

ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN USUARIAS CON MAMOGRAFÍA POSITIVA

Diana González Montoya¹ 0000-0002-0744-6406

María del Pilar Marín Giraldo² 0000-0002-0225-2741

Leidy Johana Ospina Castrillón³ 0000-0002-8748-8074

Carmen Luisa Betancur Pulgarín⁴ 0000-0003-3977-222x

Jorge Mario Estrada Álvarez⁵ 0000-0001-87608147

¹ Profesional en enfermería, estudiante de la especialización en epidemiología, líder de enfermería de la Sociedad Cardiovascular del eje cafetero.

² Magister en Salud pública, estudiante de la especialización en epidemiología, profesional en enfermería, docente auxiliar Universidad Católica de Manizales. Grupo de investigación en Comunicación en Salud, mapimarin@ucm.edu.co

³ Estudiante de maestría en salud pública, estudiante de la especialización en epidemiología, profesional en enfermería, enfermera Institución Prestadora de Salud Viva 1 A.

⁴ Magister en Enfermería, especialista en epidemiología, especialista en docencia Universitaria, docente asociada Centro de Posgrados en Salud Fundación Universitaria del Área Andina.

⁵ Magister en epidemiología, licenciado en matemáticas, docente asociado Centro de Posgrados en Salud Fundación Universitaria del Área Andina.

Grupo de investigación ZIPA (Zona de investigaciones posgrados Andina). Dirección electrónica de la Fundación Universitaria del Área Andina: www.areandina.edu.co

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar las acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama, en usuarias con mamografía positiva de una institución Prestadora de Servicios de Salud en la ciudad de Manizales, Caldas durante el tiempo comprendido entre 2014 y 2016. **Metodología:** Se realizó un

estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, se evaluaron 103 unidades de análisis mediante un instrumento tipo encuesta. **Resultados:** La población en estudio tuvo una edad media de 63 años, el 38,8% casadas, y nivel de escolaridad básica primaria incompleta en un 24,3%. El 85,4% de las mujeres son capaces de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria; un 48,5% nunca realizan el autoexamen de seno antes de conocer resultado de la mamografía; 37% las mujeres tienen una frecuencia de realización de la autoexploración una vez al mes. Un 40% dedican tiempo para el cuidado de sí misma y un 75% de las mujeres consultan las dudas frente a la detección de alteraciones manifestando interés por el cuidado de su salud en un 96%. **Conclusiones:** Los investigadores concluyeron que el conocimiento y la capacidad de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama en la población objeto de estudio es regular, tienen una práctica inadecuada sobre la técnica para la exploración mamaria y la actitud de las mujeres frente el autoexamen de seno facilita los canales de comunicación para la información y educación sobre prácticas de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama.

Palabras clave

Mama, Autocuidado, Autoexamen de mamas, Diagnóstico precoz del cáncer, Mamografía, Promoción de la salud. (Tomado de los descriptores para ciencias de la salud DeCS).

Abstract

Objective: The objective of this study was to determine self - care actions for the prevention of breast cancer in users with positive mammography from a Health Services Provider institution in the city of Manizales, Caldas during the period between 2014 and 2016. **Methodology:** A descriptive observational quantitative cross - sectional study was carried out, 103 units of analysis were evaluated using a survey - type instrument. **Results:** The study population had a mean age of 63 years, 38.8% were married, and the level of incomplete primary schooling was 24.3%. 85.4% of women are able to perform work and normal activities of daily living; 48.5% never perform breast self-examination before knowing the results of mammography; 37% women have a frequency of self-exploration once a month. 40% dedicate time for self-care and 75% of women consult doubts regarding the detection of alterations expressing interest in their health care in 96%. **Conclusions:** The researchers concluded that the knowledge and self-care capacity against breast cancer prevention in the study population is regular, they have an inadequate practice on the technique for breast examination and the attitude of women to self-examination Of breast facilitates communication channels for information and education on self-care practices in the prevention of breast cancer.

Key Words

Breast, Self Care, Breast Self-Examination, Early Detection of Cancer, Mammography, Health Promotion. (Taken from the descriptors for DeCS health sciences).

Introducción

La glándula mamaria como órgano del cuerpo humano está preparada para la producción y secreción de leche(1). Según conceptos médico científicos está ligada a los términos de maternidad, lactancia materna, fertilidad y fecundidad (2). Visto desde otro punto de vista, en las mamas se representa la feminidad, el erotismo y la belleza; pero más allá de estos conceptos también poseen una carga de enfermedad que tiene un efecto trascendental cobrando un importante número de vidas en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Siendo el tumor maligno más frecuente en mujeres tanto en países desarrollados como en desarrollo, actualmente es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (3). En países como Estados Unidos, México, España y Cuba se considera la primera causa de muerte en la mujer, desplazando al cáncer cervicouterino; este tipo de cáncer se presente de manera eventual en pacientes menores de 25 años, pero existe un mayor riesgo de presentar la enfermedad en pacientes mayores especialmente de 50 a 59 años, donde los antecedentes familiares, estilos de vida, sobrepeso, menarquia precoz, no lactancia materna, primer embarazo tardío y toma de anticonceptivos orales, considerados los factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de esta patología, lo que debe orientar el manejo en el primer nivel de atención y conocer la caracterización epidemiológica de la población femenina tratando de controlar dichos factores (4).

Es muy preocupante la inhaderencia a las acciones de autocuidado como lo es la práctica del autoexamen de mama, la cual puede facilitar un diagnóstico temprano de la enfermedad (5). El desconocimiento de prácticas de autocuidado en pro de la prevención y diagnóstico oportuno conlleva a que un gran porcentaje de mujeres acuda a consulta cuando las lesiones se encuentran en etapas avanzadas del cáncer, dificultando las oportunidades de curación (6); teniendo en cuenta que si un tumor mamario es detectado en su etapa temprana, significa incrementar la esperanza y calidad de vida de las mujeres (7).

Ante la importancia de analizar las barreras frente a las acciones de autocuidado como la realización del autoexamen de mama, en la ciudad de Medellín se realizó un estudio de tipo cualitativo, llamado “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, arrojando como resultado de análisis

dos categorías: el desarrollo de una nueva lógica, donde se producen cambios de percepción de riesgo en las mujeres, pasando de percibirse como personas saludables, siendo esto un optimismo irreal donde se cree que el peligro no es una amenaza verdadera, a tener una percepción de riesgo individual y colectivo donde el autocuidado y el cuidado de los otros se vuelve una prioridad; la otra categoría llamada Normalización de las barreras, donde se da un proceso de invisibilización de las barreras del sistema de salud, en el camino arduo de empoderamiento para asumirse como sujeto de derecho (8).

