

**PRÁCTICA ADECUADA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA EN MUJERES
MAYORES DE 20 AÑOS RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE MONTERÍA
EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA -2015**

**Presentado por
LERCY LUCÍA LÓPEZ HOYOS**

**Asesor.
Mg. IRMA YOLANDA CASTILLO AVILA.**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
MAESTRIA EN ENFERMERIA
2015.**

TABLA DE CONTENIDO

Lista De Tablas	4
Lista De Anexos	5
Resumen	6
Abstract.....	7
1. Introducción	8
2. Planteamiento Del Problema.....	9
3. Objetivos	14
3.1. Objetivo General.....	14
3.2. Objetivos Específicos	14
4. Marco Teórico.....	15
4.1. Practica adecuada del autoexamen de mama.....	15
4.2. Autoexamen De Mama	15
4.3. Técnica Para La Realización Del Autoexamen De Mama.....	16
4.4. Examen Clínico.....	16
4.5. Mamografía.....	17
4.5.1 Utilidad	17
4.6. Norma técnica para la realización del autoexamen de mama.....	19
4.7. Factores que favorecen o limitan la práctica del autoexamen de mama desde la perspectiva del modelo de promocion de la salud de nola pender.....	20
4.8. Modelo de promoción de la salud de nola pender y su utilidad para el análisis de la práctica adecuada del auoexamen de mama.	23
4.9. El papel de enfermería en la prevención del cáncer de mama, desde el modelo de promocion de la salud de nola pender.....	25
4.10.Prevencción.	26
4.11. Detección precoz desde la perspectiva de la enfermería.	26
5. Diseño metodológico.....	27
5.1. Tipo de estudio.....	27
5.2. Enfoque	27
5.3. Población	27
5.4. Muestra	27
5.5. Calculo tamaño de muestra.....	27
5.6. Tipo de muestreo	28

5.7. Criterios	29
5.7. 1. Criterios de inclusión	29
5.7.2. Criterios de exclusión	29
5.8. Procedimiento para la recolección de la información.....	29
5.9. Instrumentos.....	29
5.10.Tabulación y procesamiento de la información	30
5.11.Variables	30
6. Tabla operacionalización de variables	32
7. Consideraciones Éticas.....	36
8. Resultados.	37
9. Discusión.....	41
10.Conclusión.....	46
11.Recomendaciones	48
12. Bibliografía.....	49
13.Anexos.....	55

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Variables Socio demográficas de las mujeres participantes. Montería 2015.....	54
TABLA 2. Distribución según las necesidades de Salud de las mujeres participantes Montería 2015.....	56
TABLA 3. Distribución según la práctica del Autoexamen de Mama de las mujeres del municipio de Montería 2015.....	56
TABLA 4. Distribución de la valoración dela funcionalidad familiar – APGAR de las mujeres en el municipio de Montería 2015.....	59
TABLA 5 Escala para medir Autoestima de las mujeres en el municipio de Montería 2015.....	59
TABLA 6. Escala Auto-eficacia general percibida de las mujeres en el municipio de Montería 2.015.....	59

LISTA DE ANEXOS

1.	Anexos 1. Consentimiento informado.....	49
2.	Anexos 2. Formato de Encuesta.....	50
3.	Anexos 3. Tablas de resultados	54

RESUMEN

Objetivo: Determinar la práctica adecuada del autoexamen de mama en las mujeres mayores de 20 años residentes en la ciudad de Montería, en el Departamento de Córdoba.

Metodología: Estudio descriptivo, con una población de referencia de 156.928, y un tamaño de muestra estimado de 867 mujeres, mayores de 20 años, calculado utilizando la fórmula para poblaciones finitas con los siguientes parámetros: Nivel de confianza de 95%, prevalencia del evento de 50%, y un margen de error del 3.5%. Las mujeres fueron seleccionadas en los barrios, utilizando un muestreo en varias etapas, primero estratificado según el número de mujeres en cada barrio y al azar de las manzanas de los barrios a escoger. La información recogida fue incluida en una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows 7.0 y procesada en el programa estadístico SPSS versión 19.

Resultados: Participaron 867 mujeres, con un promedio de edad de 36,2 años (DE= 13,0), el 72,6% (629) se practica el autoexamen de mama, de éstas, el 61,9% (536) asume esta práctica con una frecuencia mensual, el 17,2% (149) realiza la práctica entre el cuarto y décimo día, tal como lo plantea la norma técnica, 35,5% (307) usa la observación y palpación para examinarse, el 65,9% (571) han recibido información por parte del personal de salud acerca del autoexamen de mama sólo el 2% (20) de las participantes encuestadas realizan de manera adecuada esta práctica.

Conclusiones: En la ciudad de Montería, las mujeres mayores de 20 años tienen una inadecuada práctica del autoexamen de mama, algunas de las razones de estos resultados giran en torno a no considerarlo necesario, la pereza, la falta de compromiso frente al autocuidado y la prevención; situaciones que generan mayores riesgos para la salud y reducen la posibilidad de descubrir cualquier alteración que pueda enfrentarse a tiempo.

Palabras claves: *Autoexamen de mama, cáncer de mama, prácticas, salud de la mujer* (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the suitable practice of breast self-examination checking in women of 20 years old resident from Montería city at Cordoba department.

Methodology: Descriptive study, with a reference population of 156.928 and an estimated sample size of 867 women over 20 years calculated by using the formula for finite population with the following parameters confidence levels of 95% prevalence of the event of 50% and a margin of error of 3.5% women were selected in the neighborhoods, using a multistage sampling, but first of all stratified according to the number of women in each neighborhood and so considering a cluster randomization applies neighborhood to choose. All collected information was included in a Microsoft excel spreadsheet window 7.0 and processed in a statistical program SPSS version 19.

Results: Study participants were 867 women with an average age of 36,2 years old, (DE= 13,0) 72,6% (629) had ever completed the self-mama practiced but only 61,9% (536) assume this practice with a monthly frequency, 17,2%(149) carry out the practice between the fourth and tenth day as well as the technical regulations explain, 35,5%(307) use the observation and palpation for the exam, 65,9% (571) have received information by the health personnel about the self-breast examination and only 2% (20) of survey women carry out this practice adequately.

Conclusions: In Monteria city, women of 20 years old have inadequate practice of breast self-examination, some reason of these results goes around not to be considered necessary, laziness, not compromises in the self-care and prevention, situation in greater health risks and diminish the possibility to discover whatever alteration to detect on tome.

Keyboard: *Breast self-examination, breast cancer, practices, women health.*

1. INTRODUCCIÓN

La mujer juega un papel muy importante en la sociedad, actualmente se ha visto afectada por problemas de carácter prioritario en salud pública, como lo es el cáncer de mama, considerado la segunda causa de muerte a nivel mundial. (1, 2)

El cáncer de mama es una enfermedad de impacto mundial, con alta prevalencia en países desarrollados y en desarrollo. (3) En Colombia, muestra una tendencia sostenida, ocupando el primer lugar en la incidencia, lo que resalta la importancia de dar atención a este flagelo mundial. (4)

Por la alta incidencia de esta patología la Organización Mundial de la salud promueve el autoexamen de mama y la mamografía, constituyéndolas como las técnicas más importantes de la detección temprana del cáncer, siendo el autoexamen de seno uno de los métodos más eficaces que tiene la mujer a su alcance para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, porque empodera a la mujer de su propia salud y cuidado del cuerpo, además promueve la toma de conciencia tanto en mujeres que se consideran totalmente sanas como en las que presentan factores de riesgo. (1) También es una forma de estimular a la mujer en el conocimiento de sus senos en forma, superficie, consistencia y textura para de esta forma tener la posibilidad de informar al personal de salud sobre los cambios o alteraciones que encuentre al momento de la exploración. (2, 3)

Por esta razón una práctica adecuada del autoexamen de mama puede conllevar a que se pueda dar una detección temprana y un tratamiento oportuno para el cáncer, de esta forma mejorar la calidad de vida, disminuir los tratamientos agresivos y los efectos psicosociales. (5)

A pesar de que el autoexamen de mama es un método sencillo, fácil y gratuito, no siempre la práctica es adecuada. Por tanto, este estudio en el primer capítulo aborda el tema, problema de investigación y justificación resaltando la importancia de su análisis para la disciplina de enfermería, incluyendo como un aporte importante los planteamientos y antecedentes de investigación, que han usado el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Seguidamente se detallan los objetivos propuestos, que guían el avance de la propuesta y permiten generar información útil, para la organización y planeación de las actividades de cuidado de la salud en este grupo de mujeres. El segundo capítulo del documento, presenta las bases conceptuales, legales y teóricas que argumentan la realización de este estudio, seguidas del marco metodológico, donde se tallan aspectos relevantes del diseño, como la determinación de la población, la estimación del tamaño de muestra, el muestreo, así como los instrumentos y técnicas para la recolección y análisis de la información.

Por último, se presentan el análisis de los resultados obtenidos y la discusión de los mismo, que busca dar sentido y explicar la información a la luz de los antecedentes investigativos y referentes conceptuales y teóricos utilizados.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno y se constituye en una de las principales causas de muerte en mujeres. Según estadísticas proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2015, señala que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esta enfermedad. De acuerdo con este informe se establece que el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo. (1)

Según las estadísticas mundiales, esta patología se presenta por igual tanto en países desarrollados (740.000 casos) como en aquéllos, en vías de desarrollo (883.000 casos). Así mismo, esta patología es la quinta causa de muerte por cáncer en general (522.000 muertes), la causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres de regiones menos desarrolladas (324 000 defunciones, 14,3% del total), y la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas (198.000 muertes 15,4%). (2)

En América Latina, para el año 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó que más de 596.000 casos nuevos de cáncer de mama y 142.100 fallecieron a causa de esta enfermedad. Según las proyecciones de esta entidad, el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030. Así mismo, la proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en América Latina y el Caribe (57%) que en Norteamérica (41%). (3)

Estas cifras también cobran vigencia en Colombia, donde la patología muestra una tendencia sostenida, ocupando el primer lugar en la incidencia con 8600 nuevos casos, según cifras presentadas por el Ministerio de Salud Nacional en el año 2014. (5) Para el año 2011 se presentó una tasa de mortalidad por cáncer de seno de 10.01 por 100.000 habitantes, siendo los departamentos donde se presentaron tasas superiores a 10 muertes por 100.000: Valle del Cauca, San Andrés, Atlántico, Risaralda, Antioquia, Caldas, Tolima, Bogotá, Huila, Quindío, Boyacá, Norte de Santander y Meta, siendo el cáncer de seno la tercer causa de mortalidad por cáncer en mujeres después del cáncer de cuello uterino y de estómago. Los mayores riesgos de muerte coinciden con la ubicación de las capitales departamentales, específicamente en Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Medellín, Bogotá y Cali. (6)

Para el caso específico del departamento de Córdoba, según datos de la Secretaría Departamental de salud, para el año 2012 se registraron 63 casos a nivel de departamento, lo que podría estar rodeado de un sub-registro, debido a la falta de puntualidad en el reporte por parte de las EPS y las IPS. De estos casos, 40 corresponden a la capital cordobesa, Montería. Distribuyéndose según la ubicación en: tumor maligno del cuadrante superior externo 25 casos, tumor maligno de la mama en parte no especificada con 23 casos, y el tumor maligno de la porción central de la mama con 10 casos. Todos los casos, excepto uno, son mujeres mayores de 25 años, de acuerdo con el RIPS, suministrado por la Secretaría de Salud Departamental. (7,8) Lo anterior, señala la importancia de las actividades de prevención que deben ser realizadas alrededor de esta patología.

Para la detección temprana del cáncer de mama existen tres estrategias claramente definidas: la detección temprana sin tamizaje, el tamizaje de oportunidad y el tamizaje organizado. (9) El diagnóstico temprano unido a los avances en el tratamiento, puede mostrar una mejora de los resultados y aumentar la supervivencia.(10)

Según la Norma Técnica Colombiana de Detección Temprana de Cáncer de Mama recomienda brindar a todas las mujeres mayores de 20 años, educación, sobre la forma correcta de realizarlo y cualquier hallazgo anómalo, que deba informar al médico. (11) Esta norma implica que la mujer realice una palpación completa de las mamas, incluyendo el pezón, del cuarto al décimo día después del periodo menstrual, de forma mensual. En la actualidad diversos autores plantean la efectividad del Autoexamen de Mama, por lo que es el primer elemento dentro del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, donde el 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer. (12)

La necesidad de realizar tempranamente el diagnóstico del cáncer de mama y de ejecutar acciones de salud encaminadas a enseñar y divulgar los procedimientos para el autoexamen mamario de manera correcta, es fundamental para combatir con eficacia esta enfermedad. En Colombia las cifras de mujeres que se han practicado el autoexamen y la frecuencia con la que se lo realizan, se presentan según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), al respecto cabe destacar que de una muestra de 35.930 mujeres. El 62% manifestó habérselo realizado y el mayor porcentaje de esta práctica se reportó en el Valle con un 73%, contrastando con el Vaupés que es el departamento donde menos se lo practican 24%. (13)

Asimismo, el 39% declaró hacerse el autoexamen cada mes, el 10%, dicen hacérselo a diario, 9% lo hace cada seis meses, 6%, lo hace semanalmente, 5%, lo ha hecho sólo una vez. Es de resaltar los momentos en que se hacen el autoexamen de seno, de las mujeres que declararon hacerse el autoexamen, el 62% dijo hacérselo en cualquier momento del ciclo menstrual, el 14% lo hace 4 a 10 días después de la menstruación, el 7% refirió hacérselo 4 a 10 días antes de la menstruación y el 1% manifestó que lo hace siempre en el mismo momento. La proporción de mujeres que manifestó hacérselo en cualquier momento fue mayor entre las mujeres de 50 a 69 años de edad 75%. Analizando los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, en el departamento de Córdoba, un dato relevante lo constituye que del total de mujeres encuestadas a nivel nacional el 2.13% de este departamento se han practicado el examen en distintos momentos del ciclo menstrual, destacándose el hecho que el 72,8% realiza la práctica del autoexamen en cualquier momento, lo que evidencia una práctica inadecuada que puede deberse al desconocimiento para llevar a cabo un adecuado autoexamen de mama. (13)

