



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

AUTOCUIDADO DE MUJERES EN RIESGO DE PADECER CÁNCER DE MAMA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. en Enf. Emma Cuervo Rivera

Dirigido por:

Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso

SINODALES

Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso
Presidente

M.S.P. Rosalba Flores Ramos
Secretario

M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Vocal

Dr. Alberto Juárez Lira
Suplente

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha
Suplente

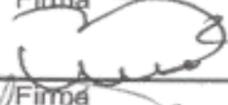
M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Directora de la Facultad


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Agosto 2013
México

RESUMEN

El Cáncer de Mama a nivel mundial, es el más común entre las mujeres, registrándose 411,000 muertes al año a causa de esta enfermedad, a pesar de los adelantos en la ciencia y tecnología, es importante identificar los conocimientos de autocuidado en las mujeres con riesgo de padecer CaMa. Este estudio fue para determinar la capacidad de autocuidado, la autoexploración mamaria y la actitud de mujeres con riesgo de padecer CaMa. El diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra fue de 93 mujeres de 20 a 60 años de edad. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17 mediante estadística descriptiva. Los resultados arrojados fueron que la media de la edad es de $33\pm$ años, en lo que se refiere a la capacidad de autocuidado el 68% es buena, en lo que respecta a autoexploración mamaria el 56% tiene una mala técnica y en lo que se refiere a actitud al realizarse la autoexploración el 62% es buena. La capacidad de autocuidado está relacionada con la escolaridad, la dependencia económica y la actividad recreativa ($p<0.05$); la autoexploración mamaria está relacionada con el sistema de salud ($p<0.05$); y la actitud sobre la autoexploración mamaria está relacionada con la dependencia económica. Se concluye que la mayoría de la población cuenta con buena capacidad y actitud positiva de auto cuidado estos dos factores favorecen en los que la habilidad se puede dirigir de forma intencionada para mejorar la autoexploración mamaria a partir del apoyo educativo y mejorar los programas de salud enfocadas a la prevención de CaMa y/o insertar el modelo de autocuidado de Orem.

(Palabras clave: Cáncer de Mama, Conocimiento de Autocuidado, Factores Condicionantes Básicos, Autoexploración Mamaria y Actitud)

Summary

Introduction. The apparent increase in morbidity and mortality of Breast cancer, despite the advances in science and technology, requires identify knowledge of self-care in women at risk for breast cancer. This research was to determine the ability of self-care, breast self-examination, and the attitude of women at risk for breast cancer.

Methodology: Quantitative study, observational, descriptive and transversal. Sample of 93 women aged 20 to 60 years. The analysis was used for the statistical package SPSS version 17 by means of descriptive statistics. **Results:** The average age is $33\pm$ years, in what refers to the ability of self-care 68% is good, regular 31% and 1% bad. Breast self-examination bad 56%, regular 32%, and 12% good. Good attitude to demonstrate breast self-examination 62%, regular 26% and 12% bad. The ability to self-care is related to education, economic dependence and recreational activity ($p < 0.05$); breast self-examination is related to the health system ($p < 0.05$); and attitudes about breast self-examination is related to the economic dependence. **Conclusions.** According to results shown that the sample in more than 68% has the capacity for self-care and good attitude, however is developing now that there is proper breast self-examination technique so I think that by not identifying alterations in your breast is at risk of not maintaining their health and well-being.

Keywords: Breast cancer, self-care knowledge, basic conditioning factors, breast self-examination and attitude.

Dedicatorias

A Dios por permitirme vivir para concluir una etapa profesional más en este proceso del conocimiento.

Especialmente a mi Madre, Victoria Rivera Del Ángel, que me dio la vida, una gran mujer, sabia y que me enseñó a ser perseverante, con todo su amor, contribuyo a que sea mejor hija, y hermana; de igual manera a mi Padre que yo se que está en el cielo, mi gran maestro Teodoro Cuervo Ramírez, un hombre sabio, amoroso, sigue siendo mi roble, mi gran amor.

A un ser maravilloso que Dios quiso que conociera, mi hermana Ana Delia Cuervo Rivera que no está presente en vida pero sí en espíritu, un ángel lleno de amor y gran sabiduría, que toda su vida me cobijo y enseñó a madurar y a ser perseverante y que vivirá eternamente en mi mente, espíritu y alma.

A mis ocho hermanos; Marino, Teodoro, Victorio, Roberto, Hugo, Laura Elena, Dora María y la más pequeña Rebeca, hermanos únicos, gracias por permitirme, crecer con ustedes mis grandes amigos y amores, a una niña linda Rosalía, por su gran apoyo y cariño.

A mis grandes amigas Virginia Amores, Emperatriz Carmona Ramírez, Julieta Lara de Lafraga, Guadalupe Bonilla Glez., Judith Guerrero, Guadalupe Andrade Cortazar, Guadalupe Lara Reza, e Isabel Hdez.

Agradecimientos

A mi Directora de tesis la Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso por su dedicación, tiempo y asesoría en el inicio y conclusión de esta investigación, que Dios la conserve y bendiga.

A mis sinodales por sus acertadas correcciones y compartir su conocimiento para concluir este trabajo.

A mi hermosa familia Cuervo Rivera, a quien considero el pilar de mi crecimiento como ser humano.

A mis amigas queridas y compañeras Virginia Amores Hernández, Emperatriz Carmona Ramírez por apoyarme, enseñarme y caminar juntas en el área docente y en la vida misma.

A mi amiga y mas que mi amiga a quien considero mi hija adoptiva Rosalía Hernández , por su gran ayuda y apoyo al vivir esta hermosa etapa de mi vida.

Un profundo agradecimiento a mi familia, amigos y a mi hermosa profesión.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	iii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	v
índice de cuadros	vi
Índice de figuras	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 Planteamiento del problema	2
I.2 Importancia del estudio	4
I.3 Objetivos	6
I.4 Hipótesis	6
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
2.1 Generalidades del Cáncer de Mama	7
2.1.2 Autoexploración de mamas	12
2.2 Teoría del auto cuidado de Orem	13
2.3 Adaptación de la teoría	18
2.4 Estudios relacionados	19
III. METODOLOGÍA	22
3.1 Diseño del estudio	22
3.2 Universo y muestra	.22
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	.22
3.4 Procedimiento	.22
3.5 Análisis estadístico	27
3.6 Ética del estudio	28
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	46
LITERATURA CITADA	49
APENDICE	

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Edad de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	26
4.2	Edad promedio de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	26
4.3	Peso de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	27
4.4	Factores básicos condicionantes de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	
4.5	Nivel de conocimientos de Capacidad de Autocuidado por factores básicos condicionantes	28
4.6	Nivel de conocimientos de la Autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes	36
4.7	Actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura		Página
4.1	Peso de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	27
4.2	Nivel de conocimiento de capacidad de autocuidado de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	30
4.3	Nivel de conocimiento sobre la autoexploración mamaria de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	31
4.4	Nivel de actitud ante la autoexploración mamaria de las mujeres en riesgo de padecer CaMa	32

I. INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Mama (CaMa) a nivel mundial, es el más común entre las mujeres, registrándose 411,000 muertes al año a causa de esta enfermedad. Éste es el cáncer más prevalente a nivel mundial: en los últimos cinco años hay 4.4 millones de mujeres que viven con la enfermedad. En 2009 se proyectan 1.35 millones de nuevos casos, que aumentará a 1.5 millones en 2010. El CaMa corresponde al 10.5% de todos los nuevos casos de cánceres –el único tipo de cáncer que registra más casos es el de pulmón.¹

En 2008, México registró la frecuencia de 27.2% para el CaMa, cifra que publicó el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.² En México, a causa de CaMa 12 mujeres mueren diariamente, lo cual representa aproximadamente, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con este tumor maligno. La evidencia sobre México sugiere que la detección tardía sigue siendo la norma y no la excepción. En contraste, por ejemplo, con la situación en los Estados Unidos, donde aproximadamente el 60% del CaMa es diagnosticado en estadio I, mientras que en México la cifra se estima menor al 10%. De hecho, entre 40 y 50% de los casos se presentan en estadios III y IV y se ve poca mejoría en estos porcentajes desde principios de los años noventa.³

En Veracruz en el 2008 murieron 3 mil 500 mujeres por el CaMa, y se conoce que el 80% de los casos son detectados en etapa tardía, cuando el tratamiento es más agresivo, más costoso y las probabilidades de sobrevivir son menores. No obstante el 10% de los casos que son atendidos oportunamente debido a la autoexploración mamaria, tienen hasta el 80% de probabilidades de curarse completamente.⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la autoexploración y la exploración clínica de mama como diagnóstico temprano; porque permite a la mujer conocer las características normales de sus mamas y demandar atención médica si descubre alguna alteración en la estructura de las mismas.⁵

El Programa de acción específico 2007-2012 Cáncer de mama⁶ tiene como finalidad detectar en forma temprana el CaMa, mediante la autoexploración mamaria. Pero este programa no ha tenido el impacto esperado porque las mujeres no se realizan la autoexploración, o cuando lo ejecutan no lo hacen de forma correcta, y cuando solicitan el servicio médico es porque ya presentan molestias físicas importantes. Esto significa que la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado y seguramente se requerirán tratamientos invasivos y caros.

El evidente incremento de las muertes por CaMa, a pesar de los grandes adelantos en la ciencia y tecnología, obliga a identificar los conocimientos de auto cuidado que tienen las mujeres en riesgo de padecer CaMa. Por otro lado se pretende ofrecer evidencia útil a las enfermeras sobre cómo aplicar la Teoría de Dorothea E. Orem en la investigación.

El documento se integra de varios apartados, en los datos epidemiológicos relacionados con la morbimortalidad, se presentan datos relevantes sobre el padecimiento y algunos estudios que se han realizado, relacionados con este. En el planteamiento del problema se fundamenta la pregunta de investigación, explicitándose los rasgos de la problemática a estudiar y los factores supuestamente asociados. En el marco teórico se incluyen aspectos generales de la enfermedad: historia natural, tratamiento y complicaciones, y dentro del contexto de prácticas para prevención se hace referencia a la teoría del déficit de auto cuidado de Orem. Los aspectos metodológicos, los resultados obtenidos, la discusión y sugerencias generadas a partir de los hallazgos encontrados.

1.1 Planteamiento del problema

El cáncer de mama constituye un serio problema de salud en el mundo, se han registrado más de 410,000 defunciones cada año, que representa cerca de 14% de todas las muertes debidas al cáncer en las mujeres y un 1.6% de todas las defunciones femeninas en todo el mundo.⁷

La Asociación Americana de Cáncer recomienda realizar la autoexploración de mama de forma mensual a todas las mujeres a partir de la menarca sobre todo en mayores de 20 años.⁸

En los países con menos recursos no se ha identificado el CaMa como un tema de atención de salud prioritario, porque las enfermedades infecciosas constituyen la amenaza preponderante a la salud pública. En estas situaciones, tratan el cáncer con mayor frecuencia cuando están en sus estadios más avanzados, el tratamiento es más costoso y menos exitosos.⁹

En México a partir de 2006 la tasa de mortalidad por CaMa superó a la de cáncer cervico-uterino (CaCu).³ Con el tiempo, la mortalidad y el número de casos se han incrementado; constituyéndose como la primera causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres con 25 años ó más edad, con 4.440 defunciones registradas y tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por 100 mil mujeres con esa edad, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el año 2000.¹⁰

El riesgo principal para padecer cáncer de mama es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y hombres es aproximadamente de 100 a 1. La incidencia de CaMa se incrementa con la edad, duplicándose aproximadamente cada 10 años hasta la menopausia, etapa en que el crecimiento disminuye. La Secretaría de Salud (SS) calcula un promedio de 21 años de vida productiva perdidos por cada mujer, con un impacto económico de \$3,107,505,000.00 en el 2001.¹¹

Según cifras de la Secretaria de Salud para el año 2008, las muertes por cáncer de mama continúan en ascenso. En seis años han aumentado 28.5% al pasar de 3,455 en el año 2000, a 4,461, en 2006, lo cual significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día, es decir, una cada dos horas.⁹

El programa de Acción Específico 2007-2012 Cáncer de Mama ⁶ tiene como finalidad detectar en forma temprana el cáncer de mama mediante la autoexploración mamaria; sin embargo este programa no ha tenido el impacto esperado porque las mujeres no se realizan la autoexploración, o bien cuando lo ejecutan no lo hacen de forma correcta, y cuando solicitan el servicio es porque ya presentan molestias físicas importantes, lo que significa que la enfermedad se encuentra en un estado muy avanzado y seguramente se requerirán de tratamientos invasivos y caros.

Por lo anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos de auto cuidado, autoexploración mamaria, actitud y factores básicos condicionantes de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz?