Frente a lo anterior el reto en Colombia donde según la liga contra el cáncer, ocurren 7000 muertes anuales a causa del cáncer de mama y es una de las condiciones crónicas que ha aumentado su incidencia, ocupando el tercer lugar en las causas de mortalidad (9), es aumentar la percepción de riesgo y aprovechar las herramientas que el personal de salud tiene ya descritas en la normatividad y políticas nacionales como lo está en la resolución 412 de 2000, Ley 1384 de 2010, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública; Resolución 1383 de 2013, Por la cual se adopta el plan decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021 y el Plan decenal de salud pública 2012-2021 que define seis líneas estratégicas para el control del cáncer en la población colombiana; en los ámbitos del control del riesgo, detección precoz, manejo clínico, rehabilitación y cuidado paliativo.

En este contexto, el compromiso de Colombia en el control del cáncer de mama se centra en fortalecer la línea estratégica “Detección temprana de la enfermedad” que considera en conjunto todas las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación (sobrevida) y una disminución en la mortalidad prematura por este tipo de cáncer en la mujer colombiana (10).

Con el fin de materializar las acciones de detección oportuna; es importante tener en cuenta que las mujeres con mayor conciencia de autocuidado no tienen mayor percepción de riesgo, por lo que se debe buscar estrategias que la incentiven (8).

Frente al conocimiento, actitudes y prácticas, estas influyen sobre la prevención del cáncer de mama, permitiendo un aprendizaje continuo, de ahí la importancia de que el equipo de salud en las vías de enseñanza orienten a la población femenina acerca de la técnica del autoexamen, donde instruyan que este es un medio de prevención cuando se realiza mensualmente después de la menstruación con una técnica adecuada y que la actitud hacia su práctica sea asertiva siendo una conducta aprendida que pretende regular y mantener la integridad de la estructura humana, su funcionamiento, desarrollo y estas a su vez se encuentran limitadas ante factores

como el conocimiento, la motivación y las habilidades personales (11).

Por lo anterior se puede expresar que lo que una mujer aprende, conduce a cambios en el desarrollo del comportamiento, que llevan a que surjan destrezas e interés en pro del bienestar integral, ya que a mayor conocimiento se tendrán mayores prácticas de prevención de cáncer de mama (12).

La información sobre acciones de autocuidado frente a la prevención del cáncer de mama, las mujeres la obtienen con mayor frecuencia de la televisión, radio e internet; lo que aumenta la probabilidad de adquirir conocimientos erróneos; solo el 36.6% reciben esta información del personal de salud, por lo cual se debe incentivar a que el rol del personal de salud sea más protagónico a nivel de educación y comunicación sobre las prácticas de autocuidado y detección de signos de cáncer de mama (13).

Lo anteriormente expuesto evidenciado en los diferentes estudios, la magnitud de la problemática mundial frente al cáncer de mama y la necesidad de concientización y empoderamiento de la mujer hacia el autocuidado, puso en manifiesto la necesidad de realizar esta investigación con el objetivo de determinar las acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama, en usuarias con mamografía positiva de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en la ciudad de Manizales, Caldas durante el tiempo comprendido entre 2014 y 2016.

Metodología del trabajo

El propósito de este estudio fue determinar las acciones de autocuidado para la prevención del cáncer de mama, en usuarias con mamografía positiva de una institución Prestadora de Servicios de Salud en la ciudad de Manizales, Caldas durante el tiempo comprendido entre 2014 y 2016.

El diseño de este fue cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal, con una población y muestra de 211 mujeres con mamografía positiva BIRADS 4, 5 Y 6; para el marco muestral se utilizó el listado de pacientes suministrado por el departamento de estadística de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, donde la unidad de análisis fue cada una de las usuarias con mamografía positiva. Para el estudio se obtuvo consentimiento institucional.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta usuarias de la IPS Viva 1A, con mamografía positiva BIRADS 4, 5 Y 6, que fueran capaz de responder la encuesta, aceptaran participar en la investigación y firmaran el consentimiento informado.

Cuadro N° 1: Situación de unidades de análisis según participación en el estudio

Situación de unidades de análisis	Numero
Usuaris que participaron en el estudio	103
Usuaris no contactadas por datos de contacto desactualizados	56
Usuaris que no desearon participar en la investigación	42
Usuaris que por sus condiciones de salud no pudieron participar en el estudio	8
Usuaris fallecidas que aún se encontraban en la base de datos	2
Total de unidades de análisis	211

Para el estudio se utilizaron 47 variables las cuales se dividieron por: características sociodemográficas, antecedentes gineco-obstetricos, capacidad de autocuidado, autoexploración mamaria derecha e izquierda y actitud frente el autoexamen de mama.

La recolección de información se realizó por medio de un instrumento tipo encuesta diseñado por las autoras del estudio basado en dos instrumentos de autocuidado en detección oportuna de cáncer de mama de la facultad de enfermería de la Universidad de Queretano (13) (14). La validación del instrumento se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto y validez de contenido por tres expertos temáticos. Se midió consistencia interna con la prueba Alpha de Cronbach para las tres escalas Likert utilizadas: capacidad de autocuidado, con una validez nula (p valor: 0,457), conocimiento sobre exploración mamaria con una validez excelente (p valor: 0,946) y actitud frente la autoexploración mamaria con una validez excelente (p valor: 0,760). Para la escala de Autocuidado se realizó validación de constructo mediante un análisis factorial exploratorio, la cual tuvo una correlación significativa (p valor: 0,000), con la identificación de 4 categorías de análisis.

Para la tabulación de los datos se construyó un formulario y la base de datos en EPI INFO 7.2, el cual se utilizó igualmente para realizar el análisis de los datos mediante la aplicación de estadística descriptiva, para dar respuesta a cada uno de los objetivos. Dentro de las pruebas estadísticas para variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central, dispersión y posición, para analizar normalidad se aplica prueba de Shapiro Wilk. Las variables cualitativas se muestran en distribuciones de frecuencias absolutas, relativas e intervalos de confianza del 95%.

Los resultados de la información se presentan en cuadros para resumir la información.

El control de sesgos tanto de selección e información se trataron de controlar en la fase de diseño especificando los criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de que las unidades de análisis fueran lo más homogéneas posibles. Sin embargo se pudo presentar sesgo de selección de no respuesta frente a que se planeó tener

una población y muestra de 211 unidades de análisis y solo se pudo realizar el estudio en el 48,82% por las razones que se presentan en el cuadro número 1. De igual manera se pudo presentar sesgo de información de memoria ya que para la medición de las variables se contó con los recuerdos que las unidades de análisis tuvieran sobre las preguntas realizadas.