La correcta realización del autoexamen de mama en términos de frecuencia y técnica de autoexamen de mama está asociada a diferentes agentes. En Caerá (Brasil) un estudio realizado sobre la práctica de este examen, en usuarias del sistema único de salud el 55% consideraron hacérselo en algún momento, el 45% de ellas no se lo realizan por desconocimiento y olvido entre otras razones. (14)

Según Canaval y Sánchez, encontraron que aunque el 97.2% de las mujeres considera que es muy importante realizar el autoexamen de mama, sólo el 34,3% lo realiza todos los

meses, el 72,9% afirmó ser capaz de llevarla a cabo, aunque en la pregunta sobre barreras para la realización de autoexamen de mama, el 54% expresó tener dificultades a la hora que lo realiza y el 22% presentaba antecedentes familiares de cáncer de mama. (15)

Son abundantes los casos en los que las barreras sociales y culturales limitan la accesibilidad de las usuarias a los programas de detección temprana del cáncer de mama. Muchos se relacionan con el desconocimiento y el temor frente al sufrimiento de la muerte, la posibilidad de pérdida del entorno familiar y del **autoestima**, por otro lado los mitos alimentados desde los miedos como la incurabilidad del cáncer, lleva a percibirlo como sinónimo de muerte y genera sentimientos de angustia, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación externa y sobreprotección. (9)

Es desde el rol de enfermería, tal como lo explica Nola Pender en su modelo de promoción de la salud, como se identifican experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud, los cuales de acuerdo con este enfoque son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de las conductas. (16)

Estas conductas pueden afectar de forma positiva o negativa los comportamientos determinados, y pueden ser modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. (16) En este sentido es importante que las mujeres expuestas a sufrir cáncer de mama a causa de las prácticas inadecuadas, en la realización del autoexamen, asuman estilos de vida que favorezcan conductas saludables que conlleven hacia el autocuidado y la promoción de la salud. Para ello, debe tenerse en cuenta ciertos elementos de orden psicológico como la atención, la retención, la reproducción y la motivación, todo orientado bajo una intencionalidad que debe ser motivada. Una estrategia para lograr este cometido es la adecuada realización del autoexamen, como una práctica sencilla, útil y de muy bajo costo, pero eficaz a la hora de conocer las características, forma, superficie y textura del seno y sospechar ante algún cambio o anomalía. Estas prácticas le posibilitan detectar de forma temprana el cáncer de mama. (17), por ello es fundamental utilizar el sustento del modelo de promoción de la salud de Nola Pender, como aporte a la profesión de enfermería, donde a la luz de la teoría se pueden identificar los componentes que se relacionan con la práctica adecuada del autoexamen de mama y se construyen las bases para diseñar acciones que permitan promover tomas de decisiones acertadas y la modificación de conductas de riesgos.

En este paradigma de prevención el modelo teórico propuesto por Nola Pender, se relacionan concepciones, creencias e ideas que tienen las mujeres que se realizan el autoexamen de mama con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, la utilización de los servicios de salud y la concepción que se tiene de cultura. (18) Este planteamiento sustenta, la trascendencia del papel que puede cumplir el profesional de la enfermería, quien a través de su actuar, puede influir de forma directa en la aplicación de medidas que permitan detectar en forma temprana el cáncer de mama, dada su capacidad para compartir información de calidad e intervenir mediante actividades de promoción, prevención y de conductas tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo, razón por la cual se propone el análisis en contexto de las

prácticas adecuadas de la realización del autoexamen en la ciudad de Montería en el departamento de Córdoba, con el fin de identificar, en la población femenina el conocimiento que se tiene al respecto de estas prácticas. (18)

El contexto en el que se desarrolla el profesional de enfermería es muy diverso, dado que puede intervenir desde el rol asistencial, educativo, investigativo, administrativo, pero es desde el rol social, como se proporciona un servicio a la comunidad, asistiendo a las personas que necesitan ayuda, labor que requiere coherencia, valores y actitudes que le permitan actuar a este profesional de forma responsable. La situación objeto de estudio exige que la enfermera acceda a una problemática que aqueja a una población que en muchas ocasiones se encuentra vulnerable por el desconocimiento de prácticas adecuadas para prevenir enfermedades. (19)

Se dispone entonces de la necesidad de participación del profesional de enfermería, que oriente a la población sobre el cuidado de la salud a través de la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud como el de Nola Pender, que ofrece estrategias para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, correspondiéndole a este profesional comprender el proceso salud-enfermedad, así como apoyar a la práctica de su ejercicio dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas. (19)

Frente a esa realidad, el profesional de enfermería está llamado a asumir también un rol educativo en la detección precoz del cáncer de mama, pues es el responsable de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades. Es por ello que, se hace importante conocer las medidas de prevención primaria que apuntan a identificar y fortalecer las conductas saludables protectores del cáncer de mama; las medidas de prevención secundaria, en la detección precoz mediante la técnica del autoexamen mamario. (20)

Teniendo en cuenta lo propuesto, el profesional en enfermería, enfoca su servicio hacia el cuidado y la preservación de la salud en las personas, ayudando a satisfacer necesidades de atención y bienestar. Luego entonces, es a través del personal de enfermería, quienes tienen contacto con este tipo de población vulnerable al cáncer de mama, como se puede llegar a establecer prácticas adecuadas en lo concerniente al autoexamen, con la finalidad de detectar en su fase inicial este flagelo del que no son ajenas las mujeres residentes en el municipio de Montería, capital del Departamento de Córdoba. (13)

Atendiendo a estos planteamientos se propone un estudio orientado a determinar la práctica adecuada del autoexamen fundamentado en el modelo de prevención de la salud de Nola Pender, teniendo en cuenta que el autoexamen de mama constituye una herramienta de inestimable valor para el diagnóstico precoz de lesiones mortales, es un método eficaz, sencillo, inocuo y sin costo adicional. Nadie como la propia mujer para conocer los detalles y evolución de su mama en cada examen y de esta manera se elige como el elemento de alarma para las autoridades de salud, independientemente de los deberes formales de esta. La autoexploración de la glándula mamaria tiene el propósito de familiarizar a la mujer con la forma, volumen, coloración, movilidad, consistencia y sensibilidad de ambas mamas y poder detectar cualquier cambio para reportarlo a su médico lo antes posible. (19)

Por todo lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Es adecuada la práctica del autoexamen de mama en mujeres mayores de 20 años residentes en el municipio de Montería en el departamento córdoba?

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo general

Determinar la práctica adecuada del autoexamen de mama y los factores que la favorecen o la limitan, en mujeres mayores de 20 años residentes en la ciudad de Montería, en el Departamento de Córdoba.

3.2.Objetivos específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres mayores de 20 años, residentes en la ciudad de Montería participantes del estudio.
- Describir la práctica del autoexamen de mama realizada por las mujeres residentes en la ciudad de Montería en el departamento de Córdoba.
- Identificar la presencia de factores que favorecen o limitan la práctica adecuada del autoexamen de mama en las mujeres residentes en la ciudad de Montería participantes del estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1.PRACTICA ADECUADA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA

La práctica adecuada para la realización del autoexamen de mama, consiste en la palpación detallada de cada seno para detectar la aparición de alguna alteración o anormalidad. Es muy importante que se realice cada mes con el fin de que la mujer se familiarice con la apariencia y consistencia de sus senos se debe realizar entre el tercer y quinto día posterior al primer día de menstruación. Las mujeres menopáusicas deben establecer un día fijo para el autoexamen en cada mes. La mujer realiza una exploración de las mamas, de esta manera la mujer detectará cualquier cambio o anormalidad, lo debe realizar todas la mujeres a partir de los 20 años, e incluye toda la mama y el pezón. (21)

4.2.AUTOEXAMEN DE MAMA

Este método diagnóstico que no es nuevo, se ha promovido con mucho entusiasmo. Es un método tradicionalmente sencillo de llevarse a cabo, de aplicación inmediata y que lo efectúa la mujer por sí sola y de manera privada, la mayoría de las investigaciones sugiere un impacto positivo y los hallazgos señalan que quienes practican el Autoexamen de Mama en comparación con quienes no lo hacen, detectan tumores primarios más pequeños y menor número de nódulos linfáticos axilares comprometidos. Su sensibilidad diagnóstica en general es del 35%, pero varía según la edad, siendo más sensitiva en mujeres de 35-39 años con 45% de sensibilidad y menos sensitiva entre los 60-74 años, período en el cual es del 25%. Aunque su especificidad es dudosa, el autoexamen de mama detecta el 35% de los cánceres de mama y se estima que reduce la mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente un 25%. (22).

En el contexto nacional la prevalencia del autoexamen de mama, es del 30% realizándolo cada mes. Las mujeres que practican el autoexamen de mama tienden a consultar más prontamente, además que conocen mejor su cuerpo y proceden a detectar cambios morfológicos pequeños. Las desventajas incluyen la facilidad de falsos positivos que producen ansiedad y llevan a estudios invasivos e innecesarios. Las mamas son órganos accesibles y por lo tanto fáciles de examinar, la edad que se recomienda iniciar el autoexamen de mama es a los 20 años, porque en esa época de la vida el cáncer empieza a tener estadísticas significativas. El autoexamen de mama, se debe de realizar sistemáticamente una vez por mes con el objetivo de familiarizarse con sus senos y poder notar cambios que pudiesen presentarse entre un mes y otro y de preferencia se debe realizar una semana después de la menstruación, momento en el cual el tamaño de la mama es mínimo y su nodularidad cíclica es menor. Las mujeres menopáusicas elegirán un día determinado y fijo por mes. (23,24)

Importancia: Este examen es muy importante porque permite a la mujer conocer su cuerpo y a la vez poder detectar alguna anormalidad. El AEM constituye el único método preventivo para detectar alguna patología o alteración, ayudando a un diagnóstico precoz y a un tratamiento adecuado. (10)

Momento: Aproximadamente una semana después de la menstruación, cuando las mamas no suelen estar sensibles ni hinchadas. Después de la menopausia, el AEM se debe realizar el mismo día de cada mes (elegido por la mujer para recordarlo fácilmente).

Posiciones: Toda mujer se debe realizar el AEM en dos posiciones, parada y acostada. (10)

4.3.TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMA.

El primer paso es la inspección cuidadosa de las mamas: frente del espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Se debe Fijar en la piel de las mamas por si aparecen zonas salientes (nódulos) u hoyuelos, arrugas, depresiones o descamaciones, cambios en el tamaño o aspecto de las mamas, observe si los pezones están normales, comprobando que no estén invertidos, retraídos o fijados hacia el interior. Luego ponga las manos en sus caderas firmemente inclinándose ligeramente hacia el espejo, observando lo mismo o levantando los brazos por encima del hombro. Después ponga las manos detrás de la cabeza (sobre la nuca) y apretarlas hacia delante con lo que sentirá contraerse los músculos pectorales y hacer la misma observación. (24)

La otra parte de la exploración es la palpación, la cual puede realizarse estando en decúbito dorsal, sobre una superficie plana estando las mamas secas después del baño, poner la mano izquierda detrás de la cabeza y examine la mama izquierda con la mano derecha y con el hombro ligeramente elevado con ayuda de una toalla enrollada o una almohada debajo de la escápula, en esta posición la mama se aplana y resulta más fácil de examinar, Imaginando que la mama es una esfera de reloj se coloca la mano derecha a las 12 en punto (arriba). Se deja la mano relajada y con la superficie palmar de tres o cuatro dedos de la mano se presiona palpando sistemáticamente la mama con movimientos circulares, intentando palpar la posible presencia de nódulos. Se realiza la misma operación en la posición de la 1 del reloj, luego de las 2 y así, sucesivamente, todo el horario, es decir cuadrante por cuadrante de la mama.

Cuando termine el horario, se vuelve a poner los dedos y la mano en la misma actitud pero ahora alrededor del pezón y, con movimientos circulares, desde las 12 horas y en el sentido de las agujas del reloj vaya haciendo círculos concéntricos buscando nódulos y una posible exudación de líquido por el pezón. Para terminar se realiza una pequeña palpación del área cercana a la axila, donde hay tejido mamario. Al terminar esta exploración, debe realizar la misma operación en su mama derecha, utilizando su mano izquierda y siguiendo los mismos pasos. También hay que destacar que se puede realizar ésta palpación durante el baño con las manos enjabonadas lo que puede aumentar la sensibilidad táctil o bien utilizando crema o aceite. (24)

4.4.EXAMEN CLÍNICO

La exploración física de los pacientes con posible cáncer de mama, debe tener en cuenta la comodidad y el bienestar psicológico de las pacientes. Es muy importante tomar medidas

adecuadas de intimidad, así como disponer de una buena iluminación. La exploración se debe iniciar mediante una cuidadosa inspección con la paciente erguida. Se observarán todos los posibles cambios del pezón, asimetrías, grosso modo y masas llamativas. Se debe inspeccionar la piel cuidadosamente en busca de cambios sutiles; estos pueden variar donde la formación de las ligeras depresiones hasta una piel de naranja muy llamativa asociada con cáncer de mama inflamatorio o localmente avanzado. (25)

Después de una inspección cuidadosa y permaneciendo la paciente sentada, se deben explorar las regiones peri-claviculares en busca de posibles adenopatías. Ambas axilas se palpan cuidadosamente. Si se palpan adenopatías se debe registrar el número, tamaño y si son móviles o están fijadas. La exploración de la axila siempre incluye la palpación de la cola en ambas mamas. (25).