1.2 Importancia del estudio

En México, a causa del cáncer de mama doce mujeres mueren diariamente, lo cual representa aproximadamente, una tercera parte de las pacientes diagnosticadas con este tumor maligno. La tendencia observada en la mortalidad de esta enfermedad en México muestra incrementos constantes; basta mencionar que en el período de 1980 a 2005 se registraron 67,854 defunciones por CaMa, con un aumento estimado anual del 3.6% en los últimos 18 años. Además, a partir de 2006 el CaMa es la segunda causa de muerte general en mujeres de 30 a 54 años y la primera por cáncer, desplazando al CaCu.¹² El riesgo de morir por CaMa ha aumentado en la mayoría de los estados de México. Aunque el fenómeno es más marcado en el norte y el centro: en el Distrito Federal y Nuevo León, las tasas de mortalidad observadas del CaMa son mayores que las del CaCu desde finales de los ochenta.¹³

Para algunas mujeres el miedo al descubrimiento del nódulo, la vergüenza a ser tocada por profesionales o por ella misma se convierte en el principal factor para la no realización del autoexamen de mama.¹⁴

Se observa que en México, más de 90% de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas, con tumores de más de cinco centímetros, y sólo en el 3.7% de las pacientes las lesiones se identifican en estadios tempranos. Este hecho hace más difícil establecer un buen pronóstico e incrementa las tasas de letalidad. La edad promedio de la mujer mexicana para desarrollar este tipo de tumor es de 51 años, mientras que en otros países llega hasta 63 años, pero lo más grave es que 45.5% de los casos se presentan en menores de 50 años (mujeres en edad reproductiva). Otro dato importante es que entre 75% y 80% de las mujeres con este diagnóstico, no tienen factores de riesgo hereditarios.¹⁵

Desde el punto de vista de la enfermería, la teoría de Orem explica como todas las personas poseen condiciones universales de auto cuidado que asociadas con el desarrollo dan como resultado la conservación y promoción de la salud, así como prevención de enfermedades específicas. Orem también refiere como la habilidad del individuo para encontrar de auto cuidado es influenciada por el desarrollo, experiencias de la vida, orientación, cultura, salud y recursos disponibles, llamándole factores condicionantes básicos.¹⁶

Este estudio ofrece al profesional de enfermería un marco de referencia para implementar estrategias que mejoren la capacidad de auto cuidado en la mujer en riesgo de padecer cáncer de mama a través del desarrollo de habilidades en la técnica de exploración de mama, detectando a tiempo la presencia de anomalías.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimientos de auto cuidado, de autoexploración mamaria, actitud y factores básicos condicionantes de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar los factores básicos condicionantes de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.3.2.2 Determinar el nivel de conocimientos de auto cuidado de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.3.2.3 Determinar el nivel de autoexploración mamaria de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.3.2.4 Determinar el nivel de actitud de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.3.2.5 Identificar asociación entre el nivel de conocimientos de auto cuidado, de autoexploración mamaria, actitud y factores básicos condicionantes de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama, que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

1.4 HIPOTESIS

Ho: El nivel de capacidad de autocuidado en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama no está relacionado con la edad

Ha: El nivel de capacidad de autocuidado en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama está relacionado con la edad.

Ho: El nivel de autoexploración mamaria en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama no está relacionad con la edad.

Ha: El nivel de autoexploración mamaria en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama está relacionad con la edad.

Ho: El nivel de actitud ante la exploración mamaria en pacientes en mujeres con riesgo de padecer cáncer de cama no está relacionado con la edad

Ha: El nivel de actitud ante la exploración mamaria en pacientes en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama está relacionado con la edad

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Generalidades del cáncer de mama

El Cáncer de Mama (CaMa) es la primera causa de muerte en mujeres de 35 a 55 años y constituye un problema de Salud Pública a nivel mundial.¹⁷ Se calcula que la incidencia podría aumentar en 50% en el año 2020. Es una enfermedad de gran interés socio-sanitario, con elevado crecimiento y frecuencia. En México es la segunda causa de muerte después del cáncer cervicouterino, como neoplasia maligna representa el segundo lugar en frecuencia.¹⁸ Las mujeres con cáncer de mama que se atienden en etapas tempranas siguen siendo aún la minoría, lo cual implica un aumento en el costo económico y social tratar pacientes en fases avanzadas con este padecimiento.¹⁹

Las afecciones del cáncer de mama han tomado gran importancia entre las causas de morbi-mortalidad en la mujer y el riesgo más relevante para padecer cáncer de mama es ser mujer, la relación de cáncer de mama entre mujeres y

hombres es aproximadamente de 100 a 1.²⁰ Los factores de riesgo identificados más comúnmente en la población mexicana descritos por diversos autores relacionados con el desarrollo de este cáncer al realizar una extensa revisión de la literatura son la edad 30 a 65 años.²¹ Esto contrasta con lo observado en Estados Unidos, donde la edad media de presentación son los 63 años²² y en países europeos, donde la mayor incidencia es en mujeres posmenopáusicas.

En la actualidad, se considera al cáncer de mama como una enfermedad heterogénea, definida por perfiles genéticos diferentes. Basados en el perfil de expresión génica, Perou¹ describió inicialmente 4 tipos de cáncer de mama: Erb-B2+, epitelial-luminal/RE+, el parecido al cáncer mamario normal “normal breastlike” y el llamado triple negativo o “basal like”. Posteriormente, Sorlie²³ dividió al luminal en los subtipos A y B, este último tiene un pronóstico menos favorable, por lo que algunos autores lo agrupan con el Erb-B2+.

El pronóstico del cáncer de mama mejoró en los últimos años, por el desarrollo un manejo multimodal, que incluye al manejo neoadyuvante, adyuvante, la radioterapia y el descubrimiento de nuevos fármacos dirigidos hacia blancos moleculares aplicados tanto en etapas tempranas, como avanzadas de la enfermedad. También, nuevas opciones quirúrgicas, como la mastectomía con reconstrucción inmediata permiten mejorar la calidad de vida de las mujeres que llegan a padecer cáncer de mama.

Como ejemplo de esta evolución en el tratamiento del CaMa, está la quimioterapia adyuvante, la cual desde hace más de tres décadas demostró un beneficio al disminuir el riesgo de recurrencia y mortalidad, de manera independiente de otros factores, como la edad, la presencia de metástasis ganglionares y de la expresión de receptores estrogénicos.

Existe un aumento considerable de riesgo cuando hay antecedente de cáncer de mama, especialmente si la neoplasia se presentó en edad

premenopáusica o en forma bilateral, en familiares de primer grado de consanguinidad, con un incremento de riesgo de 1.5 a 3 veces mayor del esperado en la población general, y si son varios los familiares consanguíneos afectados, el riesgo puede elevarse hasta 5 a 9 veces más.¹⁸ En la serie de 96 mil mujeres estudiadas en el Instituto de enfermedades de la mama en el Distrito Federal 7% reportaron antecedente de cáncer de mama en familiar de primer grado.²⁴

Cabe mencionar que respecto a los factores ambientales considerados de riesgo abarcan desde la falta actividad física, el uso de tintes para el cabello, la ingesta de café y alcohol, el uso de tabaco, el estrés, la depresión, el uso de algunos medicamentos, las radiaciones electromagnéticas o ionizantes o contaminantes ambientales como pesticidas organoclorados que tienen capacidad de interactuar con los fitoestrogenos y otros xenoestrogenos. Los hábitos de las mujeres que viven en las grandes urbes, la obesidad postmenopáusica y el índice de masa corporal que se asocian a niveles más altos de estrógenos y sulfato de estrona. Estos factores, mas la baja paridad, paridad tardía, no lactancias, uso de terapia hormonal de reemplazo por períodos prolongados, y la mayor ingesta de grasas, explican la mayor frecuencia de cáncer de mama en los países desarrollados.²⁵

Aunque no está demostrado como factor determinante para el cáncer de mama, la aparición tardía de la menopausia (55 años o más) incrementa 2.5 el riesgo, mientras que la menopausia condicionada por extracción quirúrgica de los ovarios, antes de los 40 años, ha mostrado disminuir significativamente el riesgo.

La lactancia y la multiparidad son consideradas como factores que disminuyen el riesgo de CaMa, mientras que cuando tienen el primer embarazo a término por arriba de los 30 años o son nulíparas, el riesgo de CaMa se eleva. La hipótesis del por qué este efecto protector se apoya en que durante la primera mitad del embarazo se produce la proliferación de las células mamarias y luego ésta disminuye durante la segunda mitad, cuando se lleva a cabo la diferenciación

celular. Esto explicaría por qué el riesgo de CaMa no se reduce en los embarazos que no llegan a término.

El efecto protector de la lactancia difiere en forma importante en las diferentes poblaciones analizadas. Así en las poblaciones asiáticas y en México, entre las poblaciones indígenas y de menores niveles socioeconómicos, donde la duración de la lactancia es substancialmente mayor, es donde se ha demostrado un mayor efecto protector.²⁶

La utilización de anticonceptivos orales no ha mostrado, en la mayoría de las investigaciones publicadas, un aumento o disminución del riesgo de cáncer de mama, pero el uso de estrógenos exógenos conjugados en la terapia hormonal de reemplazo, administrada por períodos prolongados (mayor a 5 años) incrementa, en estudios de meta-análisis, 2% anual el riesgo de las mujeres postmenopáusicas.²⁷

Este riesgo permanece durante los cinco años posteriores a la suspensión de la terapia hormonal y solo después de ese tiempo se iguala el riesgo con las mujeres que nunca usaron terapia hormonal de reemplazo. Recientemente se publicó que el uso de combinación de estrógenos y progestágenos, continuos o secuenciales, incrementa aún más el riesgo de CaMa, (51% mayor cuando los utilizan más de 5 años) lo que ha llevado a suspender el reclutamiento de pacientes en varios estudios prospectivos que se desarrollan en Europa y Estados Unidos de Norteamérica.²⁸

El cáncer de mama es el único tumor epitelial en el que la detección selectiva mejora la supervivencia. Se considera como una enfermedad sistémica, con alta capacidad para producir metástasis en ganglios linfáticos regionales y para diseminarse a distancia. Mientras que los factores pronósticos tales como la afectación ganglionar axilar, el tamaño del tumor y la presencia de receptores hormonales, junto a la estadificación de la enfermedad una vez realizado el

estudio de extensión, condicionan la utilización en la actualidad de diferentes modalidades terapéuticas, como el tratamiento local, tratamientos complementarios (terapia adyuvante) y el tratamiento de la enfermedad diseminada.

Estudios recientes demuestran la existencia de otros factores como una posible asociación entre el momento elegido para el tratamiento quirúrgico y la supervivencia, ya que el retraso en el abordaje de la enfermedad puede tener influencia en las tasas de supervivencia.

La demostración de la sobreexpresión de la proteína HER-2/neu en algunos tumores de mama y su potencial valor predictivo de la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, es un gran avance desde el punto de vista terapéutico, ya que estos hallazgos han permitido el desarrollo de nuevos esquemas terapéuticos basados en el empleo de anticuerpos monoclonales específicamente dirigidos frente a antígenos expresados por las células tumorales.²⁹

Durante las últimas tres décadas los avances en la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas han permitido mejorar el tratamiento local regional y el diagnóstico precoz del cáncer de mama.

El mayor conocimiento acerca de la biología de la enfermedad ha contribuido al diseño de tratamientos sistémicos adyuvantes eficaces (citotóxico y hormonal), que han permitido reducir la mortalidad en un 15-25 por ciento. De forma paralela a los progresos que se realizan en lo referente al tratamiento citotóxico con el desarrollo de nuevos agentes (taxanes, vinorelbina, los nuevos antifolatos, gemcitabina, antraciclinas liposomales, etc.).

Los resultados de otros estudios en los que añaden el paclitaxel al tratamiento adyuvante estándar, sugieren que los taxanes podrían además tener un papel importante en el tratamiento inicial del CaMa.³⁰

Por otra parte, a través de diferentes líneas de investigación, actualmente se están sometiendo a ensayos varios agentes con diferentes mecanismos de acción antitumoral: anticuerpos monoclonales dirigidos frente a antígenos expresados por las células tumorales, inhibidores de las señales de transducción intracelular (bloqueadores de las tirosinas de los receptores de la superficie celular), tratamientos antiangiógenos, etc. En este sentido, recientemente se aprobó el empleo de un anticuerpo monoclonal, el *trastuzumab*, dirigido específicamente frente a la región extracelular de la oncoproteína HER-2/neu, basándose en la evidencia de su eficacia antitumoral como agente único o en combinación con el tratamiento citotóxico. También se ha aprobado su uso, en combinación con paclitaxel, en los casos que no hayan recibido quimioterapia previa.³¹

Es un hecho que la exploración clínica de la mama es capaz de identificar el 10% al 25% del cáncer de mama. El valor predictivo de la exploración clínica de la mama es su principal limitación, porque la exploración por sí sola no puede diferenciar las lesiones malignas de las benignas palpables, y por lo tanto todas las lesiones deben considerarse y ser estudiadas como malignas. Pese a que el 75% de los nódulos de las mamas son benignos el 25% restante pueden poner en peligro la vida de las mujeres. Por ello, el auto examen de las mamas es de importancia fundamental, ya que el cáncer es curable si es detectado a tiempo.

Hasta ahora es el mejor método para la prevención; identificar el nivel de conocimientos solo sería a pauta para darle continuidad a otros trabajos, que permitieran resolver los problemas detectados relacionados con la autoexploración mamaria correcta.

2. 1. 2 Autoexploración de mamas

Es la acción manual sobre las mamas, mediante un procedimiento previamente aprendido que practica la mujer así misma, para detectar oportunamente alteraciones. Una forma práctica de evitar el avance a la malignidad a las

afecciones mamarias es la autoexploración realizada debidamente orientada por la enfermera para la promoción en los programas de detección oportuna de cáncer.³²

Cuando se presentan situaciones que requieren orientación a la mujer después del examen de mama realizado por la enfermera, se deben dar las indicaciones siguientes:

- a) Las mamas deben explorarse cada mes entre los días 5 y 6 de la menstruación, que es cuando se encuentran menos congestionadas.
- b) Inspeccionar las mamas indicado a la mujer que coloque las manos por detrás de la cabeza.
- c) Palpación de las mamas incluyendo la areola y compresión del pezón en busca de secreción.
- d) Emplear algún método sistemático, dado que algunas mujeres prefieren practicar el autoexamen en el baño con empleo de jabón para facilitar el movimiento deslizante de los dedos.
- e) Debe dar a conocer cualquier anomalía detectada por la enfermera.

2.2 Teoría del auto cuidado de Orem

La Teoría de Dorothea E. Orem guía las acciones de enfermería, después se mencionarán aspectos generales del padecimiento en este caso cáncer de mama. Orem¹⁷ define su modelo como una Teoría General de Enfermería, que se compone de tres subteorías interrelacionadas entre sí:

- a) **Teoría del Auto cuidado:** En la que explica el concepto de Auto Cuidado (AC) como una contribución constante del individuo a su propia existencia.
- b) **Teoría del Déficit de Auto cuidado:** En la que describe y explica las causas que puede provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el AC o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) **Teoría de los Sistemas de Enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras (os) pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores (SETC): La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensadores (SEPC): la enfermera proporciona algunos cuidados.
- Sistema de Enfermería de Apoyo Educación (AEE): la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de AC, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.¹⁷

El Auto cuidado (AC). Se define como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Agencia de Auto cuidado (AAC). Es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humano y promueven el bienestar.