Con el desarrollo del proyecto se dio cumplimiento a la resolución número 8430 del 4 de octubre de 1993 que define las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según el artículo 11 de esta resolución, el estudio fue clasificado como riesgo bajo, ya que no se realizaron pruebas biológicas y psicológicas, ni modificaciones sociales en la población de este estudio (14).

Se respetó la dignidad humana, la confidencialidad y la autonomía de las personas involucradas en la investigación. En la recolección de información se asignó un código a cada usuaria con el fin de proteger la identidad de las unidades de análisis.

Para la recolección de información en el trabajo de campo, se aplicó un consentimiento Informado por escrito a las personas participantes en el estudio y el consentimiento institucional.

Como responsabilidad ambiental, el estudio no puso en riesgo el medio ambiente ya que evaluó únicamente aspectos del comportamiento de las personas.

Frente a la responsabilidad social los resultados del trabajo serán socializados y publicados para abarcar un mayor número de personas de la comunidad científica, así mismo se socializará con la administración de la institución donde se desarrolló el proyecto con el fin de implementar acciones que faciliten prevención y promoción. La población beneficiada son todas las mujeres que hacen uso de la información producida por este trabajo, las mujeres con factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, la IPS y su población a cargo, los grupos de trabajo de futuras investigaciones en el tema, la Fundación Universitaria del Área Andina y las investigadoras.

Resultados

La población en estudio tuvo una edad media aritmética de 63 años, con una desviación estándar de $\pm 9,85$ años, con un rango entre 42 y 85 años; la edad de las unidades de análisis tuvieron una distribución normal (P valor: 0.24075).

Las demás características sociodemográficas se indican en el cuadro número 2, 3 y 4.

Cuadro N° 2: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sociodemográficos en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016 (Parte 1)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Estado civil	Casada	40	38,8	30,1	48,5
	Soltera	24	23,3	14,6	32,0
	Viuda	18	17,5	9,7	25,2
	Unión Libre	13	12,6	5,8	19,4
	Divorciada	8	7,8	2,9	13,6
Nivel de escolaridad	Analfabeta	3	2,9	,0	6,8
	Básica primaria incompleta	25	24,3	16,5	33,0
	Básica primaria completa	10	9,7	3,9	16,5
	Básica secundaria incompleta	16	15,5	7,8	23,3
	Básica secundaria completa	23	22,3	14,6	30,1
	Educación media completa	8	7,8	2,9	13,6
	Carrera técnica completa	12	11,7	5,8	18,4
	Universitaria completa	5	4,9	1,0	8,7
Posgrado completo	1	1,0	,0	3,9	

Por cada 10 mujeres con mamografía positiva, hay 6 mujeres con estado civil casadas y 3 con un nivel de escolaridad básica primaria incompleta.

Cuadro N° 3: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sociodemográficos en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016 (Parte 2)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Ocupación	Ama de casa	48	46,6	36,9	56,3
	Pensionada	31	30,1	21,4	39,8
	Empleada	20	19,4	11,7	27,2
	Desempleada	2	1,9	,0	4,9
	Otro	2	1,9	,0	4,9
Religión	Católica	98	95,1	90,3	99,0
	Cristiana	3	2,9	,0	6,8
	Testigo de Jehová	1	1,0	,0	2,9
	Otra	1	1,0	,0	3,9

Por cada 10 mujeres participantes en el estudio hay 9 mujeres amas de casa, donde la mayoría practica la religión católica.

Cuadro N° 4: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sociodemográficos en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016 (Parte 3)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Dependencia económica	Independiente	59	57,3	47,6	67,0
	Esposo	20	19,4	11,7	27,2
	Hijos	10	9,7	3,9	15,5
	Otros	10	9,7	3,9	16,5
	Padres	4	3,9	1,0	7,8
Nivel socioeconómico de la vivienda	Uno	8	7,8	2,9	13,6
	Dos	27	26,2	18,4	35,0
	Tres	42	40,8	32,0	50,5
	Cuatro	16	15,5	8,7	23,3
	Cinco	4	3,9	1,0	7,8
	Seis	6	5,8	1,9	10,7

Los hallazgos del estudio sociodemográfico mostraron que hay 7 mujeres con una dependencia económica del esposo, hijos, padres u otros por cada 10 unidades de análisis y 7 de cada 10 mujeres viven un nivel socioeconómico 3.

La edad de inicio de la regla tubo una distribución normal (P valor: 0,324) una media aritmética de 13,42 años, con una desviación estándar de $\pm 1,95$ años, con un rango entre 8 y 20 años.

Frente a la edad de inicio de la menopausia, esta presento una distribución no normal (p valor: 0,000), con una mediana de 49 años, una media aritmética de 43,24 años con desviación estándar de $\pm 16,20$ años, la edad máxima de inicio de la menopausia fue de 60 años.

En el cuadro número 5 se muestra los antecedentes gineco-obstetricos de las usuarias con mamografía BIRADS 4, 5 Y 6 que participaron en el estudio.

Cuadro N° 5: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos de antecedentes gineco – obstétricos en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Método de detección cáncer de mama (n= 103)	Mamografía	60	58,3	48,5	68,0
	Autoexamen	26	25,2	16,5	34,0
	Ecografía	13	12,6	6,8	19,4
	Examen realizado por personal de salud	4	3,9	1,0	7,8
Uso de anticonceptivos hormonales (n= 103)	No	53	51,5	41,7	61,2
	Si	50	48,5	38,8	58,3
Terapia de reposición estrogénica (n= 103)	No	92	89,3	82,5	95,1
	Si	11	10,7	4,9	17,5
Familiar con cáncer de mama (n= 103)	Nadie	56	54,4	43,7	64,1
	Otro	16	15,5	8,7	23,3
	Hermana o hermano	13	12,6	5,8	18,4
	Tía o tío	11	10,7	5,8	17,5
	Madre	6	5,8	1,9	10,7
	No lo sabe o no contesta	1	1,0	,0	2,9
¿A amamantado a los hijos? (n= 103)	Si	75	72,8	64,1	81,6
	No aplica	21	20,4	13,6	28,2
	No	7	6,8	1,9	12,6

El tiempo de uso de anticonceptivos hormonales presento una media aritmética de 39 meses y una desviación estándar de $\pm 68,24$ meses, con un tiempo máximo de uso de 360 meses. Esta variable presento una distribución no normal (p valor: 0,000).

