

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**División Académica de Ciencias de la Salud**



**“Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la autoexploración  
mamaria en mujeres chontales en riesgo, en Tabasco”**

**Tesis que para obtener el Grado de  
Maestro en Enfermería**

**Presenta:**

**Guadalupe Del Carmen Gómez Encino**

**Directora:**

**Dra. En Ccs. Marcelina Cruz Sánchez**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero 2020**



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Of. No. 0598/DACS/JAEP

23 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Guadalupe del Carmen Gómez Encino**

*Maestría en Enfermería*

*Presente*

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores D.C.E. Aralucy Cruz León, M.A.E. Carmen De la Cruz García, D.C.E. Fabiola Morales Ramón, M.C.E. Margarita Magaña Castillo, y la M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue, impresión de la tesis titulada: "**Conocimientos, Actitud y Prácticas hacia la autoexploración mamaria en mujeres chontales en riesgo, en Tabasco**", para sustento de su trabajo recepcional de la *Maestría en Enfermería*, donde funge como Directores de Tesis la Dra. Ccs. Marcelina Cruz Sánchez.

Atentamente

**Dra. C. Mirian Carolina Martínez López**

*Directora*



C.c.p.- Dra. Ccs. Marcelina Cruz Sánchez.- Director de Tesis

C.c.p.- D.C.E. Aralucy Cruz León.- Sinodal

C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal

C.c.p.- D.C.E. Fabiola Morales Ramón.- Sinodal

C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal

C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue.- Sinodal

C.c.p.- Archivo

DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura de  
Posgrado



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 15 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

**"Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la autoexploración mamaria en mujeres chontales en riesgo, en Tabasco"**

Presentada por el alumno (a):

Gómez Encino Guadalupe del Carmen

Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	8	1	E	5	8	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Maestro en Enfermería

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

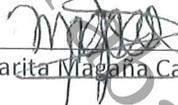
COMITÉ SINODAL

  
Dra. Cps. Marcelina Cruz Sánchez  
Directora de Tesis

  
D.C.E. Aralucy Cruz León

  
M.A.E. Carmen De la Cruz García

  
D.C.E. Fabiola Morales Ramón

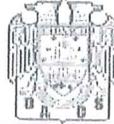
  
M.C.E. Margarita Magaña Castillo

  
M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 10 del mes de Febrero del año 2020, el que suscribe, C. Guadalupe Del Carmen Gómez Encino, alumna del programa de la Maestría en Enfermería, con número de matrícula 181E58018 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia la autoexploración mamaria en mujeres chontales en riesgo, en Tabasco"**, bajo la Dirección de la Dra. En Ccs. Marcelina Cruz Sánchez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [juli\\_pasat@hotmail.com](mailto:juli_pasat@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

C. Guadalupe Del Carmen Gómez Encino

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

## Dedicatoria

A Dios uno y trino y a la santa Virgen María, que me permiten el don de la vida, la salud, la fuerza y la disposición para crecer, sobre todo por darme la fortaleza espiritual y física, no olvidándome nunca aquella respuesta de ti Dios que un día me dijiste en oración si estudiaba la maestría o no, tú mi padre misericordioso generosamente me contestaste “Puedes hacerlo, pero no te olvides de lo otro, oséa tu”. A pesar de las pruebas muy fuertes y difíciles donde me has permitido crecer en ti y descubrir mi esencia. Eternamente agradecida por apoyarme y sostenerme cuando estaba a punto de perder todo, fue cuando más te manifestaste de gloria para mí y mi esposo Jaime en mis (maestras, hermanos de Jesús de Nazaret, mi familia y todos lo que ni conocíamos).

A mis padres; Lorenzo Gómez Méndez, que buscó la forma y manera para impulsarme a que estudiara y me formara, en palabras de él, me dijo un día: “vete a estudiar lejos, tú tienes que ser mejor que yo”. A mamá Micaela Encino Gómez que siempre confió en mí en cada momento, aunque muchas veces dolía separarnos, gracias madre querida por el don de la vida, por el espacio que me diste en tu vientre, me cuidaste y me protegiste tal cual fue que nací tan sana. Gracia a los dos por ser instrumentos de dios de darme la vida, procurarme y cuidarme con lo que podían y tenían. A hermana Leticia como segunda mamá que siempre estuvo apoyándome a preparar mis cosas para irme a estudiar, hermanos y familiares.

A mi querido y amado esposo Jaime López Muñoz, regalo del señor poderoso dueño del cielo y de la tierra. Por animarme y alentarme siempre cuando ya no podía y por sacrificarte para mí. Esta tesis también es tuyo, mis logros serán también tus logros.

## Agradecimientos

A mi familia, mis hermanos de Renovación Carismática Católica de Jesús de Nazaret, que nunca me dejaron sola, y que en cada momento e instante de los momentos felices y oscuros muy oscuros estuvieron siempre para apoyarme con cada uno de sus oraciones, ánimos y alegrías que me brindaron, a ustedes ; Kike, Erick, willi, Karla Fanny, Arturo, Nani, Yessi Motejo, Karen Oliver, Omar Chucho, Lupito, Coni, Lalo, Manuel, Emanuel Frías, Yajaira, Yair, Betty Priego, Gabriela, Wilson, David, Yessi Domínguez, Adán, Adriana Sánchez, Adriana motejo y su primo que dono sangre para Jaime aun sin conocerlo, Dani carrillo, Fanny contreras, Y todos los demás hermanos, familias, cuñados, y amigos que han formado y forman parte de mi vida terrenal. Y mis hermanos adultos de renovación, mi hermano en cristo el párroco Mario Jiménez Aguado, que siempre me ha brindado su apoyo incondicional y mi familia en cristo a todos los de la parroquia “sagrada familia”. Que literalmente son mi familia en cristo.

A mi madrina Flor de Liz Segovia, que sin medir se ha donado con su enorme corazón y sus oraciones para mi vida física y espiritual, y para mi esposo Jaime. Que en la prueba amarga fuiste mi soporte, mi compañía, amiga y hermana. Sin tu apoyo, nada soy. A todas mis demás Padrinos y madrinas; Guadalupe Ojeda, Yolibeth, Manuel, Antonio, Sheila, Emerenciana, Humberto.

Mil gracias a mi directora de tesis Dra. Marcelina Cruz Sánchez, por su siempre apoyo para terminar la tesis y para con mi esposo. A la Dra. Carmen de la Cruz, gracias por ser un ejemplo a seguir como profesional y por la calidad y calidez de persona, que muy amablemente siempre me apoyo incondicionalmente. A mi estimada Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, por la gran experiencia que Dios me permitió ser parte de ella.

## Resumen

### **Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Autoexploración Mamaria en mujeres indígenas chontales de riesgo en Tabasco.**

**Autores:** Guadalupe del Carmen Gómez Encino<sup>1</sup>; Dra. En Ccs. Marcelina Cruz Sánchez<sup>2</sup>.

**Afiliación Institucional:** <sup>1</sup>Estudiante de Maestría en Enfermería de la División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

lupita\_encino@hotmail.com. <sup>2</sup>Profesora-Investigadora de la División Académica de Ciencias de la Salud. UJAT. Directora Tesis.

**Introducción:** La Autoexploración mamaria (AEM) es la piedra angular de los programas de prevención y control de esta enfermedad del cáncer de mama, la sensibilidad de la prueba es elevada si se emplea la técnica correcta, de acuerdo con la OPS-OMS.

**Objetivo:** Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre AEM en una muestra de mujeres de la etnia chontal del municipio del Centro. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, se calculó muestra con la fórmula para poblaciones finitas, obteniendo una  $n= 185$  mujeres de 20 a 59 años, que habitan en la Villa Tamulté de las sabanas, Centro; se utilizó un cuestionario modificado, adaptado y administrativo, se solicitó consentimiento por escrito; las mujeres fueron reclutadas en la unidad de salud de la comunidad. **Resultados:** 185 mujeres, edad promedio de 37 años. 63.8 % manifestó tener poco conocimiento en suma con las que dijeron no conocerla; en actitudes el 89.2% demostró actitudes poco y nada favorables hacia la práctica de la AEM. El 100% de la muestra realiza práctica de la AEM, de éste el 37.8% ( $n=70$ ) declaró hacerla de acuerdo a lo prescrito en la NOM-041-2011, mientras que un 62 % describió errores durante la realización. **Conclusiones:** las mujeres de esta muestra, mostraron conocimientos deficitarios de la AEM, en su mayoría, mostraron pocas actitudes y nada favorables hacia la AEM, por último, aunque todas señalaron llevar a cabo la práctica, se identificó un porcentaje alto de errores en la misma.

**Palabras clave:** Autoexploración mamaria, conocimientos, actitudes, prácticas, mujeres indígenas.

## ABSTRACT

### **Knowledge, Attitudes and Practices on Breast Self-exploration in indigenous Chontal women at risk in Tabasco.**

**Authors:** Guadalupe Del Carmen Gómez Encino<sup>1</sup>; Dr. In Ccs. Marcelina Cruz Sánchez<sup>2</sup>.

**Institutional Affiliation:** 1 Student of the Master's Degree in Nursing of the Academic Division of Health Sciences, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. lupita\_encino @ hotmail.com. 2 Professor-Researcher of the Academic Division of Health Sciences. UJAT Thesis Director.

**Introduction:** Breast Self-Exploration (AEM) is the cornerstone of prevention and control programs for this disease of breast cancer, the sensitivity of the test is high if the correct technique is used, according to PAHO-WHO. Objective: To evaluate knowledge, attitudes and practices about AEM in a sample of women of the Chontal ethnic group of the municipality of the Center. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study, using simple random probabilistic sampling, a sample was calculated using the formula for finite populations, obtaining a n = 185 women aged 20 to 59, who live in the Villa Tamulté de las sabanas, Centro; a modified, adapted and administrative questionnaire was used, written consent was requested; the women were recruited in the community health unit. **Results:** 185 women, average age of 37 years. 63.8% said they had little knowledge in addition to those who said they did not know it; in attitudes, 89.2% showed little and no favorable attitudes towards the practice of the AEM. 100% of the sample makes practice of the AEM, of this 37.8% (n = 70) declared to do it in accordance with that prescribed in NOM-041-2011, while 62% described errors during the completion of the AEM. **Conclusions:** the women of this sample showed deficit knowledge of the AEM, for the most part, showed little and not favorable attitudes towards the AEM, finally, although they all indicated carrying out the practice, a high percentage of errors was identified in the same.

**Keywords:** Breast self-exploration, knowledge, attitudes, practices, indigenous women.

## Tabla de contenido

	Página
Capítulo 1	1
Introducción	
1.1 Descripción del Problema	1
1.2 Objetivos	7
1.2.1 General.	7
1.2.1.1 Específicos.	7
1.3 Marco Teórico	7
1.3.1 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.	7
1.3.2 Constructos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.	9
1.3.3.1 <i>Autoeficacia percibida</i>	10
1.3.3.2 <i>Afecto relacionado con la actividad</i>	11
1.3.3.3 <i>Conducta promotora de salud</i>	11
1.4 Modelo conceptual-teórica-empírica	12
1.5 Técnica de la autoexploración mamaria	12
1.5.1 Observar	12
1.5.2 Palpar o tocar	12
1.6 Artículos relacionados	13
1.6.1 Conocimientos, Actitudes y Prácticas	14
1.6.2 Conocimientos	14
1.6.3 Conocimientos y Prácticas	15
1.7 Definición de términos.	16
1.7.1 Autoexploración mamaria.	16
1.7.2 Conocimiento.	16
1.7.3 Práctica.	16
1.7.4 Actitudes.	17
1.7.5 <i>Mujeres</i>	17
1.7.5 Derivación conceptual teórica- empírica.	18
Capítulo II	19
Metodología	

2.1 Diseño	19
2.2 Población, muestreo y muestra	19
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	20
2.4 Selección de Participantes	20
2.5 Procedimiento de Recolección de la Información	21
2.6 Instrumentos y Mediciones	21
2.7 Consideraciones Éticas	23
2.8 Plan de tabulación y análisis.	24
Capítulo III	25
Resultados	
3.1 Características sociodemográficas	25
3.2 Características clínicas	26
3.3 Confiabilidad de los Instrumentos	26
3.4 Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la autoexploración mamaria	27
3.5 Relaciones entre las Variables de Estudio	31
Capítulo IV	35
Discusión	35
4.1 Conclusiones	38
4.2 Recomendaciones	39
4.3 Limitaciones	39
4.4 Referencias Bibliográficas	41
4.5 Anexos	
4.5.1 Anexo I Consentimiento informado	47
4.5.2 Anexo II Guía de entrevista estructurada	48
4.5.3 Anexo III Plan administrativo	51
4.5.4 Anexo IV Cronograma de actividades.	52

## Lista de tablas

Tablas	Página
1 sociodemográfico de las participantes	25
2 Características clínicas de la muestra	26
3 Confiabilidad interna de los instrumentos	26
4 Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la autoexploración mamaria	27
5 Distribución de frecuencias para las variables en estudio y escolaridad.	28
6 Conocimientos actitudes y prácticas en relación con la ocupación.	29
7 Conocimientos actitudes y prácticas en relación con estado civil.	30
8 Matriz de correlación de Spearman de variables principales	31
9 Medio por donde escucharon sobre la autoexploración mamaria	32
10 Frecuencia en que se realizan la AEM	33
11 Etapa en que se realizan la AEM	33
12 Otras detecciones	34

## Lista de Figuras

Figuras	Página
1 Figura 1 Modelo conceptual-teórica-empírica	12
2 Figura 2 Derivación conceptual teórica-empírica	18

## Capítulo I

### Introducción

#### *Descripción del problema*

El cáncer de mama (CAMA) es el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio localizadas en las mamas, principalmente en los conductos que llevan la leche hacia el pezón (CAMA ductal), o en las glándulas que producen la leche (CAMA lobulillares), en fases muy avanzadas tienden a diseminarse, es más frecuente su presencia en las mujeres, aunque en el sexo masculino, también presentan riesgo de desarrollarlo (American Cancer Society, 2017; Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica [CENETEC], 2017).