La habilidad humana llamada AAC, es para ocuparse del AC, se desarrolla en el curso de la vida diaria, a través del proceso espontáneo de aprendizaje. Se ayuda a su desarrollo con la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia en la realización de medidas de AC. Su finalidad es satisfacer los Requisitos de Auto Cuidado (RAC), cualesquiera que sean estos en un momento determinado.

El desarrollo de la AAC puede examinarse en relación con las capacidades de AC del individuo, incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimientos que tiene y usan para ocuparse de una gama de conductas específicas.

Las habilidades individuales pueden describirse en términos de desarrollo, operatividad y adecuación. El desarrollo y la operatividad de la AAC pueden verse afectados por factores genéticos y constitucionales así como por la cultura, las experiencias vitales y el estado de salud. El desarrollo y la operatividad se identifican en términos de las clases de operaciones de cuidado que pueden realizarse de manera consistente y efectiva.

La AAC se revela como el conjunto de capacidades desarrolladas o en vías de desarrollo para ocuparse de la fase de AC de investigación y toma de decisiones (primera fase) y la capacidad para ocuparse en la fase de producción del AC (segunda fase). La AAC, puede identificarse como presente cuando está desarrollada o está desarrollándose. El desarrollo está relacionado con ciertas situaciones que requieren una acción de AC y con medidas de cuidado para lograr ciertos fines u objetivos.

La AAC se revela así misma en la ejecución, por parte de los individuos, de secuencias aprendidas de acciones de AC para alcanzar los objetivos previstos y su evaluación requiere investigar lo que los individuos hacen y no hacen de manera consistente en su AC.

El desarrollo o nuevo desarrollo de la AAC, de los individuos a lo largo de sus ciclos vitales debería comprenderse como asociado al deseo humano de conocer, la capacidad de aprender y el avance hacia estadios más altos y complejos del desarrollo personal.

Sistemas de Enfermería. Son tres tipos, Apoyo Educativo de Enfermería, Sistema de Enfermería Parcialmente y Sistema de Enfermería Totalmente compensatorio. La decisión sobre qué tipo de Sistema de enfermería es apropiado para satisfacer los déficit de Autocuidado del paciente (o cuidado dependiente) está basado en la respuesta a la pregunta de ¿quién puede o debe realizar las acciones necesarias para resolver los Requisitos de Autocuidado?

Una vez seleccionado el sistema de enfermería, sirve como el diseño arquitectónico básico que dirige el desarrollo y la formulación de un plan de cuidado. El tipo de sistema de enfermería seleccionado también, sugiere que métodos de ayuda son apropiados, antes de decidir las acciones específicas de enfermería. En este plan de cuidado, esas acciones que están de acuerdo con la enfermera y el paciente, están esquematizadas y organizadas específicamente.

En el sistema de enfermería, la realización de AC terapéutico, son las acciones colectivas de la enfermera y del paciente después de la iniciación de las acciones incluidas en el plan de cuidado.

Orem menciona que el diseño básico de un sistema de enfermería es un sistema que ofrece ayuda. Las acciones principales de enfermería que componen un sistema de enfermería son, de cierta manera, acciones de ayuda. Orem describió cinco categorías generales de los métodos de ayuda:

- 1) Actuar o hacer para otros.
- 2) guiar y dirigir a otros.
- 3) apoyar a otros.
- 4) proporcionar un ambiente de desarrollo, y
- 5) enseñar a otros.

Como métodos de ayuda, estas categorías generales son aplicables a cualquier servicio de ayuda; las categorías hacen únicas a la enfermería con el ejercicio de la agencia de enfermería.

Sistema de Apoyo Educativo: este sistema es para las situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar las medidas requeridas de AC terapéutico interna o externamente orientado, pero no puede hacerlo sin ayuda. Entre las técnicas de ayuda válidas en estas situaciones se incluyen combinaciones de la de apoyo, guía, provisión de un entorno favorecedor del desarrollo y enseñanza. Es el único sistema en que los requerimientos de ayuda del paciente están limitados a la toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades.

Hay diversas variaciones de este sistema. En la primera, el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita guía y soporte. La enseñanza es requerida en la segunda variación. En la tercera, proporcionar un entorno favorecedor del desarrollo, es el método de ayuda preferido. La cuarta variación se da en las situaciones en que el paciente es competente para el auto cuidado, pero requiere una guía periódica que es capaz de buscar; en esta variación el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

La autoexploración mamaria es una técnica compleja y requiere juicios informados y decisiones en cada paso de la ejecución, es necesario entonces que intervenga la enfermera e inicie su intervención identificando los conocimientos que tienen las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama.

Cuando se habla de mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama se hace referencia al grupo de mujeres que presenta una serie de factores y marcadores de riesgo. Las mujeres como personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores adversos o que interfieren en la regulación de su funcionamiento, para contribuir así al auto mantenimiento de la salud y bienestar personales es decir limitar los mencionados riesgos.

2.3 Adaptación de la teoría

La importancia de utilizar la Teoría de Dorothea E. Orem es porque la Enfermería se convierte en facilitadora del aprendizaje, al mostrar, dirigir, guiar al individuo en el cuidado y mantenimiento de su salud. Esto le permite reforzar su participación activa en el cuidado de su salud, como responsable de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud; hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de las personas en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

También considera trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado entre otros) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Según Orem las capacidades para el autocuidado son conocimientos, habilidades y motivaciones. La agencia de autocuidado. Es la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Para realizar las actividades de cuidados determinadas para cubrir los requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales.

La teoría del auto cuidado de Orem, es excelente para abordar este problema, ya que concibe que dentro del contexto de la vida diaria, en los grupos sociales y su localización temporoespacial, las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores adversos o que interfieren

en la regulación de su funcionamiento, para contribuir así al automantenimiento de la salud y bienestar personal.

Es un hecho que la exploración clínica de la mama es capaz de identificar del 10% al 25% del CaMa. El valor predictivo de la exploración clínica de la mama es su principal limitación, porque la exploración por sí sola no puede diferenciar las lesiones malignas de las benignas palpables, y por lo tanto todas las lesiones deben considerarse y ser estudiadas como malignas. Pese a que el 75% de los nódulos de las mamas son benignos el 25% restante pueden poner en peligro la vida de las mujeres.

Por ello el auto examen de las mamas es de importancia fundamental ya que el CaMa es curable si es detectado a tiempo. Hasta ahora es el mejor método para la prevención; identificar la capacidad de auto cuidado, solo sería la pauta para darle continuidad a otros trabajos, que permitieran resolver los problemas detectados relacionados con la autoexploración mamaria correcta y reorientar iniciativas para el desarrollo de la práctica de enfermería.

2.4 Estudios Relacionados.

Cabrera Torres en un estudio publicado en el año 2008, sobre la eficacia de una intervención de Consejo Genético en relación a los factores emocionales y creencias de salud de las personas con agregación familiar al CaMa en una Unidad de Consejo Genético (UCG) de Barcelona, a una muestra de 212 sujetos, midió entre otras variables dependientes: la preocupación por el cáncer, percepción del riesgo, factores básicos condicionantes, conocimientos sobre el CaMA hereditario, y creencias de salud. Los resultados encontrados fueron la evidencia de que la muestra de personas tenía un nivel medio de conocimientos, la media de preocupación por el cáncer fue de 11,45 con desviación estándar de 3,1; de 123 personas clasificadas con riesgo alto de padecer CaMa, sólo 42 de ellas percibieron su riesgo alto, es decir un 49% infraestimó su riesgo. Tras la intervención de Consejo Genético el nivel de conocimientos aumentó

significativamente, en los sujetos identificados con riesgo bajo, y en personas con edades superiores a 54 años, el aumento fue discreto.³³

Nigenda López y col en 2008, con su estudio realizado en mujeres mayores de 25 años sin la afección, mujeres diagnosticadas y sus parejas varones y directores de programas de CaMa de diversas instituciones, para identificar las barreras sociales, culturales y de los servicios de salud que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del CaMa del DF y Oaxaca, reportó que en México aunque la existencia de información es cada vez más amplia y circula a través de diversos canales, en la mayor parte de los casos no promueve acciones concretas de las mujeres, en especial cuando se distribuye a través de medios masivos. Si las mujeres tienen acceso a la información mediante canales específicos, como las unidades de salud, la información tiende a promover acciones concretas en el cuidado.³⁴

En dicho estudio, la mayoría de las mujeres entrevistadas refiere que antes del diagnóstico tenían información “vaga” acerca del CaMa; se refieren a cambios físicos, como “enrojecimientos”, “segregaciones del pezón” o “bolitas que aparecen”. Esta información se obtuvo de diversas fuentes, como folletos que leyeron en alguna visita al ginecólogo, pláticas con otras mujeres, artículos de revistas o conocimiento de un diagnóstico de cáncer de mama de algún familiar o persona cercana.

Casi todas sabían de la autoexploración que debe practicarse la mujer para detectar “anormalidades” en los senos, pero casi ninguna conocía la técnica ni la practicaba mes a mes después de su menstruación de manera regular. Debe mencionarse que así como han adoptado la cultura preventiva en relación con su revisión anual para citología después de la concepción de hijos o tras el inicio de las relaciones sexuales, no lo han hecho respecto de la autoexploración de mamas y, en el mejor de los casos, delegan esa práctica al médico cuando acuden a su revisión anual.

Todas las mujeres entrevistadas reconocen la importancia de la información para un diagnóstico temprano. Ellas mismas señalan que las mujeres no tienen en general información suficiente sobre el procedimiento para efectuar una autoexploración “correcta”. Plantean que esta información deberían suministrarla los médicos cuando las mujeres se someten a la prueba del Papanicolaou. Además, señalan dos instancias de suma importancia para la información y la “correcta” autoexploración: la escuela y la familia. En el primer caso para informar a las adolescentes y en el segundo para enfocarse principalmente en el papel de la madre de transmisora de conocimiento, el autocuidado y la autoexploración de los senos.³⁴

El estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Guanajuato, con 350 mujeres seleccionadas por muestreo no probabilístico accidental, pacientes mayores de 20 años, investigación realizada por Yépez-Ramírez y col. publicado en 2012 para identificar el conocimiento sobre la autoexploración mamaria con el fin de educar y reducir la mortalidad de la población femenina, mediante una encuesta sobre sus antecedentes y conocimientos acerca de la autoexploración mamaria, se les realizó una prueba visual mediante una lámina ilustrada. El resultado fue edad promedio de 38.9 años; 82.8% sabe que es la autoexploración mamaria, 76.5% respondió que enfermería proporcionó esa información, y 73.7% de las mujeres se revisan las mamas. Sin embargo, la prueba visual demostró que 72.8% no se realiza de manera ordenada la autoexploración. Desde la perspectiva de las mujeres, existe vergüenza y miedo por saber que se puede tener cáncer lo cual es una limitante para la autoexploración. Por lo que, el equipo de salud debe otorgar información para la detección del CaMa y así disminuir su morbimortalidad.³⁵

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

3.2 Universo y muestra

El universo son todas las mujeres que acudieron a consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz, en el mes de agosto de 2012.

Tipo de muestreo. La muestra fue no probabilístico por conveniencia quedando conformada por 93 mujeres que acudieron a la consulta al Centro de Salud de la colonia Revolución de Xalapa, Veracruz.

3.3 Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres de 20 a 60 años que acudieron a consulta
- Que acepten participar voluntariamente en la investigación

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas
- Mujeres con tratamiento de cáncer de mama.
- Mujeres mastectomizadas parcial y total

Criterios de eliminación

- Cuestionarios no respondidos completamente

3.4 Procedimiento

3.4.1. Operacionalización de variables

Una vez identificadas las variables se realizó su conceptualización y su operacionalización. Posteriormente, se establecieron las dimensiones e indicadores (Anexo 1).

3.4.2. Instrumentos de medición

Para la realización del presente estudio, se utilizaron 3 instrumentos.

1. Cuestionario autoaplicado para evaluar autocuidado diseñado por Carmona-Ramírez (2010), para identificar el autocuidado sobre la autoexploración mamaria. Este contiene los apartados siguientes: para registrar datos de identificación (nombre, edad y peso), 13 características que considera factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama) acorde con la Teoría de Dorothea E. Orem y 25 ítems para evaluar la capacidad de autocuidado (Anexo 2), los cuales se responden con una escala Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre (Anexo 3).

Para conocer el nivel de capacidad de autocuidado sobre cada paciente que respondió el cuestionario, se aplicó el tipo de puntuaciones directas y su transformación, y así poder dar información útil de cada paciente.

En este estudio, una puntuación directa es el dato que se obtiene directamente por el cuestionario de 25 ítems, el cual consiste en un total de 25 respuestas correctas en este test. Las puntuaciones directas no siempre son fáciles de interpretar. Estas necesitan algún tipo de transformación para que aporten información útil o simplemente para poder interpretarlas con facilidad, o para poder comparar resultados individuales obtenidos con instrumentos distintos.

Estas transformaciones de las puntuaciones directas (tanto entenderlas como saber hacerlas) son muy útiles para,

- a) poder interpretar apropiadamente las normas de los tests porque son las claves para interpretar apropiadamente los resultados individuales; el usuario de los tests debe estar familiarizado con estos sistemas de interpretación de puntuaciones individuales;
- b) no solamente interpretar apropiadamente las normas de un test, sino también de construirlas, es decir, preparar las claves de interpretación para otros usuarios;
- c) planteamientos de evaluación o calificación. No deben entenderse o interpretarse estas modalidades de transformación de las puntuaciones

directas como sistemas o modos de calificación, pero la información que aportan puede ser también útil con esta finalidad.

Dado que la máxima calificación en cada pregunta es de 3, la suma de las respuestas es de 75 puntos como máximo para cada paciente y la transformación que se aplicó es la Proporción de respuestas correctas. En el caso de instrumentos de conocimiento, una transformación sencilla de las puntuaciones directas consiste en calcular la proporción (porcentaje si multiplicamos por 100) de puntos correctos. 50 puntos correctos de un total de 75 es igual al 67% de puntaje correcto ($50/75 = 0.67$); en cambio 25 respuestas correctas de un total de 75 es igual al 33% de puntaje correcto ($25/75=0.33$).