La distribución del número de hijos y el promedio de meses de amamantamiento de estos presentaron una distribución no normal (p valor: 0,000). La población en estudio presento una media aritmética de 2 hijos con desviación estándar de $\pm 2,08$ y un número máximo de 12 hijos. Frente a los meses promedio de amamantamiento se tuvo una media aritmética de 8,8 meses y una desviación estándar de $\pm 10,07$ meses; el rango de meses promedio de amamantamiento fue de 0 a 48 meses.

Los hallazgos encontrados mostraron que la relación frente a la detección del cáncer de mama por medio del autoexamen fue de 3 por cada 10 detecciones con otro tipo de método.

9 de cada 10 mujeres usaban anticonceptivos hormonales y 1 de cada 10 mujeres tuvieron terapia con reposición estrogénica.

Las variables evaluadas para identificar prácticas de autocuidado se presentan en las tablas 6, 7 y 8 sobre capacidad de autocuidado.

Cuadro N° 6: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre capacidad de autocuidado en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 1)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Consumo de frutas y verduras	Frecuentemente	43	41,7	33,0	51,5
	Siempre	43	41,7	33,0	50,5
	A veces	17	16,5	9,7	24,3
Aplicación escala ECOG	ECOG 0	88	85,4	78,6	92,2
	ECOG 1	9	8,7	3,9	14,6
	ECOG 2	6	5,8	1,9	10,7
Frecuencia de realización de ejercicio	Nunca	38	36,9	28,2	46,6
	1 ó 2 veces a la semana	24	23,3	15,5	32,0
	3 ó 4 veces por semana	28	27,2	18,4	35,0
	5 ó más veces por semana	13	12,6	5,8	19,4

En la valoración de las capacidades de las pacientes en su vida diaria frente al mantenimiento de su autonomía, se encontró que 6 mujeres no eran capaces de desempeñar ningún trabajo, se encontraban con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superaban el 50% del día. Estas mujeres satisfacían la mayoría de sus necesidades personales solas.

88 Unidades de análisis se encontraban totalmente asintomáticas y eran capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

Cuadro N° 7: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre capacidad de autocuidado en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 2)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Dedicación de tiempo para el cuidado de sí misma	Nunca	7	6,8	1,9	12,6
	A veces	23	22,3	14,6	32,0
	Frecuentemente	41	39,8	31,1	49,5
	Siempre	32	31,1	22,3	39,8
Dedicación de al menos 10 minutos en la mañana y en la tarde para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar	Nunca	12	11,7	5,8	18,4
	A veces	26	25,2	17,5	34,0
	Frecuentemente	40	38,8	29,1	48,5
	Siempre	25	24,3	15,5	32,0
Cada noche, durante el mes pasado durmió, sin contar tiempo despierto	Menos de 5 horas	21	20,4	12,6	28,2
	5-6 horas	29	28,2	20,4	36,9
	6-7 horas	28	27,2	18,5	35,0
	8 horas	25	24,3	16,5	33,0
Consumo de licor	Nunca	99	96,1	92,2	99,0
	A veces	3	2,9	,0	6,8
	Frecuentemente	1	1,0	,0	2,9
Consumo de drogas	Nunca	103	100,0	100,0	100,0

Los hallazgos frente a las acciones de autocuidado mostraron que, 7 de cada 10 mujeres con mamografía positiva participantes en el estudio frecuentemente dedicaban tiempo para el cuidado de sí mismas.

3 de cada 10 mujeres siempre dedicaban al menos 10 minutos en la mañana y en la tarde para hacer pausa en el trabajo u otra actividad para descansar.

El 76% de las mujeres dormían menos de 8 horas.

La mujeres objeto de estudio en un alto porcentaje no consumían licor y ninguna consumía algún tipo de sustancias psicoactivas.

Cuadro N° 8: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre capacidad de autocuidado en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 3)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Uso de cigarrillo	Siempre	1	1,0	,0	2,9
	Frecuentemente	7	6,8	1,9	12,6
	A veces	6	5,8	1,9	10,7
	Nunca	89	86,4	79,6	92,2
Vasos de agua tomados en el día	Menos de 5 vasos	53	51,5	41,7	61,2
	5-6 vasos	28	27,2	19,4	35,9
	6-7 vasos	12	11,7	5,8	17,5
	8 vasos	10	9,7	4,9	15,5
Frecuencia realización de autoexamen de mama	Nunca	36	35,0	25,2	43,7
	Semanalmente	20	19,4	12,6	27,2
	Dos veces al mes	9	8,7	3,9	13,6
	Una vez al mes	38	36,9	27,2	45,6
Realización de autoexamen antes de conocer resultado de mamografía	Nunca	50	48,5	37,9	58,3
	A veces	20	19,4	11,7	27,2
	Frecuentemente	10	9,7	4,9	15,5
	Siempre	23	22,3	14,6	31,1
Conocimiento y capacidad de autocuidado que tienen las pacientes	Conocimiento malo	3	2,9	,0	6,8
	Conocimiento regular	93	90,3	84,5	95,1
	Conocimiento bueno	7	6,8	2,9	11,7

El análisis de resultados mostraron que el 63% de las mujeres estudiadas no cumplen con la frecuencia indicada para la realización de la autoexploración mamaria.

9 de cada 10 unidades de análisis no realizaban el autoexamen de seno antes de conocer el resultado de la mamografía.

La presentación de resultados frente a la realización de la técnica para la realización del autoexamen de mama, al igual que los resultados sobre el conocimiento de las pacientes sobre exploración mamaria se presenta en los cuadros 9 y 10.

Cuadro N° 9: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre autoexploración mamaria derecha e izquierda en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 1)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Observación de los senos frente al espejo	Nunca	72	69,9	61,2	78,6
	A veces	3	2,9	,0	6,8
	Frecuentemente	3	2,9	,0	6,8
	Siempre	25	24,3	16,5	32,0
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie	Nunca	48	46,6	36,9	57,3
	A veces	3	2,9	,0	6,8
	Frecuentemente	9	8,7	3,9	14,6
	Siempre	43	41,7	32,0	51,5
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de acostada	Nunca	78	75,7	68,0	84,5
	A veces	5	4,9	1,0	9,7
	Frecuentemente	4	3,9	1,0	7,8
	Siempre	16	15,5	8,7	22,3
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada	Nunca	60	58,3	48,5	68,0
	A veces	3	2,9	,0	6,8
	Frecuentemente	6	5,8	1,9	10,7
	Siempre	34	33,0	23,3	42,7
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda con manos en la cintura de pie y acostada	Nunca	77	74,8	67,0	83,5
	A veces	5	4,9	1,0	9,7
	Frecuentemente	3	2,9	,0	6,8
	Siempre	18	17,5	9,7	24,3

Los hallazgos del estudio mostraron en el seguimiento de la técnica del autoexamen de mama, que por encima del 60% de las mujeres estudiadas no se observaban los senos frente al espejo, no realizaban el autoexamen de mama derecha e izquierda en posición de pie, ni acostada, tampoco con manos detrás de la cabeza con codos levantados de pie y acostada, al igual que con las manos en la cintura de pie y acostada.