Al respecto de este tipo de exámenes existen investigaciones a nivel nacional, que evidencian su impacto en la detección temprana de esta patología, como lo muestra el estudio realizado por Arboleda W, Betancourt D y otros sobre la frecuencia de mamografía y examen clínico de mama en mujeres del régimen subsidiado, de Manizales, quienes analizaron la cobertura del examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama y determinan qué características socio demográficas están relacionadas con esta práctica. (26) En el grupo de 352 mujeres, seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple, contactadas telefónicamente, se estudiaron variables como el lugar y tiempo de residencia, edad, escolaridad, estrato socio-económico, tiempo de afiliación al régimen subsidiado en años, tiempo de residencia en Manizales en años, último nivel educativo alcanzado, antecedente familiar en primer grado de consanguinidad con cáncer de mama, práctica de examen clínico de las mamas (por médico), fecha de examen clínico, razones de la realización del examen clínico (tamización o síntomas mamarios), práctica de mamografía, fecha de mamografía, razones de la realización de la mamografía y pago por la mamografía. (26)

Dentro de los datos relevantes en esta investigación, predomina la baja escolaridad en las mujeres del estudio, lo que debe orientar al personal sanitario, a la estructuración de estrategias educativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con estas características. Igualmente existe una baja cobertura de mamografía y examen clínico de mama por tamización en las mujeres del régimen subsidiado, a pesar de las recomendaciones generadas por el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología. Llama la atención el hecho de que la población estudiada, se haya efectuado el doble del examen clínico de mama en el último año por tamización, en comparación con la mamografía en los dos últimos años. Tanto el examen clínico como la mamografía son pruebas que se realizan en su mayoría con fines de tamización. Los hallazgos de la investigación obligan a crear nuevas estrategias para mejorar, ampliar la cobertura y hacer un diagnóstico precoz del cáncer de mama. (26)

4.5.MAMOGRAFÍA

Una mamografía es una radiografía del seno que se utiliza para detectar cambios en el seno en mujeres que no presentan signos o síntomas de cáncer de seno. Generalmente se

requieren dos radiografías de cada seno. Con una mamografía, es posible detectar microcalcificaciones (pequeños depósitos de calcio en el seno, los cuales a veces son una indicación de la presencia de cáncer de seno) o un tumor que no se puede palpar. (27)

4.5.1. UTILIDAD

a) Para resolver un síntoma clínico particular relacionada con la mama: dolor, secreción por el pezón, hinchazón, aparición de cambios en la piel de la mama o en el pezón asimetrías o aparición de “bulto”. En estos casos se trata de una mamografía diagnóstica y se realiza en mujeres con más de 30 años. En mujeres con menos de 30 años se realiza ecografía no mamografía. (27)

b) Para buscar, en mujeres a partir de los 40 años y sin síntomas, signos precoces de cáncer de mama, es lo que se conoce como tamizaje. En el tamizado se realiza una primera mamografía a los 40 años, entre los 40 y los 50 años se realizarán una mamografía anual o bianual. A partir de los 50 años la periodicidad será anual o bianual, no hay consenso, los expertos opinan que la periodicidad no debe ser inferior al año, ni superior a los dos años.

c) La mamografía debe realizarse, además, en mujeres con una historia familiar de cáncer de mama. Las mujeres que tienen un riesgo mayor que el promedio de desarrollar cáncer de seno deberán hacerse mamografías antes de los 40 años.

La mayoría de los casos de cáncer de seno ocurren en mujeres que tienen más de 50 años de edad; el número de casos es especialmente alto en mujeres mayores de 60 años. El cáncer de seno es relativamente raro en mujeres menores de 40 años de edad. (28).

De acuerdo con estudios como el desarrollado por López L. y otros, relacionado con la detección del cáncer de mama en México, que presenta una síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva”, se reafirma la tesis que la supervivencia del Cáncer de mama depende de su detección, diagnóstico y tratamiento oportunos. La mamografía se constituye en la herramienta diagnóstica más utilizada en los programas de tamizaje y diagnóstico de Cáncer de Mama; no obstante, la efectividad de la autoexploración de los senos y el examen clínico en la mortalidad por Cáncer de Mama es todavía tema de debate en relación con su utilidad como herramientas diagnósticas auxiliares en países en desarrollo. Haciéndose evidente la necesidad de orientar sobre todo a la población femenina hacia el autocuidado, con la finalidad de coadyuvar a la prevención de esta patología, debido a que no es un problema restringido a estratos socioeconómicos altos, dado que en estudios en diversos países se evidencia que son las mujeres de estratos socioeconómicos muy bajos, baja escolaridad son las más susceptibles de contraer la enfermedad. (29)

Las principales organizaciones médicas de Estados Unidos recomiendan a las mujeres mayores de 40 años, la realización regular de la mamografía. Existen pruebas suficientes de que la mamografía es eficaz en la reducción del 40% de la mortalidad por cáncer de mama. De igual forma el plan decenal para el control de mama, en Colombia, propone incrementar para el año 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% de las mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad vigente. (30,31). Una de las estrategias

propuestas gira en torno al desarrollo de actividades comunicativas orientadas a estimular la detección temprana de cáncer, mediante la sensibilización del cuidado de las mamas por parte de la mujer, que pueden ayudarla a consultar de manera más oportuna, sobre todo cuando los programas de tamizaje no alcanzan las coberturas propuestas. Estas actividades pueden ser reforzadas en el proceso de atención de enfermería en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Vale la pena resaltar que la utilización del autoexamen de mamas aunque no demuestra la reducción de mortalidad por cáncer de mama, si permite un mejor conocimiento de los senos por parte de las mujeres. Se trata que a fuerza de repetirlo, la mujer conozca las características de forma, superficie, consistencia y textura de sus senos y acuda al médico ante cualquier cambio. (10). Es necesario que el personal de enfermería oriente a la comunidad sobre la adecuada realización del autoexamen de mama, para que al realizarlo se contemplen todas las variables que permiten el conocimiento del seno y la identificación de algún tipo de anormalidad, de esta manera se podría contribuir al cuidado de la salud y a la disminución de falsos positivos en la detección temprana del cáncer de mama, que en muchos casos puede deberse a una inadecuada realización del autoexamen. (10)

4.6.NORMA TÉCNICA PARA LA REALIZACIÓN DEL AUTOEXAMEN DE MAMA

A nivel de Colombia existen lineamientos que se encargan de guiar en la aplicación de prácticas adecuadas, en tal sentido es la norma técnica la que permite establecer puntos clave de prevención y tratamiento del cáncer de mama.

Según las recomendaciones del Ministerio de la Protección social, los grupos poblacionales más frecuentemente afectados son las mujeres de 30 a 69 años. La incidencia ponderada en las mujeres de 30-50 años es de 80 x 100.000 mujeres y el 80% de los casos se encuentran en estado avanzado, con una sobrevida limitada.

Es por esto que implementar una norma que contemple la Mamografía como herramienta en la búsqueda de cáncer de seno se hace indispensable en nuestro medio, con el fin de disminuir la mortalidad y de aumentar el período libre de enfermedad en estas pacientes.

Es obligatorio a toda mujer por encima de los 50 años de edad realizarle una mamografía de 4 proyecciones cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama. (11)

Si bien es cierto el procedimiento para la detección temprana del cáncer de seno es la mamografía de cuatro proyecciones, para efectos de fortalecer el autocuidado de la mama, se recomienda brindar a todas las mujeres mayores de 20 años, educación en autoexamen de mama, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Realización de un autoexamen mensual 4 a 10 días desde el primer día de la menstruación, si la mujer ya no menstrúa se debe elegir un día al mes y realizarlo siempre el mismo día.

- Informar sobre los signos que debe aprender a detectar en el examen mensual:

- Un bulto de cualquier tamaño (pequeño o grande) o un engrosamiento en la Mama.
- Arrugas, puntos retraídos o manchas en la piel del seno.
- Retracción o inversión del pezón.
- Ulceras o costras en el pezón o eliminación de líquido por el mismo.
- Masas en la axila.
- Cambios en lunares o cicatrices de la mama.
- Notable asimetría entre ambas mamas que no existía antes.

Cualquier cambio identificado en el autoexamen, con respecto a la valoración del mes anterior debe ser consultado INMEDIATAMENTE al médico. (11)

4.7.FACTORES QUE FAVORECEN O LIMITAN LA PRÁCTICA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD DE NOLA PENDER.

Existe una serie de factores relacionados con la realización del autoexamen de mama y que pueden marcar la diferencia en lo que se refiere a la efectividad de esta práctica y al compromiso de la persona con el cuidado de su propia salud. De acuerdo con el Modelo de promoción de la salud, muchos de los aspectos que se enunciarán a continuación pueden estar fundamentados en dimensiones y relaciones que participan en la generación de una conducta promotora de la salud. (32,33)

En este orden se plantea analizar el nivel socio económico, que se puede considerar como un factor predictivo de una cierta conducta del individuo que lo puede llevar a participar de comportamientos saludables. Esta variable en el territorio colombiano, está referida a una clasificación por estratos que posibilita la orientación de la planeación en recursos e inversión pública, pero para el caso de este estudio, reviste gran importancia la connotación en salud, dado que influye este nivel en el grado de apropiación en prácticas adecuadas para la realización del autoexamen de mama. En Colombia se definen seis estratos, los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales tienen acceso a programas del gobierno en salud, el estrato 4 no es beneficiario de subsidios, los estratos 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a los usuarios con mayores recursos económicos. (34) Dependiendo de estos estratos y de acuerdo con algunas investigaciones se observa que a mayor nivel socio económico también es mayor el grado de conocimiento y apropiación de prácticas adecuadas del autoexamen.

Por ejemplo, Ospina D y otros, en su estudio sobre la no realización del autoexamen de mama en Tunja, observaron un incremento significativo de esta práctica conforme aumentó la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico de las entrevistadas. De acuerdo con este estudio se sabe que diversas razones como los socio demográficos revisten importancia en relación con la ocurrencia del diagnóstico tardío; entre los que se ha destacado la accesibilidad a los servicios de salud y las características de calidad en las que se desarrolla la educación y promoción de participación en las acciones de fomento y prevención. Premisa que justifican estudios realizados por Pro familia, donde se observa que las

mujeres ubicadas en estratos socioeconómicos más altos tienden a saber un poco más sobre el autoexamen de mama. (35)

El aspecto socio económico, es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud. Mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.(35)

Algunos estudios como el realizado por Romani, F. y colaboradores en Perú, plantea el análisis de la dinámica demográfica y el estado de salud materno infantil, incluyendo la realización del autoexamen de mama. Según esta investigación, el autoexamen no es un método de detección para reducir la mortalidad de cáncer de mama, pero se constituye en una herramienta simple, de bajo costo y no invasiva, además es llevado a cabo por la propia mujer. De acuerdo con los autores existen una serie de elementos que motivan la realización o no de esta práctica dentro de las que se encuentran: un mayor nivel económico, mayor nivel educativo, mayor número de hijos, consultas médicas anteriores para realizar la exploración clínica de las mamas y edades que oscilan de los 20 a los 49 años. (34) Por eso la investigación resalta que en el primer nivel de atención médica se debe fomentar la realización del autoexamen y seguir recomendando el uso del autoexamen, hasta cuando la cobertura en exámenes especializados aumente, debido a que es un método de autocuidado importante en este País. (36)

Resultados similares a los descritos en el párrafo anterior, se estudiaron por Saraguro, Y. en Ecuador, quien describió la técnica para realización del autoexamen;(37) los resultados dan cuenta de que a pesar de poner en práctica el autoexamen de mama, la técnica utilizada no es la correcta, las usuarias respondieron de forma incompleta la prueba aplicada para efectos del estudio. Algunas manifestaron el desagrado al revisar sus mamas a pesar de saber cuál es la técnica, y solo frente a algún síntoma la ponían en práctica. El miedo es otra de las barreras por las cuales las mujeres estudiadas no se realizaban el autoexamen y también el hecho de no sentirse lo suficientemente capacitada para realizar esta práctica. (37) por tanto, se refuerza el hecho de que las mujeres desempeñan un papel importante en la detección de enfermedades de las glándulas mamarias y es necesaria la divulgación de los procedimientos para el autoexamen, pues estas técnicas empleadas sistemáticamente, permiten la detección de anomalías del seno. Algunas de las recomendaciones de esta investigación van enfocadas hacia el personal de enfermería, quienes pueden aportar a las actividades para modificar los problemas de salud, enfatizando en la promoción de conductas saludables y en la prevención de la enfermedad.(37)

Otros autores, también aluden a la importancia de las prácticas adecuadas para prevenir los factores de riesgo que puedan predisponer a padecer dicha enfermedad, fundamentalmente los que pueden ser modificados; la comprensión de los factores de riesgo identificados para el cáncer de mama hace transformar las conductas inadecuadas en saludables, para una calidad de vida mayor, según refiere Guzzón, A, (38) De acuerdo con el contexto se pueden evidenciar distintos factores de riesgo que deben contemplarse al momento de diseñar estrategias para fomentar las prácticas adecuadas en esta enfermedad.