Esta proporción de puntaje correcto aporta una información sobre cada paciente que no es relativa al grupo y es especialmente útil en instrumentos de conocimiento, en este caso sobre capacidad de autocuidado (cuestionarios tipo test), cuando va a seguir una calificación. Pero no siempre hay respuestas correctas en sentido propio (por ejemplo en un test de personalidad).

Por ello, en base a ese puntaje final se clasifican a las pacientes en las categorías siguientes:

25 ó menos puntos	= Conocimiento Malo de Capacidad de Autocuidado
De 26 a 50 puntos	= Conocimiento Regular de Capacidad de Autocuidado
50 ó más puntos	= Conocimiento Bueno de Capacidad de Autocuidado

2. Guía para medir el conocimiento de la autoexploración mamaria, diseñada por la autora del presente estudio. Esta contiene 25 ítems para evaluar el conocimiento de la autoexploración mamaria que se contestan con una escala de Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre (Anexo 3).

Para conocer el nivel de conocimiento de la autoexploración mamaria sobre cada paciente que respondió la guía, se aplicó el tipo de puntuaciones directas y su transformación, y así poder dar información útil de cada paciente.

En este caso, una puntuación directa es el dato que se obtiene directamente por la guía de 25 ítems, el cual consiste en un total de 25 respuestas correctas en esta guía. Dado que la máxima calificación en cada pregunta es de 3, la suma de las respuestas es de 75 puntos como máximo para cada paciente y la transformación que se aplicó es la Proporción de respuestas correctas. En este caso, la transformación de las puntuaciones directas consistió en calcular la *proporción* (porcentaje si multiplicamos por 100) de *puntos correctos*. 50 puntos correctos de un total de 75 es igual al 67% de puntaje correcto ($50/75 = 0.67$); en cambio 25 respuestas correctas de un total de 75 es igual al 33% de puntaje correcto ($25/75=0.33$).

Por ello, en base a ese puntaje final se clasifican a las pacientes en las categorías siguientes:

25 ó menos puntos	= Conocimiento Malo de Autoexploración Mamaria
De 26 a 50 puntos	= Conocimiento Regular de Autoexploración Mamaria
50 ó más puntos	= Conocimiento Bueno de Autoexploración Mamaria

3. Guía para observar la actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria, diseñada por la autora del presente estudio. Esta contiene 10 ítems que se contestan con una escala de tipo Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre (Anexo 4).

Para conocer el nivel de actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria sobre cada paciente que respondió la guía, se aplicó el tipo de puntuaciones directas y su transformación, para dar información útil de cada paciente. En este caso, una puntuación directa es el dato que se obtiene directamente por la guía de 10 ítems, el cual consiste en un total de 30 puntos correctos en esta guía. Dado que la máxima calificación en cada pregunta es de 3,

la suma de las respuestas es de 30 puntos como máximo para cada paciente y la transformación que se aplicó es la Proporción de respuestas correctas. En este caso, la transformación de las puntuaciones directas consistió en calcular la proporción (porcentaje si multiplicamos por 100) de puntos correctos. 20 puntos correctos de un total de 30 es igual al 67% de puntaje correcto ($20/30 = 0.67$); en cambio 10 respuestas correctas de un total de 30 es igual al 33% de puntaje correcto ($10/30=0.33$). Por ello, en base a ese puntaje final se clasifican a las pacientes en las categorías siguientes:

10 ó menos puntos	= Actitud Mala
De 11 a 20 puntos	= Actitud Regular
21 ó más puntos	= Actitud Buena

3.4.3. Plan de Recolección

Para el levantamiento de los datos se identificó a las mujeres de acuerdo a los criterios de estudio (inclusión y exclusión) y se les invitó a participar en el estudio. Se les explicó en qué consiste el estudio y se les solicitó su consentimiento informado por escrito (Anexo 5).

Previa aprobación por parte del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, se solicitó la autorización correspondiente a los directivos del centro de salud, Colonia Revolución de primer nivel de atención de la Ciudad de Xalapa, Ver; para el desarrollo de la investigación. Posteriormente, se procedió a identificar a las pacientes según criterios de selección para conformar la muestra, se les invitó a participar en este trabajo de investigación, y se dio a conocer el consentimiento informado (Apéndice 5) previa descripción detallada del estudio, así como su derecho que tiene o no de participar y los beneficios del mismo.

Los días fijados para aplicar los cuestionarios fueron los establecidos para la consulta que correspondió a los días de lunes a viernes en horario de 8:00 a

14:00 horas durante el mes de agosto de 2012. Para el levantamiento de los datos se permaneció en el Centro de Salud, durante el periodo y horario establecidos. Al terminar cada entrevista se agradeció su participación asegurándole que los datos proporcionados se manejaran con la mayor confidencialidad y solo para los fines requeridos para el estudio.

3.5 Análisis estadístico

Una vez que se recolectó la información, se calificaron los instrumentos, y se capturaron en una Hoja de Cálculo Excel previamente diseñada y se exportaron al software estadístico SPSS versión 17 (Statistical Package Off Social Science) para su procesamiento estadístico²⁴, el cual consistió en lo siguiente:

Estadística descriptiva. Tablas de frecuencias, porcentajes o en su caso media y desviación estándar para cada uno de los factores condicionantes básicos.

Estadística exploratoria. Histograma para el peso y gráficos de pastel general para el nivel de conocimientos de de autocuidado, autoexploración mamaria y la actitud.

Estadística inferencial. La prueba estadística Chi-cuadrada para determinar el nivel de conocimientos de autocuidado, la autoexploración mamaria, y la actitud en mujeres con riesgo de padecer CaMa están relacionadas con los factores básicos condicionantes bajo las hipótesis descritas anteriormente.

Capacidad de autocuidado

Para comparar la capacidad de autocuidado se realizó una hipótesis para cada factor condicionante básico, con un nivel de significancia del 5% al comparar este con el valor p obtenido, para rechazar o no la hipótesis correspondiente.

Autoexploración mamaria

Para comparar la autoexploración mamaria se realizó una hipótesis para cada factor condicionante básico, con un nivel de significancia del 5% al comparar este con el valor p obtenido, para rechazar o no la hipótesis correspondiente.

Actitud ante la exploración mamaria

Para comparar la autoexploración mamaria se realizó una hipótesis para cada factor condicionante básico, con un nivel de significancia del 5% al comparar este con el valor p obtenido, para rechazar o no la hipótesis correspondiente.

3.6 Ética

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 13, se realizará el estudio en las mujeres en riesgo, de padecer cáncer de mama tratándolas con respeto a su dignidad y protegiendo sus derechos y procurándoles bienestar.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad de las mujeres participantes durante todo el proceso de la investigación, identificándolas sólo cuando los resultados lo requieran y las participantes lo autoricen.

Artículo 17. La investigación se considera de riesgo mínimo porque no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las participantes.

Artículo 20. Se solicitó el consentimiento informado por escrito para participar en la investigación sin coacción alguna dándoles a conocer: la justificación, los objetivos

de la investigación, los procedimientos y el propósito, las molestias o los riesgos esperados así como los beneficios adquiridos con su participación. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y todo lo relacionado con la investigación; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio si así lo desea. La seguridad de que no se identificará a la participante y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 114. El estudio se realizara por un profesional de salud con conocimientos y experiencia con título profesional legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Factores condicionantes básicos de mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama.

En esta muestra de las mujeres en riesgo de padecer CaMa, el Cuadro 4.1 ilustra que el 48% tienen entre 21 y 30 años; el 27% tienen entre 31 y 40 años; el 15% tienen entre 41 y 50 años, y el 8 % entre 51 y 60 años.

Cuadro 4.1 Edad de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
21 – 30	45	48,91
31 – 40	25	27,17
41 – 50	14	15,22
51 – 60	8	8,70

Fuente Directa: Cuervo (2012)

La edad promedio es de 33 años con 10.98 de desviación estándar e intervalo al 95% de confianza para la media (30.92, 35.47).

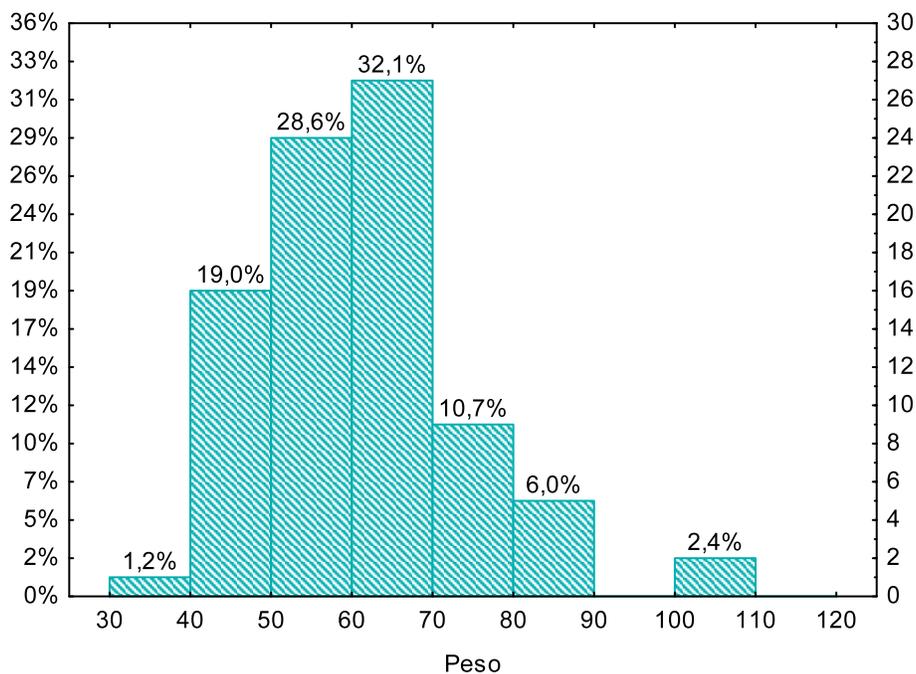
Cuadro 4.2 Edad de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

Estadísticas descriptivas	
Promedio	33.30
Mínimo	17.00
Máximo	60.00
Desviación Estándar	10.98

Fuente Directa: Cuervo (2012)

La Figura 1 destaca que de las mujeres en riesgo de padecer CaMa, 32% pesan entre 60 y 70 kilos, 28% entre 50 y 60, 19% entre 40 y 50, sólo dos presentan más de 100 kilos y sólo una menos de 40 kilos.

Figura 4.1 Peso de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)



Fuente Directa: Cuervo (2012)

El peso promedio es de 61.69 kg. Con 12 .77 kg. de desviación estándar e intervalo al 95% de confianza para la media (58.91, 64.46).

Cuadro 4.3 Peso de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

Estadísticas descriptivas	
Promedio	61,69
Mínimo	40,00
Máximo	106,0
Desviación Estándar	12,77

Fuente Directa: Cuervo (2012)

El Cuadro 4.4 despliega que de las mujeres en riesgo de padecer de CaMa, 43% viven en unión libre, 86% son católicas, 41% tienen estudios de primaria, 63% son amas de casa, 63% dependen económicamente de su esposo, 29% su actividad recreativa es ver televisión, 87% acuden al centro de salud.

Cuadro 4.4 Factores básicos condicionantes de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

Factores básicos condicionantes	Frecuencia	Porcentaje	Factores básicos condicionantes	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil			Religión		
Soltera	26	27,96	No profesa ninguna	4	4,30
Casada	23	24,73	Católica	80	86,02
Divorciada	2	2,15	Testigos de Jehová	1	1,08
Viuda	2	2,15	Cristiana	5	5,38
Unión Libre	40	43,01	Pentecostés	3	3,23
Escolaridad			Ocupación		
No sabe leer ni escribir	4	4,30	Desempleada	4	4,30
Primaria	38	40,86	Ama de casa	59	63,44
Secundaria	34	36,56	Empleada	19	20,43
Preparatoria	10	10,75	Comerciante	5	5,38
Profesional	5	5,38	Profesionista	3	3,23
Carrera Técnica	2	2,15	Otra	3	3,23
Dependencia económica			Actividades recreativas		
Independiente	22	23,66	No tiene	10	10,75
De su esposo	59	63,44	Cine	8	8,60
De sus hijos	3	3,23	Baile	8	8,60
De sus hermanos	1	1,08	Televisión	27	29,03
De sus padres	7	7,53	Paseos de parque	14	15,05
Otra (De su esposo)	1	1,08	Otra (bordar, ejercicio, caminar, caminar, poner uñas, correr, tejer, acompañar a su hijo, internet, convivir con su hija, computación, cría pollos)	26	27,96
Sistema de Salud					
No tiene ninguno	4	4,30			
IMSS	6	6,45			
ISSSTE	2	2,15			
Centro de Salud	81	87,10			

Fuente Directa: Cuervo (2012)

También en el Cuadro 4.4 se aprecia que 75% de las mujeres en riesgo de padecer de CaMa, inició su menstruación después de los 12 años, 71% no se le ha suspendido su menstruación, 91% no tiene antecedentes heredo familiares de cáncer de mama, 50% nunca ha usado anticonceptivos (pastillas o inyectados), 72% si amamantó a todos sus hijos, y 88% no usa tratamiento hormonal para la menopausia (pastillas, inyecciones, pomadas o parches).