Cuadro N° 10: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre autoexploración mamaria derecha e izquierda en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 2)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda con manos descolgadas de pie y acostada	Nunca	76	73,8	65,0	82,5
	A veces	4	3,9	1,0	7,8
	Frecuentemente	5	4,9	1,0	8,7
	Siempre	18	17,5	10,7	25,2
Realización de autoexamen de mama derecha e izquierda siguiendo manecillas del reloj	Nunca	59	57,3	47,6	67,0
	A veces	4	3,9	1,0	7,8
	Frecuentemente	4	3,9	1,0	7,8
	Siempre	36	35,0	25,3	44,7
Realización de examen del pezón de mama derecha e izquierda	Nunca	58	56,3	45,7	66,0
	A veces	7	6,8	2,0	11,7
	Frecuentemente	5	4,9	1,0	9,7
	Siempre	33	32,0	23,3	40,8
Conocimiento de las pacientes sobre exploración mamaria	Conocimiento malo	60	58,3	48,5	68,0
	Conocimiento regular	22	21,4	14,6	30,1
	Conocimiento bueno	21	20,4	12,6	28,2

Los hallazgos mostraron que frente a la práctica del autoexamen de mama, las mujeres no tenían buen conocimiento sobre la técnica, lo que se ve reflejado en el análisis de los resultados de los pasos de la técnica.

Los resultados de la evaluación de la actitud frente al autoexamen de mama se presentan en los cuadros 11 y 12.

Cuadro N° 11: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre actitud frente al autoexamen de mama en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 1)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
¿La mujer se observa limpia y pulcra?	Si	102	99,0	97,1	100,0
	No	1	1,0	,0	2,9
¿La mujer se observa atenta?	Si	103	100,0	100,0	100,0
¿La mujer presenta disposición para la demostración de técnica de autoexploración mamaria?	Si	86	83,5	75,7	90,3
	No	17	16,5	9,7	24,3
¿La mujer describe alternativas para realizar autoexploración en el hogar?	Si	80	77,7	68,9	84,5
	No	23	22,3	15,5	31,1

Más del 90% de las unidades de análisis se observaron atentas limpias y pulcras en el momento de la entrevista y tenían muy buena disposición para la demostración de la técnica de autoexploración mamaria; igualmente describían alternativas para la realización del autoexamen de mama en el hogar.

Cuadro N° 12: Distribución de frecuencias de los aspectos cualitativos sobre actitud frente al autoexamen de mama en las usuarias con mamografía positiva de una institución prestadora de salud, Manizales 2014 – 2016. (Parte 2)

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia Relativa (%)	95% Intervalo de confianza	
				% Inferior	% Superior
¿La mujer hace consulta de dudas frente a detección de alteraciones mamaria?	Si	77	74,8	66,0	82,5
	No	26	25,2	17,5	34,0
¿La mujer demuestra seguridad al describir la autoexploración mamaria?	Si	76	73,8	65,0	82,5
	No	27	26,2	17,5	35,0
¿La mujer manifiesta interés por el cuidado de la salud?	Si	99	96,1	92,2	99,0
	No	4	3,9	1,0	7,8
Actitud de las pacientes frente a la exploración mamaria	Actitud buena	92	89,3	82,5	95,1
	Actitud mala	11	10,7	4,9	17,5

3 de cada 10 mujeres no hace consulta a los profesionales de la salud frente a la detección de alteraciones mamarias.

Discusión

En Colombia el cáncer de mama ocupa en primer puesto en incidencia de cáncer y se posiciona en el tercer puesto en las causas de muerte entre las mujeres, lo cual señala que es un problema de interés en salud pública que debe intervenir mediante la prevención a través del control de factores de riesgo modificables y el fortalecimiento de factores protectores, siendo preocupante saber que la prevención primaria de este tipo de cáncer continúa siendo difícil de alcanzar por la baja adherencia al autoexamen de mama (5) .

Las condiciones sociodemográficas ponen en riesgo a un sin número de mujeres que deben enfrentarse a variables negativas que impiden el acceso al servicio de salud considerándose estas como barreras para la detección temprana del cáncer de mama; investigaciones sobre el tema han concluido que las mujeres con un bajo nivel de escolaridad, que habitan en zonas rurales y pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen mayor probabilidad de padecer esta patología. El aumento de la edad es directamente proporcional al riesgo, a mayor edad mayor riesgo, por esta razón se debe reforzar desde temprana edad el hábito de la autoexploración y autodiagnóstico (18) (19) (17).

En el estudio “The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer” hay asociación entre el diagnóstico tardío y el origen étnico, estado civil, las características sociodemográficas, la práctica del autoexamen de mama, historia e enfermedad benigna de mama, antecedentes familiares de cáncer de mama y la naturaleza de la forma de presentación de los síntomas; no se encontró asociación con el nivel educativo, ni el ingreso; pero en cuanto a este último hallazgo no se puede desconocer que estas variables son factores con una relación plausible al momento de tener prácticas de autocuidado como el examen de mama (18).

Por otro lado un estudio realizado en mujeres de Brasil encontró que los factores sociodemográficos como estado civil, nivel académico, nivel socioeconómico o tener parientes cercanos con diagnóstico de cáncer de mama afectan la frecuencia de realización de la autoexploración de los senos (19).

Investigaciones han permitido establecer que tienen mayor riesgo de cáncer de mama las mujeres divorciadas, viudas y casadas que no se realizan el autoexamen de mama con relación a las que si lo hacen (22) (7) (23) (25).

Día a día el cáncer de mama cobra más vidas a nivel mundial, en países como Estados Unidos, México, España y Cuba se considera la primera causa de muerte en la mujer desplazando al cáncer cervicouterino; donde los antecedentes familiares, estilos de vida, sobrepeso, menarquia precoz, no lactancia materna, primer embarazo tardío y toma de anticonceptivos orales, considerados los factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de esta patología (17).

La menarquia precoz constituye un factor de riesgo no modificable que aumenta el tiempo de exposición a hormonas a lo largo de la vida (24–26), al igual que la menopausia tardía (30) (32). En este mismo sentido el uso de anticonceptivos hormonales ha demostrado que aumenta el riesgo de presentar cáncer de mama, siendo mayor el riesgo para las mujeres que iniciaron el uso de anticonceptivos a temprana edad (40) (34) (35).