Desde el modelo de promoción de la salud, otro factor a tener en cuenta es la cultura, que se manifiesta como una dimensión relacionada con las influencias situacionales en el entorno que puede aumentar o disminuir la participación en las conductas promotoras de salud. Esta es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros. (18)

Un componente que se analiza desde el modelo de promoción de la salud se refiere a los estados emocionales, que puede ser considerado como un factor personal, predictivo de una cierta conducta, las emociones perturbadoras tienen, al parecer, un efecto negativo en la salud, favoreciendo de esta manera la aparición de ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que imposibilita su correcto funcionamiento. Contrariamente, las emociones positivas representan un beneficio para nuestra salud, ya que ayudan a soportar las dificultades de una enfermedad y facilitan su recuperación. Todos estos descubrimientos acerca de la intrínseca relación entre emociones y salud, tienen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades desde una propuesta holística y no reduccionista a enfoque biologicista, pues en la actualidad se proponen tratamientos integrales, que consideren la recuperación tanto de los aspectos físicos como de los psicológicos del paciente, en estrecha relación de interdependencia. (33)

El aspecto familiar, también puede favorecer la socialización de los individuos, y que preservar la felicidad de todos los miembros; esto, está relacionado con la **funcionalidad familiar**, la cual es fuente de bienestar cuando se trata de familias potenciadoras del desarrollo psico-emocional pero puede ser todo lo contrario si se trata de aquellas disfuncionales o multi-problemas, donde las tensiones emocionales, la falta de afecto, la escasa o nula comunicación, la escasez de límites y reglas y la inadecuada distribución de roles, entre otros, pueden generar problemas a los miembros de las familias, no solo en el plano psicológico, sino también en el social e incluso en el biológico, este aspecto quedó plasmado en el estudio de Manrique y col. donde encontró que el apoyo familiar y tener máximo un hijo se relacionan positivamente con la realización mensual del autoexamen de mama. (9)

Por último, se examina un factor asociado a la práctica adecuada del autoexamen de mama, la **autoestima**, que de acuerdo con el modelo de promoción de la salud, se asocia a los beneficios percibidos por la acción, debido a que la autoestima influye en el comportamiento, existe una relación estrecha, entre la autoestima y la salud. Las personas con alta autoestima se cuidan a sí mismas comiendo sanamente, haciendo ejercicio físico, porque lo consideran importante. En este modelo la autoestima influye en los resultados positivos anticipados que se pueden producir como la expresión de una conducta de salud (18)

Todas estas razones han sido abordadas en distintos contextos y se relaciona con el estudio elaborado por Nigenda G y cols realizado en México, quienes buscaron identificar las barreras sociales, culturales y de los servicios de salud, que impiden el acceso oportuno a la detección temprana del cáncer de mama, en tres ámbitos: La disponibilidad de información, la relación con los prestadores de servicios y los patrones culturales de la interacción entre

mujeres diagnosticadas y sus parejas. El grupo investigador halló que el conocimiento de las percepciones del cáncer de mama en la población mexicana es muy vago, se muestra con claridad la existencia de barreras de acceso a servicios de salud vinculados con la disponibilidad de información, la relación con los prestadores de servicios y patrones culturales de la interacción entre mujeres diagnosticadas con sus parejas y sus familias. La falta de información sobre la enfermedad, causas, factores de riesgo y medios de detección temprana, es presentada como una limitante para buscar de forma oportuna atención, como lo demuestran los diversos testimonios recogidos. Se concluye que si las mujeres tienen acceso a la información mediante canales específicos, como las unidades de salud, la información tiende a promover acciones concretas en el cuidado, planteamiento que está en concordancia con otras investigaciones en el ámbito de la prevención del cáncer de mama. (39)

Ante el riesgo al que se exponen las mujeres a partir de los 20 años a contraer cáncer de mama es necesaria la prevención, la cual se puede establecer a través de las prácticas mencionadas con anterioridad, pero si se logran articular a través de modelos que fundamentan las adecuadas prácticas en enfermería, podría desarrollarse la implementación de una estrategia con más significado que favorezca el autocuidado y la tendencia a la prevención constante. Es entonces pertinente destacar en este capítulo aspectos del modelo de promoción de la salud, enunciado por Nola Pender. (40)

4.8. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER Y SU UTILIDAD PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA ADECUADA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA.

La autora de este modelo basa su trabajo en la teoría de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, la cual explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda teoría es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. (40)

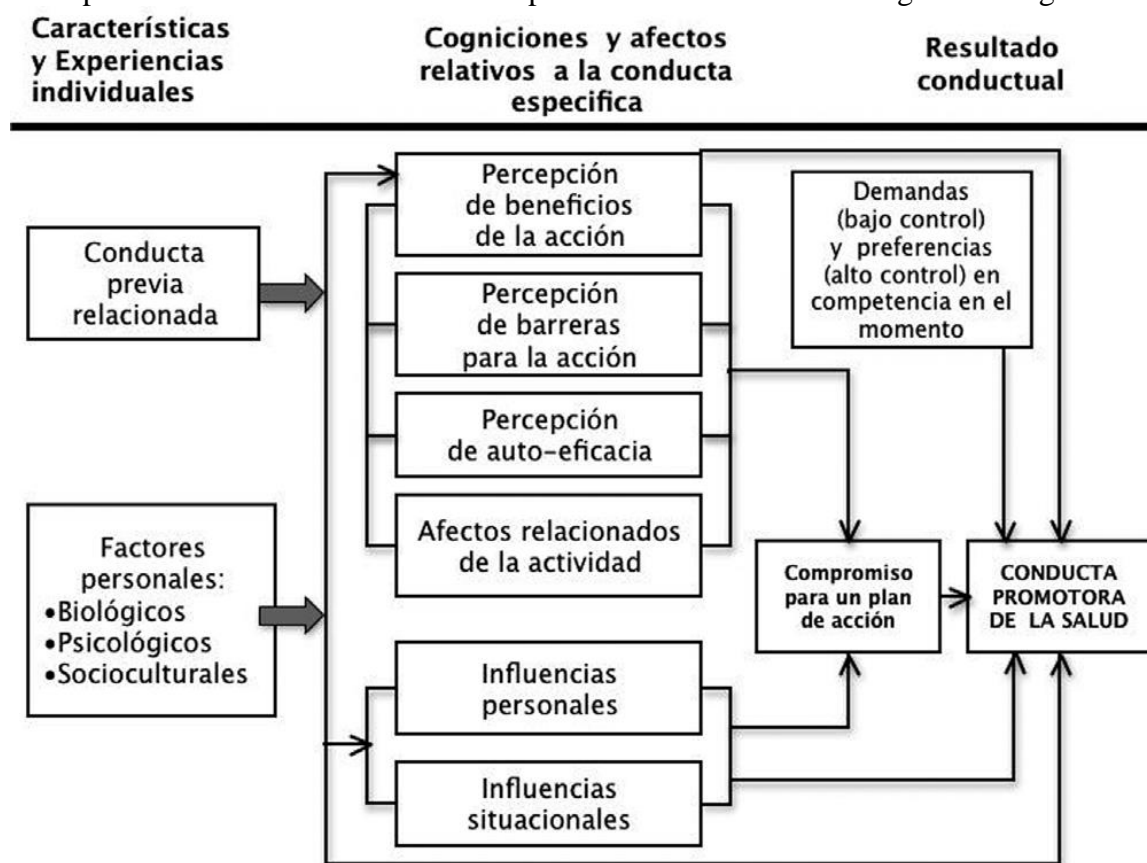
La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de las razones más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. (40)

El Modelo de Promoción de la Salud: identifica los aspectos cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud, los cuales son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, esto da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud. La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica,

estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. (40)

Al utilizar este modelo en el análisis de las prácticas adecuadas del autoexamen de mama, se tiene en cuenta que las mujeres pueden propender por una conducta saludable a partir de características y experiencias individuales que intervienen en la modificación de comportamientos que les pueden ayudar en la prevención de patologías como el cáncer de mama. Si las mujeres se sienten motivadas a alcanzar el bienestar en su salud, a través de la orientación del personal en enfermería, cobra vigencia la intervención que desde esta profesión se ofrece a la comunidad, debido que se trabaja el concepto de **autoeficacia** para valorar la pertinencia de las intervenciones en torno a las necesidades de este tipo de población. (33)

La explicación del modelo de Pender se puede analizar a través del siguiente diagrama:



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB21

De este modelo se desprenden las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: conducta previa relacionada, referida a aquellas experiencias que afectan de forma directa o indirecta la probabilidad de aportar a conductas de promoción de la salud y los elementos personales que se dividen en biológicos, psicológicos y socio culturales, los cuales pueden predecir una cierta conducta. Otros aspectos fundamentales

dentro de este modelo lo constituyen los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud, 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; la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta; las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; las conductas esperadas por individuos importantes para la persona y las influencias situacionales en el entorno. (41)

Otro factor influyente en la práctica adecuada del autoexamen de mama es la **autoeficacia percibida**, la cual hace referencia a la capacidad que cree una persona tener para llevar a cabo una determinada acción, tal como lo describe CancinoM, en su estudio donde encontró que el coeficiente de la autoeficacia percibida para la práctica del autoexamen de mama tuvo una significancia estadística, comprobando la hipótesis que a medida que aumenta la autoeficacia, para autoexploración de las mamas, aumenta la práctica de la misma. (42)

En lo que se refiere al nivel de conocimiento sobre esta práctica, este también puede estar relacionado con la **auto-eficacia percibida**, entendida como un factor que interviene en la disminución de barreras para alcanzar conductas de salud específica, determina en gran medida la adopción de prácticas saludables, puesto que permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos elementos internos y externos que también intervienen. (18)

Todos estos elementos actúan en la adopción de un compromiso para un plan de acción, el cual antecede a la conducta promotora de la salud. Donde el profesional en enfermería puede intervenir de forma activa aportando pautas de comportamiento adecuado para la persona sujeto de cuidado. (41)

4.9.EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, DESDE EL MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD DE NOLA PENDER.

El modelo de Nola Pender, orienta la profesión de enfermería para el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad. A través de este modelo se puede comprender y promover actitudes, motivaciones y acciones de las personas hacia el autocuidado. El personal de enfermería interviene en el contexto de promoción de la salud en el ámbito del cambio de comportamiento de los pacientes. Por ello las mujeres pueden desarrollar tendencias hacia la revisión constante y adecuada de sus mamas y su cuerpo, lo que le posibilita estar atentas a cambios o alteraciones en su fisonomía y actuar en consecuencia de una forma oportuna y efectiva.

El papel entonces del profesional de enfermería no solo en la prevención sino en la atención a mujeres con cáncer de mama, se concibe, como un proceso dinámico, flexible, continuo y considerando a la paciente como un ser bio- sicosocial único e irrepetible.

4.10. PREVENCIÓN.

Cada día existe mayor interés en la población general en “cómo prevenir el cáncer“. Actualmente, se sabe que el mejor “tratamiento” para el cáncer es prevenirlo o detectarlo tempranamente, cuando las posibilidades de tratamiento y de curación son mayores. Entre las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención y especialmente en la sensibilización sobre el cáncer de mama, están los procesos educativos masivos e integrados a la comunidad.(43)

Es por ello que uno de los principales objetivos de enfermería, es brindar información y educación detallada de todos aquellos factores de riesgo; como también estimular la adopción de hábitos saludables para la mujer y enseñar la técnica a del autoexamen de mamas. Métodos participativos, tales como charlas a empresas e instituciones, talleres, campañas han demostrado tener mayor impacto en la modificación de actitudes y conductas en favor de la salud. Este proceso pretende lograr, en definitiva, que mujeres de diferentes edades comprendan la importancia de conocer sus mamas; fomentar el autocuidado y una actitud proactiva con respecto a la salud de sus mamas; así como también derribar mitos en relación al cáncer de mama. Donde la labor educadora de la enfermera, en este tema específico, pueden contribuir enormemente a adquirir estos conceptos y lograr el hábito de asistir a un control periódico y oportuno. (43)

Algunas recomendaciones generadas a partir de la prevención se asumen desde el control de factores de riesgo específicos modificables, así como un cuidado integrado eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo. (44)

4.11. DETECCIÓN PRECOZ DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA.

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer. (44)

El trabajo del profesional en enfermería está dirigido a proporcionar cuidados a pacientes, quienes constantemente requieren de una atención de calidad, una orientación adecuada, un trato digno, es a través de los programas de promoción, como el profesional puede llegar a las comunidades y desarrollar estrategias de promoción, que contribuyan a estilos de vida saludables que permitan llevar a cabo prácticas de autocuidado. Estas prácticas tienen como objetivo preservar la salud, prevenir enfermedades y actuar a tiempo ante posibles situaciones de riesgo. Sabiendo que el papel del profesional en enfermería aporta en la prevención de esta patología, debe hacerse referencia a la esencia del problema. (43)

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1.TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Transversal.

Se consideró apropiado este tipo de estudio debido a que permite identificar características sociodemográfica y práctica adecuada del autoexamen de mama fundamentado en el modelo de promoción de la salud expuesto por Nola Pender, en 867 mujeres del municipio de Montería – Córdoba. (45)

5.2.ENFOQUE:

Cuantitativo

5.3.POBLACIÓN:

Mujeres mayores de 20 años residentes en la cabecera urbana de la ciudad de Montería capital del Departamento de Córdoba, que corresponden a 156.928.Dato suministrado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, SISBEN Montería.

5.4.MUESTRA:

Un total 867mujeres mayores de 20 años, residentes en la cabecera urbana del municipio de Montería.

5.5.CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA:

El tamaño de muestra se calculó, teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Prevalencia esperada del evento $P= 50\%$, margen de error $e=3.5\%$, nivel de confianza de 95% , $z= 1.96$ y un porcentaje de pérdidas del 10% $R= 10\%$. Para obtener un tamaño de la muestra de 867 mujeres.

5.6.TIPO DE MUESTREO:

Se realizó un muestreo por conglomerados y aleatorio, constituido por los barrios del municipio de Montería, posteriormente se realizó un muestreo estratificado el cual consistió en la división previa de la población de estudio en comunas, y por último se realizó afijación proporcional, para que las muestras fuesen representativas por cada barrio debido a que cada uno de ellos presenta una población diferente. Los estratos socio económicos 3, 4, 5,6 no resultaron representados en la selección aleatoria de los barrios escogidos; esta distribución se realizó de la siguiente forma:

Cuadro 1. Distribución según el tamaño de muestra por cada barrio de comuna seleccionado.