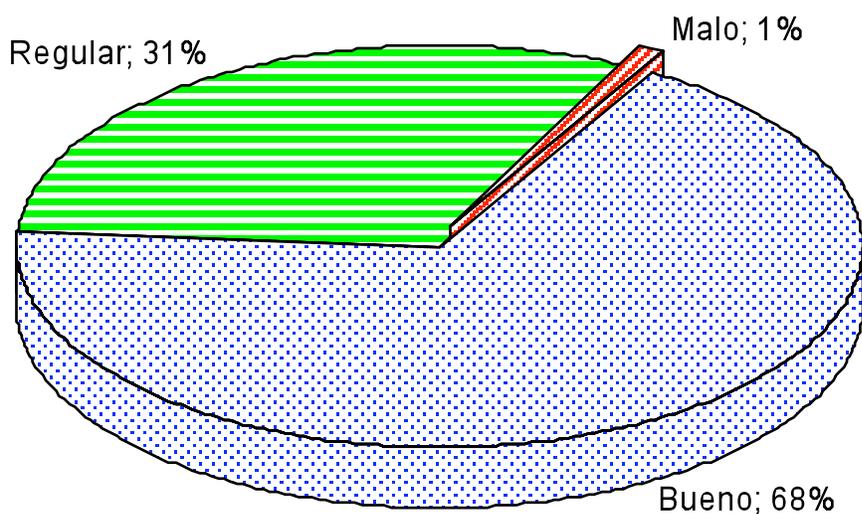
Continúa... Cuadro 4.4. Factores básicos condicionantes de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

Factores básicos condicionantes	Frecuencia	Porcentaje	Factores básicos condicionantes	Frecuencia	Porcentaje
Menopausia			Menarquía		
No se le ha suspendido	66	70,97	No a reglado	1	1,08
Antes de los 55 años	25	26,88	Antes de los 12 años	20	21,51
Después de los 55 años	2	2,15	Después de los 12 años	70	75,27
Uso prolongado de anticonceptivos			A otra edad	2	2,15
Nunca ha usado	46	49,46	Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama		
Uso por más de 10 años	14	15,05	Nadie	85	91,40
Uso por menos de 10 años	30	32,26	Tía (o)	7	7,53
Otros (un año)	3	3,23	Otra (abuela materna)	1	1,08
Terapia de reposición estrogénica			Lactancia materna		
No usa tratamiento	82	88,17	Nunca amamantó a sus hijos	14	15,05
Tiene menos de 10 años usando tratamiento	11	11,83	No tiene hijos	7	7,53
			Si amamantó a todos sus hijos	67	72,04
			Otro (sólo a un hijo)	5	5,38

Fuente Directa: Cuervo (2012)

4.2 Capacidad de autocuidado, autoexploración mamaria y actitud

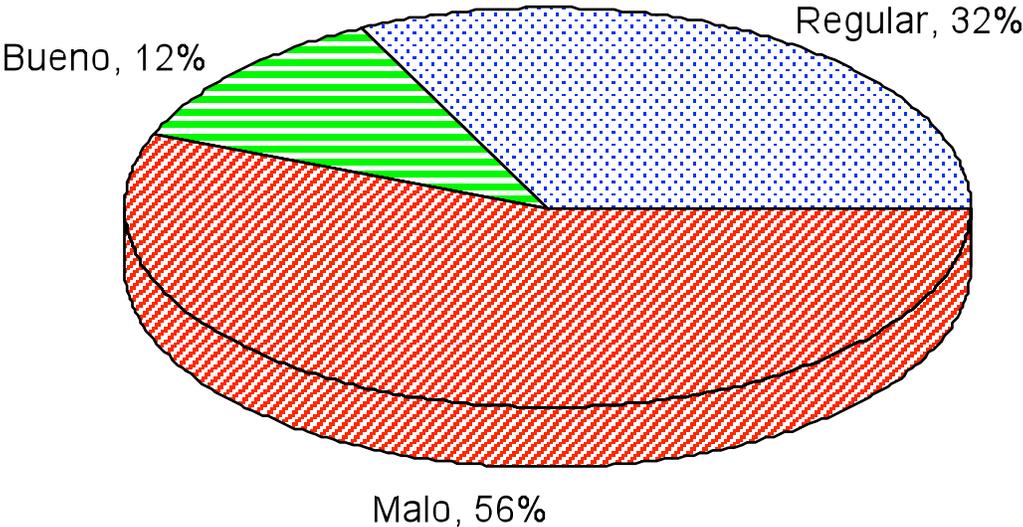
La Figura 4.2 ilustra que de las mujeres en riesgo de padecer CaMa, una tercera parte tiene una capacidad de autocuidado regular, el 68% capacidad buena y sólo 1% mala.



Fuente Directa: Cuervo (2012)

Figura 4.2. Nivel de conocimiento de capacidad de autocuidado de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

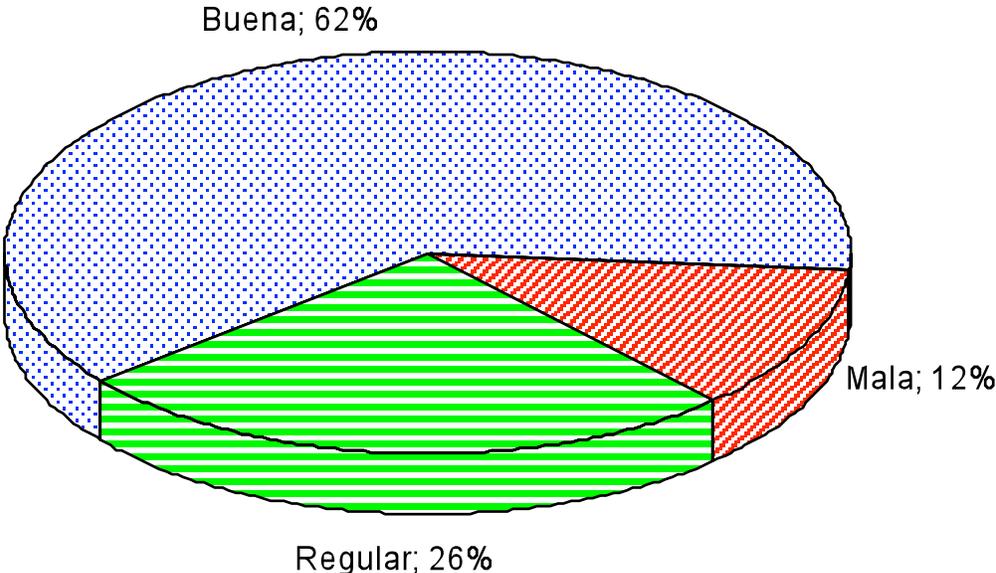
La Figura 4.3 despliega que de las mujeres en riesgo de padecer CaMa, más de la mitad tiene mala autoexploración mamaria, una tercera parte regular, y 12% buena.



Fuente Directa: Cuervo (2012)

Figura 4.3. Nivel de conocimiento sobre la autoexploración mamaria de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

La Figura 4.4 despliega que de las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama, dos terceras partes tiene actitud buena, para demostrar la exploración de mama, una tercera parte regular, y 12% mala.



Fuente Directa: Cuervo (2012)

Figura 4.4. Nivel de actitud ante la autoexploración mamaria de las mujeres en riesgo de padecer CaMa (n=93)

4.5 Capacidad de autocuidado, autoexploración mamaria y actitud por factores básicos condicionantes.

En el Cuadro 4.5 se despliega la comparación del nivel de capacidad de autocuidado por factores condicionantes. La comparación es de los niveles regular y bueno, ya que sólo una mujer se encuentra en el nivel malo.

Se identifica que el nivel de capacidad de autocuidado está asociado a la escolaridad ($p < 0.05$), al observar mayor porcentaje en el nivel regular para las mujeres con estudios de primaria (41%) y mayores porcentajes en el nivel bueno para las mujeres con estudios de secundaria (38%) y preparatoria (11%).

También se identifica asociación entre el nivel de capacidad de autocuidado y el factor condicionante dependencia económica ($p < 0.05$), al observar mayor porcentaje en el nivel bueno para las mujeres que dependen del esposo (71%) y mayor porcentaje en el nivel regular a las mujeres independientes (41.38).

El nivel de capacidad de autocuidado también está asociado al factor condicionante básico actividades recreativas ($p < 0.05$), observándose mayor porcentaje de en el nivel regular para las mujeres que su actividad recreativa es la televisión (38%), y otra actividad recreativa (34%) como bordar, poner uñas, tejer, internet, cría pollos, acompañar a su hijo, computación y otras.

El resto de factores condicionantes básicos no se identifica otra asociación ($p > 0.05$) entre el nivel de capacidad de autocuidado y el resto de los factores básicos condicionantes básicos (edad, estado civil, ocupación, religión, sistema de Salud, menarquía, menopausia, antecedentes heredo familiares de cáncer de mama, uso prolongado de anticonceptivos, terapia de reposición estrogénica y Lactancia materna).

Cuadro 4.5. Nivel de conocimientos de Capacidad de Autocuidado por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Nivel de Capacidad de Autocuidado					Valor p
	Malo (1)	Regular (29)		Bueno (63)		
	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad						
21 – 30	1	10	35,71	34	53,97	0,446
31 – 40	0	10	35,71	15	23,81	
41 – 50	0	5	17,86	9	14,29	
51 – 60	0	3	10,71	5	7,94	
Estado civil						
Soltera	0	11	37,93	15	23,81	0,157
Casada	0	3	10,34	20	31,75	
Divorciada	0	1	3,45	1	1,59	
Viuda	0	0	0	2	3,17	
Unión Libre	1	14	48,28	25	39,68	
Escolaridad						
No sabe leer ni escribir	0	4	13,79	0	0,00	0,035
Primaria	1	12	41,38	25	39,68	
Secundaria	0	10	34,48	24	38,10	
Preparatoria	0	3	10,34	7	11,11	
Profesional	0	0	0	5	7,94	
Carrera Técnica	0	0	0	2	3,17	
Ocupación						
Desempleada	0	4	6,35	0	0	0,285
Ama de casa	1	41	65,08	17	58,62	
Empleada	0	11	17,46	8	27,59	
Comerciante	0	3	4,76	2	6,90	
Profesionista	0	3	4,76	0	0	
Otra (Estudiante, costurera, estilista)	0	1	1,59	2	6,90	
Religión						
No profesa ninguna	0	1	3,45	3	4,76	0,647
Católica	1	27	93,10	52	82,54	
Testigos de Jehová	0	0	0	1	1,59	
Cristiana	0	1	3,45	4	6,35	
Otra (Pentecostes)	0	0	0	3	4,76	
Dependencia económica						
Independiente	0	12	41,38	10	15,87	0,024
De su esposo	1	13	44,83	45	71,43	
De sus hijos	0	2	6,90	1	1,59	
De sus hermanos	0	1	3,45	0	0	
De sus padres	0	1	3,45	6	9,52	
Otra (De su esposo)	0	0	0	1	1,59	
Actividades recreativas						
No tiene	0	5	17,24	5	7,94	0,048
Cine	0	0	0	8	12,70	
Baile	0	2	6,90	6	9,52	
Televisión	0	11	37,93	16	25,40	
Paseos de parque	0	1	3,45	13	20,63	
Otra	1	10	34,48	15	23,81	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

Continúa... Cuadro 4.5. Nivel de conocimientos de Capacidad de Autocuidado por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Nivel de Capacidad de Autocuidado					Valor p
	Malo (1)	Regular (29)		Bueno (63)		
	Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sistema de Salud						
No tiene derecho a ninguno	0	2	6,90	2	3,17	0,791
IMSS	0	2	6,90	4	6,35	
ISSSTE	0	1	3,45	1	1,59	
Centro de Salud	1	24	82,76	56	88,89	
Menarquía						
No a reglado	0	0	0	1	1,59	0,163
Antes de los 12 años	0	7	24,14	13	20,63	
Después de los 12 años	1	20	68,97	49	77,78	
A otra edad	0	2	6,90	0	0	
Menopausia						
No se le ha suspendido	1	19	65,52	46	73,02	0,702
Antes de los 55 años	0	9	31,03	16	25,40	
Después de los 55 años	0	1	3,45	1	1,59	
Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama						
Nadie	1	26	89,66	58	92,06	0,641
Tía (o)	0	3	10,34	4	6,35	
Otra (abuela materna)	0	0	0	1	1,59	
Uso prolongado de anticonceptivos						
Nunca ha usado	0	18	62,07	28	44,44	0,323
Uso por más de 10 años	0	3	10,34	11	17,46	
Uso por menos de 10 años	1	8	27,59	21	33,33	
Otros (un año)	0	0	0	3	4,76	
Terapia de reposición estrogénica						
No usa tratamiento	1	25	86,21	56	88,89	0,713
Tiene menos de 10 años usando tratamiento	0	4	13,79	7	11,11	
Lactancia materna						
Nunca amamantó a sus hijos	0	1	3,45	13	20,63	0,143
No tiene hijos	0	2	6,90	5	7,94	
Si amamantó a todos sus hijos	1	25	86,21	41	65,08	
Otro (sólo a un hijo)	0	1	3,45	4	6,35	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

En el Cuadro 4.6 sólo se identifica asociación ($p < 0.05$) entre nivel de conocimientos sobre la autoexploración mamaria en mujeres con riesgo de padecer CaMa y el sistema de salud, al observar mayor porcentaje (90%) de conocimiento regular de autoexploración mamaria en mujeres que acuden al Centro de Salud, y mayor porcentaje (18%) de conocimiento bueno en mujeres que acuden al ISSSTE. No se identifica otra asociación ($p > 0.05$) entre la autoexploración mamaria y el resto de los factores básicos condicionantes.