Tener un familiar con diagnóstico de cáncer de mama puede aumentar hasta tres veces el riesgo de padecer este tipo de cáncer. El riesgo aumenta si el antecedente se presenta en un familiar de primer grado menor a 50 años, sin embargo, gran parte de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama no tienen familiares con esta patología (36) (38).

El embarazo y la lactancia disminuyen el número de ciclos menstruales y por lo tanto reducen la exposición a hormonas, la lactancia favorece la maduración y diferenciación completa del tejido mamario, los embarazos reducen el riesgo de un año de presentar cáncer de mama (46)(40)(42).

En el presente estudio el mayor porcentaje frente a la detección del cáncer de mama fue por medio de la mamografía, frente al estudio nacional de salud del año 2015, en la ciudad de Bogotá del 74,6% de las mujeres que se realizaron la mamografía el 1,7% tuvo resultados anormales en esta (40).

El estudio mostro que la detección del cáncer de mama se realizó en un mínimo porcentaje por el personal de salud, lo que se diferencia con el estudio nacional del 2015, donde el mayor número de mujeres que reportaron el hallazgo de un tumor el 68.8% lo hizo por chequeo (41) (40).

Para este estudio el ejercicio físico y la alimentación no mostraron mayor relevancia en los resultados. Estudios que analizan las diferencias entre la dieta occidental y tradicional encontraron mayor incidencia de cáncer de mama entre las pacientes que tenían dieta occidental que incluye carnes fritas y procesadas (48) (50).

El ejercicio físico disminuye la grasa corporal y por lo tanto disminuye la cantidad de hormonas esteroideas circulantes, que pueden tener un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad. (51) (53).

Un estudio sobre autobarreras describió en las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno el desarrollo de una nueva lógica, donde se producen cambios de percepción de riesgo en ellas, pasando de percibirse como personas saludables, siendo esto un optimismo irreal donde se cree que el peligro no es una amenaza verdadera, a tener una percepción de riesgo individual y colectivo donde el autocuidado y el cuidado de los otros se vuelve una prioridad; la otra categoría llamada Normalización de las barreras, donde se da un proceso de invisibilización de las barreras del sistema de salud, en el camino arduo de empoderamiento para asumirse como sujeto de derecho (8).

Un estudio desarrollado en Brasil encontró que el conocimiento sobre el cáncer de mama, signos, síntomas y tratamiento se asoció positivamente con la práctica del autoexamen (48). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 el 93.9% de las mujeres tiene conocimiento sobre el autoexamen de mama, siendo mayor en las mujeres sin hijos, en las mujeres solteras con educación superior y con quintil más alto de riqueza (40), lo que se diferencia del presente estudio donde la mayoría tienen un conocimiento malo sobre la técnica de autoexploración mamaria.

Un estudio realizado en Tunja con el objetivo de determinar los factores asociados con una ejecución correcta del autoexamen de mama, encontró que aprender la técnica de manera mecánica y sistemática está relacionado con realizar el autoexamen de forma correcta (49).

El diagnóstico tardío se convierte en una barrera para el tratamiento de la enfermedad, trayendo consigo un pronóstico desalentador frente a la expectativa de vida de las pacientes; esta barrera puede ser distinguida en tres tipos: la primera dada por el paciente desde el inicio de aparición de los síntomas, hasta la primera consulta, el segundo es el retraso por el proveedor que se da desde la primera consulta hasta el diagnóstico y tratamiento definitivo y el tercer retraso es dado en el transcurso de tiempo que se inicia el tratamiento (7).

En Colombia según estudio del ministerio de salud en el año 2015, el 51.3% de las mujeres que se practicaron el autoexamen de seno, fue a través del médico o la enfermera que recibieron información acerca de este, 32% a través de su institución de salud seguido del 23% por ciento mediante medios masivos de comunicación (40). El personal de salud es el responsable de la educación supervisión y seguimiento ya que ha sido evidente que el conocimiento no es suficiente y que un

alto porcentaje de pacientes lo conocen pero no lo practican adecuadamente (50) (51) (52).

Estudios refieren que el principal motivo para no realizar la autoexploración mamaria fue el desconocimiento de la técnica (53) (61) (63), lo que concuerda con los resultados del presente estudio donde la mayor parte de las usuarias no se realizaban el autoexamen de mama. Con relación a lo anterior la Encuesta Nacional de Salud 2015 el 37,7% de las mujeres que indicaron practicarse el autoexamen de seno lo hace cada mes, de las cuales el 41.9 se lo realiza en cualquier momento (40); en el presente estudio la mayoría no se realizan la autoexploración mamaria cada mes como es lo indicado.

En la clínica de Kuala Lumpur, un estudio en pacientes con cáncer de mama primario con autodescubrimiento de los síntomas, arrojó que el 56% de las pacientes se realizaban el autoexamen de mama, el 50% de los diagnósticos fueron en etapas avanzadas, el tiempo transcurrido hasta la presentación del diagnóstico osciló en 5 años, la prevalencia de retraso en la presentación fue del 33,1% (18).

La actitud de las mujeres frente a las acciones de autocuidado y respuesta ante la alarma por un signo o síntoma es importante, estudios muestran que si existe acercamiento de la mujer en busca de atención médica ante el descubrimiento o presencia de cambios de la glándula mamaria, sin embargo, un alto porcentaje no lo hace de manera preventiva, sino como signo de alarma ante la aparición de alguna alteración como nódulo, masa o laceración (58) (64) (65). La participación y adherencia a la realización del autoexamen de mama depende sustancialmente de factores como lo son el miedo a un resultado positivo (59).

Algunas mujeres pertenecientes a un credo específico tienen la percepción de que deben seguir un modelo comportamental frente al cuidado de su cuerpo y ven como una práctica inadecuada la manipulación de los senos para la realización del autoexamen de mama, también las mujeres de avanzada edad ven útil el examen solo para las mujeres que tienen una vida sexual muy activa. Por otro lado, algunas comunidades como las indígenas hacen énfasis en la importancia de la mama solo en un enfoque maternal para el amamantamiento (67) (68).

El principal limitante de este estudio fue el acceso a las usuarias, ya que se encontraban datos de contacto desactualizados, condiciones de salud que impedían la participación y hubo negación de algunas de las unidades de análisis para participar en el estudio; sin embargo se logró realizar un diagnóstico de las condiciones sociodemográficas, del conocimiento y las acciones de autocuidado de esta población.