Comuna	Barrios seleccionados.	Población de mujeres mayores de 20 años.	Muestra a seleccionar en cada uno de los barrios
Comuna 1	El Campano	34	1
	El Dorado	9416	146
	La Fe	89	1
	La Rivera	99	2
	Los corrales	164	2
	Urb. Caracolí	204	3
Comuna 2	Villanueva	44	1
	El Amparo	184	3
	Urb. Villa Real	107	2
	Urb. Campo Alegre	45	1
Comuna 3	Buenavista	95	1
	La Coquera	83	1
	Santa Fe	3446	53
	Santander	1441	22
Comuna 4	Alfonso López	1279	20
	Boston	331	5
	Colina Real	2138	33
	La Samaria	69	1
	Las Colinas	586	9
	Los Araujos	1953	30
	Miraflores	228	4
	Panzenu	1419	22
	Robinson Pitalua	2015	31
	Urb. Los Araujos	731	11
	Villa Jiménez	1773	27
	Villa Paz	555	9
	El Prado	227	3
Los Robles	929	14	
Comuna 5	Balboa	134	2

	Chuchurubi	82	1
	Ospina Pérez	114	2
Comuna 6	Canta Claro	18717	288
	Nueva Colombia	386	6
	Urb. Cundama	37	1
	Urb. Sueño Real	34	1
	Villa Arlet	283	4
	Villa Mery	267	4
	Villa Roció	600	9
	Sucre (P. Brígida)	1260	19
Comuna 8	25 De Agosto	489	8
	San José	350	5
	Santa Elena	323	5
	Urb. Santa Teresa	803	12
Comuna 9	7 De Mayo	691	11
	Mocari	1731	27
	Urbanización Fátima	196	3
TOTAL		56275	867

Fuente: Sisben Montería

5.7. CRITERIOS:

5.7.1De inclusión.

- Pacientes mayores de 20 años de la cabecera urbana de la ciudad de Montería

5.7.2De exclusión.

- Mujeres que padezcan cáncer de mama.
- Mujeres con discapacidad mental

5.8.PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

A través de visitas se les solicitó a las mujeres mayores de 20 años su participación voluntaria, se procedió a explicar el objetivo del estudio y se les informó que el cuestionario sería aplicado de forma anónima y confidencial. Luego se solicitó a la entrevistada que firmara el consentimiento informado, se le hizo entrega de las encuestas a cada persona para la realización de esta, las cuales fueron aplicadas por el investigador.

5.9.INSTRUMENTOS:

Para la realización de esta investigación se empleó una encuesta, sociodemográfica (ver anexo 2) la cual consta de 13 ítems que indagan por aspectos como la edad, estado civil, nivel educativo, estrato social, entre otros, con la finalidad de caracterizar a las mujeres

encuestadas. También se aplicó una encuesta que consta 4 preguntas con el fin de evaluar las necesidades de salud de las mujeres mayores de 20 años de la ciudad de Montería.

En lo referente a la práctica adecuada del autoexamen se aplicó un cuestionario elaborado por el investigador con base a la encuesta nacional de demografía y salud, el cual consta de 14 preguntas, donde se indaga sobre la frecuencia, la técnica utilizada, los beneficios, barreras e influencias percibidas en la realización del autoexamen de mama.

Además se incluyeron otros instrumentos con el fin de valorar algunos factores favorecedores de la práctica del autoexamen, como es, el cuestionario Apgar familiar, que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes. Normo funcional: 7 - 10 puntos. Disfuncional leve: 0 - 2. Disfuncional grave: 3 - 6.(46)

También se utilizó la escala de Autoeficacia percibida que mide la capacidad para el manejo de situaciones difíciles y de las que favorecen la salud. Esta escala reporta un buen comportamiento psicométrico (Alfa de Crombach 0.88). Ella registra la fortaleza de las creencias de eficacia en una escala de 100 puntos dividida en intervalos de 10 puntos que varían desde 0 (nunca), a través de grados bajos de seguridad, 25 (casi nunca); pasando por grados intermedios de seguridad 75 (algunas veces) una completa seguridad, 100 (siempre).(47)

Por último para evaluar la autoestima se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg, La cual cuenta con Alfa de Crombach 0.601. Esta consta de 10 ítems, cinco en forma positiva y cinco en forma negativa. Las respuestas posibles son una escala de Likert de 4 puntos que va de 1= nada a 4 = mucho. (44). El autor de la escala considera que la autoestima consiste básicamente en una tendencia direccional que oscila entre un nivel alto y un nivel bajo, pero no hay puntos de corte establecidos, aunque se suele considerar como rango normal la puntuación situada entre 25 y 35 puntos. (44)

5.10. TABULACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Para el procesamiento de la información se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows 7.0 de la cual se obtuvieron tablas y gráficas de la información recolectada, que fueron expresadas a través de frecuencias y porcentajes, para el análisis de relación se utilizó el programa estadísticos SPSS versión 21.

5.11. VARIABLES:

Se considera la variable dependiente: **La práctica adecuada** de mujeres en el autoexamen de mama. Definiéndose Práctica adecuada: La exploración de la mama que se realiza 4 a 10 días después de la menstruación, con frecuencia mensual, que incluye inspección y palpación acostada boca arriba-frente al espejo y en la ducha, en forma de las manecillas del reloj e incluye axila y pezón. Siempre el brazo izquierdo examina la mama derecha y el brazo derecho examina la mama izquierda. Esta exploración posee un valor extraordinario

y eficaz, por ser el primer recurso con que cuenta una mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y en específico del cáncer; más de 80% de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer. (48)
La **práctica inadecuada**: no cumple una de las condiciones anteriores.

Las variables independientes: Las características sociodemográficas a estudiar así:

Procedencia: Urbana - Rural

Edad: mayor de 20 años hasta 40 años y de 40 años o más.

Estado civil: Con pareja – Sin pareja

Nivel educativo: Inferior a la básica secundaria – superior a la básica secundaria

Seguridad social: Contributivo – Subsidiado y sin afiliación

Ocupación: Empleado – Desempleado

Nivel de ingresos: Menos de un salario mínimo -Más de un salario mínimo

Pensión: Si –No

Afiliación: Si –No

Autoestima: Alta y baja.

Autoeficacia: Alta o baja.

Funcionalidad familiar: Normofuncional, Disfuncional

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

NOMBRES DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ITEMS	TIPO DE VARIABLES	NIVEL DE MEDICIÓN
<p>VARIABLE DEPENDIENTE PRACTICA ADECUADA DELA AUTOEXAMEN DE MAMA MUJERES DE MONTERIA.</p>	<p>Llevar a cabo, obrar o actuar con base al autoexamen de las glándulas mamarias por la mujer, El autoexamen de mama: Es el examen que la mujer se realiza así misma en sus senos.</p>	<p>Frecuencia con que se realiza el autoexamen</p>	<p>Diario Semanal Quincenal Mensual Ante algún síntoma No lo realiza</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>
		<p>Técnica de valoración</p>	<p>Inspección Palpación</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
		<p>Posición</p>	<p>Posición de pie Posición decúbito dorsal. Antes de la menstruación. Después de la menstruación.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Nominal</p>
		<p>Momento del ciclo menstrual en que lo realiza.</p>	<p>No tiene en cuenta el ciclo.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

		Incluye el pezón. Momento en sé que se realiza el autoexamen.	Si No En la ducha. En la cama. Frente al espejo	Cualitativa	Nominal
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Aspectos sociales o demográficos que caracterizan a la población de estudio.	Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón Ordinal
		Estrato socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Cualitativa	
		Estado Civil	-Casado -Soltero -Unión libre -Divorciado -Viudo	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Empleada Trabajadora independiente Ama de casa Estudiante	Cualitativo	Nominal
		Afiliación en Salud	Contributiva Subsidiada Sin Afiliación	Cualitativo	Ordinal
		Nivel de Ingresos	Menos del mínimo Más del mínimo	Cuantitativo	Razón

		Nivel de escolaridad	Primaria Secundaria Universitario Analfabeta	Cuantitativo	Ordinal
		Antecedentes personales de patologías mamaria	Si No	Cualitativa	Nominal
		Antecedentes familiares de cáncer de mama	Si No No se	Cualitativa	Nominal
FACTORES EXPLICADOS POR EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de Salud positivos, como el bienestar optimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, los ejemplos de Conductas promotoras de salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico, control	Percepción del estado de salud	Bueno Regular Malo	Cualitativo	Ordinal
		Barreras percibidas	Si No	Cualitativo	Nominal
		Beneficios Percibidos	Si No	Cualitativo	Nominal
		Auto eficacia percibida	Alta Baja	Cualitativo	Ordinal
		Autoestima	Alta Baja	Cualitativo	Ordinal
		Percepción de la funcionalidad familiar	Funcional Disfuncional	Cualitativo	Ordinal

	de estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual.	Influencias interpersonales.	Pareja Madre Otro familiar	Cualitativo	Nominal
--	--	------------------------------	----------------------------------	-------------	---------

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este estudio se fundamentó en la Resolución 8430 de 1.993, en la cual se clasifica el estudio como investigación sin riesgo.

De acuerdo a el párrafo “a” del artículo 11 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia, esta es una “investigación sin riesgo”, debido a que “son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. También se tuvo en cuenta el artículo 7, “se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo”. El artículo 8, “se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”. Y el artículo 12, “El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación” de la misma resolución. (49)

En este estudio se mantuvo la privacidad y anonimato de los participantes, se diligencio el consentimiento informado, de acuerdo a lo establecido en los artículos 6, 15 y 16 de la Resolución 08430 del 4 de Octubre 1993 del Ministerio de Salud Pública, de Colombia.(49) (Ver anexo No.1)

También se consideraron los aspectos éticos contemplados en la declaración de Helsinki (50) y en el Código de Ética de Enfermería de Colombia (Ley 911 de 2004 del Congreso de Colombia). (51), estos están evidenciados en la protección de la vida, salud, dignidad, integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información de las personas que participaran en esta investigación; reflejados en el consentimiento informado.

8. RESULTADOS.

Características sociodemográficas de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

Participaron 867 mujeres mayores de 20 años con promedio de edad de 33,2 años (DS 13,0). Con relación al estado civil predominó la unión libre en un 34,8% (301), seguidas por las casadas en un 28,9% (251) y solteras el 10,6% (92). En cuanto a la ocupación el 50% (433) son amas de casa, seguidas del 16,4% (114) que son estudiantes. Realizaron bachillerato completo el 46,5% (404) de las mujeres del estudio, seguidas por el 16,1% (139) posee una carrera técnica, llama la atención que el 11,1% (96) de ellas tienen un nivel de formación académica menor a la primaria completa y de ellas el 2,2% (19) son analfabetas. Con relación al estrato socioeconómico el 86,8% (753) pertenecen a estrato 1. En cuanto a la seguridad social el 75,4% (654) se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, el 16,5% (143) al régimen contributivo y el 0,2% (2) estaban sin afiliación. El 67,8% (587) son familias nucleares mientras que el 20,7% (181) son monoparentales y un 7,9% (68) está representado por familias extensas. **(Ver Tabla 1).**

Necesidades De Salud de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

En lo que se refiere al estado de salud en general, se obtuvo que el 70,7% (613) responde que su estado de salud es bueno, un 22,1% (191) manifiesta que es regular, un 6,2% (54) responde que es muy bueno, y un 0,8% (7) responde que es excelente, el 61,2% (531) no consultó en el último año por su estado de salud, además el 78,4% (679) respondió que no le ha sido diagnosticada ninguna enfermedad. **(Ver Tabla 2).**

Practica adecuada del autoexamen de mama de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

En cuanto a la práctica del AEM se encontró que el 72,6% (629) de las encuestadas manifestó se lo realiza, mientras que el 27,4% (238) nunca en su vida se lo ha realizado. De las mujeres encuestadas que no se realizan el autoexamen de mama el 7,62% (66) consideran que no es necesario realizar esta práctica, 7,27% (63) les da pereza, 4,96% (43) no lo hace por falta de tiempo, 3,46% (30) no lo sabe realizar. En lo que respecta a la frecuencia con que se realizan el autoexamen de mama, un 61,9% (536) manifiesta que se lo realiza mensualmente, en lo que corresponde al momento del ciclo menstrual en que lo realiza El 39,6% (343) solo lo hace una vez después de la menstruación, el 27,5% (239) lo realiza a diario; y solo el 17,2% (149) practica el autoexamen de 4 a 10 días desde el 1er día de la menstruación. **(Ver Tabla 3).**

Fuente de información sobre el autoexamen de mama de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

Con respecto a la fuente de información el 65,9% (571) de las mujeres manifestó haber recibido explicación cuando tienen contacto con el personal de salud, mientras que el 34,1% (296) dijo no haberla recibido. **(Ver Tabla 3).**

Técnica utilizada en la realización del autoexamen de mama de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

En cuanto a la técnica utilizan para la realización del Auto examen de mama, las encuestadas manifiestan que un 35,5% (307) utiliza ambas manos, un 16,1% (139) solo lo realiza por medio de la observación, mientras que un 48,5% (421) utiliza el método de la palpación 48,5% (421). En lo que respecta a la posición en la que observan sus senos, el 73,4% (636) las observa parada, el 23,8% (207) las observa sentada, mientras que el 2,8% (24) utiliza ambas técnicas. **(Ver Tabla 3).**

Al determinar con que parte de la mano se realizaban el 56,7% (491) lo realiza con la yema de los dedos, un 28,8% (249) con los dedos y un 14,5% (127) con toda la mano. El 64,7% (560) se examina un seno a la vez, mientras que el 35,3% (207) se examina ambos senos a la vez. Con respecto a la inclusión del pezón el 61,1% (530) lo incluyen mientras que el 38,9% (337) restante no lo hace.

Valoración de la funcionalidad familiar – APGAR de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

La mayor parte de las encuestadas (70,2% (608)) expresan buena percepción de funcionalidad familiar. Valoran de forma positiva la forma en la cual la familia utiliza los recursos intra y extra familiares en un 60,9% (528), se sienten satisfechas con la forma en la que hablan y comparten situaciones complejas con sus familias en 59,2% (514), de igual forma manifiestan satisfacción hacia sus familias en las expresiones de afecto recíproco 60,5% (525), por último valoran en un 53,8% (467) la forma de compartir tiempo, dinero y espacio con sus familias. El 29,8% (258) restante se constituyen como mujeres que hacen parte de familias disfuncionales. **(Ver Tabla 4).**

Autoestima de las mujeres participantes de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

Para el análisis de la variable autoestima, se destaca que el 75,4% (653) de las encuestadas expresan una autoestima elevada, el 21,9% (190) muestra una autoestima media, solo el 2,7% (23) representa el grupo de mujeres con una autoestima baja. **(Ver Tabla 5).**

Autoeficacia percibida de las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería 2015.