En el mundo, el CAMA ocupa el segundo lugar en incidencia con 2 088 849 (12.97%) y defunciones con 626 679 (7.09%) (Internacional Agency for Research on Cancer [IARC], 2019). En la región de África ocupa el primer lugar en incidencia con 168 690 (27.7%) y primer lugar en mortalidad con 74 072 (12.24%) (IARC, 2018).

En América Latina y el Caribe, es el más común y la primera causa de muerte entre las mujeres, la incidencia del CAMA es de 462 081 (25.2%) con una cifra de defunciones con 99 521 (8.06%) (IARC, 2018). Entre las mujeres de Estados Unidos y Canadá, por cada 100, 000 habitantes el 24% corresponde a nuevos casos y el 14% provocan muertes por CAMA, se espera que para el 2030 se produzca un aumento del CAMA en las Américas, con unos 572,000 casos nuevos y unas 130,000 muertes. El aumento de nuevos casos y muertes en América Latina y el Caribe será casi el doble que en los Estados Unidos y Canadá. Los Estados Unidos tienen la mayor incidencia de CAMA en la región con 85%, seguidos de Canadá con tasa de 83 y Francia Martinica con tasa de 78. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en Barbados con tasa de 37%, Bahamas con tasa de 30%, República Dominicana con tasa de 28%, Trinidad y Tobago con 24%. Los países con un PIB más bajo, como Haití, Nicaragua y Honduras, presentan una muerte por cada 2,5 casos de CAMA. En Colombia existe un aumento en las cifras del CAMA; cada año mueren 2.649 mujeres por esta enfermedad, constituyéndose en la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres del país (Castillo, Bohórquez, Palomino, Elles y Montero, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018). Mientras que

en los Estados Unidos y Canadá los países con el PIB más alto de la región produce una muerte por cada 6,5 casos de CAMA (GLOBOCAN, 2018).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2015) señala que en la República Mexicana hay 121.0 millones de personas y 21.5% se considera indígena, México es el país de América con la mayor población indígena. La desigualdad social influye de manera determinante en las desigualdades en salud, lo que se pone de manifiesto cuando se analiza el proceso de transición epidemiológica en México, en especial en poblaciones marginadas, como las comunidades indígenas. El riesgo de morir por cáncer de mama es cada vez más elevado, en mujeres indígenas, ante el diagnóstico tardío, la falta de acceso a servicios básicos de salud, la falta de programas de orientación o de promoción sobre cómo identificar el cáncer, la falta de lugares donde se puedan hacer exámenes preventivos, la falta de recursos económicos, la limitada alfabetización donde las mujeres hablantes de lengua indígena son las que presentan un mayor rezago educativo.

Por ende, es preocupante señalar que México ocupa el primer lugar en incidencia del CAMA en Latinoamérica y representa una incidencia de 27 283 (26%) casos y primer lugar en defunciones 6 884 (8.955) de todos los tipos de cáncer, con un incremento global de, aproximadamente 1.5 % anual (Castillo, Bohórquez, Palomino, Elles y Montero, 2016, IARC, 2019).

En el periodo de 2011 a 2016, el CAMA destaca como la tercera causa de muerte por estos tumores malignos; se observa mayor impacto en las mujeres en comparación con los varones, debido a que dos de cada 10 fallecimientos femeninos por cáncer se deben a esta enfermedad. En el año 2016, el grupo de mujeres de 20 años y más, tuvo la tasa más alta con 16 defunciones por cada 100 000. Mientras que en los hombres la tasa de mortalidad observada fue de 0.12 en 2016. Las tasas de mortalidad por esta enfermedad entre los varones son muy bajas; sin embargo, estos datos evidencian la presencia de este padecimiento también en ellos.

Por el contrario, en mujeres mayores de 60 años la enfermedad ocupa el quinto sitio como causa de mortalidad, con una tasa de 46.66 por cien mil, en el año 2016, y en los

hombres en 2013 fue el dato más alto con 0.71. (INEGI, 2018). La edad promedio de mujeres con la enfermedad es de 54.9 años, la incidencia más alta en el número de casos se registra en el grupo de 50 a 59 años con el 45% de todos los casos (Información Estadística CAMA, 2016).

El estado de Tabasco es uno de los 31 Estados del País, cuenta con 1223680 mujeres más 1171592 hombres con total de 2395 272 de habitantes, entre ellas la población Indígena es 116 mil 386 habitantes, de los cuales el 89.55 por ciento son habitantes de los municipios de Centla, Centro, Macuspana Nacajuca y Tenosique. En el año 2010 existía 3, 707,2 número hablantes de la lengua chontal o Yocot'an que se puede traducir como la lengua verdadera (INEGI, 2015).

En cuanto al cáncer de mama, en 2017 ocurrieron 108 defunciones en Tabasco con una tasa de 13.8 por 100,000. El municipio con el mayor número de defunciones fue el de Centro con 45 defunciones igual a 28. En segundo lugar el municipio de Cárdenas con 11 muertes con tasa de 13.2. El municipio de Centla, presentó 2 muertes con una tasa de 4.9, en contraste, Tacotalpa no registró muertes por esta causa (INEGI / SINAIS, 2017).

Los datos mencionados ponen de manifiesto que el Cáncer de Mama, es un grave problema de salud pública, en este sentido, las acciones de prevención deben dirigirse a toda la población vulnerable y en particular a las mujeres consideradas de alto riesgo ubicadas en zonas indígenas.

En México corresponde a la secretaria de salud como líder del sector, establecer las Normas para las acciones de prevención y /o Diagnóstico temprano, acciones incluidas en la NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del CAMA, misma donde destaca la utilidad de la Autoexploración Mamaria (AEM). La prevención mediante la detección precoz es la estrategia de elección para un mejor tratamiento temprano a esta enfermedad. Son tres las estrategias de detección oportuna: autoexploración mamaria, exploración clínica y mamografía, entre éstas, la autoexploración mamaria es la piedra angular de los programas de prevención y control, dado que la sensibilidad de la prueba es elevada si se emplea la técnica correcta, de acuerdo con la OPS-OMS, es posible prevenir entre 30 y

40% de los casos de cáncer (Sánchez, Urdaneta, Villalobos, Contreras, García, Zambrano, Villalobos de Vega & Cepeda de Villalobos, 2016; Bach-Camarena & Bach-Porrás, 2015).

Por ello es de vital importancia, persuadir a las mujeres para la adopción de un nuevo estilo de vida saludable que promueva su propia salud, por tanto se precisa del; Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender (2002), ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables y enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Para que las mujeres adopten verdaderamente conductas saludables orientados a la AEM, es necesario que las mujeres tengan el acceso al conocimiento de que la autoexploración de las mamas (AEM) es un método que tiene como propósito detectar mayor número de casos nuevos, lo que permitirá tratamientos menos invasivo, elevar los índices de supervivencia y mejorar la calidad de vida de la mujer. Es un método sencillo, simple de bajo costo y no invasivo extendido para el diagnóstico precoz sobre todo en países y zonas con escasos recursos económicos que no cuentan con infraestructura suficiente y constituye una técnica que puede ser aplicada por cualquier mujer a partir de los 20 años, no requiere gran empleo de tiempo ni el despliegue de recursos costosos (Bach-C y Bach-P, 2015). En México, el 90 % de los casos de CAMA son detectados gracias a que la propia paciente detecta un abultamiento o nódulo, y en estos casos ya se trata de un estado avanzado de la patología que puede comprometer la calidad de vida futura de la mujer (Sánchez et al., 2016; Gálvez M, Rodríguez L, Rodríguez C, 2015). La realización de la AEM consiste en la inspección y la palpación detallada a través del tacto, de cada uno de los senos para buscar posibles nódulos, durezas, dolores u otras alteraciones en el tejido mamario, es uno de los métodos más eficaces para realizar en casa, y permite el conocimiento de los senos, su contextura, su consistencia, forma y tamaño; y así es más factible la detección de anomalías en una etapa prematura.

Muchas investigaciones (Santana-Chávez, 2015; Gutiérrez-Aguado, 2012) han demostrado la eficacia del ejercicio de la práctica autoexploración de mama, aunque algunas veces éstas no se llevan a cabo porque no se tiene los conocimientos o la información adecuada o correcta para realizarlo, como es el caso del trabajo realizado en

estudiantes del área de la salud de la Universidad de Cartagena presentan discrepancias entre las variables de conocimientos, actitudes y de prácticas del autoexamen de seno evidenciándose que la mayoría de las participantes cuenta con conocimientos insuficiente acerca de la técnica de AEM; no obstante si mostraron actitudes positivas hacia la práctica de esta técnica; por tanto se debe enfatizar en la realización de la autoexploración de mamas y mejorar las prácticas, como un hábito de vida saludable (Díaz, González, García, Rodríguez , 2016).

Poseer los conocimientos de los beneficios de la AEM, debe estimular a ser materializados en la práctica para un mayor beneficio en la vida de la mujer. Para ello la actitud favorable o positiva de la mujer también juega una parte muy importante en la adopción de un nuevo comportamiento o práctica de salud.

La actitud constituye un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad organizado sobre las reacciones del individuo hacia los objetos o situaciones (Sulbarán, D. 2009). Es decir, es una predisposición mental, de manera particular de cada una de las mujeres para pensar, sentir, percibir y comportarse ante la AEM. Por tanto una actitud favorable o positiva hacia la AEM es muy provechosa, debido a que la mujer piensa de manera positiva hacia los beneficios de la AEM, siente la necesidad de ejecutarla, y percibe muchas ventajas en su realización y esto define su comportamiento de promoción de salud mediante la realización de la AEM. Estudio reciente, Guevara, K. (2017), sobre actitudes y prácticas de AEM en mujeres evidencian que la mayoría de las mujeres presenta una actitud de indiferencia o de rechazo hacia la AEM. Con referencia a las actitudes hacia el autoexamen de mama, la dimensión cognitiva con un 66% (44), la dimensión afectiva 62% (42) y la dimensión conductual con 56% (38) muestran una actitud de indiferencia. Así mismo tener actitudes de indiferencia se convierte en un obstáculo para llevar una práctica adecuada, ya que no favorece a que las mujeres deseen auto explorarse o auto examinarse, por lo que no se puede prevenir una enfermedad con altos índices de mortalidad debido a la indiferencia de las mujeres frente a sí mismas. La actitud de indiferencia implica negativamente en la práctica de la AEM, lo convierte en una barrera que no permite realizar una prevención adecuada u oportuna frente al CAMA. Por ende, es de vital importancia una actitud positiva que abra puertas a una conducta promotora de la salud, que como resultado se busca el comportamiento que se dirige en última instancia

hacia la consecución de resultados positivos de salud para el cliente en especial a las mujeres adoptando hábitos de vida saludable mediante el ejercicio de la autoexploración mamaria de manera mensual, para la mejora de su propia salud, capacidad funcional y mejora de la Calidad de vida de la propia mujer.

Por tanto la práctica de la AEM debe ser constante, ya que el desarrollo continuo permite tener una mayor experiencia, realizarlo con mayor seguridad y obtener así mejores resultados después de cada exploración, esto brinda grandes beneficios en reconocer en estadios temprano a un posible CAMA. Para que sea efectivo es necesario conocer la frecuencia, duración, momento idóneo en la que se debe realizar esta práctica y realizarla de forma adecuada, ya que en otros estudios gran porcentaje de la población femenina, en la prueba visual aplicada se encontró que el 78,4 % tiene una mala técnica en su realización, donde se evidencia la ausencia de compromiso de manera personal en: las actividades o conductas de la promoción de la salud según Pender (2002); comprendido como la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. (Guevara, Delgado, López, Uriostegui & Barajas, 2016). La conducta promotora de la salud por Pender nos hace referencia que es la práctica efectiva y asidua de la AEM, donde requiere que las mujeres desarrollen la compleja habilidad de realizar la técnica de manera mensual; en palabras de Pender, esta es la conducta que debe existir en situaciones concretas de la vida de las mujeres dirigida sobre sí mismas, hacia a los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento óptimo.