Cuadro 4.6 Nivel de conocimientos de la Autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Autoexploración mamaria						Valor p
	Malo (52)		Regular (30)		Bueno (11)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad							
21 – 30	26	50,98	11	36,67	8	72,73	0,279
31 – 40	11	21,57	12	40,00	2	18,18	
41 – 50	10	19,61	4	13,33	0	0	
51 – 60	4	7,84	3	10,00	1	9,09	
Estado civil							
Soltera	15	28,85	8	26,67	3	27,27	0,869
Casada	13	25,00	7	23,33	3	27,27	
Divorciada	1	1,92	1	3,33	0	0	
Viuda	1	1,92	0	0	1	9,09	
Unión Libre	22	42,31	14	46,67	4	36,36	
Escolaridad							
No sabe leer ni escribir	4	7,69	0	0	0	0	0,113
Primaria	23	44,23	13	43,33	2	18,18	
Secundaria	18	34,62	11	36,67	5	45,45	
Preparatoria	6	11,54	3	10,00	1	9,09	
Profesional	0	0	3	10,00	2	18,18	
Carrera Técnica	1	1,92	0	0	1	9,09	
Ocupación							
Desempleada	0	0	4	13,33	0	0	0,135
Ama de casa	35	67,31	17	56,67	7	63,64	
Empleada	11	21,15	5	16,67	3	27,27	
Comerciante	4	7,69	1	3,33	0	0	
Profesionista	0	0	2	6,67	1	9,09	
Otra (Estudiante, costurera, estilista)	2	3,85	1	3,33	0	0	
Religión							
No profesa ninguna	3	5,77	1	3,33	0	0	0,754
Católica	46	88,46	25	83,33	9	81,82	
Testigos de Jehová	0	0	1	3,33	0	0	
Cristiana	2	3,85	2	6,67	1	9,09	
Otra (Pentecostes)	1	1,92	1	3,33	1	9,09	
Dependencia económica							
Independiente	14	26,92	4	13,33	4	36,36	0,615
De su esposo	33	63,46	20	66,67	6	54,55	
De sus hijos	2	3,85	1	3,33	0	0	
De sus hermanos	1	1,92	0	0	0	0	
De sus padres	2	3,85	4	13,33	1	9,09	
Otra (De su esposo)	0	0	1	3,33	0	0	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

Continúa... Cuadro 4.6 Nivel de conocimientos de la autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Autoexploración mamaria						Valor p
	Malo (52)		Regular (30)		Bueno (11)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Actividades recreativas							
No tiene	7	13,46	2	6,67	1	9,09	0,130
Cine	3	5,77	2	6,67	3	27,27	
Baile	3	5,77	3	10,00	2	18,18	
Televisión	14	26,92	8	26,67	5	45,45	
Paseos de parque	10	19,23	4	13,33	0	0	
Otra	15	28,85	11	36,67	0	0	
Sistema de Salud							
No tiene derecho a ninguno	3	5,77	1	3,33	0	0	0,012
IMSS	3	5,77	2	6,67	1	9,09	
ISSSTE	0	0	0	0%	2	18,18	
Centro de Salud	46	88,46	27	90,00	8	72,73	
Menarquía							
No a reglado	0	0	1	3,33	0	0	0,142
Antes de los 12 años	10	19,23	10	33,33	0	0	
Después de los 12 años	40	76,92	19	63,33	11	100	
A otra edad	2	3,85	0	0	0	0	
Menopausia							
No se le ha suspendido	38	73,08	20	66,67	8	72,73	0,946
Antes de los 55 años	13	25,00	9	30,00	3	27,27	
Después de los 55 años	1	1,92	1	3,33	0	0	
Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama							
Nadie	47	90,38	27	90,00	11	100	0,499
Tía (o)	5	9,62	2	6,67	0	0	
Otra (abuela materna)	0	0	1	3,33	0	0	
Uso prolongado de anticonceptivos							
Nunca ha usado	24	46,15	16	53,33	6	54,55	0,106
Uso por más de 10 años	8	15,38	5	16,67	1	9,09	
Uso por menos de 10 años	19	36,54	9	30,00	2	18,18	
Otros (un año)	1	1,92	0	0	2	18,18	
Terapia de reposición estrogénica							
No usa tratamiento	47	90,38	25	83,33	10	90,91	0,607
Tiene menos de 10 años usando tratamiento	5	9,62	5	16,67	1	9,09	
Lactancia materna							
Nunca amamantó a sus hijos	6	11,54	8	26,67	0	0	0,217
No tiene hijos	3	5,77	2	6,67	2	18,18	
Si amamantó a todos sus hijos	40	76,92	18	60,00	9	81,82	
Otro (sólo a un hijo)	3	5,77	2	6,67	0	0	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

En el Cuadro 4.7 se identifica asociación ($p < 0.05$) entre nivel de actitud sobre la autoexploración mamaria en mujeres con riesgo de padecer CaMa y la dependencia económica, al observar mayor porcentaje de actitud buena (69%) y regular (67%) de autoexploración mamaria en mujeres que dependen de su esposo; y mayor porcentaje de actitud mala (55%) en mujeres independientes.

Cuadro 4.7 Actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Actitud						Valor p
	Malo (11)		Regular (24)		Bueno (58)		
	#	%	#	%	#	%	
Edad							
21 – 30	8	72,73	13	56,52	24	41,38	0,114
31 – 40	1	9,09	4	17,39	20	34,48	
41 – 50	0	0	3	13,04	11	18,97	
51 – 60	2	18,18	3	13,04	3	5,17	
Estado civil							
Soltera	6	54,55	7	29,17	13	22,41	0,165
Casada	1	9,09	4	16,67	18	31,03	
Divorciada	0	0	0	0	2	3,45	
Viuda	1	9,09	0	0	1	1,72	
Unión Libre	3	27,27	13	54,17	24	41,38	
Escolaridad							
No sabe leer ni escribir	0	0	2	8,33	2	3,45	0,763
Primaria	7	63,64	9	37,50	22	37,93	
Secundaria	2	18,18	9	37,50	23	39,66	
Preparatoria	2	18,18	2	8,33	6	10,34	
Profesional	0	0	1	4,17	4	6,90	
Carrera Técnica	0	0	1	4,17	1	1,72	
Ocupación							
Desempleada	0	0	1	4,17	3	5,17	0,933
Ama de casa	6	54,55	15	62,50	38	65,52	
Empleada	4	36,36	4	16,67	11	18,97	
Comerciante	1	9,09	2	8,33	2	3,45	
Profesionista	0	0	1	4,17	2	3,45	
Otra (Estudiante, costurera, estilista)	0	0	1	4,17	2	3,45	
Religión							
No profesa ninguna	0	0	1	4,17	3	5,17	0,828
Católica	11	100	21	87,50	48	82,76	
Testigos de Jehová	0	0	0	0	1	1,72	
Cristiana	0	0	2	8,33	3	5,17	
Otra (Pentecostes)	0	0	0	0	3	5,17	
Dependencia económica							
Independiente	6	54,55	5	20,83	11	18,97	0,046
De su esposo	3	27,27	16	66,67	40	68,97	
De sus hijos	1	9,09	2	8,33	0	0	
De sus hermanos	0	0	1	4,17	0	0	
De sus padres	1	9,09	0	0	6	10,34	
Otra (De su esposo)	0	0	0	0	1	1,72	
Actividades recreativas							
No tiene	1	9,09	4	16,67	5	8,62	0,267
Cine	0	0	0	0	8	13,79	
Baile	1	9,09	4	16,67	3	5,17	
Televisión	6	54,55	6	25,00	15	25,86	
Paseos de parque	1	9,09	3	12,50	10	17,24	
Otra	2	18,18	7	29,17	17	29,31	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

No se identifica otra asociación ($p>0.05$) entre el nivel de actitud ante la autoexploración mamaria y el resto de los factores básicos condicionantes.

Continua... Cuadro 4.7 Actitud de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria por factores básicos condicionantes (n=93)

Factores básicos condicionantes	Actitud						Valor p
	Malo (11)		Regular (24)		Bueno (58)		
	#	%	#	%	#	%	
Sistema de Salud							
No tiene derecho a ninguno	0	0	1	4.17	3	5.17	0,267
IMSS	0	0	1	4.17	5	8.62	
ISSSTE	0	0	0	0	2	3.45	
Centro de Salud	11	100	22	91.67	48	82.76	
Menarquía							
No a reglado	0	0	0	0	1	1.72	0,337
Antes de los 12 años	3	27.27	4	16.67	13	22.41	
Después de los 12 años	8	72.73	18	75.00	44	75.86	
A otra edad	0	0	2	8.33	0	0	
Menopausia							
No se le ha suspendido	8	72.73	14	58.33	44	75.86	0,571
Antes de los 55 años	3	27.27	9	37.50	13	22.41	
Después de los 55 años	0	0	1	4.17	1	1.72	
Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama							
Nadie	11	100	22	91.67	52	89.66	0,799
Tía (o)	0	0	2	8.33	5	8.62	
Otra (abuela materna)	0	0	0	0	1	1.72	
Uso prolongado de anticonceptivos							
Nunca ha usado	11	100	22	91.67	52	89.66	0,799
Uso por más de 10 años	0	0	2	8.33	5	8.62	
Uso por menos de 10 años	0	0	0	0	1	1.72	
Otros (un año)	11	100	22	91.67	52	89.66	
Terapia de reposición estrogénica							
No usa tratamiento	10	90,91	22	91,67	50	86,21	0,750
Tiene menos de 10 años usando tratamiento	1	9,09	2	8,33	8	13,79	
Lactancia materna							
Nunca amamantó a sus hijos	1	9.09	4	16.67	9	15.52	0,714
No tiene hijos	0	0	1	4.17	6	10.34	
Si amamantó a todos sus hijos	10	90.91	17	70.83	40	68.97	
Otro (sólo a un hijo)	0	0	2	8.33	3	5.17	

Fuente Directa: Cuervo (2012)

De las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama (CaMa) bajo estudio en el Centro de Salud Revolución de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, los resultados son: Respecto a los factores condicionantes básicos, predominaron las mujeres con edad entre 21 y 30 años con 48%, con edad promedio de 33.20 años y 10.98 de desviación estándar e intervalo al 95% de confianza para la media (30.92, 35.47), resultado semejante a la edad promedio de 38.9 años obtenida por Yépez-Ramírez y col. publicado en 2012 en una muestra de 350 pacientes mayores de 20 años en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS.³⁵

En lo que se refiere a la capacidad de autocuidado, de las mujeres en riesgo de padecer CaMa, una tercera parte tiene una capacidad regular, el 68% capacidad buena y sólo 1% mala. Este resultado es semejante al obtenido por Cabrera Torres al observar que la muestra de personas tenía un nivel medio de conocimientos²¹. Sin embargo, el resultado del presente estudio difiere del estudio realizado por Nigenda López y col en 2008, al reportar en dicho estudio, que la mayoría de las mujeres entrevistadas antes del diagnóstico tenían información “vaga” acerca del CaMa; que se refieren a cambios físicos, como “enrojecimientos”, “segregaciones del pezón” o “bolitas que aparecen”, información que obtuvieron de diversas fuentes, como folletos que leyeron en alguna visita al ginecólogo, pláticas con otras mujeres, artículos de revistas o conocimiento de un diagnóstico de cáncer de mama de algún familiar o persona cercana.³⁴

Respecto a la autoexploración mamaria, de las mujeres en riesgo de padecer CaMa más de la mitad (56%) tiene mala autoexploración mamaria, una tercera parte regular, y 12% buena; el resultado difiere del obtenido por Yépez-Ramírez y col. publicado en 2012 en una muestra de 350 pacientes mayores de 20 años en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS, al reportar que 82.8% de la muestra sabe que es la autoexploración mamaria, y 73.7% se revisan las mamas.³⁵ Sin embargo las mujeres conocen la importancia de la autoexploración mamaria, pero al valorar la técnica de autoexploración, el 56% tiene una mala técnica de autoexploración, el 32% tiene una técnica regular y solo el 12% aplica la técnica correcta, por lo tanto esta diferencia puede deberse a la falta de

aplicación de los programas de prevención y tratamiento del cáncer de mama, que corresponde desarrollar a la Secretaria de Salud del estado de Veracruz.

En lo que respecta a la actitud ante la exploración mamaria, se tiene que de las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama, 62% tiene actitud buena para demostrar la exploración de mama, 6% actitud regular, y 12% actitud mala; resultado diferente del reportado por Yépez-Ramírez y col. publicado en 2012, ya que en la prueba visual que realizó, encontró que 72.8% no se realiza de manera ordenada la autoexploración, por ello sostiene que desde la perspectiva de las mujeres, existe vergüenza y miedo por saber que se puede tener cáncer, lo cual es una limitante para la autoexploración. En este sentido se coincide con Yépez-Ramírez, en que el equipo de salud debe otorgar información para la detección del CaMa y así disminuir su morbimortalidad.³⁵

Ante la falta de estudios similares, no es posible comparar los resultados obtenidos en esta investigación respecto a capacidad de autocuidado, exploración mamaria y actitud en mujeres en riesgo de padecer CaMa.

VI .CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las mujeres en riesgo de padecer CaMa tienen capacidad buena de autocuidado en un 68%, por lo que se concluye que las mujeres bajo estudio no todas tienen los conocimientos suficientes para realizar su propio autocuidado. El 56% tiene mala autoexploración mamaria y 62% tiene actitud buena para demostrar la exploración de mama. Al respecto, Dorothea Orem en su teoría dice que el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud, que requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar las experiencias personales, normas culturales y conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en la cual debe existir el deseo y compromiso de mantener y conservar su salud. Orem también menciona que las intervenciones de enfermería en el sistema de apoyo educativo, enseñar guiar y dirigir adquiere el conocimiento, acciones relevantes para promover la salud y generar su propio cuidado.

Por lo tanto, se sugiere fortalecer y mejorar los programas de salud enfocadas a la prevención de cáncer de mama y/o insertar el modelo de auto cuidado de Dorothea E. Orem, que refiere que el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. El nivel de capacidad de autocuidado está relacionado con la escolaridad, la dependencia económica y la actividad recreativa ($p < 0.05$), indicando que el nivel regular se observa en las mujeres con estudios de primaria (41%) y nivel bueno en las mujeres con estudios de secundaria (38%) y preparatoria (11%); así como el nivel bueno para las mujeres que dependen del esposo (71%) y nivel regular en las mujeres independientes (41.38); y nivel regular para las mujeres que su actividad recreativa es la televisión (38%), y otra actividad recreativa (34%) como bordar, poner uñas, tejer, internet, cría pollos, acompañar a su hijo, computación y otras actividades recreativas.

El nivel de conocimientos sobre la autoexploración mamaria está relacionado con el sistema de salud ($p < 0.05$), al observar que el conocimiento

regular de autoexploración mamaria (90%) corresponde a mujeres que acuden al Centro de Salud, y conocimiento bueno (18%) a mujeres que acuden al ISSSTE. El nivel de actitud sobre la autoexploración mamaria está relacionado con la dependencia económica, la actitud buena (69%) y regular (67%) de autoexploración mamaria corresponde a mujeres que dependen de su esposo; y actitud mala (55%) a mujeres independientes.

No se identifica otra asociación entre los factores básicos condicionantes y su nivel de conocimientos sobre capacidad de auto cuidado, autoexploración mamaria y actitud. Sin embargo, el riesgo de padecer CaMa está presente, pues en muchos casos se ha detectado que el CaMa es multifactorial. Con esta información se demuestra la demanda de autocuidado terapéutico que tiene la población estudiada sobre la técnica apropiada de autoexploración mamaria, al detectar la buena actitud que tienen para sensibilizar y alcanzar una detección oportuna de CaMa y disminuir la morbi-mortalidad.