Para el análisis de la variable sobre Auto- Eficacia, se logra establecer que el 84,8% (734) presenta una autoeficacia alta, 15,2% (132) lo conforman el grupo de mujeres con una autoeficacia percibida baja. **(Ver Tabla 6).**

Caracterización de las mujeres con una práctica adecuada del autoexamen en montería.

Un aspecto a resaltar lo constituye la relación que existe entre la práctica adecuada y las características que manifiestan aquellas mujeres de la población objeto de estudio que realiza esta práctica con la rigurosidad, tal como lo establece la norma técnica nacional. Por lo que se puede resaltar que este pequeño grupo, sólo el 2% (20) de las participantes encuestadas realizan de manera adecuada esta práctica. Este grupo de mujeres pertenecen al estrato socio económico 1, en un 90% (18), con un promedio de edad de 34.1 años, el 60% (12), de estas mujeres realizaron el bachillerato completo, y el 10% (2) cuenta con estudios universitarios, pertenecen a una unidad familiar conformada por esposo e hijos 55% (11), manifiestan un estado de salud bueno 100% (20) y sin enfermedad diagnosticadas 100% (20), con buena auto estima 95% (19) y manifiestan apoyo familiar 70% (14).**(Ver Tabla 7)**

9. DISCUSIÓN

La mayor parte de las mujeres mayores de 20 años que viven en la ciudad de Montería, se realiza el autoexamen de mama, sin embargo, esta práctica es inadecuada, las mujeres no tienen la regularidad de esta, la técnica usada para la autoexploración no es la correcta y además, desconocen el momento del ciclo menstrual en que deben realizarla.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, muestra que las mujeres con mayor nivel educativo y mayor índice de riqueza expresan más claridad sobre la práctica adecuada del autoexamen. Por esta razón resulta relevante que los resultados del presente estudio hacen referencia a los estratos 1 y 2 de la capital Monteriana; los estratos 1 y 2 se considerada una población vulnerable, que según los resultados tiene conocimientos regulares sobre la práctica del autoexamen. Este aspecto puede ser determinante para mejorar la oportunidad en el proceso de atención en salud; para las mujeres conocer la importancia del diagnóstico precoz del cáncer de mama y el impacto de éste en la curación y sobrevida a largo plazo, puede favorecer apropiación de prácticas de cuidado y acciones razonadas y planeadas, como lo propone el modelo de Nola Pender, que configuran el compromiso con la salud y el cuidado y aumentan a su vez, las probabilidades de ser diagnosticadas de forma temprana. (18, 52).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, las participantes son mujeres jóvenes, con un nivel educativo de básica secundaria y pertenecientes a familias nucleares. Estos resultados son similares a los obtenidos por González D, quien muestra que el grupo etario que más se realiza el autoexamen de mama, son aquellas mujeres entre los 25 – 35 años. Dentro de los factores predictores propuestos por Pender, la edad se constituye en la variable personal que más puede influir de forma positiva en los afectos referidos a una conducta y en conjunto con las experiencias personales anteriores pueden mejorar las acciones para promover la salud. Además, este grupo etario, se caracteriza por estar en plena capacidad reproductiva, en su mayoría con vida sexual activa y por tanto hacen mayor presencia en las consultas médicas; por esta razón tienen mayor oportunidad de adquirir información de calidad por parte de los profesionales de salud a cerca de las conductas en salud, en especial de la práctica correcta del autoexamen de mama. (53).

Un aspecto relevante relacionado con las características de edad de las participantes es la pobre utilización de los servicios de salud preventivos por este grupo poblacional. Un porcentaje importante de las mujeres (61,2%) manifestaron no haber asistido a una consulta de prevención en salud en el último año; esto pese al volumen de programas dirigidos a este grupo, se convierte en un dato importante, porque además de limitar las oportunidades de orientación educativa en salud y de tamizaje para enfermedades con alta incidencia entre las mujeres y que son fácilmente prevenibles; reduce las posibilidades de vinculación a los programas de salud que se han organizado para este grupo y es un reflejo de las limitaciones en la gestión y promoción de tipo de servicios de salud por parte de las autoridades sanitarias en los distintos niveles y regímenes existentes el país. (54) Constituyendo la perpetuación del paradigma curativo de la salud y limitando una mejor inclusión social desde la perspectiva de género. (55)

Al analizar la frecuencia en la realización del autoexamen, se encuentra que solo 5,5% lo hace del cuarto al décimo día desde el primer día de la menstruación; esto difiere de lo establecido por la norma técnica para la detección temprana del cáncer de seno, que establece que la autoexploración mamaria debe realizarse mensualmente desde el cuarto a décimo día desde el primer día de la menstruación, con el fin que la mujer no realice el autoexamen en un momento del ciclo menstrual en el cual las mamas se encuentren inflamadas y de esta forma obtenga alteraciones derivadas de las acciones hormonales. (11) El conocimiento sobre la técnica y los detalles para su realización son importantes para la planeación de las acciones de cuidado, el reconocimiento de los beneficios y la percepción de las capacidades para actuar en función del propio bienestar, son aspectos que predicen una mayor práctica del autoexamen. (11, 18)

Un dato importante se refiere a que sólo el 2% de las participantes presenta una práctica adecuada del autoexamen de mama. Un punto en común de estas mujeres, es el alto nivel de autoestima, funcionalidad familiar y autoeficacia; condiciones que les permiten tener una imagen favorable de sí mismas, estar satisfechas con lo que han logrado por sus propios medios en el contexto en el cual se desenvuelve. Estos resultados se comparan con los encontrados por González D. (53), en un estudio realizado en Chiquimula Guatemala, donde solo el 4% de las participantes realiza el autoexamen de mama de forma correcta, pues la mayoría no toman en cuenta los pasos adecuados para su realización ni el momento de ciclo para realizarlo. Para este último aspecto, es importante considerar que la simple exploración casual de los senos no constituye una práctica correcta, por cuanto esta compromete la realización sistemática y regular de maniobras, y cierto grado de habilidad para reconocer masas o abultamientos, además la realización del autoexamen un día cualquiera de ciclo menstrual, puede llevar a diagnósticos errados derivados de alteraciones propias de los cambios hormonales. (9)

En este sentido, variables como autoestima y autoeficacia, posibilitan la apropiación de prácticas para el cuidado que pueden ser reforzadas por las influencias positivas del contexto, en especial del contexto socio-sanitario, donde los profesionales de la salud mediante la educación directa y la orientación a las mujeres fomentan e impulsan la práctica frecuente, constante y en los periodos del ciclo menstrual adecuados. (9, 11, 18)

Del mismo modo, tal como lo plantea Manrique el apoyo familiar incide directamente en las emociones básicas que consolidan la definición de los individuos, lo que sustenta la importancia que la percepción de la funcionalidad familiar ejerce en la población analizada. En este estudio, las mujeres que manifiestan conocer el autoexamen y practicarlo con la frecuencia adecuada, tienen una mejor percepción de la funcionalidad familiar. (9) En general la fortaleza del entorno familiar es una variable que favorece de forma significativa la adopción de mejores prácticas de cuidado para la salud. Diversas investigaciones han demostrado que la buena funcionalidad familiar es un valioso recurso para potenciar actividades al interior de la familia que ayudan al cuidado de la salud de sus miembros, (56) y que pueden trascender a los ámbitos educativos, económicos y sociales y maximizar el bienestar. (57)

Entre las razones que argumentan las mujeres pertenecientes al estudio para la no realización del autoexamen de mama, se encuentra el hecho de no considerarlo necesario, la pereza, falta de tiempo y no saber realizarlo. Similares resultados reportó Del Toro M, en Cartagena donde las mujeres no se sienten motivadas, no conocen y se les olvida esta práctica. (58) El hecho de no estar informadas acerca de las técnicas adecuadas para la realización del autoexamen de mama, ignorar la frecuencia y periodicidad demuestra el alto riesgo en que se encuentra este grupo poblacional. Los pocos conocimientos sumados a la falta de interés reducen de forma significativa las opciones para la detección temprana. (13, 17) El Modelo planteado por Nola Pender, ayuda a explicar la existencia de este tipo de barreras reales o imaginarias, que pueden bloquear de forma anticipada la adopción de conductas que favorecen el autocuidado de la salud de las mujeres. (17) Así mismo, dentro de los elementos que favorecen el cuidado de la salud en las mujeres objeto de estudio, se destaca la actitud positiva hacia su estado de salud. La mayoría de las mujeres expresan sentirse bien de salud, razón por la cual no acude a consulta médica, estos resultados difieren de otros estudios, como el desarrollado por Silva N y otros, quienes sostienen que aquellas mujeres que frecuentan los servicios de salud, adoptan más consistentemente la práctica del autoexamen. (59, 12)

Respecto al procedimiento utilizado para la inspección de las mamas, se resalta que gran parte de las mujeres examinan un seno a la vez, se palpan con la yema de los dedos e incluyen el pezón; estos datos coincide con lo sugerido por la Sociedad Americana de Cáncer, que recomienda utilizar la yema de los dedos del medio de la mano, dado que es en esta zona de la mano donde se tiene mayor sensibilidad, logrando una mayor detección de cambios o deformidades del seno, además de incluir el pezón en el autoexamen, debido a que pueden producir secreciones sugestivas de alteraciones en los senos.(2) Es claro que la realización del autoexamen de mama por sí solo no previene este tipo de cáncer, pero si se expresa beneficios relacionados con hábitos positivos en el cuidado de la salud, la confianza en el reconocimiento de su cuerpo y en los cambios que éste pueda presentar.

La mamografía es el método de referencia y elección para la detección temprana de cáncer de mama más recomendado por el personal médico y los programas de detección temprana de cáncer, pero se recomienda enfocar el papel del personal de enfermería a promover una adecuada práctica del autoexamen de mama, con el fin de contribuir al conocimiento del seno y de cualquier cambio físico en éste, asimismo a la detección de cualquier síntoma que requiera la realización de un examen clínico de la mama por personal especializado, sobre todo cuando las coberturas del tamizaje son limitadas. (17)

De esta manera cobra relevancia el papel del personal de enfermería a través de estrategias que permitan la detección y el tratamiento adecuado, resaltando la colaboración que ofrece la mujer en el autocuidado y autocontrol en su proceso de salud o enfermedad. Su participación es decisiva en la prevención de patologías como el cáncer de mama, es aquí donde la labor educativa encaminada a transformar al sujeto en un ente dinámico de la salud adquiere valor, por tanto son fundamentales los programas de educación y monitoreo hacia este flagelo con el fin de apuntar a la detección de nuevos casos y disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.(20)

Las mujeres encuestadas en general poseen una autoestima elevada, razón por la cual podrían desarrollar un mayor compromiso con su propio cuidado y esforzarse por tener una práctica adecuada del autoexamen de mama. Sebastián J, afirma que aunque la autoestima no se ha estudiado tanto como la imagen corporal en relación con el cáncer de mama, sus resultados se asemejan, e indican que por medio de intervenciones programáticas grupales que promuevan afectos positivos en las pacientes se puede mejorar mucho esta práctica. (60, 61, 62)

Al analizar la autoeficacia se observó que las mujeres objeto de estudio se caracterizan por ser seguras de sí mismas, y creer que pueden desempeñar las acciones necesarias para obtener lo que se proponen, actuado de forma eficiente ante la presencia de cualquier factor de riesgo para cáncer de mama.(63)La percepción de autoeficacia permite a las mujeres actuar de forma eficiente ante la presencia de cualquier factor de riesgo, esto explicaría porque se evidencia una mejor práctica del autoexamen en este tipo de mujeres.(62) partiendo de que la autoeficacia permite la transformación de conductas mediante la toma de decisiones, las cuales influyen positivamente en la salud, debido a que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir una enfermedad y el desarrollo de conductas preventivas. (64, 65, 66, 67)

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender es útil para el profesional de enfermería, quien puede hacer uso de sus postulados para diseñar estrategias que motiven en la población la adopción de conductas preventivas que permitan lograr un estilo de vida saludable. Fernando T, reporta como una intervención basada en el modelo ayudó a eliminar las barreras para adoptar una conducta saludable y mejorar la autoestima. (68)Así mismo, Canaval basado en el modelo, identificó las barreras para la práctica periódica de la citología cervico-uterina, en un grupo de mujeres trabajadoras de la salud; dentro de las que se destacan: el miedo, el olvido o los sentimientos de vergüenza, sumados a la dificultad en la técnica y la falta de interés. (65, 66)

Igualmente en Cali, se estudiaron los factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post menopausicas, evidenciándose que un gran número de ellas mostraron conductas promotoras de salud; de estas las relevantes fueron, el crecimiento espiritual, manejo del estrés, nutrición, responsabilidad en salud. Además, se destaca que la percepción del estado de salud, la autoeficacia y la educación formal, fueron los factores que más predijeron la variabilidad en las conductas promotoras de salud. (66)

La principal fortaleza de este estudio es la relevancia de los datos, que muestran las necesidades en materia de educación e información que presenta la población de mujeres de la ciudad de Montería, debido que no se cuenta con estudios anteriores que indaguen acerca de la práctica adecuada del autoexamen de mama, por este motivo este se convierte en un insumo para los profesionales de enfermería encargados de liderar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro del equipo interdisciplinario que presta los servicios de salud, con el fin de fortalecer la práctica adecuada de este examen a través de la educación continua con información de calidad teniendo en cuenta las características de la población estudiada. También se convierte en una información relevante para la ciudad, porque a partir de estos datos se pueden establecer programas que logren que las mujeres mayores de 20 años practiquen adecuadamente el autoexamen de

mama, todo esto conlleva a que la población estudiada obtenga información de calidad sobre la práctica correcta del autoexamen de mama y los beneficios que esta técnica tiene para la detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer de mama.