Conclusión

Los investigadores teniendo en cuenta los resultados concluyen que las usuarias de la IPS practican como acciones de autocuidado

tener interés por el cuidado de la salud, consumo de alimentos saludables, realizar ejercicio físico y dedicar tiempo para sí mismas; aunque no se realizan de forma adecuada el autoexamen de mama presentan una buena actitud frente a esta práctica. Se recomienda estructurar estrategias de capacitación y motivación al personal de salud para inducir en las usuarias, una práctica adecuada de la autoexploración de seno encaminada hacia la detección temprana, al igual que para el fortalecimiento del examen clínico.

Agradecimientos

Se agradece a la Institución Prestadora de Salud Viva 1 A por la autorización de hacer el estudio en la institución, a cada una de las usuarias quienes de forma voluntaria aceptaron ser objeto de estudio a pesar de su condición de salud, a la Fundación Universitaria del Área Andina, al grupo de Investigación Comunicación en Salud de la Universidad Católica de Manizales por el apoyo en la ejecución del proyecto.g

Conflicto de intereses

Las investigadoras declaramos que no tenemos ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el estudio presentado.

Referencias bibliográficas

1. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association Between Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Evidence from a Meta-analysis. *Breastfeed Med* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 7];10:175–82. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2014.0141>
2. de Pedro M, Otero B, Martín B. Fertility preservation and breast cancer: a review. *Ecancermedicalscience* [Internet]. *Cancer Intelligence*; 2015 [cited 2017 Mar 7];9:503. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25729416>
3. Leung J, Pachana NA, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psychooncology* [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Feb 26];23(9):1014–20. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.3523>
4. Ramos Águila Y de la C, Marimón Torres ER, Crespo González C, Junco Sena B, Valiente Morejón W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas Julio-agosto* [Internet]. 2015;19(194):619–29. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006
5. Sardiñas Ponce R. Auto examen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2009;8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005
6. Galvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez O. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2015;31(2):134–42.
7. Mohd Ghazali S, Othman Z, Cheong KC, Kuang, Hock L, Wan Maiyuddin WR, Kamaluddin MA, et al. Non-Practice of breast self examination and marital status are associated with delayed presentation with breast cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2013;14(2):1141–5. Available from: http://www.koreascience.or.kr/article/ArticleFullRecord.jsp?cn=POCPA9_2013_v14n2_1141
8. Ceballos-García GY, Giraldo-Mora CV. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan* [Internet]. 2011;11:140–57. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-635395>
9. Ospina Martínez ML, Matinez Duran ME, Pacheco Garcia OE, Quijada Bonilla H. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. 2015. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de->

accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO Cancer de mama y cuello uterino.pdf

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 [Internet]. Colombia; 2013 p. 63–95. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobaci%25C3%25B3n.pdf>
11. Garcia Aspuru A, Finlay CJ. Breast self-exam in women of “19 de abril” community from the Venezuelan municipality of Guanare”. *Medisan* [Internet]. 2015;19(2):186–91. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n2/san06192.pdf>
12. Vivas Sánchez VM, Torres Pedraz N. Knowledge , attitudes and practices of breast cancer prevention. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2012;9:43–51. Available from: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/338/359>
13. Seas AM, Montero Gómez A, Galán Rodas E. Conocimientos y prácticas sobre autoexamen de mama en personal femenino. *Hispanoam Heal J* [Internet]. 2016;2:46–50. Available from: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/126>
14. Republica de Colombia. Resolucion 8430 de 1993 [Internet]. Republica de Colombia Ministerio de Salud Colombia; 1993 p. 1–12. Available from: [http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION 8430 DE 1993.pdf?Mobile=1&Source=%25Fnormatividad%25F_layouts%25Fmobile%25Fdispform%25Easpx%253FList%253Dcd8e9ace-a894-4549-881d-eb05c834961c%2526View%253Dd96f3ca8-3243-4dac-a961-f37859855b5b%2526ID%253D18%2526Cu](http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf?Mobile=1&Source=%25Fnormatividad%25F_layouts%25Fmobile%25Fdispform%25Easpx%253FList%253Dcd8e9ace-a894-4549-881d-eb05c834961c%2526View%253Dd96f3ca8-3243-4dac-a961-f37859855b5b%2526ID%253D18%2526Cu)
15. Agudelo M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México : una revisión de las encuestas nacionales Sociodemographic determinants of access to breast cancer screening in Mexico : A review of national surveys. *Salud Colect Buenos Aires*. 2013;9:79–90.
16. Haro Rodriguez MA, Gallardo Vidal LS, Martinez Martinez ML, Camacho Calderon N, Velazquez Tlapanco J, Paredes Hernandez E. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cancer de mama en pacientes de recién diagnosticado. *Psicooncología* [Internet]. 2014;11(1):87–99. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44919/42835>
17. Torres-sánchez LE, Rojas-martínez R, Escamilla-núñez C, Vara-salazar E De, Lazcano-ponce E. Tendencias en la mortalidad por cáncer en México de 1980 a 2011. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014;56(5):473–91. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n5/v56n5a15.pdf>

18. Richards MA, Smith P, Ramirez A, Fentiman IS, Rubens R. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer*. 1999;79:858–64.
19. Romani F, Gutiérrez C, Ramos-Castillo J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas : prevalencia y factores sociodemográficos asociados . Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). *An la Fac Med [Internet]*. 2011;72(1):23–31. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n1/a05v72n1.pdf>
20. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med [Internet]*. 1992 Apr [cited 2017 Mar 10];34(8):907–17. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369290259S>
21. Schneider Hermel J, Pizzinato A, Calderon Uribe M. Mujeres con cáncer de mama : apoyo social y autocuidado percibido. *Rev Psicol*. 2015;33(2).
22. Barra Almagia E. Apoyo social, estrés y salud. *Psicol y Salud [Internet]*. 2014;14(2):237–43. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
23. Hernandez Moreno FP, Landero Hernández R. Propiedades psicométricas de la escala de felicidad subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología [Internet]*. 2014;11(1):357–67. Available from: <http://search.proquest.com/openview/ea0f2a7b4f15c885ec5c8e3abd56d0eb/1?pq-origsite=gscholar>
24. Valdés Gómez W, Espinosa Reyes T, Leiva Alvarez G. Menarquia y factores asociados Menarche and associated factors. *Rev Cuba Endocrinol [Internet]*. 2013;24(1):35–46. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n1/end04113.pdf>
25. Leuro Umaña YM, Mayorga Rojas PA. Lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997 - 2007. IPS JAVESALUD, Bogotá Colombia [Internet]. 2008. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?search=menopausia>
26. Torres Mejía G, Ángeles Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Publica Mex [Internet]*. 2009;51(1):165–71. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51s2/v51s2a06.pdf>
27. Canto De Cetina TE, Polanco Reyes L. Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. *Rev Biomed [Internet]*. 1996;227(7):227–36. Available from: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb96746.pdf>