Ante el panorama del Cáncer de Mama en México, en el estado de Tabasco y la situación social de las mujeres indígenas, la falta de acceso a servicios básicos de salud, la deficiencia de los programas de orientación o de promoción sobre cómo identificar el cáncer, la falta de lugares donde se puedan hacer exámenes preventivos, la falta de recursos económicos, la limitada alfabetización, pero sobre todo el limitado o falta de servicios médicos y actividades de promoción de la salud que en algunas zonas de la población indígena padece a diario, derivado de las barreras geográficas y sociales. Surge la siguiente interrogante.

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre autoexploración mamaria en mujeres indígenas de riesgo en la Villa Tamulté de la Sabana, Centro Tabasco? •

## Objetivos

### Objetivo General

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre autoexploración mamaria en mujeres indígenas de riesgo en la Villa Tamulté de la Sabana, Centro Tabasco

### Objetivos Específicos

1. Determinar las características Sociodemográficas de la población en estudio.

## Marco teórico

Como se ha señalado la teoría de enfermería que guía la presente de investigación es el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2015). Se consideró apropiado para explicar la interacción entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre la autoexploración mamaria. En este apartado se incluye, además de la descripción del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, la revisión de la literatura de los estudios relacionados al tema de investigación.

**Modelo de promoción de la salud (MPS) Nola J. Pender (2015).** El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por la Doctora Nola J. Pender es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, pues permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud (Torres, L. 2016; López L, 2015). Y ofrece una guía para explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan a los individuos que se involucran en comportamientos dirigidos a mejorar la salud, y expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1977) y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982).

La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), denominada actualmente teoría cognitiva social. Postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro

requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). Incluye además las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia.

El modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982) afirma que la conducta es racional y económica. Se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica a lo largo de toda la vida (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

“El MPS, expresa que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano y pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características y experiencias individuales así como los conocimientos, afectos específicos de la conducta, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas y llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud que se pretenden lograr” (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015). Ubica los componentes de su modelo de MPS por columnas de izquierda a derecha; la primera refiere sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta. Los componentes de la segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción: que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un •

compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (Pender, et al 2015). Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud. En este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas. En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud. Los individuos tienen un tremendo potencial para el cambio autodirigido debido a su capacidad de autoconocimiento, Autorregulación, toma de decisiones y resolución de problemas. Los clientes tienen el poder y Habilidad para cambiar comportamientos de salud o modificar estilos de vida relacionados con la salud.

### **Constructos conceptuales del Modelo de promoción de la salud (MPS) Nola J.**

**Pender.** Para efectos de este estudio se ocupan los principales conceptos y definiciones que se presentan en el MPS revisado (Pender, *et al.*, 2015).

**Autoeficacia percibida.** Es entendida como el juicio de la capacidad personal de lo que uno puede hacer con las habilidades, cualidades, conocimientos, experiencias que uno posee, de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.

La autoeficacia percibida personalmente influye en las percepciones menores de las barreras de acción percibida para el desempeño de conductas promotoras del cuidado de la salud. Por tanto, es de vital importancia que las mujeres se sientan con capacidad personal como; tener el conocimiento de las ventajas y desventajas del ejercicio de la AEM, sentirse seguras, autosuficientes de sí mismas con actitudes positivas que incline y motive al

comportamiento de la mejora y promoción de la salud, directamente influenciada por la eficacia percibida de la misma persona de la mujer, y al mismo tiempo que disipe o disminuya los miedos y las inseguridades acerca de su cuidado personal, entornos y familiares previniendo el CAMA y otras enfermedades.

Es responsabilidad del personal de salud influir en la vida de la población y de las mujeres para que la sociedad en conjunto se sume a conocer la importancia de poseer el conocimiento sobre la AEM y tener muy en claro; Qué es, para qué sirve, cuál es su importancia, sus beneficios, en qué momento realizarla, cuáles son las técnicas adecuadas o correctas para realizarla y sobre todo las bondades que produce en la vida de la mujer, en la familia y en la sociedad en general.

***Afecto relacionado con la actividad.*** Refiere a los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia.

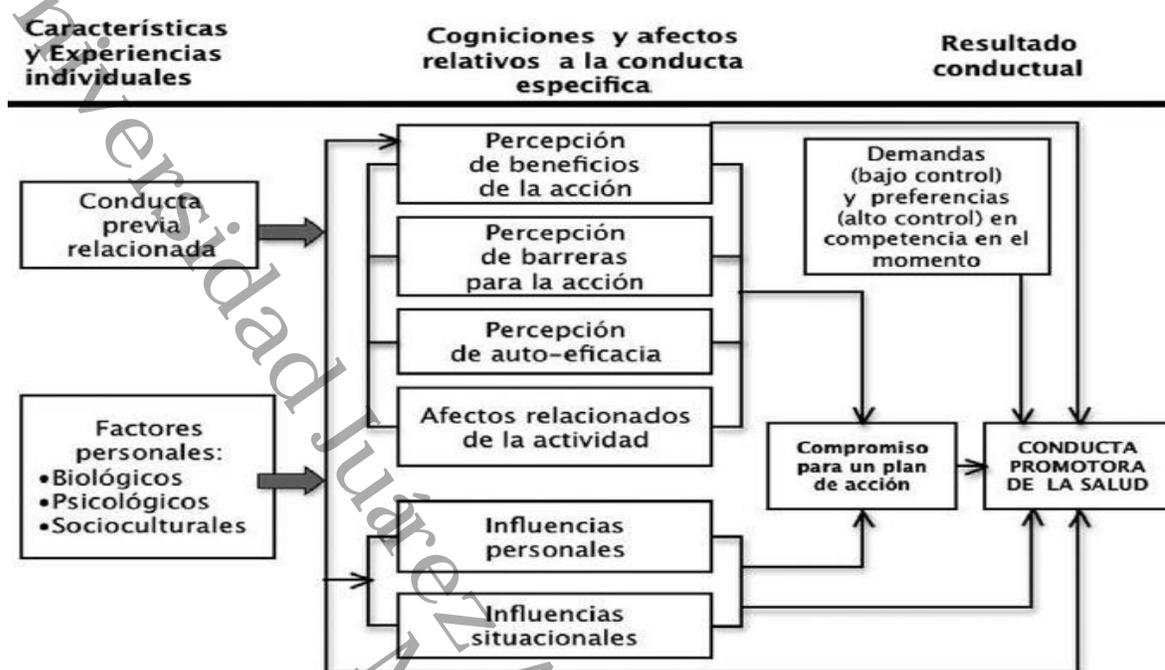
Tal como uno de los objetivos de este estudio; La actitud como el estado mental y neurofisiológico de disponibilidad organizado sobre las reacciones del individuo hacia los objetos o situaciones (Sulbarán, 2009). Por lo cual, es importante, necesario y prescindible contar con el afecto positivo o las inclinaciones favorables que deben de tener y poseer las mujeres, para pensar, sentir, percibir y comportarse favorablemente ante las ventajas que impactan en la vida de la mujer la AEM, y para que al mismo tiempo la mujer experimente el entusiasmo, sea activa, alerta, con energía y participación gratificante, cualidades muy importantes y necesarias antes, durante y después, de la AEM para la adopción real y comprometida de la conducta promotora para prevenir el impacto catastrófico de un cáncer de mama y para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Comprendiendo que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo de la actitud mayor es el sentimiento de eficacia de conocimientos y seguridad de la misma mujer para cuidarse a sí misma, como también poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo. Los comportamientos asociados con afecto positivo se repiten, mientras que aquellos asociados con afecto negativo pueden ser evitados y el estado de sentimiento resultante de la práctica es probable que afecte, si el

individuo repetirá o no el comportamiento nuevamente o mantendrá el comportamiento a largo plazo.

**Conducta promotora de salud.** Es el comportamiento en sí, que promueve la salud, es el punto final, en última instancia es el objetivo del MPS, la consecución de comportamientos que promueven la salud. Finalmente es; cuando la mujer realiza la técnica de la autoexploración mamaria (AEM) cuidando la delicadeza de cada uno de los pasos y se entiende que ha superado cada una de los conceptos anteriores, para integrarlos como parte de su estilo de vida promotor para la mejora de su salud, su capacidad funcional y su calidad de vida. Esta técnica de la Autoexploración Mamaria la mujer finalmente la realiza, revisando ella misma su glándula mamaria, la realiza a partir de los 20 años 4 a 7 días posteriores a su menstruación, una vez al mes; con el objetivo de conocer mejor su propio cuerpo e identificar posibles cambios anormales para la demanda de atención médica apropiada. En la práctica rutinaria de manera mensual aprende a conocer la consistencia, forma y textura de su glándula mamaria y al mismo tiempo desarrolla mayor sensibilidad en las manos.

## Modelo conceptual-teórica-empírica



**FIGURA 1.** Modelo de promoción de la salud revisado. (Tomado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. [2002]. *Health promotion in nursing practice* [4th ed., p. 60]. Upper Saddle River, (NJ): Prentice-Hall. Copyright Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.)

### Técnica de la autoexploración mamaria

La autoexploración mamaria generalmente se realiza en dos etapas:

**Observar.** Frente al espejo se buscan cambios en la forma, tamaño y superficie de la piel, hundimientos en el pezón, secreción, retracción en la piel, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones. Este procedimiento se realiza con las manos detrás de la cabeza, los codos y hombros ligeramente hacia adelante y con las manos en la cintura.

**Palpar o tocar.** Se realiza en dos posiciones de pie y acostada. De pie frente al espejo, durante el baño o acostada con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo del hombro derecho, la mano derecha debajo del cuello y con la yema de los dedos 2, 3 y 4, de la mano izquierda se revisa el pecho derecho y viceversa. Comenzando desde arriba presionando suavemente la mama en pequeños círculos desde fuera hacia el pezón,

palpando alrededor de la mama y luego en la parte del centro, posteriormente, se revisa toda la axila y al final apretando el pezón para ver si hay salida anormal de líquido. Buscar de manera intencional bolitas, endurecimiento o engrosamiento en la mama o cerca de ella, hundimientos, cambio en el tamaño o la forma de la mama, zonas dolorosas, huecos en la mama parecidos a la cáscara de la naranja (piel de naranja) abultamientos o consistencia diferente al resto de la mama, pezón que se hunde, salida de líquido amarillenta con sangre que sale del pezón que no es leche materna, piel con escamas, edematización en la mama, el pezón o la aréola hundida (SSA, 2105). En caso de menopausia (ausencia de la menstruación) se realiza en una fecha determinada o hacerlo otro día, lo más importante es realizarla periódicamente, para reconocer lo que es normal en las glándulas mamarias sanas para tener la capacidad de identificar los datos anormales (Secretaría de Salud [SSA], 2018).

#### **Artículos relacionados**

Guevara et al. (2017) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, corte transversal con el objetivo de determinar las Actitudes y Prácticas de autoexamen de mama en mujeres de 18 a 45 años, (n= 90) que acuden al centro de salud “milagro de la fraternidad” en Lima Perú. Como resultados: 63.2% pertenecen al grupo etáreo de mujeres adultas jóvenes de 18 a 31 años, 47% de las encuestadas presentan una actitud de indiferencia sobre el autoexamen de mama principalmente en la dimensión cognitiva con 66% de indiferencia, seguido de 62% de indiferencia en la dimensión afectiva. El 59% presenta prácticas inadecuadas de autoexamen, tanto en dimensión de frecuencia 74%, inspección 54% y palpación con 51%. Síntesis. Las actitudes de las mujeres hacia el autoexamen de mama son de indiferencia y las prácticas son inadecuadas.

Castillo et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres (n= 779) de 20 a 49 años del área rural de Cartagena, como resultado el 73% mujeres tienen conocimiento sobre cómo se hace el autoexamen de mama, en actitudes el 77.8% opinaron que están de acuerdo con las bondades y beneficios de realizarse el autoexamen, 55.7% no se olvidan de realizárselo, 68.3% consideran importante realizarse el autoexamen y el 12.8% refiere que el personal de salud no le ha

explicado la técnica, en la práctica el 82.7% se observa y se palpa pero solo 3 mujeres tuvieron una práctica adecuada de autoexamen de mama, los resultados encontrados permiten concluir que los conocimientos sobre el autoexamen de mama son altos, presentan una actitud favorable hacia este procedimiento, pero la práctica es inadecuada. La mayoría de las mujeres dice conocer cómo se realiza el autoexamen de mama, pero desconocen la frecuencia y el tiempo del ciclo menstrual, en el cual, se debe realizar, lo que puede llevar a que se encuentren alteraciones derivadas de las acciones hormonales o que se ignoren problemas potencialmente perjudiciales para la mujer por tanto recomiendan investigaciones indagar en las entrevistas sobre factores de riesgo, antecedentes familiares.