Se considera necesario que se incorpore al Programa Nacional de Salud, en el plan de acción para la prevención y control de CaMa, la teoría de Orem de autocuidado, como una capacidad aprendida, que poseen todas las personas y que asociadas a una buena actitud dan como resultado la prevención y promoción de la salud. Los resultados de la investigación tomarlos como referencia para difundir que la aplicación del programa de prevención y control de CaMA no está impactando en la demanda de autocuidado de la población que requiere información.

Establecer las campañas de salud permanentes de los programas de promoción y detección de cáncer de mama. En las instituciones hospitalarias, debe supervisarse y sensibilizarse al personal de enfermería en la aplicación de la Norma 041, porque además de tener el conocimiento el paciente debe adquirirse la habilidad y estar motivadas para realizarse la exploración mamaria, como una oportunidad de vida.

Dar a conocer los resultados en el centro de salud Revolución para impulsar estrategias de intervención educativa en busca del desarrollo de la capacidad de autocuidado en la población de mujeres en riesgo de padecer CaMa. Publicar los resultados de esta investigación para que sirvan de base en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008. Edited by Peter Boyle and Bernard Levin. [Internet]. 2008 [consulta el 10 de febrero de 2013]; Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008>.
2. GLOBOCAN. Fast Stats. Section of Cancer Information. [Internet]. 2008 [consulta el 10 de febrero de 2012]; Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=48>
3. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola Ornelas H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. Salud Pública de México [Internet]. 2009. [consulta el 10 de febrero de 2012]; 51 (Suplemento 2) S335-S344. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a26.pdf>.
4. Dirección General de Información en Salud (DGIS). [Internet]. 2012. [consulta el 11 de febrero de 2012] Disponible en: www.dgis.salud.gob.mx.
5. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Cáncer. [Internet]. 2010. [consulta el 10 de febrero de 2012]; Nota descriptiva N° 297. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción 2007-2012 Cáncer de Mama. [Internet]. 2008. [consulta el 11 de febrero de 2012]; Disponible en: <http://www.generoyaludreproductiva.salud.gob.mx/programas/cancer-mama.html>
7. Breast Health Global Initiative. Normas Internacionales Para la Salud de Mama y el Control del Cáncer de Mama. The Breast Journal. Volume 13, Supplement 1, May/June 2007. [consulta el 11 de febrero de 2012]; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-breast-cancer-guidelines.htm>
8. Pan American Health Organization. División por capítulo: El cáncer de mama en países con recursos limitados. The Breast Journal [Internet]. 2007. [consulta el 11 de noviembre de 2011]; Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2880%3Aguidelines-for-international-breast-health-and-cancer-control&catid=1872%3Ahsd0201b-cancer-content&Itemid=258&lang=es

9. Organización Mundial de la Salud. Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama. The Breast Journal [Internet]. 2007. [consulta el 11 de febrero de 2012]; 13 (Supplement 1). Disponible en: <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=9584>

10. Lozano Asensio R, Gómez Dantés H, Lewis S, Torres Sánchez L y López Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Salud Pública Méx [Internet]. 2009. [consulta el 15 de noviembre de 2011]; 51 (Suplement 2) S147-S156. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004&lng

11. Instituto Nacional de Cáncer. Cáncer del seno (mama): Tratamiento (PDQ®). Estadios del cáncer de seno (mama). [Internet]. 2012. [consulta el 13 de febrero de 2013]; Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient/page2>

12. Palacio Mejía LS, Lazcano Ponce E, Allen Leigh B y Hernández Ávila M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Pública de México. [Internet]. 2009. [consulta el 15 de febrero de 2013]; 51 (Supl. 2) S208-S219. Disponible en: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/Presentacion%20Reporte%20Rosa/REPORTE%20ROSA%202009-2010.pdf>

13. Knaul FM, López Carrillo L, y col. México Reporte Rosa 2009-2010: Cáncer de mama a conciencia. Informe final. [Internet]. 2009. [consulta el 15 de febrero de 2013]; Fundación Mexicana para la Salud. Disponible en: <http://tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/Presentacion%20Reporte%20Rosa/REPORTE%20ROSA%202009-2010.pdf>

14. Torres Arreola LP, Vladislavovna Doubova S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2007. [consulta el 15 de febrero de 2013]; 45 (2): 157-166.
15. Rodriguez C. Cancer de mama. Investigacion cáncer de mama. [consulta 13 de nov.2009]. Disponible en: <http://www.fucam.org.mx/cáncer.pdf>.
16. Orem ED. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ed. MASSON -SALVAT. Barcelona España. 1993.
17. Beaulieu N, Bloom D, Bloom R, Stein R. Breakaway: The global burden of cancer challenges and opportunities. The Economist Intelligence Unit. [Internet]. 2009. [consulta el 15 de febrero de 2013] Disponible en: <http://www.tomateloapecho.org.mx/Archivos%20web%20TAP/AMEDIRH/Presentacion%20AMDIRH%2019%20may%2010%20fk%20final.pdf>
18. Secretaria de salud. Salud reproductiva [consulta el 13 de junio 2013]. Disponible en:
19. Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama. de la Iniciativa Mundial de Salud de Mama (Breast Health Global Initiative / BHGI), en el número de enero-febrero 2006 de The Breast Journal.OMS. [consulta el 11 de agosto de 2012]; . Disponible en : <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=9584>
20. Rodríguez-Cuevas S. Cáncer de mama. FUCAM. [Internet]. 2009. [consulta el 15 de febrero de 2013]; Disponible en: <http://www.fucam.org.mx/index.php/11-informacion-general/7-cancer-de-mama>.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. DOF. Diario Oficial de la Federación, 17 de Septiembre 2003

22. Blot WJ, McLaughlin JK. Geographic patterns of breast cancer among American women. Editorial. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:1819-20
23. Sorlie Tiperou C.M.et al.Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumors subclasses with clinical implications *proc.Natl.Acade.Sci USA* 2001:10869.
23. Nigenda López G, Caballero M, González Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México*. [Internet]. 2009. [consulta el 13 de febrero de 2013]; 51, (Suplemento 2); Disponible en: <http://ulaccam.org/wp-content/uploads/2012/03/reporte-Disaparidades-al-descubierto.pdf>
24. Cabrera Torres E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético. *Universitat Internacional de Catalunya*. [Internet]. 2008. [consulta el 16 de febrero de 2013]; Tesis Doctoral para profesionales en Atención Primaria. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9354/TESIS_Esther_Cabrera.pdf;jsessionid=5960D53939631E1B8D8F7FAA588338F7.tdx2?sequence=1
25. Cabrera Torres E. Estado emocional y creencias de salud en personas con agregación familiar al cáncer de mama que reciben consejo genético. *Universitat Internacional de Catalunya*. [Internet]. 2008. [consulta el 16 de febrero de 2013]; Tesis Doctoral para profesionales en Atención Primaria. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9354/TESIS_Esther_Cabrera.pdf;jsessionid=5960D53939631E1B8D8F7FAA588338F7.tdx2?sequence=1
26. Instituto Nacional de cáncer .Efecto protector de la lactancia materna.2010 [consulta el 26 de abril].
27. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Writing group for the Women's Health Initiative Investigators: Risks and benefits of estrogen plus progestins in menopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321-33

28. Rodriguez-Cuevas S, Macias CG, Franceschi D, and Labastida S, Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican Women than in Women in the United States or European countries Cancer. 2009; 91(4): 863-868
29. The HER-2/ neu oncogene: prognostic factor, predictive factor and target for therapy. Ross JS, Fletcher JA. Semin Cancer Biol 2005 Apr;9(2):125-38
30. San miguel A. Factores pronósticos del cáncer de mama y oncogén HER2/Neu [Consulta el 13 de febrero del 2013] ;Disponible en :A San Miguel, González Blanco... - Rev. Electrón..., 2006 - iomed.uninet.edu.
31. Intramed cáncer de mama factor de riesgo en mujeres posmenopáusicas [consultado el 24 de noviembre del 2012].
32. Tenahua Quitl, Inés; Grajales Alonso, Ignacio. Autocuidado en las Estudiantes de Enfermería en la Prevención del Cáncer de Mama. Desarrollo Científico Enfermero. 2010 septiembre, 18(8) 332-336. En: <<http://www.index-f.com/dce/18/18-332.php>> Consultado el 6 de Marzo de 2013 <http://www.index-f.com/dce/18/r18-332.php>.
33. Cabrera Torres, C.Y.-Muñoz. Información percepción de riesgo y ansiedad antes de recibir consejo genético en predisposición hereditaria al cáncer.[internet].2006.[consulta el 22 de mayo del 2012].Disponible en: E Cabrera-Torres, C Yagüe-Muño - Enfermería , 2006 - elsevier.es.
- 34 Nigenda López G, Caballero M, González Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud pública de México. [Internet]. 2009. [consulta el 13 de febrero de 2013]; 51, (Suplemento 2); Disponible en: <http://ulaccam.org/wp-content/uploads/2012/03/reporte-Disaparidades-al-descubierto.pdf>

35. Yépez-Ramírez D, de la Rosa AG, Guerrero-Albarrán C, Gómez-Martínez JM. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2012. [consulta el 15 de febrero de 2013]; 20 (2): 79-84. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122d.pdf>

APENDICE

Apéndice 1. Operacionalización de variables

Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Dependiente Conocimiento de Capacidad de Autocuidado	Actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.	Cuestionario autoaplicado para evaluar conocimiento de autocuidado (25 ítems) diseñado por Carmona-Ramírez (2010)	Malo (25 ó menos puntos) Regular (De 26 a 50 puntos) Bueno (50 ó más puntos)	Ordinal
Dependiente Autoexploración mamaria	Técnica compleja que requiere juicios informados y decisiones en cada paso de la ejecución. En la que es necesaria la intervención de la enfermera e inicie su intervención identificando los conocimientos sobre el autocuidado que tienen las mujeres en riesgo de padecer CaMa	Guía para observar el conocimiento de la autoexploración mamaria (25 ítems) diseñada por la autora del presente estudio	Malo (25 ó menos puntos) Regular (De 26 a 50 puntos) Bueno (50 ó más puntos)	Ordinal
Dependiente Actitud ante la exploración mamaria	Conjunto de categorías del individuo por los cuales evalúan el dominio de estímulos que el mismo establece a medida que conoce dicho dominio a través de la interacción con otras personas y que lo relaciona con varios subconjuntos dentro de aquel dominio	Guía para observar la actitud de las mujeres ante la autoexploración mamaria (10 ítems) diseñada por la autora del presente estudio	Malo (10 ó menos puntos) Regular (De 11 a 20 puntos) Bueno (21 ó más puntos)	Ordinal

Continúa... Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento hasta la actualidad	Obtenidos del interrogatorio directo	Años cumplidos	Razón
Peso	Es la medida de la fuerza que ejerce la gravedad sobre un cuerpo en su uso	Directa. Se tomó antes de iniciar la entrevista a través de una pesa individual.	Kilos	Razón
Estado civil	Condición, calidad a la que está sujeta la vida de una persona por razones civiles, económicas o religiosas	Condición legal del paciente en el momento del interrogatorio	1.Soltera 2.Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre	Nominal
Escolaridad	Es el nivel de estudios con el que concluye su educación escolar formal	En base al número de años cursados y aprobados	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Carrera técnica 7.Licenciatura	Ordinal
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza, empleo, oficio	Interrogatorio. En base a la actividad que desempeña	1 Desempleada 2 Ama de casa 3 Empleada 4 Comerciante 5 Profesionista 6 Otro	Nominal
Religión	Creencias, dogmas y prácticas relativas a lo que un individuo considera divino o sagrado	Interrogatorio. En base a sus creencias	1 Ninguna 2 Católica 3 Testigo de Jehová 4 Cristiana 5 Otra	Nominal

Continúa... Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Dependencia Económica	Factores que describen a los individuos en su mundo de existencia en relación con la disponibilidad y adecuación de los recursos	Interrogatorio Persona que depende económicamente de otra persona.	1 Independiente 2 Padres 3 Esposo (a) 4 Hijos 5 Otros	Nominal
Actividad recreativa	Acción y efecto de recrear. Por lo tanto, puede hacer referencia a crear o producir de nuevo algo. También se refiere a divertir, alegrar o deleitar, en una búsqueda de distracción en medio del trabajo y de las obligaciones cotidianas.	Persona que dedica el tiempo a alguna actividad para distraerse.	1 No tiene 2 Cine 3 Baile 4 Televisión 5 Paseos de parque 6 Otra	Nominal
Sistema de Salud	Conjunto de entidades públicas — federales y estatales—, del sector social y del privado que prestan servicios de salud a la población que reside en el territorio de México	Servicio de atención médica de la que es derechohabiente en el momento del interrogatorio.	1 No tiene ninguno 2 IMSS 3 ISSSTE 4 Centro de Salud	Nominal
Menopausia	Edad en que se presentó el primer sangrado correspondiente a la última menstruación	Edad en años o ausencia de menstruación.	1 No se le ha suspendido 2 Antes de los 55 años 3 Después de los 55 años	Ordinal

Continúa... Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Menarquía	Edad del primer sangrado menstrual en el ciclo natural de la mujer	La edad se establece en años, obtenidos del interrogatorio.	1 No a reglado 2 Antes de los 12 años 3 Después de los 12 años 4 A otra edad	Nominal
Uso prolongado de anticonceptivos	La utilización de los diferentes métodos anticonceptivos para evitar un embarazo durante un periodo largo.	Son acciones que realizan las mujeres por más de 10 años o menos para evitar el embarazo.	1 Nunca ha usado 2 Uso por más de 10 años 3 Uso por menos de 10 años	Nominal
Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama	Factores condicionantes, características específicas en la familia, (genes, hábitos estilo de vida) que ponen en riesgo de padecer cáncer de mama.	Dada por el interrogatorio de antecedentes familiares de primer orden con antecedentes de cáncer de mama.	1 Nadie 2 Tía (o) 3 Otra (abuela materna)	Nominal
Lactancia materna	Alimentación con leche del seno materno.	Referencia de alimentación a los hijos en un tiempo de seis meses	1 Nunca amamantó a sus hijos 2 No tiene hijos 3 Si amamantó a todos sus hijos 4 Otro (sólo a un hijo)	Nominal
Terapia de reposición estrogénica	Tratamiento con sustitución hormonal por medios químicos.	Antecedentes referidos del uso de terapia sustitutiva de hormona.	1 No usa tratamiento 2 Tiene menos de 10 años usando tratamiento	Nominal