Las **limitaciones** para el desarrollo del estudio estuvieron relacionadas con la dificultad para el acceso a algunos barrios seleccionados, por su alta peligrosidad y a la dificultad de acceder a mujeres de estratos 3, 4, 5 y 6 porque estos barrios no resultaron representados en la muestra, a pesar de haber realizado un muestreo por conglomerados de todos las comunas de la ciudad, esto puede ser derivado de la no estratificación previa de las comunas. Por tanto, para estudios posteriores se recomienda estratificar la población, con anterioridad al procedimiento del muestreo. También se pueden encontrar debilidades derivadas del auto-reporte.

10. CONCLUSIÓN

Los resultados encontrados permiten concluir que la práctica de autoexamen de mama realizadas por las mujeres mayores de 20 años del municipio de Montería es deficiente. Solo el 2% de ellas tiene una práctica adecuada, contemplados en la norma técnica y socializados por el personal de la salud a través de distintos medios y canales de comunicación.

A través de este estudio se logró realizar la caracterización socio demográfica de mujeres mayores de 20 años residentes en la ciudad de Montería, algunos datos significativos a resaltar se relacionan con el promedio de edad de las mujeres participantes en estudio, el cual fue de 33,2 años, con una pareja estable, en su gran mayoría amas de casas y con un nivel educativo inferior a la básica secundaria, y con un estrato socioeconómico bajo, lo que hace que estas mujeres sean susceptibles a la adquisición de conocimientos acerca de la práctica adecuada del autoexamen de mama, y por esta razón los profesionales de enfermería deben trabajar activamente en brindar una educación con calidad a sus usuarias y verificar el aprendizaje de estas.

Estas mujeres argumentan presentar un buen estado de salud, debido a que en su gran mayoría no perciben ningún signo de alarma aparente que pueda llamar su atención e invitarla a consultar el médico. Esta percepción las lleva a confiar y no consultar los servicios especializados con frecuencia.

Las principales razones por las que las mujeres no se realizan el autoexamen es que algunas no lo consideran necesario, lo que se justifica y tiene relación con el hecho de sentirse saludables, de igual forma otro porcentaje considerable sostiene que les da pereza.

Otro punto de referencia lo constituye la funcionalidad familiar que perciben las mujeres objeto de estudio, ellas expresan sentirse satisfechas con la forma con sus familias hablan y comparten problemas, para sobrellevar situaciones difíciles y se evidencia que son familias que pese a no contar con un soporte económico fuerte se manifiestan afectos y son expresivos en los sentimientos. Estas mujeres dicen sentirse satisfechas con el tiempo, dinero y espacio que comparten con sus familias.

Para tener en cuenta en la **autoestima**, se deduce que son mujeres con autoestima alta, pues pese a las limitaciones económicas, de formación académica, laborales, manifiestan una actitud positiva frente a la forma como asumen su vida. La ayuda es muestra de apoyo, interés y preocupación por el receptor, produce reacciones positivas como la estimulación de los sentimientos de autovaloración y aprecio por quien ayuda, lo que demuestra que el apoyo familiar es determinante en la forma como estas mujeres enfrentan la vida.

Otro fenómeno que se analizó en la presente investigación apunta hacia la autoeficacia, en donde las mujeres expresan de forma no tan determinante puntos de vista hacia su visión para enfrentar las dificultades que la vida le presente. La autoeficacia, puede determinar el curso de acción de las personas e influye en el nivel de perseverancia para cambiar las situaciones. Lo que invita al fortalecimiento de estas capacidades en las mujeres del

municipio de Montería para que eleven su bienestar emocional, su confianza y calidad de vida, que puede contribuir al auto cuidado y el auto estima.

Se hace necesario fortalecer desde la enfermería los programas de promoción y prevención tendientes al cuidado de la salud de la mujer, específicamente los que se refieren a las prácticas adecuadas para la realización del autoexamen de mama, con el fin de fomentar en la comunidad el conocimiento de la estructura del seno, su superficie y cualquier cambio que sugiera la valoración de personal especializado.

11. RECOMENDACIONES

Los resultados del presente estudio están dispuestos hacia la motivación en las mujeres mayores de 20 años a realizarse el autoexamen de mama, con el fin de generar un cambio en la conducta que permita prevenir este flagelo. Para lo cual se plantea las siguientes recomendaciones:

Que todas las mujeres mayores de 20 años pertenecientes a los estratos 1 y 2 de la ciudad de Montería – Córdoba, asuman responsabilidad en su auto cuidado e iniciativa personal del cuidado de su integridad.

Se propone organizar conjuntos de estrategias de capacitación y motivación a los agentes que intervienen en el contexto de salud comunitario para estimular a las usuarias a una práctica constante y adecuada del autoexamen de mama, encaminada hacia la detección temprana.

Promover campañas desde lo regional hasta el campo nacional para informar acerca de la manera de realizarse el autoexamen, disminuyendo las barreras de accesibilidad a una consulta médica. Lo que podría mejorar la calidad de vida, en las mujeres con sospecha de un cáncer de mama, debido a que les abre puertas a un tratamiento oportuno. A partir de lo anteriormente expuesto se pueden realizar campañas educativas en salud dirigidas a mujeres de bajo nivel socio económico y con menor acceso a los servicios de salud, que hacen parte de la población seleccionada para la realización de este estudio.

Se recomienda que los profesionales de la salud, se involucren a través de campañas educativas dirigidas a toda la población femenina para que asuman las practicas adecuadas en la realización del auto examen de mama, esto con la finalidad de establecer estrategias de tipo educativo enfocadas hacia el cuidado, que le posibiliten generar conciencia sobre la gran responsabilidad de cuidar su salud, ofreciendo información adecuada, orientando oportunamente y educando a esta población, sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables a la salud, enfocándose en aquellas enfermedades de creciente incidencia, como es el cáncer de mama, con el objetivo de mejorar el nivel de salud inculcando hábitos y prácticas saludables a las mujeres, para mejorar la prevención y detección temprana del cáncer de mama.

El déficit de auto cuidado es un aspecto que debe ser mejor trabajado y enfatizado entre las mujeres, con el objetivo de ayudarlas a asumir un papel más activo en el cuidado de su salud.

Es importante brindar a la población los resultados de esta investigación con el fin de promover estilos de vida saludables. En las Secretarías de Salud Departamental y municipal se deben establecer programas de detección precoz de cáncer de mama e Impulsarlos en el sistema de atención primaria en salud, iniciando con la en difusión entre las usuarias de estos servicios las técnicas correctas del Autoexamen de mama.

Difundir a través de los periódicos regionales y locales un artículo donde se reflejen las cifras de la encuesta aplicadas a esta población, con el fin de mostrar los resultados y dejar la inquietud en toda la población femenina, informando las practicas adecuadas del

autoexamen de mama y la forma de prevenir el cáncer de mama; con la finalidad de prevenir la enfermedad y brindar un diagnóstico oportuno.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]. c2015. Octubre: mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama. Recuperado el 2 de septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
2. American Cancer Society. a2014. ¿Qué es el cáncer de seno? .Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>
3. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. a2014. Cáncer de mama en las Américas. Recuperado el 2 de septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
4. Urrutia R. Participación de Enfermería Oncológica en la Detección Precoz de Cáncer de Mama. Trabajo de grado. (Enfermera (o) especialista). Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería.
5. Colombia. Ministerio de salud y de la Protección Social. Cáncer de mama, una enfermedad en ascenso en Colombia. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/-Cancer-de-mama,-una-enfermedad-en-ascenso-en-Colombia.aspx>
6. Instituto Nacional de Cancerología e Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. 2011. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/10/101028_cancer_mama_america_latina_pl.shtml
7. Colombia. Informe de Rendición de Cuentas. Secretaria de salud departamental de Córdoba. 2014.
8. Liga contra el cáncer seccional Córdoba. Comportamiento epidemiológico del cáncer en el departamento 2014.
9. Manrique F, Ospina J, Vega N, Morales A, Herrera G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería. 2012; 30 (1): 18-27.
10. Coalición multisectorial Perú contra el cáncer. Guía de prevención de cáncer dirigida a docentes de educación básica. Lima - Perú, junio 2009
11. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 0412 del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención. Bogotá. El Ministerio; 2000.
12. Virella M, Salazar Y, Chávez M, Viñas L, Peña P. Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. AMC [revista en la Internet]. 2010; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100003&lng=es
13. ENDS. Detección temprana de cáncer de cuello y de mama. Capítulo 15. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=148&Itemid=118

14. Carvalho A, Silva M, Ferreira E. Práctica del autoexamen de mamas por usuarias del sistema único de salud de Ceará. Rev Cubana Enfermer [Revista en Internet] 2006; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300009&script=sci_abstract
15. Canaval G, Sánchez M. Estilo de vida y la prevención de cáncer en mujeres trabajadoras en una institución de salud, Cali, Colombia. Corporación Editora Médica del Valle, 2011; 42 (2): 177 – 183.
16. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango [serie en línea]. 2007 Sep [citado 2014 Jul 24]. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326CO326&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bCcCw&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=teoría+de+los+cambios+de+conducta%2B+Ajzen+y+Fishbein&spell=1
17. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
18. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15(1): 128-143.
19. Quintero S. Prevalencia de la autoexploración de mama en mujeres en edad fértil. Revista electrónica de portales médicos. 2006. Consultado 12 jun. 2014. Disponible en: <http://www.portapapelesmedicos.com/publicaciones/articulos/26/3/prevalecía-de-la-autoexploracionde-mama-en-mujeres-de-edad-fertil.html>
20. Delgado T, Carámbula L, García L. Encuesta sobre hábitos de prevención y detección del cáncer de mama femenino [serial online] octubre, 2004. Uruguay [citado 20 mayo 2014]; disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art02_encuesta.pdf
21. Autoexamen de mama. Pro familia. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=252:autoexamen-de-seno (Fecha de acceso: 9-noviembre-2014 a las 9:30 pm)
22. Sáenz Orellana A, Sánchez Castro A. Conocimientos, actitudes y prácticas del autoexamen de mama en mujeres de 15 – 45 años que acuden a los consultorios de Planificación Familiar y Papanicolaou del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo agosto – diciembre del 2010. Trabajo de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú. Facultad de medicina humana. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3012/1/saenz_oa.pdf
23. Yépez. D, De la Rosa A, Guerrero C, Gómez M. Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. . RevEnfermInstMex Seguro Soc. 2012; 20(2):79-84.
24. Examen de las Mamas. Descripción y Procedimiento. Julio 2007. Disponible en: http://www.tuotromedico.com/temas/autoexamen_mamas.htm. Auto
25. American Cancer Society, US. Detailed guide: breast cancer. 14 ed. Chicago, US. 2012. pp. 928. Disponible en: <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/index> on August 24, 2012.
26. Arboleda W, Betancourt D, Correa L. Frecuencia de mamografía y examen clínico de mama en mujeres del régimen subsidiado – Manizales (Caldas). Hacia promoc. Salud [online]. 2012; 17 (2): 125-135.

27. Instituto Nacional del Cancer. Cancer de seno (mama). RevMed. EE.UU. 2014. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol>
28. Liga Contra el Cáncer. Cancer de seno. RevMed. Bogotá. 2011. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/v2/programagralseno.pdf>
29. López Carrillo L, Suarez López L, Torres Sánchez L. Detección del cáncer de mama en México: síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Salud pública Méx [online]. 2009; 51 (2): 345-349.
30. Nelson,H, Tyne, K, Naik, A, Bougatos, C, Chan, B , & Humphrey, L. (2009). Screening for breast cancer: An update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 151(10), 727-737).
31. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf
32. Kern de Castro E, Moro L. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y pos tratamiento del Cáncer de Mama. 2012; 9 (2-3): 453-465
33. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *Int J NursStudies* 2009,1:1143-7.
34. Uribe C. Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n65/n65a08.pdf>
35. Ospina J, Manrique F, Veja N, Morales A, Ariza N. La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. *Enferm. glob.* 2011; 10(23): 30-40.
36. Romaní F, Gutiérrez C, Ramos J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). *An. Fac. Med.* 2011, vol. 72, no.1, pp. 23-31. disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S10255832011000100005&script=sci_arttext.
37. Saraguro Y. Practica del autoexamen de mamas por usuarias del hospital de área de salud N°10 del canton de Saraguro. Ecuador; 2013. Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/browse?type=author&value=SARAGURO+SILVA%2C+YADIRA+ELENA>
38. Azzarelli A, Guzzon A, Pilotti S. Accuracy of breast cancer diagnosis by physical, radiologic and cytologic combined examinations. *RevChilUltrasoun.* 2006; 69:137.
39. Nigenda G, Caballero M, González L. Barreras de acceso al diagnóstico temprano de cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública México* 2009; 51(sup 2): 254-262.
40. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. 2.005. Disponible en: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
41. Merino JE, Stieповich JB. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *RevMéd Chile* [internet]. 2006; 134(12):1491-1499.
42. Cancino M. Práctica de autoexploración de mamas, suceptibilidad y autoeficacia percibida. Universidad de nueva Leon. 2004. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080084852.pdf>
43. Riquelme B, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. 2.006. Disponible en: http://www.mastologia.cl/sitio/pto_docente/002_atenfrmr.pdf

44. Cancer de mama: prevención y control. Organización Mundial de la Salud. . Fecha de acceso (14-08-2014) Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>
45. Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med. Seguir. Trab.* [Online]. 2008;54 (210): 81-88.
46. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV, núm. 1, 2006, pp. 23-29 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635103.pdf>
47. Oliva L. Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven. Andalucía, España. 2.011.292 p. Disponible en: http://personal.us.es/oliva/INSTRUMENTOS_DESARROLLO%20POSITIVO.pdf
48. Sardiñas R. Autoexamen de mama: Un importante instrumento de prevención del cáncer de mama, en atención primaria de salud. *Rev. Habancienméd* [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Mayo 07]; 8(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000300005&lng=es.
49. Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el Ministerio; 1993.
50. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Disponible en: www.wma.net/e/policy/b3. Consultado: 18-04-2014.
51. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 5, por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2004.
52. Prendes M, Soler V y Morales W. Pesquisaje de cáncer de mama en la comunidad de Santos Suarez. *Scielo* (en línea) 1998 (fecha de acceso: 03 de agosto 2015) 14 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251998000200010.
53. González D, Autoexamen de mama. 2.013. Trabajo de grado. Universidad de san Carlos de Guatemala. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/Auto_examen_de_MAMA.pdf.
54. Díaz C, Zapata Y, Aristizábal J. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 2011; 10(21): 153-175.
55. Piñeros M., Sánchez R., Perry F, García O, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud pública de Méx.* 2011; 53(6): 478-485.