Díaz, González, García y Rodríguez (2016) realizaron un estudio observacional, descriptivo con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) acerca de él autoexamen de seno como prevención del CAMA en una población de 400 estudiantes mujeres universitarias de pre-grado del área de la salud de la Universidad de Cartagena, se realizó una encuesta basada en artículos científicos midiendo la fiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach de 0.88. Como resultados presentaron discrepancias entre las variables de conocimientos, actitudes y de prácticas del autoexamen de seno, buen conocimiento 82 mujeres (20,5%), regular 8 conocimiento 210 mujeres (52,5%), y un mal conocimiento 108 mujeres (27,0%), para las actitudes: buena actitud 296 mujeres (74 %), actitud regular 103 mujeres (25,7 %) y mala actitud 1 mujer (0,25 %); para las practicas: buena práctica 118 mujeres (29,5%) y mala práctica 282 mujeres (70,5%). Por lo que sugieren enfatizar en la realización del autoexamen de seno (AES) y mejorar las prácticas, además de adquirir el AES como un hábito de vida saludable.

Delgado et al. (2016) plantearon un estudio transversal descriptivo. Muestreo no probabilístico por conveniencia con el objetivo identificar el conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en una muestra de 74 pacientes mujeres de la Unidad de Medicina Familiar 171 en Jalisco, México. En un periodo de cuatro meses, se aplicó encuesta sobre antecedentes y conocimientos sobre autoexploración mamaria, se realizó una prueba visual mediante una lámina ilustrada. Como hallazgo el conocimiento y perspectiva mostrado fue regular, ambas correspondieron a un 56,8 %, así mismo, aunque se tiene que el 41,9 % tiene buena perspectiva y el 27 %

buenos conocimientos, la prueba visual mostró que solamente un 21,6 % tiene buena técnica para la realización de la autoexploración. Por lo que no existe una congruencia lógica entre la prueba visual y la perspectiva, pero sí con el conocimiento. En conclusión, gran porcentaje de la población estudiada tiene conocimientos y perspectiva regulares en la autoexploración de mama, lo cual es preocupante debido a la prevalencia de CAMA que está aumentando constantemente a nivel mundial, por lo que un conocimiento y perspectivas regulares no nos sirven como prevención.

Bach-A y Bach-G (2015) realizaron un estudio descriptivo correlacional transversal con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas del autoexamen de mamas en 160 mujeres en edad fértil del puesto de Salud Potao- Barranca en Perú, en la investigación se obtiene que el 18.8% de las mujeres en edad fértil tienen un conocimiento alto, asimismo 52.4% un nivel de conocimiento medio, y finalmente 28.8% tienen un conocimiento bajo. El 24.4% de las mujeres en edad fértil presenta práctica preventiva adecuada y el 75.6% practica inadecuada sobre el autoexamen de mama en mujeres de edad fértil. Se utilizó la prueba estadística: prueba no paramétrica chi cuadrado para determinar la relación. Se concluye que si existe relación entre el conocimiento y las prácticas preventivas del autoexamen de mamas en mujeres de edad fértil.

Sánchez et al. (2016) realizó un estudio de tipo exploratoria y descriptiva, diseño no experimental y transeccional; con objetivo de determinar el nivel de conocimientos y práctica del autoexamen de mamas en (n=48) mujeres, alfabetas de edad mediana entre 40 y 60 años; atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Venezuela. Se encontró un nivel de conocimiento entre bueno (50 %) y regular (47,9 %) sobre aspectos generales del CAMA, factores de riesgo, prevención y autoexamen. El 64,6 % de las mujeres practicaban el autoexamen, realizándolo mayoritariamente una vez por mes (48,4 %), en cualquier momento (54,8 %), y haciéndolo motivadas por los medios de comunicación social (45,2%) o por recomendación médica (29 %). Solo 35,4 % de estas pacientes no lo hacían, principalmente debido al temor a encontrar enfermedad. Con la conclusión de que el nivel de conocimiento sobre el CAMA como del autoexamen y su práctica entre las mujeres de edad mediana es bueno. Y al totalizar la

puntuación arrojada por el cuestionario se encontró una puntuación media de  $45,3 \pm 10,92$  puntos, con mediana de 44,5 puntos, moda de 37 puntos y rango entre 17 y 66 puntos; denotando un conocimiento bueno a regular, aunque se observaron valores diferentes entre las medidas de tendencia central, lo cual indica variabilidad en las respuestas (percentil 25=37 y percentil 75=53).

### **Definición de términos**

**Autoexploración mamaria.** Definida como la técnica de detección basada en la revisión de las mamas por la misma mujer identificado por la secretaria de salud (Secretaría de Salud [SSA], 2015).

**Conocimiento.** Acto consciente e intencional de manera gradual y progresiva para aprehender su mundo y las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, y realizarse como individuo y especie. Se caracteriza siguiendo el medio con que se le aprehende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional (Ramírez, A, 2009). El conocimiento es el aprendizaje adquirido que se puede estimar en una escala que puede ser cualitativa (Apéndice A) o cuantitativa (Bach A & Bach G, 2015). Para medirla se ocupará el Instrumento por "Nde, F. P. et al, 2015, knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea, modificado y adaptado al estudio, instrumento disponible en versión original en inglés y para objetivo de este estudio, se tradujo al español. El instrumento se considera altamente confiable con 14 ítems con opciones dicotómicas. El conocimiento se puntúa en 14, uno para cada indicador, para la categorización del nivel de conocimientos se considera: De 10 a 14 Conoce sobre la autoexploración mamaria, De 7 a 9 Conoce Poco y puntajes entre 0 y 6 Desconoce sobre la AEM (Nde, F. P. et al, 2015).

**Práctica.** Es la acción, actividades, o respuesta que realiza la persona en su vida cotidiana de manera general que se basa en principios teóricos y abarca todo cuanto es operable por el hombre. La medición de la práctica se puede estimar en una escala, (Apéndice B) puede ser cualitativa o cuantitativa (Bach A & Bach G, 2015). En este estudio para medirla se ocupara el Instrumento "Conocimientos y prácticas sobre prevención del CAMA " por Bach-Camarena, Bach-Salas, 2015, con 12 ítems con opciones

dicotómicas, para la categorización de prácticas se considera: de 7-12 puntos Prácticas adecuadas y de 0-6 Puntos Prácticas inadecuadas (Bach-Camarena & Bach-Salas, 2015).

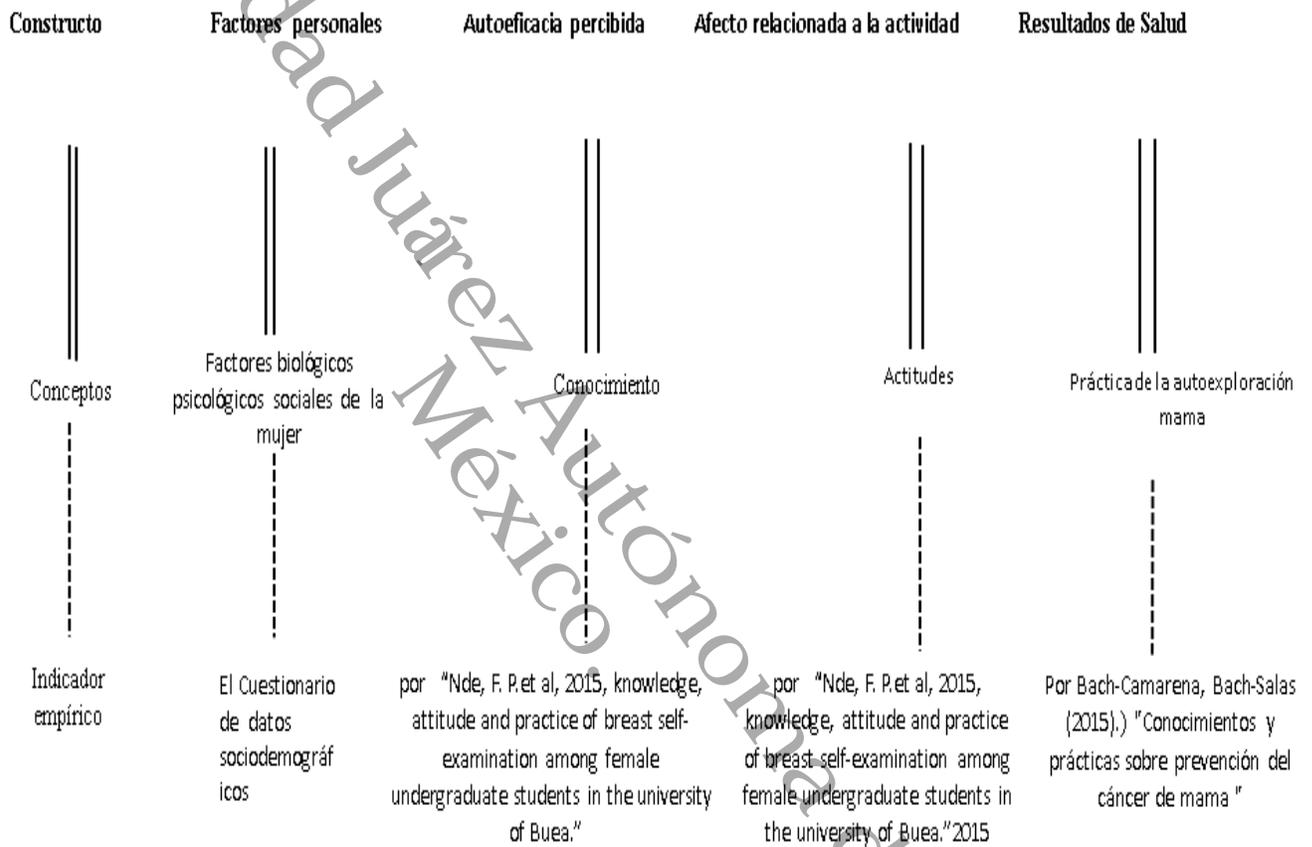
**Actitudes.** La definición más utilizada desde hace mucho tiempo, es la de Allport (1935). Lo definía como: " La actitud es el estado de preparación o disposición mental o psicológica y neutral, que se organiza a través de la experiencia y que influye en la respuesta del sujeto". Reacción interna manifestada a través de respuestas observables, están agrupadas de forma tradicional en tres categorías, tales como: cognitiva, afectiva y conductual. Afecto: el afecto asociado a un objeto mental, cognición. Cognitivo: un tipo especial de conocimiento es evaluativo y afectivo. Predisposiciones conductuales: un estado de una persona que la predispone a una respuesta favorable o desfavorable (Sulbarán, 2009). Existe un alto consenso en que la actitud es una predisposición o estructura perdurable de creencias organizadas a pensar, sentir, percibir y comportarse hacia un referente, objeto o situaciones. Medir las actitudes es averiguar la preferencia de las personas, esta tendencia psicológica que se expresa en la evaluación de una entidad particular con algún grado de favorabilidad o desfavorabilidad. La tabla de Operacionalización de esta variable de estudio se encuentra en (Apéndice C). Para medir las actitudes se ocupará el Instrumento por "Nde, F. P. et al, 2015, knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea" modificado y adaptado al estudio. Instrumento disponible en versión original en inglés cuenta con 10 ítems con opciones politómicas, se calificó con 20, 2 por cada respuesta a los indicadores que demostraron que el encuestado estaba de Acuerdo (A) a la autoexploración mamaria y 1 por cada respuesta que demostró que el encuestado estaba en Desacuerdo (D) de la autoexploración mamaria y 0 para la opción indeciso (I). Para la Categorización de las actitudes se considera: De 17 a 20 Favorables, De 10 a 16 Poco favorables, De 0 a 9 Desfavorables (Nde, F. P. et al, 2015; Sulbarán, 2009).

**Mujeres.** Grupo de personas del sexo femenino (Collazo, 2005; Real Academia Española, 2019).

**Indígenas.** Se considera indígenas a aquellos que fueran mayores de cinco años de edad y hablaran alguna lengua indígena, y que se declare perteneciente a algún grupo indígena y a los individuos que viven en hogares con algún HLI (hablante de lengua

indígena) o perteneciente, pero que no hablan ni pertenecen (Comisión Nacional de la Población [CONAPO], 2014).

### Derivación conceptual teórica-empírica



## Capítulo II

### Metodología

En este apartado se plantea la metodología a utilizar en el estudio. De entrada se describe el enfoque y diseño de esta investigación posteriormente la población, muestreo y muestra, criterios de inclusión y exclusión y la selección de los participantes, continuando con el procedimiento de recolección de datos, los instrumentos y mediciones, las consideraciones éticas concluyendo con el plan de análisis de datos y plan administrativo.

#### Diseño

El diseño seleccionado para este estudio es descriptivo. Descriptivo ya que se aplica para deducir un ambiente o circunstancia que se esté presentando, y para describir todas las dimensiones en este caso las variables y el objeto a estudiar (Grove, Gray, Burns, 2016, p. 217).

