquez Ocegueda

6 jun. 2019 13:36 (hace 13 horas) ☆

Dra. Alicia Saldívar Garduño Profesora e investigadora del Departamento de Sociología de la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana ...



Alicia Saldívar

0:05 (hace 2 horas) ☆ ↩ ⋮

para mí ▾

Estimad

Con mu

requerir

conocer

Si hubie

Saludos

Alicia S

de: **Alicia Saldívar** <sga@xanum.uam.mx>

para: Armando Franquez Ocegueda <armando.franquez@uan.edu.mx>

fecha: 7 jun. 2019 0:05

asunto: Re: Solicitud

enviado por: xanum.uam.mx

seguridad: Cifrado estándar (TLS) [Más información](#)

Mensaje importante porque se te ha enviado directamente

s en mi tesis doctoral; como es costumbre en estos casos, el único

Me gustaría mucho leer tu trabajo cuando hayas concluido, o bien

Anexo 3: Solicitud de información al Departamento de Cáncer de la Mujer



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE GÉNERO



Tepic, Nayarit a 14 de junio del 2019

OF. MEG/030/2019

Dra. Rosa Nelida Rivera de Haro
Jefa del Departamento de Cáncer de la Mujer
PRESENTE

Por medio de la presente le extiendo un cordial saludo y me permito solicitarle su apoyo para elaborar un protocolo de investigación sobre determinantes sociales para el autocuidado mamario, por ello es necesario contar con los siguientes datos:

- Casos desglosados y estudios por año de incidencia de cáncer de mama
- Zonas del estado de donde son originarias las pacientes que atienden por cáncer de mama
- Edades en las que se diagnostican pacientes con cáncer de mama

Reitero a usted que toda la información será tratada con estricta confidencialidad.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Ma. Del Rocío Figueroa Varela
Coordinadora de la
Maestría en Estudios de Género

Recibi
V. Demose
14/06/19
Depto. Cáncer
de la Mujer

Anexo 4: Solicitud de información al Departamento de Epidemiología de Nayarit.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE GÉNERO



Tepic, Nayarit a 14 de junio del 2019

OF. MEG/029/2019

Dr. Jorge Barrera Castellano
Jefe del Departamento de Epidemiología
PRESENTE

Por medio de la presente le extiendo un cordial saludo y me permito solicitarle su apoyo para elaborar un protocolo de investigación sobre determinantes sociales para el autocuidado mamario, por ello es necesario contar con los siguientes datos:

- Casos desglosados y estudios por año de incidencia de cáncer de mama
- Zonas del estado de donde son originarias las pacientes que atienden por cáncer de mama
- Edades en las que se diagnostican pacientes con cáncer de mama

Reitero a usted que toda la información será tratada con estricta confidencialidad.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Ma. Del Rocío Figueroa Varela
Coordinadora de la
Maestría en Estudios de Género