56. Jaramillo R, Espinosa I, Espíndola I. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; 50 (5): 487-492.
57. Moreno J, Echavarría K, Pardo A, Quiñones, Y. Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 2014; 8(2): 37-46.
58. Del toro M, Peinado L, Díaz A. Conocimientos y Prácticas sobre el Autoexamen Mamario en Mujeres de Cartagena De Indias (Bol. – Col) 2014. Trabajo de grado. Corporación Universitaria Rafael Núñez. Colombia: Disponible en: http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/innovacionsalud/index.php/innovacion_salud/article/viewFile/139/144.
59. Silva N, Soares D, Rego S. Conocimiento y práctica del autoexamen de mamas por usuarias de la Unidad de Salud de la Familia. *Enfermería Global* 2013;12463-476. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834848024>. Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2015.
60. Rosenberg M. *Society and Adolescent Self-image.* Princenton University Press, Princenton NJ. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2013-39906-020>
61. Sebastián J., Manos D., Bueno M, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud.* 2007; 18 (2): 137-161.
62. Tijerina C. La glándula mamaria (http://www.sitios.itesm.mx/webtools/Zs2Ps/libros/lagl_ndula.pdf. Fecha de acceso: 28-102015).
63. Gómez R. Evaluación de la personalidad eficaz en población universitaria. 2012. Trabajo de grado. Universidad de Huelva, – España. Departamento de psicología evolutiva y de la educación. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5568/b16628056.pdf?sequence=2>
64. Sánchez M. Lifestyle and cancer prevention in female employees at a health institution. *Colomb Med.* 2011; 42(2): 177-83
65. Triviño Z. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Rev. Achican.* 2012; 12(3):275-285.
66. Triviño Z., Stiepovich A., Merino J. Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri- post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colomb Med* 2007; 38: 395-407.
67. Sánchez, Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia).* 2007; 25(1): 7-21

68. Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. Revista de Enfermería Neurológica. 2010; 9(1): 39-44.

13. ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PERSONA PARTICIPANTE DEL ESTUDIO Y UN FAMILIAR O AMIGO.

Yo _____ con C.C N° _____ de _____, doy mi autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio titulado: “PRÁCTICA ADECUADA DEL AUTOEXAMEN DE MAMA EN MUJERES DEL MUNICIPIO DE MONTERÍA-CÓRDOBA”; desarrollada por Lercy Lucia López Hoyos, quien es enfermera estudiante de maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy una persona de 20 años o más, tengo voluntad para dar información sobre mi cuidado de la salud y deseo participar. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito y de ser necesario usaré un apodo que yo seleccione, durante la(s) entrevista(s) podrá estar presente un miembro de mi familia, si así lo deseo y se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré el derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi familia, mi integridad física, social o la prestación de los diferentes servicios de salud que recibo.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes van a servir para brindar un mejor cuidado a otros adultos mayores y que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a las investigadoras responsables del proyecto, al teléfono: 6698181. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlas y resolver cualquier duda.

Fecha _____

Firma del entrevistado ----- ó huella -----

Firma de un Familiar o Amigo -----

Firma del investigador responsable-----

ANEXO 2 FORMATO DE ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

ENCUESTA N° _____ CORREGIMIENTO: _____ DIRECCIÓN: _____
VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS
1. Edad: _____ años cumplidos.
2. Estado civil: Soltera___ Casada___ Viuda___ Divorciada___ Separada___ U. libre___
3. Nivel educativo: Analfabeta___ Primaria incompleta___ Primaria completa___ Bach. Incompleto___ Bach. completo___ Técnico___ Tecnólogo ___ Universitario___.
4. Seguridad social: vinculado____ subsidiado____ contributivo ____ especial:_____
5. Estrato social 1 ___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
6. Ocupación: ama de casa___ empleada___ independiente. ___ desempleada___ estudiante ___
7. Ingreso familiar mensual _____ ingreso personal si___ no___ cuanto _____
8. Número de personas con las que convive: _____
9. Tipo de familia : esposos e hijos____, madre soltera:____, madre y abuelos____, otro: _____
10. Trabaja actualmente Sí___ No___
11. Recibe alguna Pensión Sí___ No___
12. Ingresos mensuales (cantidad aproximada) - _____
13. Está afiliado o es beneficiario de una entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud? EPS (Contributivo) ___ EPS (Subsidiado) ___ Especial ___ (Fuerzas Armadas Ecopetrol, Universidades Públicas, Magisterio) No Está Afiliado(A) ___ No Sabe _____
Necesidades de salud
Le ha sido diagnosticada alguna enfermedad? _____ Si su respuesta es afirmativa, ¿Qué enfermedad le fue diagnosticada?_____
Como cree que es su estado de salud en general: Excelente ___ Muy Bueno___ Bueno ___ Regular___ Malo___
Ha observado cambios en el estado de su salud en los últimos 6 meses?Si ___ No___
En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?Si ___ No___ No Sabe_____

Prácticas del autoexamen de mama.

1. Ha oído hablar del autoexamen de mama? SI___ NO___
2. Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cómo se enteró acerca del autoexamen de mama?
 Familiares: _____ Amigas: _____ Colegio: _____
 Radio: _____ Televisión:_____ Institución de salud: _____
 Prensa/revista/folletos: _____ Reuniones comunitarias: _____
 Alcaldía: _____ No recuerda: _____ Por algún otro medio? _____
3. ¿cada cuanto se realiza el autoexamen? semanal___ quincenal___ mensual___ anual___
 ___ nunca ___
4. ¿En qué días realiza el autoexamen? Una vez al mes después de la menstruación___ 8
 después de la menstruación ___4 a 10 desde el primer día de la menstruación. ___
 Diario___
5. ¿Alguna vez en sus consultas le han explicado sobre autoexamen? SI___ NO___
6. ¿Qué técnica utiliza? Observación__ Palpación__ Ambas__
7. ¿En qué posición observa sus senos? Sentada___ Parada__ Ambas__
8. ¿En qué posición palpa sus senos? Parada___ sentada__ Acostada__
9. ¿Con qué parte de la mano, palpa sus senos? Con toda la mano__ Con los dedos __Con
 la yema de los dedos__
10. ¿Cómo examina los senos? Ambas a la vez ___ De a una por vez___
11. Cuándo examina sus senos, ¿incluye el examen del pezón? SI__ NO___

ENCUESTA PARA VALORAR LA SALUD AUTOPERCIBIDA Y LA ACTITUD HACIA EL CP

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICA					
1.En los últimos doce meses, su estado de salud ha sido:	Muy bueno	Bueno	Regula r	Malo	Muy malo
BENEFICIOS Y BARRERAS PERCIBIDOS					
¿Se realiza usted el autoexamen de mama	Si	No			
Si su respuesta es negativa, ¿Por qué no se realiza el autoexamen?					
No lo considera necesario _____ No se siente enferma _____					
Le da vergüenza _____ Por descuido _____					
Por falta de tiempo _____ Por temor _____					
Otro: cual _____					
Si su respuesta es afirmativa.					
Considera que la realización del autoexamen permite:					
Detectar enfermedades malignas y benignas _____					
Conocer mis senos y detectar anomalías _____					
Es importante para mi salud _____					
Otra: Cual _____					
2. Los beneficios que le da realizarse el autoexamen son:	Positivos	Negativos	Ningún beneficio		
3. Cree que la realización del autoexamen tiene algunas desventajas	SÍ	NO			

para usted?		
Cuáles?		

INFLUENCIAS INTERPERSONALES						
¿Existe alguna persona que influya sobre usted para la realización o no del autoexamen?					SI	NO
1. Señale las personas que influyen de manera positiva para que usted se realice el autoexamen	Mamá	Abuel a	Prima s	Amigas	Pareja	Otro Cual

VALORACIÓN DEL APOYO FAMILIAR - APGAR

Por cada ítem contenido en el siguiente formato, debe seleccionar la opción que corresponda según su condición.

APGAR	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor.			
Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio.			

Escala Auto-eficacia general

Pregunta	1 nunca	2 Casi nunca	3 Algunas veces	4 siempre
1 Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2 Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3 Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4 Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5 Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				

6 Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7 Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8 Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				

ANEXOS 3.

Tablas de resultados:

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de las mujeres en el municipio de Montería 2015

Estrato	N	%
1	753	86,8%
2	114	13,2%
Edad	N	%
20-29	323	37,3
30-39	226	26,1
40-49	184	21,2
50-59	77	8,9
60-69	32	3,7
70-79	21	2,4
80 y más	4	0,5
Estado civil	N	%
Casada	251	28,9
Divorciada	39	4,5
Separada	92	10,6
Soltera	152	17,6
Unión Libre	301	34,8
Viuda	32	3,7
Tipo de familia	N	%
Madre soltera	181	20,7
Con hijos	6	,7
Esposo e hijos	587	67,8
Madres y abuelos	68	7,9
Nietos	22	2,5
Otros	3	,3
Nivel educativo	N	%
Analfabeta	19	2,2
Primaria incompleta	96	11,1
Primaria completa	36	4,2

Bachillerato incompleto	38	4,4
Bachiller	404	46,5
Técnico	139	16,1
Tecnólogo	50	5,8
Universitario	85	9,8
Ocupación	N	%
Ama de casa	433	50,0
Desempleada	112	12,9
Empleada	110	12,7
Estudiante	143	16,4
Independiente	69	8,0
Trabaja actualmente	N	%
No	683	78,9
Si	184	21,1
Seguridad social	N	%
Contributivo	143	16,5
Especial	68	7,9
Subsidiado	654	75,4
Vinculado	2	,2
Recibe alguna pensión	N	%
No	843	97,2
Si	24	2,8
Ingresos personales	N	%
No	668	77,0
Si	199	23,0

Fuente. Datos del estudio

Tabla 2. Distribución según las necesidades de Salud de las mujeres en el municipio de Montería 2015

Estado de salud en general	N	%
Excelente	7	,8
Muy bueno	54	6,2
Bueno	613	70,7

Regular	191	22,1
Malo	2	,2
Consulta por el estado de salud en el último año	N	%
No	531	61,2
Si	336	38,8
Le ha sido diagnosticada alguna enfermedad	N	%
No	679	78,4
Si	188	21,6

Fuente. Datos del estudio

Tabla 3. Distribución de las prácticas del Autoexamen de Mama de las mujeres en el municipio de Montería 2015

Ha oído hablar del AEM	N	%
No	94	10,7
Si	773	89,3
Se realiza AEM?	N	%
No	238	27,4
Si	629	72,6
Por qué no se realiza el AEM?	N	%
No es necesario	66	7,62
Les da pereza	63	7,27
Falta de tiempo	43	4,96
No lo sabe realizar	30	3,46
No se siente enferma	29	3,23
Por temor	5	,6
Falta de conocimiento	1	,1
Por vergüenza	1	,1
Beneficios que le da realizarse el AEM	N	%
Negativo	18	2,1
Ningún beneficio	119	13,7

Positivos	730	84,2
Persona que influya sobre ud para la realización del AEM	N	%
No	518	59,7
Si	349	40,3
Cada cuanto se realiza el AEM?	N	%
Anual	60	6,9
Mensual	536	61,9
Nunca	49	5,7
Quincenal	75	8,5
Semanal	147	17,0
En que días realiza el AEM?	N	%
Diario	239	27,5
4 a 10 desde el 1er día de la menstruación	149	17,2
8 días después de la menstruación	136	15,7
Una vez al mes después de la menstruación	343	39,6
En consulta le han explicado sobre AEM?.	N	%
No	296	34,1
Si	571	65,9
¿Que técnica utiliza?	N	%
Observación	139	16,1
Palpación	421	48,5
Ambas	307	35,5
Posición en la que observa sus senos	N	%
De pie	636	73,4
Sentada	207	23,8
Ambas	24	2,8
Parte de la mano con que palpa sus senos	N	%
Con los dedos	249	28,8

Con toda la mano	127	14,5
Con la yema de los dedos	491	56,7
Como examina los senos	N	%
Ambas a la vez	307	35,3
Una por una	560	64,7
Incluye el examen del pezón?	N	%
No	337	38,9
Si	530	61,1

Fuente. Datos del estudio

Tabla 4. Distribución de la Valoración de la funcionalidad familiar – APGAR de las mujeres en el municipio de Montería 2015

Funcionalidad familiar	N	%
Disfuncional	258	29,8
Funcional	608	70,2

Fuente. Datos del estudio

Tabla 5. Escala para medir Autoestima de las mujeres en el municipio de Montería 2015

Autoestima	N	%
Baja	23	2,7
Elevada	653	75,4
Media	190	21,9

Fuente. Datos del estudio

Tabla 6. Escala Auto-eficacia general percibida de las mujeres en el municipio de Montería.

Autoeficacia	N	%
Alta	734	84,8
Baja	132	15,2

Fuente. Datos del estudio

Tabla 7.Caracterización de las mujeres con una práctica adecuada del autoexamen en montería.

Estado Civil	N	%
Casada	5	25
Separada	4	20
Soltera	4	20
U. Libre	6	30
Viuda	1	5
Nivel Educativo	N	%
Primaria Completa	1	5
Tecnólogo	2	10
Bachiller	11	55
Técnico	4	20
Universitario	2	10
Seguridad Social	N	%
Contributivo	8	40
Subsidiado	12	60
Ocupación	N	%
Ama De Casa	6	30
Desempleada	3	15
Empleada	4	20
Estudiante	4	20
Independiente	3	15
Estado de Salud General	N	%
Bueno	18	90
Muy Bueno	2	10

Fuente. Datos del estudio