#### Población, muestreo y muestra

La población en estudio se compone de 185 mujeres de 20 a 59 años, de la unidad del Centro de Salud (CESSA) Buenavista Zona Indígena Yocot'an ubicado en la Villa Tamulté la Sabana, Centro, Tabasco. El centro de salud está constituido por 3 consultorios, para dar servicios en los turnos matutino 3 y vespertino 1. Se utiliza el método del muestreo probabilístico aleatorio simple.

El tamaño de la muestra se determina de manera manual a través de la fórmula para población finita (Aguilar-Barojas, 2005). Con 95% de confianza (.05 de nivel de significancia), lo que resultó 185 participantes.

#### Fórmula:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{2160 \cdot 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95}{0.03^2(2160-1) + 1.96^2 \cdot 0.05 \cdot 0.95} = \frac{394.14816}{0.0009(2159) + 3.8416 \cdot 0.05 \cdot 0.95} = \frac{394.14816}{1.9431 + 0.182476} = 2.125576$$

Dónde:

N= 2160

Z= 1.96 (Nivel de confianza)= 3.8416

p= 0.05 = 0.0025

q= 0.95=0.9025

d= 0.03 (Precisión relativa, puede ser 0.05)=0.0009

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Fueron incluidas las mujeres de 20 a 59 años, que presenten alto riesgo de padecer CAMA de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana [NOM]-041, 2011), debido, que la autoexploración mamaria está indicada para mujeres a partir de 20 años de edad y la probabilidad de tener cáncer invasor de mama es de 0.4% para los límites de edad entre 30 y 39 años, de 1.5% entre los 40 y 49 años, 2.8% entre 50 y 59 años y de 3.6% para mujeres entre 60 y 69 años de edad. En mujeres de 70 años y más se realiza como parte del seguimiento de mujeres con antecedente personal de CAMA y por indicación médica (Santana, Zepeda, González, Meléndez, 2005; Norma Oficial Mexicana [NOM]-041, 2011). Mujeres que desean participar en el estudio y firmen el consentimiento informado (SSA, 2017).

Se excluyen del estudio a mujeres que presenten deficiencia que limiten su comunicación verbal o auditiva, pues esta interacción sufre una interferencia (Méndez, Ortiz, Venegas, 2012). Mujeres con diagnóstico de CAMA puesto que la finalidad de la autoexploración mamaria es identificar datos anormales en la glándula mamaria como posible cáncer, una vez diagnosticada se somete a tratamiento oportuno (Norma Oficial Mexicana [NOM]-041, 2011). Así mismo se excluyen también aquellas mujeres que no se realicen la autoexploración mamaria, debido a que evaluar la calidad de la práctica de la autoexploración mamaria por las mujeres es uno de los objetivos del estudio.

### **Selección de Participantes**

Los que participan en este estudio son aquellas mujeres de 20 a 59 años registradas en el Centro de Salud (CESSA) Buenavista Zona Indígena Yocotán ubicado en la Villa Tamulté la Sabana, Centro, Tabasco, que acudían a consulta, esta selección se realizó por conveniencia del investigador. Para contactar a las participantes, se tomaron en cuenta a las mujeres que asistían a consulta externa y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se les proporcionó la información completa, objetivo del estudio y la importancia de su participación, solicitar el consentimiento informado (Apéndice D) y proceder a la entrevista planeada con los instrumentos específicos.

### **Procedimiento de Recolección de la Información**

La recolección de datos se realiza por la principal investigadora de esta investigación, los datos se recolectan posterior de una previa autorización por el Centro de Salud. Posteriormente se establecieron los días y horas para la entrevista a las mujeres que asistían a consulta externa que cumplieran con el criterio de inclusión en el centro de salud. Durante la entrevista se les proporcionó el consentimiento informado y el material para la recolección de datos y se les especificó el procedimiento a seguir para responder de manera correcta, finalmente se procedió a la aplicación del instrumento de Guía de entrevista estructurada, para medición del conocimiento, actitudes y prácticas sobre la autoexploración mamaria, el tiempo promedio de duración de la entrevista es de aproximadamente 10 minutos.

### **Instrumentos y Mediciones**

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica de la entrevista, como instrumento de recolección de datos se ocupa la guía de entrevista estructurada tomado de “Nde, F. P.et al, 2015, knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea, modificado y adaptado al estudio,” considerándose adecuado para cumplir con los objetivos del estudio. Este instrumento se ocupará exclusivamente para medir conocimientos y actitudes sobre la autoexploración mamaria. El cuestionario (Apéndice E) consta de 4 etapas;

Etapa I: Se evalúa los datos sociodemográficos y a identificar algunos factores de riesgo a padecer CAMA que la NOM 041 SSA2-2011 señala.

Etapa II: En este apartado se encuentran el instrumento para medir conocimientos generales sobre la autoexploración mamaria. Se ocupa el cuestionario por “Nde, F. P.et al, 2015, knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea, modificado y adaptado al estudio,” Instrumento disponible en versión original en inglés y para objetivo de este estudio, se tradujo al español. El instrumento se considera altamente confiable con 14 ítems con opciones dicotómicas. El conocimiento se puntúa en 14, uno para cada indicador, para la categorización del nivel de conocimientos se considera: De 10 a 14 Conoce sobre la autoexploración mamaria, De 7 a 9 Conoce Poco y puntajes entre 0 y 6 Desconoce sobre la AEM (Nde, F. P.et al, 2015).

Etapa III. En este apartado se encuentra el instrumento para medir las actitudes de las mujeres acerca de la autoexploración mamaria. Con el objetivo de identificar cuáles son las actitudes de las mujeres respecto a la autoexploración de mamas (Anexo E). Se ocupa el cuestionario por “Nde, F. P.et al, 2015, knowledge, Attitude and Practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea, modificado y adaptado al estudio.” Instrumento disponible en versión original en inglés y para objetivo de este estudio, se tradujo al español es altamente confiable con 10 ítems con opciones politómicas. Hubo 10 indicadores de actitud utilizados para evaluar a los encuestados. La actitud se calificó con 20, 2 por cada respuesta a los indicadores que demostraron que el encuestado estaba de Acuerdo (A) a la autoexploración mamaria y 1 por cada respuesta que demostró que el encuestado estaba en Desacuerdo (D) de la autoexploración mamaria y 0 para la opción indeciso (I). Para la Categorización de las actitudes se considera: De 17 a 20 Favorables, De 10 a 16 Poco favorables, De 0 a 9 Desfavorables (Nde, F. P.et al, 2015; Sulbarán, 2009).

Etapa IV: En este apartado se encuentra el instrumento para evaluar las Práctica de la autoexploración mamaria, (Apéndice E). El instrumento se ocupa de “Conocimientos y prácticas sobre prevención del CAMA ” por Bach-Camarena, Bach-Salas (2015). Tuvo una confiabilidad según alfa de Cronbach de (0,960) que indica que el instrumento es altamente confiable con 12 ítems con opciones dicotómicas. De acuerdo a la respuesta del primer ítem, es decir si la respuesta es sí, podrá contestar el resto de la encuesta tanto de conocimientos actitudes y prácticas, debido a que los demás ítems derivan de esta primera y para cubrir el objetivo del estudio, de lo contrario no podrá seguir respondiendo el resto de los demás ítems y habrá terminado la entrevista para la categorización de prácticas se considera: de 7-12 puntos Prácticas adecuadas y de 0-6 Puntos Prácticas inadecuadas (Bach-Camarena & Bach-Salas, 2015).

### **Consideraciones Éticas**

Para cumplir con los principios éticos en materia de investigación. El estudio se realiza según las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, 14 Fracción I, III, V, VII y VIII, Artículo 16, 17 fracción II, Artículo 18, artículo 20, 21 y 22 (Secretaría de Salud, 2014).

#### **Título Segundo Capítulo I.**

En el Artículo N. 13. Prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, el derecho a ser informado acerca del estudio, el derecho a no participar. Así mismo los riesgos y beneficios del estudio y sobre todo las responsabilidades del investigador.

En el Artículo N. 14 Fracción VI. La investigación se realizó por profesional de enfermería con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

En el Artículo N. 16. En las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo sujeto de la investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En el Artículo N. 17, Fracc. II. Esta investigación se considera como investigación de riesgo mínimo debido a que el sujeto de investigación no sufre algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio y porque únicamente se aplicaron cuestionarios y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

En el artículo N. 20. Se contará con el consentimiento informado y por escrito, de parte del sujeto de investigación o, en su caso su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y el riesgo que se somete, con la capacidad libre de elección y sin coacción alguna.

**Plan de tabulación y análisis.**

El análisis y procesamiento de datos se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. El análisis de datos de las variables nominales se realiza con la distribución de frecuencias, prueba de normalidad así mismo se le determina el coeficiente de correlación de acuerdo a la normalidad de la distribución de la muestra para conocer la relación entre las variables principales del estudio (conocimiento, actitudes y prácticas).

Adicionalmente se categorizan las variables para determinar la asociación con la prueba de Chi cuadrado entre el conocimiento, prácticas y actitudes (Polit & Hungler, 2000; p. 505).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se reportan las características sociodemográficas que describen a los participantes del estudio.

#### Características sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 185 mujeres de la etnia chontal de la Villa Tamulté de las Sabanas, Centro, Tabasco. Prevalció el rango de edad de 31 a 40 años con 42.4 % (60), el 82.7 % (153) tienen pareja, del total de la muestra el 87.6% (162) se dedica al trabajo doméstico no remunerado, estos datos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

*Perfil sociodemográfico de las participantes (n=185)*

Variable	F	%
Edad		
20-30	5	31.3
31-40	60	42.4
41-50	40	21.6
51-59	27	14.6
Estado civil		
Con pareja	153	82.7
Sin pareja	32	17.3
Ocupación		
Trabajo doméstico no remunerado	162	87.6
Desempleada	1	0.5
Empleada	11	5.9
Estudiante	9	4.9
Profesionista	2	1.1
Escolaridad		
Primaria o menos	44	23.8
Secundaria o menos	35	18.9
Preparatoria o menos	88	47.6
Profesional	18	9.7

*Nota: Elaboración propia. Guia de entrevista C. A. P. n = 185. f = frecuencia,*

*% = porcentaje*

### Características clínicas

Del total de mujeres participantes, una sola mujer refirió tener antecedentes familiares de CaMa; Como también solamente una mujer refirió fumar, por tanto el 99.5 % (184) no fuma. En cuanto al consumo de alcohol el 5.4% (10) dijo consumir, por otro lado el 92.4 % (171) señala tener una alimentación baja en azúcares y grasas, en lo que refiere al consumo de hormonales anticonceptivos (orales o inyectables) por más de cinco años el solamente el 11.9% (22) lo consumió, es decir 88.1% (163) refirió no utilizarla en ese lapso de tiempo, datos visibles en la tabla 2.

Tabla 2

#### *Características clínicas de la muestra*

Características clínicas	<i>f</i>	%
Antecedente familiares de CAMA	1	0.5
Alimentación baja en azúcares y grasas	171	92.4
Ha consumido anticonceptivos +5 años	22	11.9
Consume alcohol	10	5.4

*Nota: Guia de entrevista C. A. P. n = 185.*

### Confiabilidad de los Instrumentos

El valor del coeficiente de confiabilidad  $\alpha$  de Cronbach de los instrumentos se reporta en la Tabla 3. Los índices obtenidos se consideran aceptables para la variable conocimientos, actitudes y prácticas (Gray, Grove & Sutherland, 2017, p. 583)

Tabla 3

#### *Confiabilidad interna de los instrumentos*

Instrumento	Reactivos	$\alpha$ de Cronbach
Conocimientos sobre la autoexploración mamaria	1-14	0.71
Actitudes sobre la autoexploración mamaria	15-24	0.70
Prácticas sobre la autoexploración mamaria	25-36	0.75

*Nota: Guia de entrevista C. A. P. n = 185*

### Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la autoexploración mamaria

En la Tabla 4 se muestran los resultados de la medición de los variables conocimientos, actitudes y prácticas hacia la AEM. Como puede verse, respecto a la variable conocimiento acerca de la técnica de AEM, se observó que un porcentaje cercano al 40% manifestó tener poco conocimiento, lo cual resulta preocupante si le sumamos el porcentaje de mujeres que dijeron no conocerla; de esta forma podemos decir que dos terceras partes de las participantes no tienen conocimiento o tienen poco al respecto.

En lo referente a la variable actitudes hacia la AEM, se encontró que cerca del 90% de las mujeres (n=165) de este estudio mostraron actitudes poco o nada favorables hacia la práctica de la AEM. En contraste, la medición de la variable práctica de la AEM, mostró que el 100% de la muestra la realiza, de este porcentaje el 37.8% (n=70) declaró hacerla de acuerdo a lo prescrito en la NOM 041- 2011, mientras que un 62 % describió errores durante la realización de la AEM.

Tabla 4

#### *Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la autoexploración mamaria*

Variable	f	%
Conocimientos		
Conoce	67	36.2
Conoce poco	72	38.9
Desconoce	46	24.9
Actitudes		
Favorables	20	10.8
Poco favorables	103	55.7
Desfavorables	62	33.5
Prácticas		
Sin error	70	37.8
Con errores	115	62.2

*Nota:* Guía de entrevista C. A. P. n = 185. f=frecuencia, %=porcentaje.