Apéndice 2. Cuestionario para evaluar autocuidado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO PARA EVALUAR AUTOCUIDADO DE MUJERES EN RIESGO DE PADECER
CÁNCER DE MAMA

No. De cuestionario: _____ Fecha: _____

I DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre _____
Edad (total en años cumplidos) _____
Peso _____ Kg.
Domicilio _____

No. telefónico: _____

II DATOS GENERALES (FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS)

Estado civil: ()
0- Soltera 1- Casada 2- Divorciada 3- Viuda 4- Unión libre 5- No lo sé o no contestó 6.- Otro Especifique _____

Escolaridad: ()
0- No sabe leer ni escribir 1- Primaria 2- Secundaria 3- Preparatoria
4- Profesional 5.- Carrera técnica 6 - No lo sé o no contestó

Ocupación: ()
0- desempleada 1- Ama de casa 2- Empleada 3- Comerciante
4. Profesionista
5- No lo sé o no contestó 6.- otra Especifique: _____

Dependencia económica: ()
0- Independiente 1- De su esposo 2- De sus Hijos 3- De sus hermanos
4- De sus Padres 5.- No lo sé o no contestó 6.- Otros
Especifique _____

Sistema de Salud: ()
0- No tiene derecho a ninguno 1- Acude al IMSS 2- Acude al ISSSTE
3- Acude al Centro de salud 4- Acude al hospital civil 5- No lo sé o no contestó
6.- Otro Especifique _____

Religión: ()
0- No profesa ninguna religión 1- Católica 2- testigo de Jehová 3- cristiana

4- Mormona 5- No lo sé o no contestó 6.- Otra Especifique_____

Actividades recreativas: ()

0- No tiene 1- Cine 2- Baile 3- Televisión 4- Paseos al parque 5- No lo sé o no contestó 6.- Otra Especifique_____

Antecedentes heredo familiares de cáncer de mama ()

¿Alguien de su familia está o estuvo enfermo de cáncer de mama?

0- Nadie 1- Madre 2- Hermana o hermano 3- Hija o hijo 4- Tía o tío

5- No lo sé o no contestó 6.- Otros Especifique

quien:_____

Menarquia: ()

¿A qué edad inició su regla o menstruación?

0.- No a reglado 1.- Antes de los 12 años 2.- Después de los 12 años 3.- No

lo sé o no contestó 4.- a otra edad especifique cual_____

Menopausia: ()

¿A qué edad le llegó la Menopausia o se le suspendió la regla?

0.- No se le ha suspendido 1.- Antes de los 55 años 2.- después de los 55 años

3.- No lo sé o no contestó 4.- Otra especifique _____

Uso prolongado de anticonceptivos.: ()

0.- Nunca ha usado anticonceptivos (pastillas o inyectados) 1.- Uso anticonceptivos por más de 10 años (pastillas o inyecciones) 2.- Uso anticonceptivos menos de 10 años (pastillas o inyecciones) 3.-No lo sé o no contestó 4.- Otros especifique_____

Terapia de reposición estrogénica: ()

0.- No usa tratamiento hormonal para la menopausia (Pastillas, inyecciones, pomadas o parches) 1.- Tiene menos de 10 años usando tratamiento hormonal para la menopausia (pastillas, inyecciones, pomadas o parches) 2.- Tiene mas de 10 años usando tratamiento hormonal para la menopausia (pastillas, inyecciones, pomadas o parches)

3.- No lo sé o no contestó 4.- Otros especifique_____

Lactancia materna: ()

0.- Nunca amamantó a sus hijos 1.- No tiene hijos 2.- Si amamantó a todos sus hijos

3.- No lo sé o no contestó 4.- otros especifique_____

CUESTIONARIO PARA EVALUAR CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Reactivos	Nunca 0	A veces 1	Frecuentemente 2	Siempre 3
1. -Soy capaz de buscar información necesaria para el cuidado de mi salud.				
2. - Como alimentos nutritivos de acuerdo con mis requerimientos.				
3. - Hago ejercicio físico (aeróbic, caminata, natación, etc.)				
4. - Soy capaz de darme cuenta cuando estoy enferma. (signos y síntomas)				
5. - Soy capaz de dedicar tiempo para el cuidado de mi persona (reviso mi cuerpo)				
6. - Puedo orinar sin asistencia				
7. - Puedo evacuar sin asistencia				
8. - Cuando me siento cansada durante el día, descanso.				
9. - Duermo lo suficiente para sentirme descansado.				
10. -Evito consumir tabaco, alcohol o drogas				
11. - Tomo agua suficiente de acuerdo con mis necesidades.				
12. - Tengo facilidad para comunicarme con las personas				
13. - Tengo a quien recurrir en caso necesario.				
14. - Soy capaz de realizar actividades ocupacionales y recreativas.				
15. - Convivo con grupo de amigos, compañeros o familiares.				
16. - Soy capaz de movilizarme por mí mismo.				
17. - Evito comer alimentos que sé que me hacen daño.				
18. - Tengo la energía suficiente para cuidarme				
19. - Soy capaz de realizar los cuidados higiénicos (baño, cambio de ropa, lavado de dientes, cuidados de piel y pies) para mantenerme limpia.				
20. -Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi entorno(habitación casa)				
21. - Soy capaz de tomar medidas para mantener la seguridad de mi familia.				
22. - Puedo realizar las acciones necesarias para mantener mi peso ideal.				
23. - Soy capaz de cumplir con mi régimen terapéutico.				
24.- Soy capaz de identificar en mi persona el efecto del tratamiento.				
25.- Puedo hacer los procedimientos requeridos para el control de mi enfermedad.				

Si desea agregar algo, puede hacerlo en este espacio. _____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Apéndice 3. Guía para observar la autoexploración mamaria

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO.
FACULTAD DE ENFERMERÍA
Maestría en Ciencias de Enfermería**

GUIA PARA OBSERVAR LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.

Instrucciones.- Marque con una **X** en el espacio que corresponda, Según lo que observe, en el procedimiento de la autoexploración mamaria.

Número de valoración _____

Nombre _____ Fecha _____

Actividad	Nunca 0	A veces 1	Frecuentemente 2	Siempre 3
DE PIE				
1. Se coloca frente al espejo				
2. Coloca sus manos detrás de la cabeza				
3. Eleva los codos y observa ambos senos				
Para examinar su seno derecho.				
4. Coloca su mano derecha detrás de la cabeza				
5. Eleva su codo derecho				
6. Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presiona suavemente con movimientos circulares.				
7. Explora su seno siguiendo las manecillas del reloj. Palpando toda la superficie hasta completar todo el seno.				
8. Examina el pezón con su dedo pulgar e índice, presionándolo suavemente.				
9. Observa en busca de salida de secreción o sangrado del pezón derecho				
Para examinar su seno izquierdo.				
10. Coloca su mano izquierda detrás de la cabeza				
11. Eleva su codo izquierdo				
12. Con su mano derecha, con la yema de los dedos, presiona suavemente con movimientos circulares.				

Actividad	Nunca 0	A veces 1	Frecuentemente 2	Siempre 3
13. Explora su seno siguiendo las manecillas del reloj. Palpando toda la superficie hasta completar todo el seno.				
14. Examina el pezón con su dedo pulgar e índice, presionándolo suavemente.				
15. Observa en busca de salida de secreción o sangrado del pezón izquierdo.				
Acostada				
Para examinar el seno derecho				
16. Se acuesta apoyando bajo su hombro derecho una almohada.				
17. Coloca su mano derecha detrás de la cabeza.				
18. Mantiene elevado el codo derecho mientras examina su seno derecho.				
19. Presiona suavemente con la yema de los dedos y con movimientos circulares con la mano izquierda el seno derecho.				
20. Explora su seno derecho siguiendo las manecillas del reloj. Palpando toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.				
Para examinar el seno izquierdo				
21. Cambia la almohada bajo su hombro izquierdo y permanece acostada.				
22. Coloca su mano izquierda detrás de la cabeza.				
23. Mantiene elevado el codo izquierdo mientras examina su seno izquierdo				
24. Presiona suavemente con la yema de los dedos y con movimientos circulares con la mano derecha el seno izquierdo.				
25. Explora su seno izquierdo siguiendo las manecillas del reloj. Palpando toda la superficie en busca de una masa o zona hundida.				

Apéndice 4. Guía para observar la actitud

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO. FACULTAD DE ENFERMERÍA

Maestría en Ciencias de Enfermería

GUIA PARA OBSERVAR LA ACTITUD DE LAS MUJERES QUE SE REALIZAN LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Instrucciones.- Marque con una X en el espacio que corresponde, la actitud observada de las mujeres que se realizan la autoexploración mamaria

Número de valoración _____

Nombre _____ Fecha _____

Actitud	Nunca 0	A veces 1	Frecuentemente 2	Siempre 3
1.- La Mujer se observa limpia y pulcra				
2.-La Mujer se observa atenta				
3.- Presenta disposición para la demostración de la técnica de autoexploración mamaria.				
4.- Describe las alternativas para realizar la técnica en su hogar.				
5.Se muestra amable y dispuesta para realizar la técnica en su hogar				
6.- La mujer solicita asesoría cuando tiene dudas.				
7. Participa activamente con la descripción de los elementos necesarios para realizar la autoexploración mamaria en su hogar				
8. Consulta sus dudas respecto a las alteraciones detectadas en la autoexploración mamaria				
9. Demuestra seguridad al describir la autoexploración mamaria				
10.Manifiesta interés por el cuidado de su salud en general				

Apendice 5. Carta de consentimiento informado

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO.
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Centro de Salud Revolución.

Yo _____

Después de haberme explicado en qué consiste el estudio que se me propuso, responder a un cuestionario y permitir la observación por parte de los encuestadores. **Acepto participar voluntariamente y sin que nadie me obligue**, además de conocer que puedo retirarme de él cuando lo crea conveniente, y sin que esto afecte la atención que se me proporciona en este centro de salud. El estudio se denomina

“AUTOCUIDADO DE MUJERES EN RIESGO DE PADECER CÁNCER DE MAMA”

Mi participación consiste en responder a un cuestionario en un tiempo de 30 minutos. La C. L.E. Emma Cuervo Rivera, responsable de la investigación, fue quien me explicó en qué consiste mi participación y me aseguró que no existe riesgo alguno para mí, que la información que se obtenga se tratará con suma confidencialidad y los resultados se darán a conocer a las autoridades de salud correspondientes y a mí.

Firma de la paciente

**L.E. Emma Cuervo Rivera
Responsable del estudio**

Apéndice 6. Tabla descriptiva del cuestionario para evaluar autocuidado

Cuestionario para evaluar Capacidad de Autocuidado en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama

Autores	Emperatriz Carmona Ramírez (2010)
Referencias	Teoría de Dorothea E. Orem
No. de ítems	25
Administración	Autoaplicado
Descripción	<p>Cuestionario para identificar el autocuidado sobre la autoexploración mamaria. Contiene los apartados siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Datos de identificación (nombre, edad y peso)2. 13 características que considera factores condicionantes básicos enfocados a los riesgos de desarrollar cáncer de mama) acorde con la Teoría de Dorothea E. Orem3. 25 ítems para evaluar la capacidad de autocuidado que se contestan en una escala Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre
Calificación e interpretación	<p>Se suman los puntos y se clasifica a las pacientes en las categorías siguientes:</p> <p>25 ó menos puntos = Conocimiento Malo De 26 a 50 puntos = Conocimiento Regular 50 ó más puntos = Conocimiento Bueno</p>
Bibliografía complementaria	Carmona Ramírez E. y García-Campos ML, 2008 la “Escala de Capacidades de Auto cuidado”.

Apéndice 7. Tabla descriptiva de la guía para observar autoexploración mamaria

Guía para observar el conocimiento de la autoexploración mamaria en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama

Autores	Emma Cuervo Rivera
Referencias	Teoría de Dorothea E. Orem
No. de ítems	25
Administración	Auto aplicado
Descripción	Guía para observar el conocimiento de la autoexploración mamaria, que consiste en 25 ítems para evaluar el conocimiento de la autoexploración mamaria, que se contestan en una escala Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre
Calificación e interpretación	Se suman los puntos y se clasifica a las pacientes en las categorías siguientes: 25 ó menos puntos = Conocimiento Malo De 26 a 50 puntos = Conocimiento Regular 50 ó más puntos = Conocimiento Bueno
Bibliografía complementaria	La Técnica de la autoexploración mamaria la1260.com.mx/.../1333-técnica-de-la-autoexploración-mamaria.html En caché 19/04/2012– recuperado 3 de Junio 2012

Apéndice 8. Tabla descriptiva de la guía para observar actitud ante la autoexploración mamaria

Guía para observar la actitud ante la autoexploración mamaria, en mujeres con riesgo de padecer cáncer de mama

Autores	Emma Cuervo Rivera
Referencias	Teoría de Dorothea E. Orem
No. de ítems	10
Administración	Auto aplicado
Descripción	Guía para observar la actitud ante la autoexploración mamaria, que consiste en 10 ítems para evaluar la actitud ante la autoexploración mamaria, que se contestan en una escala Likert de 0 nunca, 1 a veces, 2 frecuentemente y 3 siempre
Calificación e interpretación	Se suman los puntos y se clasifica a las pacientes en las categorías siguientes: 10 ó menos puntos = Actitud Mala De 11 a 20 puntos = Actitud Regular 21 ó más puntos = Actitud Buena
Bibliografía complementaria	1.Orem Ed. Modelo de Orem.Edit.Masson-Salvat, Mexico D.F.1993 p 71-200-201,278-282. 2. Fisterra.com. Atención Primaria en la Red www.fisterra.com/salud/1infoConse/mamaAutoExploracion.basp En caché 18/11/2003– recuperado 3 de Junio 2012