28. Salvador J. Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Rev Per Ginecol Obs* [Internet]. 2008;54:71–8. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n2/pdf/a03v54n2.pdf
29. Romero Figueroa MDS, Santillán Arreygue L, Olvera Hernández PC, Morales Sánchez MÁ, Ramírez Mendiola VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76(11):667–72.
30. Leal F J, Vargas S F, Taladriz R C. ¿Son Los Anticonceptivos Orales Un Factor De Riesgo Para El Desarrollo De Cáncer De Mama? *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2007;72(2):89–95. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. National Cancer Institute. Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer [Internet]. 2005. Available from: http://cis.nci.nih.gov/fact/8_12.htm
32. Comino R. Anticonceptivos orales y cáncer de mama. *Progresos Obstet y Ginecol*. Elsevier; :477–86.
33. Hernández D, Borges R, Marquez G, Betancourt L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2010;22(1):16–31. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-571102>
34. OMS. OMS | Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. 2009. p. 3. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
35. Dornelles Prolla CM, Santos de Silva P, Brinckmann Oliveira C, Roberto Goldim J, Ashton Prolla P. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015;23(1):90–7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00090.pdf
36. Ortega Altamirano D, López Carrillo L, López Cervantes M. Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2000;42(1):17–25. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2395.pdf>
37. Rojas Camayo J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *An Fac med* [Internet]. 2008;69(1):22–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a05v69n1.pdf>
38. Aguilar Cordero J, González Jiménez E, Ferre JÁ, Padilla López CA, Villar NM, López PAG, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp* [Internet]. 2010;25(6):954–8. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n6/original6.pdf>
39. Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH. The protective role of

- pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res* [Internet]. 2005;7(3):131–42. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1143568&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/Libro RESUMEN EJECUTIVO.pdf>
 41. Manrique Abril FG, Ospina Diaz JM, Vega Fuentes NA, Morales Pacheco AL, Herrera Amaya G. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2009;30:18–27. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224287003>
 42. Torres Sánchez L, Galván Portillo M, Lewis S, Gómez Dantés H, López Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en latinoamérica. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009;51(1):s181–90. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800008&lang=pt
 43. Robles Agudo F, Sanz Segovia F, López Arrieta J., Beltrán de la Ascensión M. Alimentación y cáncer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. Elsevier; 2005;40(3):184–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X05748514>
 44. Rangel Arias P. Dieta y cáncer. *Radiobiología* [Internet]. 2005;5(5):114–9. Available from: <http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/radiobiologia.htm>
 45. Fernández JA, De Paz JA. Cáncer de mama y ejercicio físico: Revisión. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2012;17(1):135–53. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a10.pdf>
 46. Fernandez Ortega JA, De Paz Fernandez JA. Cáncer de mama y ejercicio físico: Revisión. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2012;17(1):135–53. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n1/v17n1a10.pdf>
 47. Alvir JC, Blandón J, Londoño AC. Ingesta de alcohol y riesgo de cáncer de mama. Un estudio de casos y controles. *Colomb Med*. 2013;30(118.122):1999.
 48. Gabrielly Â, Freitas Q, Weller M. Knowledge about Risk Factors for Breast Cancer and Having a Close Relative with Cancer Affect the Frequency of Breast Self-Examination Performance. *Asian Pacific J Cancer Prev* [Internet]. 2016;17:2075–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27221898>
 49. Ospina Díaz J., Manrique Abril F., Veja N., Morales Pacheco A., Ariza R. La no realización del auto examen de mama en Tunja, Colombia. *Enferm Glob*

- [Internet]. 2011;10:30–40. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300003
50. Salvadó Usach T, Bosch Príncipe R, Navas García N, Pons Ferré L, Lejeune M, López Pablo C, et al. Estudio comparativo de la supervivencia del cáncer de mama según diagnóstico asistencial versus programa de detección precoz. *Rev Senol y Patol Mamar* [Internet]. *SESPM*; 2016;29(1):13–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214158215001188>
 51. Piñeros M, Sanchez R, Perry F, Garcia OF, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(6). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000600003&script=sci_arttext
 52. Barroso García P, Ruiz Pérez I, Puertas De Rojas F, Carreño Parrón T, Nogales Corpas E. Factores relacionados con la no participación en el programa de detección precoz de cáncer de mama. *Gac Sanit* [Internet]. 2009;23:44–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100009
 53. Lopez Carrillo L, Torres Sanchez L, Blanco Muñoz J, Hernandez Ramirez R, Marie Knaul F. Utilización correcta de las técnicas de detección de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014;56(5). Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500021
 54. Sánchez Urdaneta Y, Urdaneta Machado JR, Villalobos Iniciarte N, Benítez Contretas A, García J, Babeel Zambrano N, et al. Conocimiento sobre cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana. *Red Rev Científicas América Lat y el Caribe, España y Port* [Internet]. 2016;28:37–51. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3756/375643222006/>
 55. Carrillo-larco RM, Espinoza-salguero ME, Osada J. Nivel de conocimiento y frecuencia de autoexamen de mama en alumnos de los primeros años de la carrera de Medicina. *Rev Med Hered* [Internet]. 2015;26:209–16. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2699/2575>
 56. Castro Abreu I, Rizo Montero Y. Nivel de conocimiento de la población femenina del consultorio 6 sobre el auto examen de mama. *Ciencias Epidemiol y salubridistas* [Internet]. 2009;8:121–30. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500017

57. Lopez Montaña JL, Cuan Ravinal R, Valladares Lorenzo R, Noya Pimienta M. Conocimiento de la comunidad sobre los factores de riesgo del cáncer de mama. Arch Médico Chamagüey [Internet]. 2001;5:1–8. Available from: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3508/0>
58. Hernandez Moreno F, Landero Hernandez R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Summa Psicol Ust [Internet]. 2014;11:99–104. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a09.pdf>
59. Giraldo C V., Arango ME. Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 2009;27(2):191–200. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2822/2268>
60. Posso M, Puig T, Bonfill X. Balance entre riesgos y beneficio del tamizagemamográfico de cáncer de mama. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015;32(1):7–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100018&script=sci_arttext
61. Martinez Basurto AE, Lozano Arrazola A, Rodriguez Velazquez AL, Galindo Vazquez O, Alvarado Aguilar S. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gac Mex Oncol [Internet]. 2014;13(1):53–8. Available from: www.elsevier.es