Los resultados obtenidos de las variables principales en relación con los años de escolaridad de las participantes. Mostraron, que las mujeres con más años de escolaridad (preparatoria) reportaron puntuaciones más altas 18.4%(34) en el conocimiento de la técnica de la AEM; en contraste este mismo grupo mostró actitudes poco favorables hacia la AEM con 25.9%(48), como también este mismo nivel escolar resultan 31.3%(59) con prácticas con errores. En la tabla 5 se aprecia lo mencionado.

Tabla 5

*Distribución de frecuencias para las variables en estudio por años de escolaridad.*

Variable	Primaria Inconclusa		Primaria Terminada		Secundaria inconclusa		Secundaria Terminada		Bachiller Terminada		Carrera inconclusa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	<b>Conocimientos</b>											
Conoce	2	1.1	11	5.9	1	0.5	12	6.5	34	18.4	7	3.8
Conoce poco	3	1.6	13	7.0	1	0.5	14	7.6	30	16.2	11	5.9
Desconoce	3	1.6	12	6.5	0		7	3.8	24	13.0	0	
<b>Actitudes</b>												
Favorables	2	1.1	4	2.2	1	0.5	4	2.2	7	3.8	2	1.1
Poco Fav.	3	1.6	18	9.7	1	0.5	20	10.8	48	25.9	13	7.0
Desfavorables	3	1.6	14	7.6	0		9	4.9	33	17.8	3	1.6
<b>Practicas</b>												
Sin error	3	1.6	19	10.3	1	0.5	13	7.0	29	15.7	5	2.7
Con errores	5	2.7	17	9.2	1	0.5	20	10.8	59	31.3	13	7.0

*Nota:* Guia de entrevista C. A. P.  $n = 185$ .  $f$ =frecuencia, %=porcentaje.

En la Tabla 6 muestra los datos descriptivos de las variables de estudio relacionada con la ocupación de las participantes. Se observa que las mujeres que no cuentan con un empleo remunerado fuera de su casa o bien, quienes se dedican en tiempo completo en actividades dentro de su casa resultan con porcentajes altos 33%(61) de poco conocimiento sobre el AEM.

En lo referente a la variable actitudes hacia la AEM, se encontró que este mismo grupo de mujeres el 47.6 %(88) sobresalen con actitudes poco favorables hacia a una práctica de la AEM, de la misma forma evidencia un mayor porcentaje 55.1% (102) en prácticas con errores para el mismo grupo de mujeres.

Tabla 6.

*Conocimientos actitudes y prácticas en relación con la ocupación.*

Variable	Trabajo doméstico no remunerado		Desempleada		Empleada		Estudiante		Profesionista	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>F</i>										
<b>Conocimiento</b>										
Conoce	58	31.4	1	0.5	4	2.2	4	2.2	0	
Conoce poco	61	33.0	0		4	2.2	5	2.7	2	1.1
Desconoce	43	23.2	0		3	1.6	0		0	
<b>Actitudes</b>										
Favorables	17	9.2	0		1	0.5	1	0.5	1	0.5
Poco favorables	88	47.6	0		6	3.2	8	4.3	1	0.5
Desfavorables	57	30.8	1	0.5	4	2.2	0		0	
<b>Prácticas</b>										
Adecuadas	60	32.4	0		6	3.2	4	2.2	0	
Inadecuadas	102	55.1	1	0.5	5	2.7	5	2.7	2	1.1

*Nota:* Guía de entrevista C. A. P.  $n = 185$ .  $f$ =frecuencia, %=porcentaje.

La Tabla 7 muestra los datos descriptivos de las variables en estudio relacionada con el estado civil. Se aprecia que las mujeres que tienen pareja conocen poco 34.6 (64) de la técnica de la AEM, de igual manera el 47.0 (87) resultaron con una actitud poco favorable y una cifra alta en prácticas con errores 52.4 (97) en mujeres con pareja.

Tabla 7

*Conocimientos actitudes y prácticas en relación con estado civil.*

Variable	Con pareja		Sin pareja	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Conocimiento</b>				
Conoce	51	27.6	16	8.6
Conoce poco	64	34.6	8	4.3
Desconoce	38	20.5	8	4.3
<b>Actitudes</b>				
Favorables	16	8.6	4	2.2
Poco favorables	87	47.0	16	8.6
Desfavorables	50	27.0	12	6.5
<b>Prácticas</b>				
Adecuadas	56	30.3	14	7.6
Inadecuadas	97	52.4	18	9.7

*Nota:* Guia de entrevista C. A. P.  $n = 185$ . *f* = frecuencia, % = porcentaje.

### Relaciones entre las Variables de Estudio

Con la finalidad de identificar las relaciones entre las variables principales del estudio, se realizó un análisis de correlación bivariada, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman debido a que no todas las variables del estudio presentaron una distribución normal. Los resultados se presentan en la Tabla 8, donde se observa que la práctica de la autoexploración mamaria muestra una relación positiva, débil relacionada con los conocimientos hacia la autoexploración mamaria, es decir entre más nivel de conocimientos posean las mujeres acerca de la técnica de la Autoexploración Mamaria impacta directamente en la calidad de la práctica de la exploración de las glándulas mamarias en la mujer. De la misma forma los años de escolaridad se relaciona negativa significativamente fuerte con la práctica de la AEM.

Tabla 8

*Matriz de correlación de Spearman de variables principales*

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Edad	1.00					
2. Años de escolaridad	-.554**	1.00				
3. No. De hijos	.679**	-.491**	1.00			
4. Conocimiento	-.007	.133	.056	1.00		
5. Actitudes	.020	.000	.105	.087	1.00	
6. Practicas	.210**	-.130	.102	.231**	.087	1.00

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

Para comprender los resultados de la siguiente tabla acerca del conocimiento, actitudes y prácticas hacia la AEM en relación a la fuente de información de las mujeres acerca del tema, es importante conocer cuál fue la fuente de información principal acerca de la AEM, para las participantes; en este sentido en la tabla 9 se muestra que han sido varias las fuentes: destaca la unidad de salud, el personal médico y de enfermería, así como los medios de comunicación; el centro de salud es pionero como el medio en donde mayormente en la muestra en estudio se han informado sobre la autoexploración mamaria.

Tabla 9

*Medio por donde escucharon sobre la autoexploración mamaria*

Variable	<i>f</i>	%
Radio	13	7.0
Televisión	35	18.9
Centro de salud	110	59.5
Medico	6	3.2
Enfermera	8	4.3
Plática educativa	10	5.4
otros	3	1.6

*Nota:* Guía de entrevista C. A. P.  $n = 185$ .  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

De acuerdo a la periodicidad en que las mujeres realizan su autoexploración de mamas en relación al tiempo, en la tabla 10 se aprecia que la mayoría de las mujeres con el 38.4%(71) tienden a realizar su autoexploración mamaria cada año. De la misma forma se puede mencionar que solamente el 20.5%(38) realizan sus autoexploración como corresponde adecuadamente cada mes.

Tabla 10

*Frecuencia en que se realizan la AEM*

Frecuencia	<i>f</i>	%
Todos los días	36	19.5
Cada quince días	40	21.6
Cada mes	38	20.5
Cada año	71	38.4

*Nota:* Guia de entrevista C. A. P.  $n = 185$ . *f* = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 11 se muestran las respuestas de las participantes acerca de la prácticas de la AEM en relación al ciclo menstrual. El 73.5%(136) señaló que la realizan sin tomar en cuenta la menstruación; solamente el 16.2%(30) dicen que la realizan siguiendo las especificaciones de la norma, una semana después de la menstruación.

Tabla 11

*Etapas en que se realizan la AEM*

En relación al ciclo menstrual en que momento realiza la AEM	<i>f</i>	%
Durante la menstruación	3	1,6
Antes de la menstruación	16	8.6
Cualquier día sin importar la menstruación	136	73.5
Una semana después de la menstruación	30	16.2

*Nota:* Guia de entrevista C. A. P.  $n = 185$ . *f* = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 12 se muestran otras detecciones que las mujeres se realizan, diferentes a la práctica de la AEM. Se observa que tres cuartas partes de la muestra estudiada no realizan otro estudio diferente a la Autoexploración Mamaria.

Tabla 12.

*Otras detecciones*

Otras detecciones realizadas	<i>f</i>	%
Ninguno	140	75.7
Examen clínico de mama	9	4.9
Mastografía	36	19.5

*Nota:* Guía de entrevista C. A. P.  $n = 185$ .  $f$ =frecuencia, %=porcentaje.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

## Capítulo IV

### Discusión

En este capítulo se discuten los hallazgos de este estudio y se presentan las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

En este estudio se encontró mayor población de mujeres entre edades de 31-40 años, mayor población con parejas como también la mayor parte se dedica al trabajo doméstico no remunerado, y casi la mitad de la población en general, refieren haber cursado hasta nivel preparatoria. Rodríguez, 2013 menciona que la mujer va a los servicios de salud por condiciones biológicas como embarazo, atención posnatal y además culturalmente son quienes se encargan de velar por la salud de sus hijos.

En cuanto a los hallazgos en este estudio se reporta que un porcentaje elevado manifestó tener poco conocimiento acerca de la técnica de la Autoexploración Mamaria, lo cual resulta preocupante si le sumamos el porcentaje de mujeres que dijeron no conocerla; de esta forma podemos decir que dos terceras partes de las participantes no tienen conocimiento o poco al respecto sobre la AEM. Estos resultados son compatibles con Delgado, et al. (2016), Sánchez et al. (2016) & Díaz, et al. (2016). En contraste con Castillo et al. (2016) en mujeres del área rural de Cartagena. Pender, 2015 nos aclara a profundidad que las mujeres deben prestar *atención* (estar expectante ante lo que sucede), es decir, estar interesadas en conocer todo acerca de las bondades de la Autoexploración mamaria como técnica sencilla y económica de promoción de la salud. Por tanto el educador (profesionales de la salud) sobre todo el profesional de enfermería, juega un papel importante al momento de brindar información a las mujeres acerca de la AEM, la cual debe diseñar delicadamente una estrategia efectiva, eficaz para brindar una información clara, accesible y de calidad para garantizar un conocimiento completo y al mismo tiempo, estimular a la mujer a la retención de la información, de modo que recuerde lo que ha observado y aprendido, de este modo refleje una buena práctica de la técnica de la AEM, puesto que poseer poco conocimiento puede conducir a una práctica inadecuada (Bach-A y Bach-G, 2015.)

En lo referente a la variable actitudes hacia la AEM en este estudio se encontró que más de la mitad de la muestra tienen actitudes poco favorables, y tomando en cuenta los que mostraron actitudes desfavorables, podemos señalar que cerca del 90% de las mujeres

de este estudio mostraron actitudes poco o nada favorables, resultados muy similares al variable conocimiento. Datos similares de actitudes de indiferencia por Guevara et al (2017). Contrario a lo que señala Castillo et al. (2016) donde más de dos terceras partes presentaron actitudes adecuadas, Según lo manifestado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2015), para realizar la técnica de la AEM, tiene que estar presente una fuerte *motivación* es decir; una buena razón para querer adoptar esta conducta, en este apartado incluye el factor psicológico y cultural en gran medida las auto creencias: sentimientos, emociones, cultura o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia la conducta de la AEM. Se considera más probable que las mujeres se comprometan a adoptar esta conducta de promoción de salud cuando las influencias interpersonales como las personas importantes para ellas lo hacen, por tanto se apoyan de los beneficios percibidos o experiencias de efectividad a través de las conducta previas de familiares o personas cercanas a la mujer así como también del profesional de enfermería quien incita directamente a la mujer, en esta actividad de detección temprana de una enfermedad catastrófica cuando éste no se detecta a tiempo. Así mismo las influencias situacionales (sobrecarga de trabajo, atención en el hogar y en la familia, etc.) en el entorno influyen también de manera directa a aumentar o disminuir el compromiso de la mujer en la adopción de este plan de acción, como efectivamente lo menciona Sáenz y cols, (2011) en un estudio realizado en Lima Perú afirman que las mujeres no se realizan la AEM por falta de tiempo y frecuentemente se les olvida realizarlo y que no creen que sea importante la realización de esta técnica.

Así mismo en este estudio se evidencia que casi dos terceras partes de la muestra resultaron con prácticas inadecuadas acerca de la AEM. Resultado comparable, por Guevara et al (2017) en Lima Perú, Castillo et al. (2016) quien estudió en un área rural de Cartagena, Delgado et al. (2016) & Díaz et al. (2016) quienes reportaron dos terceras partes de mala práctica en estudiantes mujeres universitarias de pre-grado del área de la salud de la Universidad de Cartagena. En las prácticas de las mujeres sobre el AEM no existe discrepancia con los estudios ya señalados, por lo que hay similitud en los resultados obtenidos. Nuevamente Pender (2015) nos explica que las conductas promotoras de salud, son aquellas que inicia la mujer en cualquier etapa de su vida para incrementar o conservar el nivel de salud. Para que exista esta conducta promotora de salud en la mujer debe •

desarrollar la; *Habilidad* de reproducir la conducta, por tanto, para que se atreva a reproducir la técnica de la AEM, debe sentir una auto eficacia percibida en su persona (conocimientos) que para Castillo et al. (2016) no es suficiente el conocimiento que tiene las mujeres hacia el autoexamen de mama para tener una buena práctica de este, por tanto Pender (2015) nos reafirma que es imprescindible que la mujer se sienta capaz, segura, con confianza, con percepción de competencia en ella misma, para lograr el resultado final deseado que es precisamente la adopción de la conducta promotora de la salud (Autoexploración Mamaria cada mes).

La Autoexploración Mamaria de las mujeres en este estudio en relación al tiempo; solamente una quinta parte la realizan como corresponde adecuadamente cada mes, se aprecia también que una tercera parte de la muestra tienden a realizarla cada año, aunado a los porcentajes que corresponde a las mujeres que la ejecutan cada 15 días o cualquier día, se concluye que; más de la mitad de la muestra lo realiza de manera inadecuada en relación a la periodicidad. En cuanto a la frecuencia de las respuestas del ítem acerca de las prácticas de la AEM en relación al ciclo menstrual de la mujer, más de dos terceras partes señaló que lo realizan en cualquier día sin tomar en cuenta la menstruación, es decir menos de una tercera parte menciona realizarla de manera adecuada siguiendo las especificaciones de la normas, una semana después de la menstruación. Resultados similar a lo que da a conocer Castillo et al. (2016) reportando que la mayoría de las mujeres dieron a conocer que desconocen la frecuencia y el tiempo del ciclo menstrual en el cual, se debe realizar la AEM, lo que puede llevar a que se encuentren alteraciones derivadas de las acciones hormonales o que se ignoren problemas potencialmente perjudiciales para la mujer.

En este estudio la principal fuente de información de las mujeres acerca de la técnica de Autoexploración mamaria, destaca; la unidad de salud con 59%, el personal médico 3.2 %, personal de enfermería 4.3%, en pláticas educativas el 5.4%. Este resultado difiere de lo reportado por Sánchez et al.(2016) en su estudio realizado en Maracaibo, Venezuela, en donde reportan que las mujeres que llevaban a cabo la AEM lo hacían motivadas por los medios de comunicación social o por recomendación médica (29 %);, principalmente debido al temor a encontrar enfermedad. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, a pesar de la enorme difusión que los servicios de salud hacen

acerca de la práctica de AEM, siguen sin poseer el conocimiento alto, actitud adecuada y sobre todo una práctica adecuada como lo señala la Norma Oficial Mexicana [NOM]-041, 2011. Puede entenderse que la sola la información o demostración parcial o limitada no es suficiente, pues es necesaria el seguimiento por parte de los profesionales de la salud sobre el aprendizaje real de esta conducta de prevención del cáncer de mama como parte de un hábito de vida saludable en toda la población, por sobre todo en las zonas rurales o indígenas que carecen de recursos e infraestructuras de salud.

Por otro lado, se encontró también que la práctica de la autoexploración mamaria muestra una relación positiva débil con el conocimientos, es decir entre más conocimientos posean las mujeres sobre una correcta auto exploración mamaria mejor será la calidad de la práctica de la exploración de las glándulas mamarias. Este resultado es similar a lo obtenido por Bach-A y Bach-G (2015) en su estudio de la existencia de la relación entre el conocimiento y las prácticas del autoexamen de mamas. Aunque la práctica de la AEM no detecta el cáncer como tal, pero es de vital importancia para una detección oportuna y eficaz. Diversos estudios Zela, P. (2017) han permitido observar que las mujeres poseen conocimientos incompletos o errados, situación que las vuelve vulnerables al momento de ejercer la práctica de autoexamen de mamas.

## **Conclusiones**

En este estudio las participantes mostraron poco o nada de conocimiento acerca de la técnica de AEM.

Respecto a las actitudes hacia la práctica de AEM, los resultados mostraron que dos terceras partes de la muestra de mujeres estudiadas refieren tener actitudes poco o nada favorables hacia la práctica de AEM.

La evaluación de la práctica de AEM en esta muestra evidenció que el total de las participantes señaló que si realiza esta práctica, no obstante al indagar acerca del procedimiento prescrito por la NOM-041-SSA2-2011 se observó que sólo una tercera parte de la muestra, la realiza de acuerdo a este, mientras que la gran mayoría la realiza sin el procedimiento.

Se encontró una relación positiva y débil de la práctica de la AEM con el conocimiento de la misma, asimismo se encontró que la práctica de la AEM se relacionó débil y positivamente con la edad de las participantes.

### **Recomendaciones**

1. Hacer un llamado a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras organizaciones de la sociedad civil a trabajar juntos por hacer realidad la salud y el desarrollo humano sostenible a través de la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud de carácter intersectorial.
2. Realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, para la propuesta y realización de investigaciones en salud, que presenten el panorama real de la situación de salud de la población.
3. Exigencia de mayor Cobertura Universal de los Servicios de Salud para las mujeres indígenas.
4. Enfatizar aún más en la promoción y educación para la salud en la población de alto riesgo en zonas indígenas sobre la AEM, mediante; la creación de entornos o ambientes favorables, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud.
5. Realizar talleres de intervención y de seguimiento en donde se les enseñe y afiance la forma correcta de practicarlos, haciendo evaluaciones constantes en donde se corrobore que las mujeres lo han aprendido correctamente.
6. Desarrollar actividades de concientización y sensibilización en donde se informe los aspectos más importantes acerca del cáncer de mama, así como los riesgos, la incidencia, el pronóstico, entre las mujeres.
7. Exigir posibilidades de que a las mujeres, jóvenes y niñas indígenas realmente les lleguen los servicios de salud de forma culturalmente aceptable, en sus propios idiomas,

para que no solo se hable de curación sino de prevención; a fin de asegurar la sobrevivencia de las mujeres indígenas.

8. Diseñar estrategias de intervención que coadyuven en la detección temprana del CAMA, para una atención pronta y tratamientos oportunos para una mejor calidad de la vida en las mujeres.

9. Implementar dentro del plan de estudio de las universidades estrategias educativas para fortalecer los conocimientos que las estudiantes universitarias de área de la salud tienen acerca de la AEM.

10. Que los responsables de la unidad del Centro de Salud (CESSA) Buenavista Zona Indígena Yocot'an ubicado en la Villa Tamulté la Sabana, Centro, Tabasco, tomen como referencia los resultados obtenidos en la presente investigación, para la creación de campañas de salud en la prevención del cáncer de mama.

11. Posterior a éste estudio se sugiere realizar investigaciones de tipo intervención, para ampliar el panorama sobre la modificación de los comportamientos de las mujeres en la adopción de la AEM.

### **Limitaciones**

No tener mucha atención por parte de las mujeres al ser abordadas en su domicilio, refirió exceso de labores en el hogar.

No tener la facilidad de salir a entrevistar a las mujeres en su domicilio por inseguridad.

### **Referencias Bibliográficas**

- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud en Tabasco. *Salud en Tabasco, México*, 11(1-2), pp. 333-338. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- American Cancer Society. (2017). *Cáncer Facts & Figures 2017*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2017.html>
- American Psychological Asociación. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Asociación*. (3ª ed.). México: El manual moderno.
- Amorós, E. (2012). *Psicología organizacional*. Recuperado de: <http://unilatinaorganizacional.blogspot.com/2012/02/valores-actitudes-y-personalidad.html>
- Atienzo, E.; Marín, E.; Vara-Salazar, E.; Pelcastre-Villafuerte, B.; González. (2014). Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. *Salud Pública Mex*; 56:511-518. Recuperado de: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v56n5/v56n5a18.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v56n5/v56n5a18.pdf)
- Bach, Acuña J., Bach, Gutiérrez, P. (2015). *Autoexamen de mama en mujeres de edad fértil y su relación con el conocimiento y las prácticas preventivas en el puesto de salud Potao- Barranca* (Tesis para obtener el título de licenciatura). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Barranca. Huacho. Recuperado de: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/676>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Editorial: Inglewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. Recuperado de: [http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura\\_SocialLearningTheory.pdf](http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf)
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology review*; 84(2): 191-215. Recuperado de : [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Self-efficacy:+Toward+a+unifyng+theory+of+behavioral+change&author=Bandura+A](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Self-efficacy:+Toward+a+unifyng+theory+of+behavioral+change&author=Bandura+A)

&publication\_year=1977&journal=Psychology+review.&volume=84&issue=2&pages=191-215

- Burns, N. & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, Critique & Utilization*. (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia, Pennsylvania, USA: W. B. Saunders Company.
- Castillo, I.; Bohórquez, C.; Palomino, J.; Elles, L.; Montero, L. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgacion Científica*, 19 (1), 5-14.  
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v19n1/v19n1a02.pdf>
- Cunningham, M. (2018) Cáncer de Mama, afecta cada vez más a las mujeres jóvenes indígenas de la región. Recuperado de:  
<https://www.filac.org/wp/comunicacion/filac-informa/cancer-de-mama-afecta-cada-vez-mas-a-las-mujeres-y-jovenes-indigenas-de-la-region/>
- Collazo, V. (2005). De la mujer a una mujer otras Miradas, 5(2). Universidad de los Andes Mérida, Venezuela <https://www.redalyc.org/pdf/183/18350201.pdf>
- Conapo. (2015). Infografía de población indígena en México. Recuperado de:  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/121653/Infografia\\_INDI\\_FINAL\\_08082016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/121653/Infografia_INDI_FINAL_08082016.pdf)
- Delgado, E; López, V., Uriostegui L., Barajas T. (2016). Conocimiento y perspectiva sobre la autoexploración de mamas y su realización periódica en mujeres. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3). Delegación Jalisco, México.
- Díaz, S., González, F., García, B., Rodríguez O. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de seno en estudiantes del área de la salud de la universidad de Cartagena (Tesis para obtener el grado de licenciatura). Universidad de Cartagena. Disponible en:  
<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/4225/1/Informe%20final.%20Conocimientos%20actitudes%20y%20practicass%20de%20autoexamen%20de%20seno.pdf>
- Feather NT. (1982). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Gálvez, M., Rodríguez, L., Rodríguez, C. (2015). Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 31(2), 134-142 Recuperado de:

[file:///C:/Users/lopez/Downloads/Conocimiento\\_sobre\\_autoexamen\\_de\\_mama\\_en\\_mujeres\\_d%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lopez/Downloads/Conocimiento_sobre_autoexamen_de_mama_en_mujeres_d%20(1).pdf)

Guevara, L., Carol, E. (2017). Actitudes y prácticas de autoexamen de mama en mujeres de 18 a 45 años que acuden al centro de salud “Milagro de la fraternidad” Octubre 2016 (Tesis para obtener el grado de licenciatura). Universidad privada de San Juan Bautista, Lima, Perú. Recuperado de:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/533>

Globocan. (2018). Disponible en:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=estadisticas-mapas-4868&alias=46503-epidemiologia-cancer-de-mama-en-las-americas-2018&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=estadisticas-mapas-4868&alias=46503-epidemiologia-cancer-de-mama-en-las-americas-2018&Itemid=270&lang=es)

González-Muñoz, L.; Meléndez-Morales, J. Santana-Chávez, L.; Zepeda-Flores, S.; (2015). Efectividad de la autoexploración Mamaria supervisada como estrategia educativa. *Revista Ginecol Obstet Mex*; 83(1), 522-528. Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom159c.pdf>

Gutiérrez-Aguado, A. (2012). Costo utilidad de intervenciones preventivas para cáncer de mama en el Perú. *Rev. Peru. ginecol. Obstet.* 58(4). Lima. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322012000400003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400003)

Hernández S., Fernández C., Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGraw-Hill-Interamericana.

International agency for research on cancer. 2019. Mundo. Disponible.

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>

IARC. (2018). África. Recuperado de

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/903-africa-fact-sheets.pdf>

IARC. 2018. WHO Americas región (PAHO). Recuperado de:

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/992-who-americas-region-paho-fact-sheets.pdf>

International Agency for research on cáncer. 2018. México. Disponible en:

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>

International Agency for research on cáncer. 2018 WHO Americas Región (PAHO).

Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/992-who-americas-region-paho-fact-sheets.pdf>

IMSS. (2017). Cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>

IMSS. (2017). Hábitos saludables para prevenir el CÁMAMA. Recuperado de:

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/blog-salud/habitos-saludables-prevencion-cancermama>

IMSS. (2017). La autoexploración. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama/autoexploracion>

INEGI / SINAI. (2017). Certificados de defunción.

INEGI. (2018). Estadísticas a propósito de día mundial contra el cáncer (4 de febrero).

Comunicado de prensa n. 61/18 pp. 1/13. Recuperado de:

[http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018\\_Nal.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf)

Información Estadística de CÁMAMA. (2016). Programa de acción. Disponible en

<https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama>

Instituto Nacional de Cáncer. (2015) Estadificación del cáncer. Recuperado de.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>

Instituto Nacional del Cáncer. (2018). Tratamiento del cáncer de seno (mama) durante el embarazo (PDQ®)–Versión para pacientes. Recuperado de:

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-embarazo-pdq>

Información económica y estatal. (2018). Recuperado de:

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/302697/tabasco\\_2018\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/302697/tabasco_2018_02.pdf)

- Medlineplus. (2018). Cuál es su riesgo de CAMA. Recuperado de:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000830.htm>
- Nde, F. P., Assob, J. C., Kwenti, T. E., Njunda, A. L., & Tainenbe, T. R. (2015). Knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea. *BMC Research notes*, 8, 43. doi:10.1186/s13104-015-1004-4. Disponible en  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414436/>
- Pender, N.; Murdaugh, C.; Parsons. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Pearson.
- Pender, N.; Murdaugh, C.; Parsons. (2015). *Health promotion in nursing practice*. 7th ed. Pearson.
- Ramírez, A. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(3), pp. 218-220. Perú. Recuperado de: <file:///C:/Users/lopez/Downloads/943-3193-1-PB.pdf>
- Real academia española. (2019). Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=Q1vMnRp>
- Rubio, J. (2014). Censos y población indígena en México Algunas reflexiones. Conapo. Recuperado de:  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36858/S1420252\\_es.pdf;jsessionid=DBE22D7EBAE2247B2BC0441FC8380F27?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36858/S1420252_es.pdf;jsessionid=DBE22D7EBAE2247B2BC0441FC8380F27?sequence=1)
- Santana, L., Zepeda, S., González, L., Meléndez, J. (2015). Efectividad de la autoexploración mamaria supervisada como estrategia educativa. *Ginecología y obstetricia de México*, 83(9), 522-528. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom159c.pdf>
- Sánchez, Y., Urdaneta J., Villalobos, N., Contreras, A., García, J., Zambrano, N., Villalobos de Vega, S., Cepeda de Villalobos, M. (2016). Conocimiento sobre CAMA y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. *Revista Venezolana de Oncología*, 28 (1), pp. 37-51. Recuperado de:  
<httpwww.redalyc.orgpdf3756375643222006.pdf>

Secretaría de Salud. (2011). Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. (16ª. Ed.)  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.  
México: Porrúa.

Secretaría de salud. (2011). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la  
prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del  
CAMA. México: Diario Oficial de la Federación. Disponible en:  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM\\_041\\_SS  
A2\\_2011.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SS<br/>A2_2011.pdf)

Secretaría de Salud. 2015. Autoexploración de Mamas. Recuperado de:  
[https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-  
autoexploracion-de-mamas](https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-<br/>autoexploracion-de-mamas)

Secretaría de salud. (2017). Prevención tamizaje y referencia oportuna de casos  
sospechosos de CAMA, en el primer nivel de atención. *Guía de práctica clínica*.  
México: Disponible en: [http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-  
08/ER.pdf](http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-001-<br/>08/ER.pdf).

Secretaría de administración e innovación gubernamental.(2019).Regiones de Tabasco.  
Recuperado de: <https://tabasco.gob.mx/regiones-de-tabasco>

Sulbarán, D. (2009). Medición de actitudes. Universidad central de Venezuela, Caracas.  
Recuperado de: [https://psicoexperimental.files.wordpress.com/2011/03/dimas-sulbaran-  
escalas-de-actitudes1.pdf](https://psicoexperimental.files.wordpress.com/2011/03/dimas-sulbaran-<br/>escalas-de-actitudes1.pdf)

## Anexo I

### Consentimiento informado

Se me ha solicitado que lea este material para asegurarme de estar informada de la naturaleza del estudio. Esta invitación a participar voluntariamente en el llenado de 3 cuestionarios, es con el propósito de identificar cual es mi conocimiento, actitudes y prácticas de la autoexploración mamaria. Se me ha explicado porque motivo me han seleccionado, algunos motivos son que; soy mujer de edad entre 20 a 69 años.

Los beneficios que tendré al participar en este estudio son conocer cuál es el nivel de conocimiento actitudes y las prácticas sobre mi autoexploración mamaria, y en caso necesario ser referida a alguna institución de salud para atender algún aspecto que amerite ser atendida de acuerdo a las valoraciones que se me haga. Comprendo que toda información que proporcione será manejada en forma confidencial, segura y bajo llave de ser posible, y solo el investigador principal y personal de la investigación tendrá acceso a ella. Mi nombre no será mencionado, solo mis iniciales para que no haya forma de identificación alguna. Entiendo que para participar en esta investigación no tendré que pagar nada así como tampoco no recibiré recompensa alguna, la única recompensa que tendré son los descritos anteriormente. Comprendo o que el riesgo de mi participación en este estudio es mínimo.

He sido satisfactoriamente informada de los métodos y beneficios; así como también se me contestaran las dudas que me surjan y si tengo alguna duda en el futuro puedo preguntar en cualquier momento que lo desee. Mi participación es libre y puedo retirarme en cualquier momento, si así fuera mi ausencia no repercutirá en mi atención médica u otro procedimiento. Conociendo todo lo anterior doy mi consentimiento para participar en este proyecto.

Firma del participante

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del investigador principal

Fecha \_\_\_\_\_

Copia del Investigador Principal \_\_\_\_\_ Copia del participante \_\_\_\_\_



### Anexo III

#### Guía de entrevista estructurada



**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO  
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COORDINACIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS FAMILIAR**

**GUÍA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA  
CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE AUTOEXPLORACION MAMARIA**

**Localidad:** \_\_\_\_\_ **Fecha y hora:** \_\_\_\_\_ **Folio** \_\_\_\_\_

Este material, es una guía de encuesta dirigida a las mujeres de 20 a 69 años, con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la autoexploración mamaria y agradecer de antemano profundamente su participación.

#### I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y FACTORES DE RIESGO

**Instrucciones:** Lea cada apartado luego complete los espacios en blanco o encierra en un círculo según sea el caso.

**Edad:** \_\_\_\_\_ **N. De hijos:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Años de estudio** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Tiene pareja:** a) Si b) No **Edad del 1er. Embarazo** \_\_\_\_\_ **Edad de su 1era. Regla o menstruación:** \_\_\_\_\_

**Edad de su última regla o menstruación** \_\_\_\_\_

**En los últimos 5 años ha consumido tabletas o inyecciones anticonceptivas.** a) Si b) No

**Alguna mujer en su familia ha tenido CAMA:** a) Si b) No

**¿Quiénes?** A) Ninguna b) Tía c) hermana d) Hija c) Mamá

**Se ha tomado Rx de pecho.** a) Si b) No

**Como describe su Alimentación.** a) Alto en azúcares y grasas b) Bajo en azúcares y grasas

**Toma alguna bebida con cerveza u alcohol** a) Si b) No **¿fuma?** a) Si b) No

**¿Cuál fue el medio en que usted escuchó sobre la autoexploración mamaria.**

a) Radio b) Televisión c) Centro de salud d) Médico e) Enfermera f) Plática Otros \_\_\_\_\_

#### 11. CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Lea y marque con una (x) en la columna derecha

No	Ítems	Si	No
1.	Alguna vez ha oído hablar de la autoexploración mamaria?		
2.	Sabe que la autoexploración mamaria es importante en la detección temprana del AMA?		
3.	Sabe que la autoexploración mamaria debe realizarse mensualmente?		
4.	Conoce las 3 posiciones para realizar la autoexploración mamaria?		

5.	Sabe usted qué hay que buscar al realizar la autoexploración mamaria? bolitas, undimientos, retracciones de pezones , secreciones		
6.	Sabe que la autoexploración mamaria no es el único método para la detección temprana el CAMA?		
7.	Conoce la edad para comenzar la autoexploración mamaria?		
8.	Sabe cuándo deben realizar la autoexploración mamaria las mujeres con menstruación regular?		
9.	Sabe que las mujeres se deben realizar autoexploración mamaria en un día específico de cada mes?		
10.	Sabe que la autoexploración mamaria se realiza solo alrededor del seno?		
11	Sabe que las mujeres con problemas de menopausia tienen un alto riesgo de CAMA?		
12	Conoce si las mujeres deben realizarse autoexploración mamaria incluso si no sienten ninguna anormalidad?		
13	Sabe que el seno se debe palpar por los tres dedos continuos sin levantar los dedos?		
14	Sabe que cuando un seno tiene un historial de cáncer, el otro también es muy probable que tenga?		

### III. ACTITUDES HACIA LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

Lea cada Ítems y marque con una "X" en la columna derecha según su respuesta

No	Ítems	De Acuerdo	Desacuerdo	Indeciso
15	+Puede encontrar el CAMA por mí misma.	2	1	0
16	-Tiene miedo de detectarse el CAMA.	0	1	2
17	+Para Ud. la detección de anomalías con autoexploración mamaria es importante y útil.	2	1	0
18	+La publicidad o las campañas lo han motivado a detectar el CAMA por mí misma	2	1	0
19	-Para usted la autoexploración mamaria es una práctica "vergonzosa".	0	1	2
20	-Para usted la autoexploración mamaria es inútil.	0	1	2
21	-La detección de la etapa temprana del CAMA es un deber de los médicos y enfermeras y de usted.	0	1	2
22	+ Ver que a una mujer le extirparon la mama, le puede motivar a detectarse el CAMA.	2	1	0
23	-Se haría la autoexploración mamaria, si conociera a otra mujer con CAMA.	0	1	2
24	+ Usted se revisa y explora sus porque se quiere y cuida.	2	1	0

#### IV. PRACTICAS DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

25. ¿Usted se ha realizado la autoexploración mamaria? a) sí b) no

Si su respuesta es "sí" continua la entrevista. Si su respuesta es **no**, habrá terminado la entrevista

26. ¿Con que frecuencia se realiza usted la autoexploración mamaria?

- a) Todos los días  
 b) Cada quince días Respuesta Incorrecta=0  
 c) Cada mes Respuesta Correcta=1  
 d) Cada año

27. En relación al ciclo menstrual, la autoexploración mamaria lo realiza:

- a) Durante la menstruación Respuesta Incorrecta=0  
 b) Una semana antes de la menstruación Respuesta Correcta=1  
 c) Cualquier día sin importar la menstruación  
 d) Una semana después de la menstruación

¿Qué pasos realiza usted en la autoexploración mamaria? Coloque (x) en los recuadros de la derecha.

Enunciado	Si	No
28. Observa frente al espejo las características de la mama y el pezón.		
29. Observa las mamas con los brazos caídos, manos en la cintura y detrás de la cabeza.		
30. Pone su mano izquierda detrás de la cabeza y palpa la mama izquierda con la mano derecha en forma		
31. Pone su mano derecha detrás de la cabeza y palpa la mama derecha con la mano izquierda		
32. Realiza la exploración hasta el área cercana a la axila.		
33. Palpa sus mamas con la yema de los dedos en forma circular, para buscar cualquier alteración		
34. Presiona el pezón para comprobar si sale alguna secreción.		
35. ¿Alguna vez, usted se ha hecho otras detecciones de CAMA?		

36. ¿de acuerdo a su edad qué medios de detección del cáncer de mama se ha realizado usted?

- a) Examen Clínico de las mamas  
 b) Mastografía o Mamografía  
 c) Ultrasonido  
 d) Resonancia magnética

### Anexo III

#### Plan administrativo

##### Presupuesto

Es efectuar el cómputo anticipado de los gastos, costos de la obra o actividad e ingresos que necesaria o probablemente han de resultar al realizarse una actividad.

##### Recursos

##### 1. Humanos:

Investigador principal: Guadalupe del Carmen Gómez Encino

Director:

Asesor metodológico:

Asesor estadístico:

Encuestadores (5):

##### 2. Físicos:

Área física: se hará uso de las salas de espera del centro de salud de la Villa Tamulté la Sabana, Centro, Tabasco para la realización de las encuestas.

Formatos de recolección de la información: Copias de encuestas.

Papelería: Computadora personal, hojas y copias para las encuestas y consentimiento informado, lápices.

##### 3. Financieros:

Costos y gastos que el proyecto va a generar (Anexo F). Todo calculado en función del cronograma de actividades (Anexo G).

Cantidad	Conceptos	Precio unitario	Total
1	Personal investigativo	\$100 X 24 meses	73,000
2	Co- investigadores x hora	\$1000 c/u x 24 meses	48,000
1	Asesor metodológico	\$1000 x 24 hrs.	24,000
4	Asesor estadístico x hora	\$1000 x 15 días x	15000
	Auxiliar de investigación (Recolectores de datos)	100 x 30 días	3000
1000	Materiales y equipos		
	Copias	\$1.000 X1000	1,000
153	lápices	153 X \$8.000	1,224
1	computadora	15,000	15000
1	impresora multifuncional	8,000	8,000
	Costos varios		
96	Pasajes	\$100 X4 x24 m	9600
96	Alimentación	\$100 X4 x24 m	9600
	Total		\$ 207,,024



